

APUNTS

Cures infermeres a la dona en el cicle reproductor i climateri

3r. Grau d'Infermeria | Manresa 2016-2017 | Alumne | **Carles Mayol Bonet**

Professores | **Marta Jiménez i Esther Romero**

Bonesvenes.com



UNIVERSITAT
A MANRESA

INDEX

Bloc 1 – Programa d’atenció a la dona	4
Tema 1 – Aparell Genital Femení.....	4
Anatomia i fisiologia de l’aparell genital femení.....	4
El cicle ovàric i endometrial.....	11
Tema 2 – Cures de salut a la dona: Història clínica i Exploracions.....	14
La salut maternal.....	14
La història clínica de salut reproductiva.....	15
Vocabulari	24
Tema 3 – Programa d’ Atenció a la Dona.....	26
Serveis.....	26
Normativa Legal.....	27
Bloc 2 – Gestació	28
Tema 1 – Desenvolupament Prenatal Humà.....	28
Gametogènesis, fecundació i implantació.....	28
Períodes de desenvolupament prenatal.....	33
Bloc 3 – Atenció d’infermeria a la dona embarassada.....	41
L’embaràs normal. Valoració i identificació dels canvis de la dona	
Embarassada.....	42
Modificacions anatomofisiològiques.....	42
Bloc 4 – Control i educació sanitària. Valoració fetal i	
Atencions d’infermeria.....	46
Programa d’educació maternal.....	63
Bloc 5 – Gestant de risc.....	68
Concepte.....	68
Problemes de salut durant l’embaràs. Atenció d’infermeria a les gestants	
de risc.....	69
Bloc 6 – Atencions d’infermeria a la dona durant el prepart i el part.....	90
Factors que intervenen en el part.....	91
Etaques del part.....	100
Atencions d’infermeria a la sala de parts.....	106
Mètodes d’analgèsia i anestèsia obstètrica.....	118
Atencions immediates i de reanimació del nou-nat.....	129
Bloc 7 – Part distòcic.....	136
Complicacions del part.....	136
Intervencions obstètriques i atencions d’infermeria.....	139
Patiment fetal.....	147

Bloc 8 – Puerperi.....	148
Atencions d'infermeria durant el puerperi.....	149
Adaptacions físiques i cures de la dona.....	149
Alletament matern.....	156
Puerperi domiciliari.....	174
Puerperi Patològic.....	178
Patologia del puerperi. Valoració i actuació d'infermeria en el puerperi patològic.....	178
Bloc 9 – Fertilitat.....	188
Control de la fertilitat.....	188
Planificació familiar.....	188
Contracepció.....	189
Mètodes anticonceptius.....	189
Esterilitat i infertilitat.....	206
Bloc 10 – Menopausa	212
Menopausa.....	212
Concepte.....	212
Atenció a la dona.....	214
Bloc 11 – Malalties infeccioses de vulva i vagina.....	216
Bloc 12 – Prevenció del càncer de mama i ginecològic.....	226
Bloc 13 – La usuària ginecològica hospitalitzada.....	229
Bloc 14 – Violència de gènere i Agressions sexuals.....	240
Bloc 15 – Sexualitat..(Orientació Sexual – Disfuncions Sexuals).....	267
Bloc 16 – Mutilació Genital Femenina.....	278
Bloc 17 – HPV	279
Articles que entren dins temari assignatura.....	285
Bibliografia.....	290
Bibliografia de consulta.....	290
Pag. www d'interès.....	291

BLOC 1 – Programa d'atenció a la dona

Tema 1 – Aparell Genital Femení

Anatomia i fisiologia de l'aparell genital femení

1. Aparell genital femení

L'aparell genital femení està format per una sèrie d'estructures i òrgans. Aquests es poden agrupar en dos blocs: els genitals externs i els genitals interns

Genitals externs

Monte Venus: Situat sobre la sínfisis del pubis, té forma de triangle invertit. Està constituït per pell, glandules sebàcies i glàndules sudorípares. A partir de la pubertat hi aparell borriçol. Sota la pell hi ha abundant teixit greixós.

Llavis majors: Estan formats per dos plecs cutanis que es continuen per davant del monte Venus i per darrera es fusionen entre si rodegen la terminació inferior de la vagina. Estan constituïts per teixit cutani i glàndules sebàcies i sudorípares.

Llavis menors: Són dos plecs cutanis situats per dins dels llavis majors. Per davant formen un desdoblament que engloba el clítoris i el recobreixen parcialment. Per darrera rodegen la desembocadura de la vagina, es fusionen entre si i formen la forqueta perineal. Estan constituïts per epiteli pla menys estratificat i de superfície més irregular que els llavis majors. Tenen abundants glàndules sebàcies i sudorípares.

Clítoris: És un òrgan de 1-2cm de longitud. Està molt vascularitzat i té abundants terminacions nervioses. Està situat sobre el meat urinari i constituït per un material erèctil, gland i dos pilars musculars que donen forma.

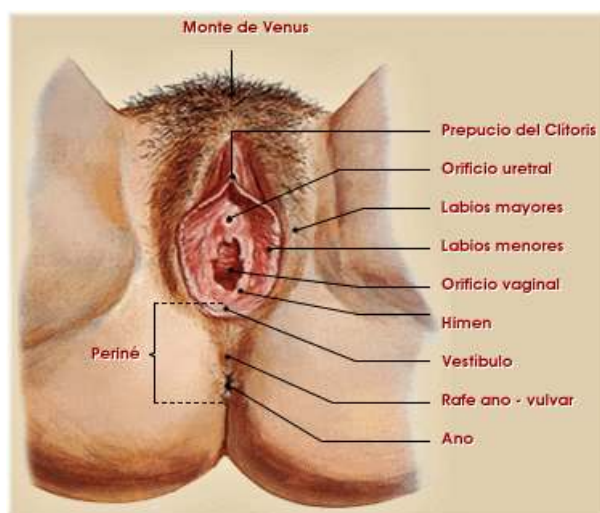
Vestíbul: És l'espai comprès entre els dos llavis menors. Conté el meatus urinari i l'orifici vaginal. Està cobert per epitelí pla estratificat i té algunes glàndules sebàcies.

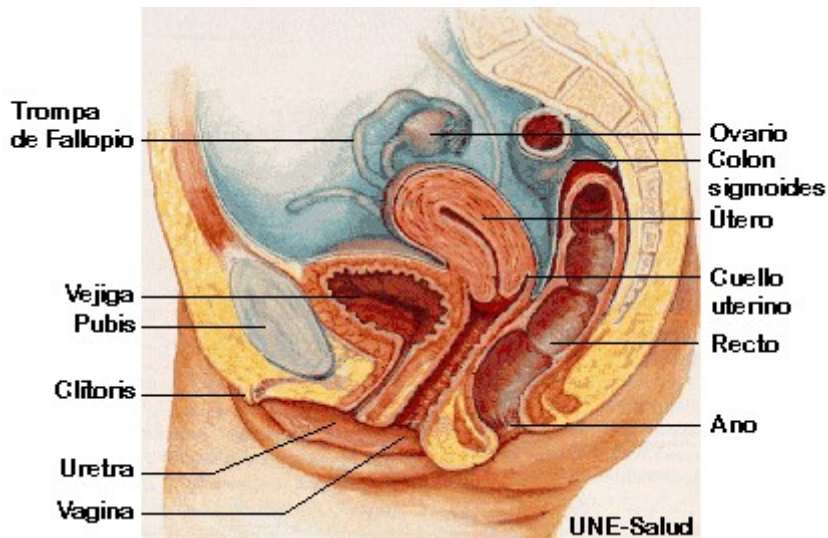
Glàndules de Bartholino: En són dues i estan situades en el terç posterior del vestíbul. Són glàndules secretores productores de muc. La seva missió és la de lubricar el vestíbul.

Glàndules de Skene: En són dues i estan situades a la part posterolateral del meatus urinari. Produïxen muc destinat a lubricar el vestíbul.

Himen: És una membrana cutaneomucosa extensible que oclou parcialment la vagina. Es trenca amb el coït i els seus restos formen les carúncules mirtiformes.

Perineu: És la regió compresa entre la forqueta i l'anus. Està constituït pels músculs transversos i el bulb cavernós.



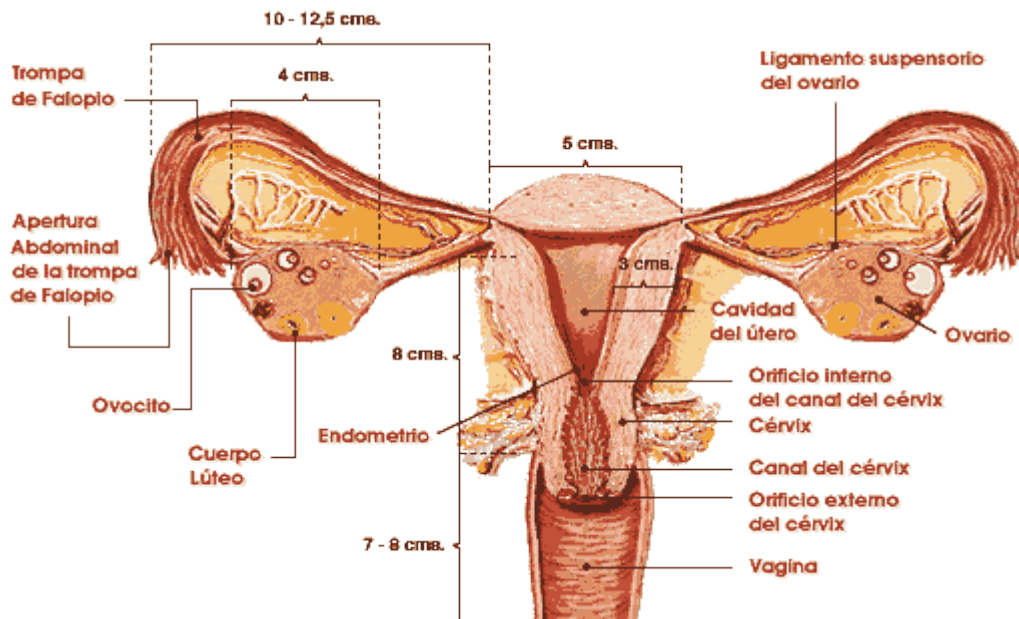


Genitals interns

Ovari: És un òrgan intrapèlvic que posseeix dues funcions: la producció del gàmet femení i la secreció d'hormones esteroidees. Són dos i tenen forma ovoide. Les seves dimensions varien duran la vida de la dona (de 20 a 50mm de longitud). Estan en íntima relació amb la part més distal de la trompa de Falopi mitjançant la fímbria.

Úter: És un òrgan buit de parets gruixudes i contràctils destinades a rebre l'ovul després de la fecundació. És intrapèlvic i està situat en la part mitja de l'excavació pelviana per dintre de les trompes, per sobre de la vagina i entre la bufeta de la orina i el recte.

Trompes: Són dos conductes que posen en contacte la cavitat uterina amb la cavitat abdominal i amb el ovari. La seva funció és la de transportar l'òvul.



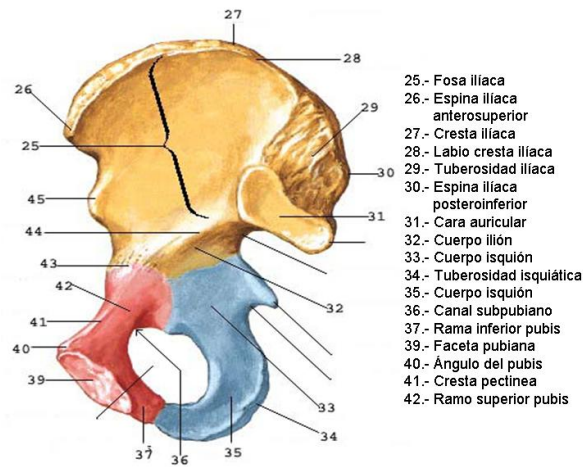
2. Pelvis òssia

La pelvis òssia sosté el pes de la part superior del cos i s'arreprenja sobre els membres inferiors. Té a més la funció de protegir el contingut pèlvic i formar, en la dona, un eix relativament fixe per el pas del fetus durant el part.

Està constituïda per quatre ossos: dos ossos ilíacs o coxals, el sacre i el còccix. Aquests quatre ossos estan units entre si per lligaments que s'articulen a nivell de la sínfisis del pubis, de les articulacions sacroilíaques i de les articulacions sacrococcígies.

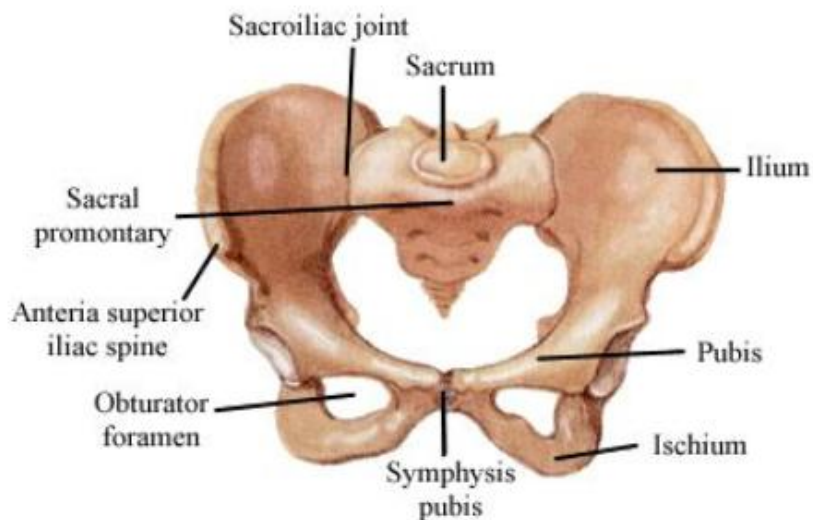
Ossos ilíacs: Estan constituïts per tres ossos separats. Les seves unions es calcifiquen duran la pubertat. Aquest ossos són íleum, ísquium i pubis.

- El íleum és la part superior i la més ampla de l'os ilíac.
- El ísquium està per sota de l'íleum.
- El pubis forma la part anterior de l'os ilíac.



Sacre: És un os que està format per la fusió de cinc vertebres. Les articulacions sacroilíaqes tenen cert grau de mobilitat, que s'incrementa durant l'embaràs a terme. Les hormones de l'embaràs son les responsables d'aquesta relaxació de les articulacions.

Còccix: És un petit os triangular, l'últim de la columna vertebral, que està format per la unió de quatre vèrtebres rudimentàries. El còccix en el moment del part es desplaça cap enrere per proporcionar més espai al fetus.



3. Hormones Esteroides Femenines

L'ovari desenvolupa un paper primordial en la secreció d'hormones esteroidees. Aquestes són els estrògens i la progesterona.

Accions dels estrògens

Són els responsables d'estimular l'ovari per la producció i alliberació de l'òvul. També són els responsables del desenvolupament dels caràcters sexuals secundaris.

Accions de la progesterona

La progesterona és la hormona que prepara l'endometri per la recepció, el desenvolupament i el manteniment de l'òvul fecundat. També té una acció hipertèrmica, i per tant és la responsable de l'augment de la temperatura basal en la segona meitat del cicle.

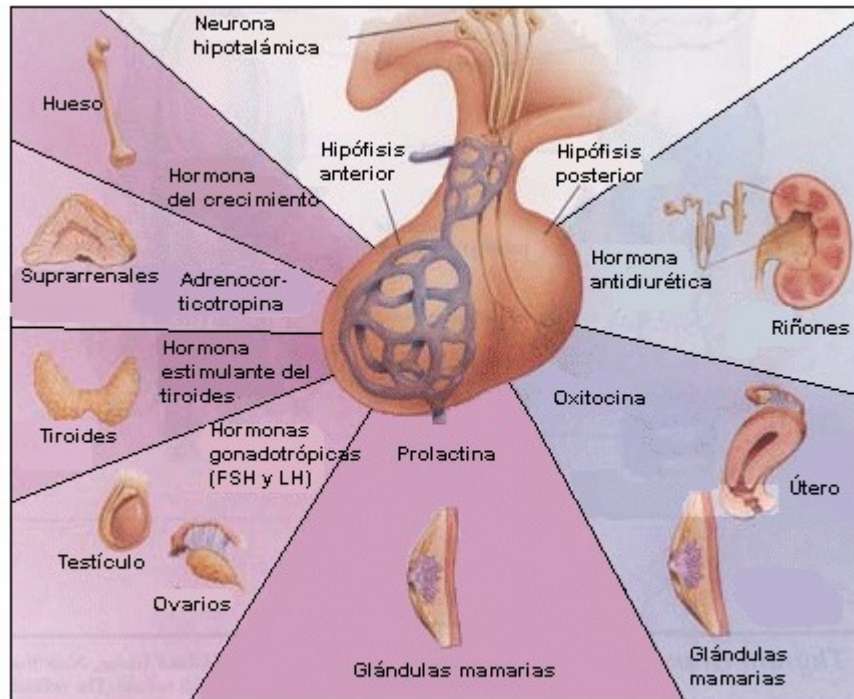
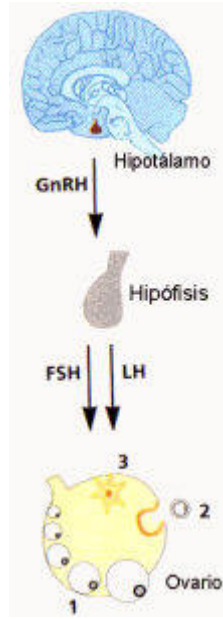
L'eix hipotàlam-hipòfisis-ovari

L'hipotàlem produeix una hormona, la Gn-RH (factor alliberador de gonadotropines), a través d'un sistema portal és transportada a la hipòfisis anterior on s'uneix a uns receptors específics i indueix la alliberació de gonadotropines. Aquestes actuen sobre l'ovari estimulants la maduració ovular, el creixement fol·licular i la producció d'estrògens i progesterona.

Les hormones ovàriques actuen sobre la hipòfisis i el hipotàlem per retroacció, i controlen la secreció de gonadotropines mitjançant la modulació de la producció de Gn-RH (és un mecanisme de retroalimentació o de feed-back).

Les hormones hipofisàries d'acció gonadotròpica són tres: la FSH (foliculoestimulant), la LH (luteinizant) i la PRL (prolactina).

La FSH promou el desenvolupament dels fol·licles primordials. La LH és la responsable de la maduració del fol·licle, el seu trencament i la ovulació. També és la responsable de la formació i el funcionament inicial del cos luti. La prolactina estimula la producció de llet en les glàndules mamaríes i la síntesis de progesterona en el cos luti.



Hormonas hipofisarias

El cicle ovàric i endometrial

El cicle ovàric i el cicle endometrial són dos fenòmens simultanis que en circumstàncies normals afecten cíclicament l'ovari i el endometri de la dona no embarassada durant el període reproductiu.

La finalitat del cicle ovàric és proporcionar un òvul per la fecundació. La finalitat del cicle endometrial es subministrar un emplaçament adequat on l'òvul fecundat pugui implantar-se i desenvolupar-se.

Tant el cicle ovàric com l'endometrial transcorren des del primer dia de la menstruació fins el primer dia de la menstruació següent. Té una duració de 28-30 dies (les variacions són freqüents i normals).

En el cicle ovàric succeeixen dos fases importants, cada una de les quals dura aproximadament 14 dies. En la primera fase es produeix la maduració del fol·licle i en ella predominen els estrògens. En la segona fase trobem el cos luti i predomina la progesterona.

L'element fonamental del cicle ovàric és el fol·licle. El número de fol·licles primordials varia al llarg de la vida de la dona. Quan neix en té sobre uns 250.000 i 500.000. Quan arriba a la pubertat disminueix a uns 100.000. D'aquests només maduraran definitivament uns 400, la resta desapareixen i s'atrofien.

1. Els fol·licles

Els fol·licles primordials tenen dos destins possibles. Els que maduren evolucionaran en las següents fases: fol·licle madur, fol·licle de Graaf, cos luti, cos luti gravídic (en cas que existeixi fecundació) o es convertiran en cos albicans si no existeix fecundació. Els fol·licles primordials que no han madurat s'atrofien i donen lloc al cos fibrós.

2. La ovulació

El fol·licle de Graff s'aproxima de forma gradual a la superfície de l'ovari fins que sobresurt, per compressió es va formant una zona clara i prima fins que acaba trencant-se i s'expulsa el líquid fol·licular junt amb l'òvul.

La ovulació té lloc el dia 14 del cicle. L'augment bruscat de LH desenvolupa la ovulació. La LH es coneix com la "hormona gatillo" de la ovulació. En els ovaris l'augment de LH i de FSH (encara que no tant pronunciada) correspon al pic de la secreció d'estrògens i progesterona.

3. Cos luti o groc

Després de la ovulació el folícle de Graaf es colapsa i comença la seva fase cap a cos luti. Aquesta fase es caracteritza per un augment de la producció de progesterona i per un descens de la producció de gonadotropines hipofisàries debut a l'acció inhibitoria que exerceixen els estrògens i la progesterona (feedback). Abans de l'aparició de la menstruació té lloc un descens bruscat dels nivells hormonals.

Si l'òvul és fecundat el cos luti no evoluciona i es transforma en cos luti gravídic.

4. Cicle endometrial i Menstrual

L'endometri és la mucosa que recobreix la cavitat del cos uteri. Aquest experimenta diferents canvis morfològics al llarg del cicle menstrual de la dona i es caracteritza per la capacitat de descamar-se i de regenerar-se cada 28 dies. Aquests canvis cíclics són simultanis i estan desencadenats per els canvis endocrins de l'ovari.

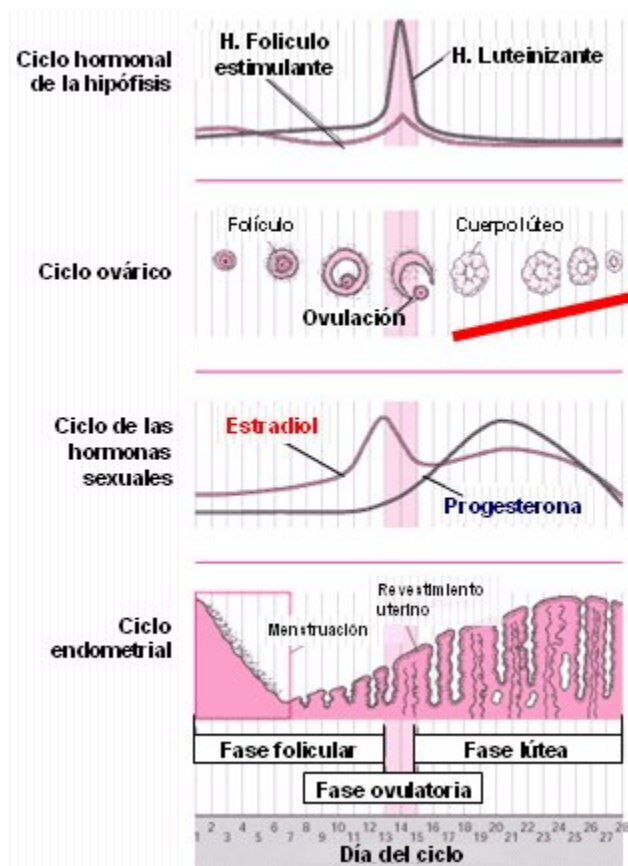
Els canvis que es produeixen en l'endometri es poden dividir en les següents fases:

- En la fase proliferativa augmenta l'espessor de l'endometri i la longitud de les seves glàndules.
- En la fase secretora les glàndules es tornen més tortuoses i l'epiteli augmenta d'amplada. Al final de la fase secretora apareix un infiltrat leucocitari que indica l'inici de la hemorragia menstrual.
- La menstruació és la descamació periòdica de la capa funcional de l'endometri.

La menstruació té lloc si l'ovocit no ha sigut fecundat. Aquest procés s'inicia 24-48 hores abans de l'inici de la menstruació. Aquesta freqüència té lloc cada mes i es deu al descens brusc dels estrogens i la progesterona.

Els límits de normalitat en els cicles menstruals s'estableixen entre 21 i 35 dies, sent més habitual entre 26 i 30 dies. Cicles de menys de 21 dies o de més de 35 dies es consideren anormals. La menstruació es presenta des de la pubertat fins la menopausa, excepte durant els períodes d'embaràs i lactància. La duració del flux menstrual sol ser de 4-6 dies, però es considera fisiològic duracions de 2 a 8 dies.

Les característiques principals del flux menstrual són: color groc, conté substàncies fibrinolítiques procedents de l'endometri que la fan incoagulable, aigua, hematies, leucocits, cèl·lules del teixit endometrial, moc del coll uterí, descamació vaginal i prostaglandines.



Tema 2 – Cures de Salut de la dona: Historia Clínica i Exploracions

La Salut maternal

La funció reproductora de les dones fa que siguin un grup específic dins la societat i que, per tan rebin programes d'atenció integral de salut.

S'entén per Salut Reproductiva el fet d'aconseguir els objectius de benestar, estabilitat, seguretat i comoditat en totes les situacions físiques, emocionals i socials que tenen relació amb la reproducció dels essers humans (Seguranyes i Costa, 2000).

En el cicle de la vida humana i reproductiva de les dones es distingeixen una sèrie de fases que van des del naixement fins al final de la vida. Aquest cicle no es desenvolupa de forma aïllada, sinó que es veu afectat per influències ambientals, socials, culturals, psicològiques, econòmiques, etc.

Les cures en Salut Maternal són una activitat centrada en la família, ja que els esdeveniments que es desenvolupen en la vida reproductiva de les dones impliquen a tots els membres de la unitat familiar.

A Catalunya i a la restat de l'Estat les cures de salut maternal s'ofereixen a dos nivells: l'hospitalari i a l'atenció primària.

En els hospitals, sobretot els coneguts com de tercer nivell, existeix un Departament de Ginecologia i Obstetrícia on s'ofereix assistència a les dones en les unitats de:

- Atenció al Part – Sala de parts
- Urgències Ginecològiques i Obstètriques
- Cures Puerperals
- Servei de fisiopatologia fetal
- Ginecologia
- Urodinàmia
- Consulta externa a gestants d'alt risc
- Unitat de reproducció humana: esterilitat, inseminacions, f. *in-vitro*

- Consell genètic.
- Consulta externa de ginecologia
- Diagnòstic precoç de càncer de mama i ginecològic

A l'Atenció Primària de salut el Programa d'Atenció a la Dona conté els següents subprogrames:

- Control i seguiment de l'embaràs
- Educació Maternal
- Puerperi domiciliari
- Orientació i Planificació familiar
- Atenció als joves (tarda jove)
- Prevenció de les malalties de transmissió sexual
- Patologia ginecològica
- Prevenció del càncer de mama i ginecològic
- Menopausa

La història clínica de salut reproductiva

La història clínica es dissenya amb l'objectiu de recollir tota la informació sobre la salut de la dona. Serveix com a via de comunicació entre tots els professionals que participen en les seves cures en tots els nivells d'atenció comunitària i hospitalària.

Els objectius del professional de la salut que realitza l'entrevista són els següents:

- Crear un clima favorable per la comunicació.
- Obtenir la informació exacta
- Detectar factors de risc
- Valorar els coneixements de la dona en matèria de salut
- Orientar a la dona sobre els hàbits de salut
- Educar i assessorar a la dona a parir de les seves necessitats i preguntes.

1. Apartats de la història clínica de salut reproductiva

El model de història clínica pot variar segons el lloc on s'efectuï l'entrevista (medi hospitalari o l'assistència primària), però bàsicament tots contenen els mateixos apartats:

- Dades personals
- Nucli familiar: persones que conviuen, ambient socioeconòmic i afectiu
- Dades de la parella
- Antecedents obstètrics
- Antecedents personals generals
- Antecedents ginecològics
- Sexualitat
- Contracepció prèvia
- Hàbits i conductes
- Dades psíquiques
- Valoració global
- Motiu de consulta
- Exploració ginecològica
- Exploracions complementaries

2. Exploració ginecològica

L'exploració ginecològica pot ser viscuda com una invasió de la intimitat. Hi ha dones que manifesten por, dolor, estrès i malestar pel fet que han de ser explorades. És per aquest motiu que les exploracions ginecològiques han de ser realitzades amb especial cura. Els professionals d'infermeria han de proporcionar a la dona un ambient de confiança i tranquil·litat realitzant l'exploració ginecològica amb **privacitat, comoditat física i facilitant informació durant el procés.**

Per practicar una exploració ginecològica s'aconsella que la dona reuneixi les següents condicions físiques:

- Estar en el període postmenstrual
- Haver buidat la bufeta de la orina

- Relaxació de la musculatura abdominal i pèlvica
 - Estar en posició de litotomia o de decúbit dorsal

3. Passos per a l'exploració ginecològica

1. Exploració abdominal

L'exploració abdominal té com a finalitat la detecció de possibles tumoracions abdominals, tumors ginecològics, l'existència d'un embaràs o possibles cicatrius d'intervencions anterior. Aquesta exploració es realitza mitjançant la inspecció, palpació i mesura de l'abdomen.

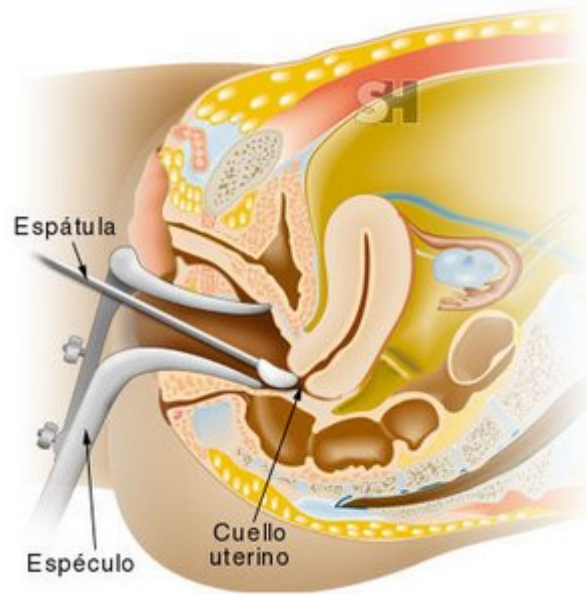
2. Inspecció dels genitals externs

La inspecció dels genitals externs es realitza en posició ginecològica. Aquesta inspecció té com a finalitat la observació de:

- Anomalies morfològiques
- Coloració dels genitals
- Presència de neoformacions de tipus tumoral o berrugós
- Presència de lesions

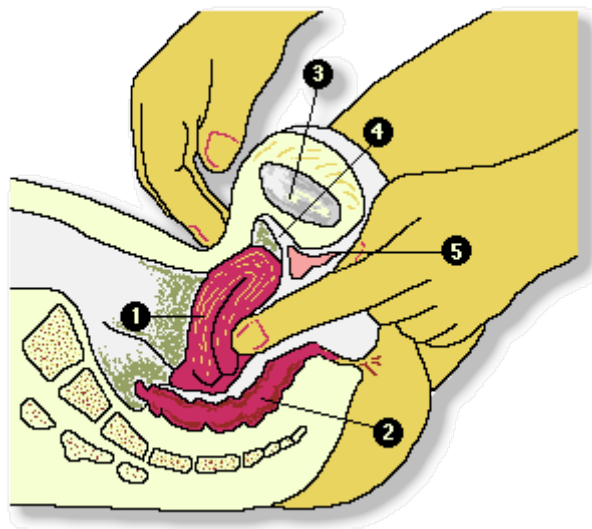
3. Inspecció de la vagina i del coll uterí

Després de la inspecció dels genitals externs s'examinen les parets vaginals, el fondos del sac de Douglas i el coll uterí mitjançant unes valves ginecològiques o un espèculum. S'observa l'aspecte, la coloració i la possible presència de anormalitats. També s'avalua les característiques del flux vaginal i es poden obtenir mostres per l'examen bacteriològic, cultius i també es pot realitzar la citologia exfoliativa.



4. Tacte vaginoabdominal combinat

El tacte vaginoabdominal es realitza mitjançant la introducció de dos dits de la mà a la vagina de la dona. Amb la mà contrària es realitza la palpació de l'abdomen deprimint les seves parets. Mitjançant aquesta palpació es pot delimitar la grandària i la forma de l'úter i dels ovaris, detectar possibles tumoracions de l'úter i els annexes i també l'existència de l'embaràs.



5. Exploració mamària

L'exploració de les mames es realitza amb l'objectiu de diagnosticar petits nòduls, secrecions asintomàtiques, zones d'induració, petits nòduls, etc. L'exploració s'efectua amb la dona asseguda i en decúbit supí, per poder inspeccionar-la en posició estàtica i en moviment. S'exploren les dues mames, els mugrons i les aureoles. També es realitza la palpació de les zones cervicals, supra, infraclaviculars i axil·lars en busca de nòduls o adenopaties. Per últim es realitza una pressió a la base del mugró.

EXPLORACIONS COMPLEMENTARIES

1. Examen de la secreció vaginal en fresc

Mitjançant l'examen de les secrecions vaginals en fresc amb el microscopi es poden diagnosticar diferents infeccions genitals a la consulta.

2. Citologia exfoliativa

La citologia exfoliativa es el mètode de diagnòstic principal en la prevenció de càncer de coll d'uterí. Amb aquesta prova podem estudiar les cèl·lules descamades dels teixits, tant les normals com les patològiques.

Les mostres citològiques es prenen sempre visualitzant el coll uterí mitjançant l'ajuda d'un especulum. S'efectua una triple mostra que procedeix del:

- Fons cervical: s'obté la mostra de tot el seu contorn (360°) amb una espatula normal.
- Exocervix: es realitza amb una espàtula de Ayre que es situa sobre el coll i es realitza un moviment de rotació al voltant de l'orifici cervical extern.
- Canal endocervical: es pren una mostra mitjançant un raspallat del canal amb un moviment de rotació.

Per aconseguir la màxima fiabilitat en la mostra citològica, aquesta s'ha d'executar de forma correcta:

- Identificar prèviament un sol portaobjectes

- Després d'efectuar la mostra realitzar ràpidament la seva extensió i fixació (Deixar relliscar l'espàtula sobre un portaobjectes ben desengreixat, una sola vegada i en un sol sentit)

La presa s'estén sobre el portaobjectes amb la següent seqüència:

- La mostra recollida en el fons vaginal s'estén a la part més pròxima de la identificació i en direcció vertical.
- La mostra exocervical es col·loca al costat de l'anterior, en el centre i en la mateixa direcció.
- La mostra endocervical s'estén al costat de l'anterior, en la part oposada a la identificació i en direcció horitzontal.
- Fixar la mostra amb un líquid fixador (alcohol de 95°) o amb un spray fixador.

El material necessari per la pressa citològica es

- Espéculum vaginal
- Espàtules de fusta i espàtula d'Ayre
- Raspatllet
- Portaobjectes
- Fixadors
- Llapis
- Fulles de petició
- Carpetes per el transport de les mostres.

Les condicions adequades per poder efectuar la citologia exfoliativa són:

- No haver tingut relacions sexuals amb penetració en 48h.
- Absència de medicació tòpica vaginal i d'irrigacions vaginals 48h abans de la exploració.
- No haver realitzat manipulacions en el coll uterí prèvies a la citologia.
- No estar en el període menstrual.

Protocol de les activitats per al cribatge del càncer de coll uterí a l'atenció primària

Institut català d'oncologia. 2007

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/annex3cacc2006.pdf>

3. Colposcòpia

La colposcòpia es un mètode de diagnòstic de càncer de coll d'uterí. S'utilitza un instrument òptic il·luminat (lupa de 10 o 20 augments) que proporciona la visualització del coll uterí millor que l'ull humà però amb un augment inferior al microscopi.

La colposcòpia proporciona imatges que donen una visió aproximada del teixit que s'examina però no permet conèixer les característiques de les cèl·lules. És per aquesta raó que la colposcòpia s'utilitza com a mètode de diagnòstic complementari del càncer de cèrvix i no com a diagnòstic de certesa.

4. Temperatura basal

La corba de la temperatura basal reflexa les fluctuacions tèrmiques que experimenta la dona al llarg del cicle menstrual i permet l'estudi de la funció ovàrica. La causa de les variacions tèrmiques es l'acció hipertèrmica que exerceix la progesterona sobre el centre regulador hipotalàmic.

La corba de la temperatura basal de la dona és bifàsica: en la segona meitat del cicle experimenta un ascens de fins quatre dècimes i es manté fins que s'inicia la involució del cos luti. No obstant, el dia abans d'iniciar-se la segona part del cicle algunes dones presenten un lleu descens de dues dècimes en la temperatura.

Les condicions en las que s'ha de prendre la temperatura basal són:

- Abans d'aixecar-se del llit
- Sempre a la mateixa hora
- Haver dormit un mínim de 6 hores.
- Estar en dejú.

La tècnica de la presa consisteix en:

- La temperatura s'ha de prendre diàriament.
- Sempre utilitzar el mateix termòmetre
- Col·locar-se sempre el termòmetre al mateix lloc (boca, vagina...)
- Anotar els valors de la temperatura en una gràfica.
- Anotar els dies de la menstruació.
- Anotar la quantitat de la menstruació.
- Anotar un altre tipus d'incidències com: relacions sexuals, medicaments, alteracions fisiològiques (grips, nits sense dormir, etc.)

Aquesta tècnica s'utilitza per:

- Diagnòstic de la ovulació.
- Duració del cos luti.
- Efectuar exploracions que han de realitzar-se en un determinat dia del cicle menstrual.

És responsabilitat de infermeria explicar a la dona que:

- Ha d'anotar diàriament la temperatura
- El primer dia del cicle és el primer dia de la menstruació
- Ha de senyalar a la gràfica els dies de la menstruació, la seva quantitat i la seva duració.
- Ha de senyalar les relacions sexuals que ha mantingut.
- Ha d'anotar qualsevol anomalia i qualsevol alteració fisiològica i psicològica.

5. Test de Collins

És un mètode de diagnòstic precoç del càncer de vulva. Si mentre s'inspeccionen els genitals externs s'aprecia una lesió vulvar extensa, es practica el test de Collins. Es realitza mitjançant la coloració de la zona amb una solució aquosa de blau de toluïdina a l'1%. Després d'uns minuts es decolora amb una solució aquosa d'àcid acètic a l'1%. La zona que persisteix tenyida es sotmet a un estudi mitjançant la citologia i la biòpsia.

6. Microlegrat per aspiració

És un mètode de diagnòstic precoç de càncer d'endometri que s'efectua mitjançant la recollida del teixit endometrial per microrraspat amb cànules metàl·liques o de plàstic connectades a una bomba d'aspiració.

7. Ecografia

La utilització dels ultrasons és actualment un mètode habitual en el camp de la salut reproductiva de la dona. Està indicada pel diagnòstic de:

- L'embaràs
- Malformacions congènites
- Edat gestacional
- Alteracions de la placenta
- Localització de la placenta
- Embaràs de bessons
- Batec fetal
- Tumoracions uterines
- Tumoracions d'ovari
- Aspiracions d'òvuls per la fecundació in vitro
- Diagnòstic diferencial de: mola hidatiforme, embaràs ectòpic, existència de restos ovulars.
- Localització d'un dispositiu intrauterí

8. Laparoscòpia

És una tècnica exploratòria que consisteix en la visualització del contingut de la pelvis i altres òrgans abdominals a través d'un instrument òptic després de la creació d'un neumoperitoneu. Per la seva realització és necessari que la dona estigui sota els efectes de l'anestèsia i en posició ginecològica. Es pot realitzar per via abdominal o vaginal a través del sac de Douglas.

S'utilitza per el diagnòstic de:

- Esterilitat
- Endometriosis

- Embaràs ectòpic
- Ovari poliquístic
- Sospita de tumoracions d'ovari
- Esterilització femenina.

9. Histerosalpingografia

És una tècnica radiològica de contrast que es realitza per visualitzar els genitals interns: úter i trompes. S'utilitza per el diagnòstic de les anomalies uterines i les anomalies de la permeabilitat de les trompes.

10. Mamografia

És una tècnica radiològica que s'utilitza per el diagnòstic de les tumoracions de mama.

Vocabulari

Menarquia: és la edat en la que té lloc la primera menstruació. Normalment succeeix entre els 10 i els 16 anys, però el més freqüent és als 12-13 anys.

Pubertat: avarca tot el temps de transició entre la infància i la maduresa. La menarquia és un signe de la pubertat. Etimològicament, pubertat significa aconseguir la capacitat reproductora tant en l'home com en la dona. En general succeeix entre els 8 i els 14 anys.

Amenorrea: Absència temporal o permanent del flux menstrual.

Hipermenorrea: Flux menstrual abundant.

Polimenorrea: Escurçament del cicle entre menstruacions, pot durar menys de 20 dies. La intensitat i la duració del sagnat pot ser normal.

Dismenorrea: Períodes dolorosos que apareixen junt amb la menstruació.

Galactorrea: Secreció de llet que no està associada amb el període de lactància.

Oligomenorrea: Disminució del volum i la duració de la menstruació.

Hipomenorrea: Hemorràgia menstrual escassa.

Metrorràgia: Hemorràgia vaginal, procedent de l'úter, no associada a la menstruació.

Mastodínia: Tensió mamària premenstrual.

Coitorràgies: Sagnat durant o després del coit.

Programa d'Atenció a la Dona

El Servei d'Atenció a la Dona (SAD) compren un conjunt d'activitats que tenen per objectiu donar una assistència integral i de qualitat a la dona i a la seva família oferint activitats assistencials i educatives.

Part 1 - Serveis

Consulta de Tocologia

- Control i seguiment d'embaràs
- Determinacions analítiques
- Ecografies
- Diagnòstic prenatal
- Prova de benestar fetal antepart (TNS)

Consulta de Ginecologia

- Prevenció i assistència de les malalties ginecològiques
- Prevenció i tractament de les malalties de transmissió sexual (MTS)
- Estudis inicials d'esterilitat

Consulta de Planificació Familiar

- Orientació i seguiment dels mètodes contraceptius:
 - DIU
 - Píndoles contraceptives
 - Lligadura de trompes
 - Vasectomia
- Assessorament sobre ILE
- Educació Sanitària

Consulta de Prevenció del Càncer Ginecològic i Mamari

- Prevenció i diagnòstic del càncer femení
- Citologia cervicovaginal
- Mamografies

Consulta de Menopausa

- Orientació, prevenció i assistència de la simptomatologia de la menopausa
- Valoració del risc cardiovascular i de la osteoporosi

Consulta de Puerperi

- Seguiment del puerperi al domicili i a la consulta
- Consulta d'alletament
- Consulta de postpart

Consulta Psicosexual

- Teràpia afectivo-sexual
- Teràpia de parella
- Suport psicològic en el tractament de la menopausa
- Suport psicològic a les dones histerectomitzades i mastectomitzades

Educació Sanitària

- Servei d'orientació i informació sexual dirigida als JOVES
- Informació sobre mètodes contraceptius
- Educació materna i preparació per al part a les dones embarassades

Normativa legal

DECRET 283/1990, de 21 de novembre, pel qual es crea el Programa sanitari d'atenció a la dona i s'estableixen normes per a la vinculació a aquest Programa dels professionals sanitaris implicats. (DOGC núm. 1374 publicat el 30/11/1990)

ORDRE de 15 de gener de 1987, sobre autorització de centres i serveis d'orientació i planificació familiar. (DOGC núm. 795 publicat el 26/01/1987)

ORDRE de 4 de febrer de 1987, sobre acreditació de centres i serveis d'orientació i planificació familiar. (DOGC núm. 803 publicat el 13/02/1987)

BLOC 2 – Gestació

Tema 1 – Desenvolupament Prenatal Humà

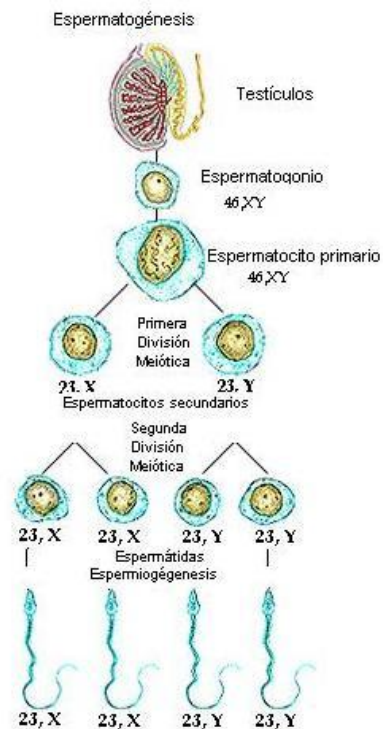
Gametogènesis, fecundació i implantació

1. Gametogènesis

En l'espècie humana, abans de la fecundació, la carga cromosòmica de la cèl·lula germinal és de 23 cromosomes. El número diploide (46 cromosomes) no es restableix fins la unió de l'òvul amb el espermatozoide durant la fertilització.

ESPERMATOGÈNESIS

Els espermatozoides es produeixen en les cèl·lules de Leyding, localitzades en els tubs seminífers del testicle per acció de la FSH. La seva producció és continua, des de la pubertat fins la mort. Perquè els espermatozous siguin madurs requereixen 60-70 dies.



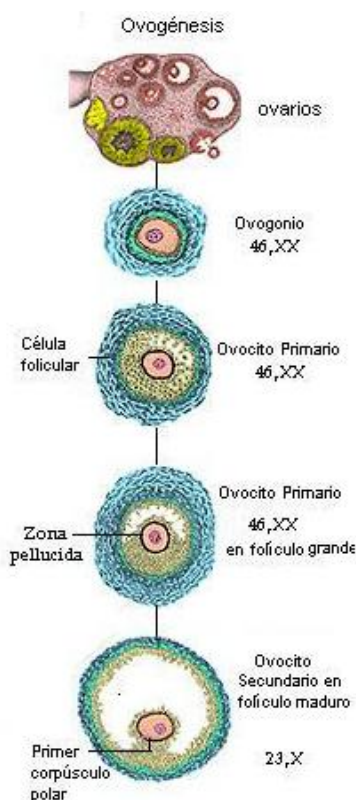
OVOGÈNESIS

L'òvul també ha de patir una sèrie de modificacions per adquirir capacitat fecundant. Aquest procés té lloc a l'ovari.

Al contrari de la espermatogènesis, que té l'inici a la pubertat, la ovogènesis és més precoç i s'inicia ja a la vida intrauterina.

El procés maduratiu dels ovòcits es produeix com a conseqüència de l'efecte de la FSH que convertiran el fol·licle ovàric o primordial en primari, secundari i terciari o De Graaf.

Iniciada la maduració ovular, el fol·licle s'acosta a la superfície de l'ovari perquè tingui lloc la maduració.



2. Transport d'òvuls i d'espermatozoides

En la dona els ovaris estan lliures en la cavitat peritoneal, ancorats per el lligament ovàric. És en el moment de la ovulació que les fimbries de la trompa rodegen per complet la zona.

L'òvul es transporta per la trompa gràcies a l'acció ciliar i al peristaltisme tubàric. La fecundació es produeix a nivell de la ampolla tubàrica. L'òvul té una vida mitja de 24-48h.

Durant el coit, els espermatozous son dipositats en el fons del sac vaginal posterior. Es dipositen uns 80-110 milions (3-5ml de semen) dels quals un 80% son formes normals amb capacitat fecundant. D'aquests uns 200 arribaran al lloc de la fertilització i només un arribarà a l'òvul madur alliberat durant el cicle ovulatori. L'espermatozoide té un promig de vida de 4-6 dies però el seu poder fecundant és de 48h, en la vagina poden romandre vius 1 o 2 dies. Travessen el moc cervical impulsats pel moviment flagel·lar, ascendeixen la cavitat uterina i recorren la trompa fins arribar al lloc de la fecundació que normalment es dona en el terç extern d'aquesta.

3. Fecundació

És la unió de l'òvul amb el espermatozoide. Perquè sigui possible han de coincidir:

- Dipòsit d'espermatozoides dins la vagina.
- Progressió intrauterina i intratubàrica dels espermatozoides.
- Ovulació i captació de l'òvul per les fimbries tubàriques.
- Fusió de gàmetes femení i masculí.

En el terç extern de la trompa l'òvul és rodejat pels espermatozoides, un dels quals contacta amb una porció de la membrana ovular anomenada con d'atracció que permet la penetració del cap de l'espermatozoide, quedant el flagel a l'exterior. A continuació es formen els dos pronuclis, el masculí i el femení, inicien la mitosis de segmentació que dóna origen a dues cèl·lules . Aquestes dues cèl·lules es diuen blastòmers.

L'espermatozoide i l'òvul tenen 44 cromosomes que transmeten els caràcters somàtics (autosomes), i 2 cromosomes sexuals (dona: XX i l'home: XY). Si l'espermatozou fecundant aporta el cromosoma Y dóna lloc a un home i si transmet el X, s'origina una dona.



4. Progressió Ovular Intratubàrica

L'ou fecundat necessita 3-4 dies per transitar a través de la trompa fins arribar a la cavitat uterina.

Després de la fecundació s'inicia l'activació de l'ou el qual modifica la membrana i el nucli, recupera el nombre diploide de cromosomes i comença el seu recorregut per la llum tubària.

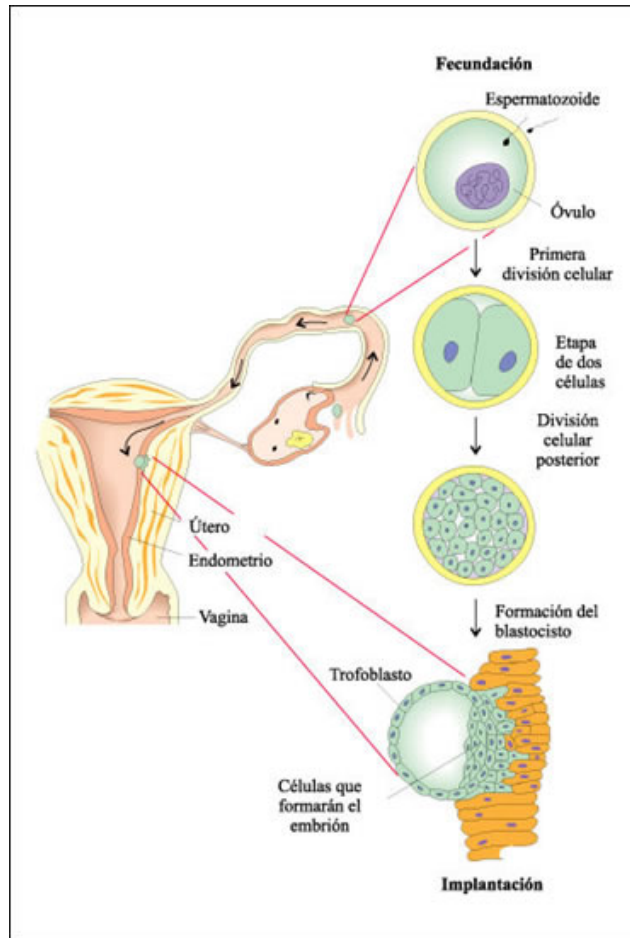
Durant la migració l'òvul fecundat inicia una sèrie de divisions cel·lulars simples i donen origen a 16 o més cèl·lules que constitueixen la fase de mòrula. En la segona part del desenvolupament de l'òvul fecundat, un grup de cèl·lules s'organitza marginant-se i formant una capa que s'anomena trofoblast, la resta, constitueix el disc embrionari. En aquesta etapa l'òvul s'anomena blàstula o blastòcit. El trofoblast es convertirà en placenta i el disc embrionari en el futur embrió.

5. Implantació

El blastòcit s'adhereix a la superfície endometrial, erosiona l'epiteli i s'enfonsa en l'endometri.

L'ou humà s'implanta al voltant de 6 dies després de la fecundació (correspon al dia 21 del cicle (fase progesteronica)).

Des de l'inici de la gestació, el trofoblast exerceix una acció hormonal molt important, la producció de HCG es detectable en quantitats considerables als 10 dies de la concepció.



Períodes de desenvolupament prenatal

En el desenvolupament prenatal humà s'estableixen tres períodes:

1. Període de fecundació i implantació: s'inicia en el moment de la fecundació de l'òvul i finalitza als 17 dies. La seva principal característica és la multiplicitat cel·lular.
2. Període embrionari: avarca dels 18 als 55 dies de gestació. En aquest període té lloc la diferenciació morfològica dels diferents òrgans i sistemes (organogènesis).
3. Període fetal: s'inicia a la octava setmana i finalitza amb el naixement. Es caracteritza per la maduració i desenvolupament dels diferents òrgans i sistemes.

1.Desenvolupament de l'embrió

Als 7 dies de la fecundació la paret del blastòcit entra en contacte amb la cavitat endometrial. La paret del blastòcit està formada per una capa de cèl·lules aplanades. La capa interna és més gruixuda i consta de dues zones: el trofoblast i la massa cel·lular que formarà l'embrió. El disc embrionari es diferencia en una placa gruixuda anomenada ectoderma primitiu i una capa subjacent anomenada endoderma. Entre el disc embrionari i el trofoblast apareixen unes cèl·lules que tanquen un espai que serà la cavitat amniòtica.

Existeix una proliferació cel·lular dins el disc embrionari.

Existeixen tres capes germinals que originen els diversos òrgans del cos: Ectoderma, Endoderma i Mesoderma (cèl·lules que creixen lateralment entre l'ectoderma i el endoderma).

De l'ectoderma deriven:

- Sistema nerviós central i perifèric.
- Pell i annexes.
- Hipòfisis.
- Part terminal dels aparells genitourinaris.
- Recte i anus.

Del mesoderma deriven:

- Aparell cardiovascular.
- Cèl·lules sanguínies i limfàtiques.
- Teixit connectiu i subcutani.
- Múscul estriat i llis.
- Cartílags, ossos i articulacions.
- Membranes seroses.
- Ronyons, gònades, suprarenals i melsa

Del endoderma deriven:

- Epiteli del tub digestiu.
- Epiteli de l'aparell respiratori.
- Epiteli de l'aparell urinari.
- Parènquima glandular: tiroides, paratiroides, pàncrees i fetge.

El cos de l'embrió comença a adquirir forma a partir de la quarta setmana de gestació. A partir de la sisena setmana de gestació l'embrió ja és visible per ecografia i es pot escoltar el seu batec cardíac.

2. Bessons

La bipartició primerenca d'un embrió o la formació simultània de dos embrions per fecundacions diferents, dona lloc a l'embaràs gemelar.

La bipartició de l'embrió es produeix durant la mitosis de la proliferació cel·lular. És un procés de repartiment del material hereditari que distribueix còpies idèntiques de la dotació genètica.

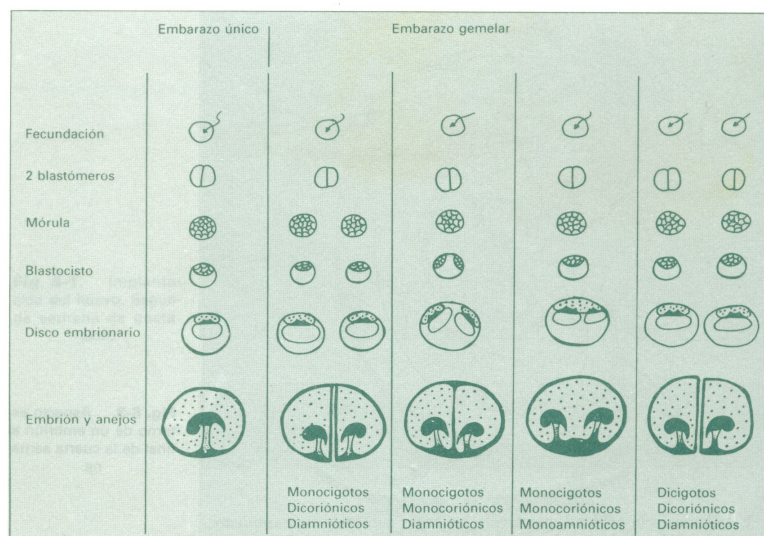


Fig. 8-4. Embarazo gemelar: diferentes tipos.

3. Desenvolupament fetal

8-12 setmanes

- La circulació fetal es completa.
- Els ronyons comencen a funcionar, el fetus excreta orina a partir de la dècima setmana.
- El fetus comença a succionar i deglutir.
- És possible reconèixer el sexe del fetus.
- Es diferencien els dits de les mans i dels peus.
- Els ulls romanen tancats.
- La placenta madura.

13-16 setmanes

- Es produeix un desenvolupament ràpid de l'esquelet.
- El paladar es tanca.
- Apareix el lanugo fetal.

17-20 setmanes

- Comença la renovació cel·lular de la pell.
- Apareix el vèrnix.
- Es poden veure les ungles dels dits.

- La mare percep els moviments fetals.

21-24 setmanes

- La majoria dels òrgans comencen a funcionar.
- La pell apareix arrugada i vermella.
- El fetus presenta períodes de son i activitat.
- Reacciona a estímuls auditius.

25-28 setmanes

- S'inicien els moviments respiratoris.
- Les parpelles deixen d'estar soldades.
- El grau de maduració permet la supervivència extrauterina (UCI neonatal i depèn dels casos).

29-32 setmanes

- Desapareix el lanugo de la cara i la pell es torna rosada i menys arrugada.
- Els testicles descendeixen a l'escrot.
- Comença a emmagatzemar ferro i greix.
- Es viable.
- Els seus moviments son enèrgics.

33-36 setmanes

- L'increment de greix fa el cos més arrodonit.
- Desapareix el lanugo del cos.
- Son visibles els plecs plantars.
- Creix el cabell i les ungles.
- El fetus és madur i espera el moment del part (37 setm).

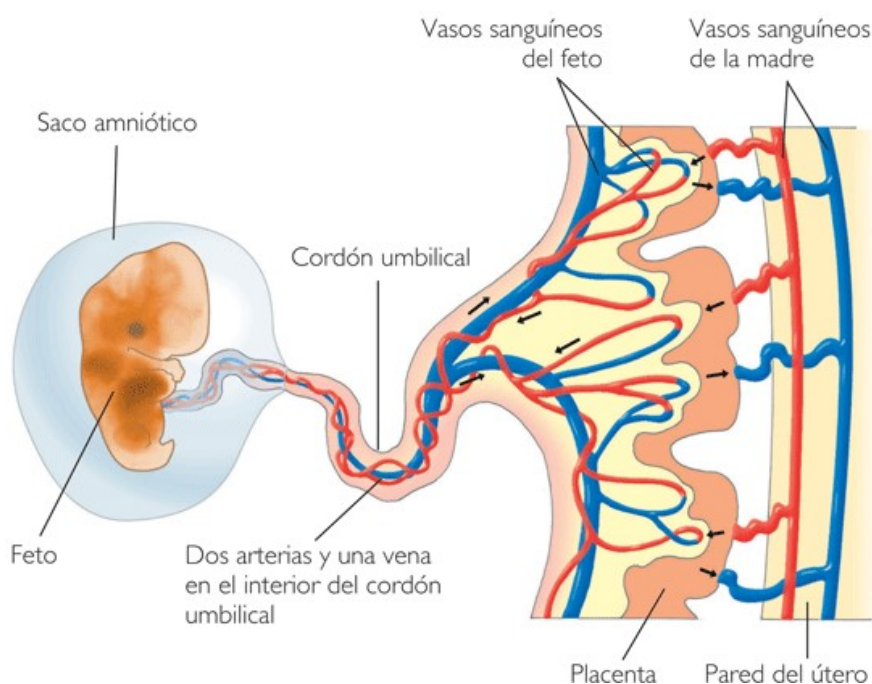
Lanugo: borrisol corporal molt fi present en els fetus com a part del seu desenvolupament normal durant l'embaràs. Es perd aproximadament a les 40 setmanes d'edat gestacional.

Vèrnix: material greixós que revesteix la pell del nounat. Consisteix en una barreja de secrecions greixoses procedents de les glàndules sebàcies fetals i de cèl·lules epidèrmiques mortes. La seva funció és la de protecció de la pell del nadó.

4.Placenta

La placenta està constituïda per teixits materns i fetals. La seva funció és polivalent: funciona com a pulmó, intestí, fetge i glàndula endocrina que elabora les hormones necessàries per el manteniment de l'embaràs. La seva capacitat funcional es limita fins a la setm 42 o abans en situacions patològiques com l'hipertensió arterial o la diabetis. La seva estructura permet que les circulacions sanguínies materna i fetal es trobin en contacte a través de la major superfície possible, mantenint-se independents.

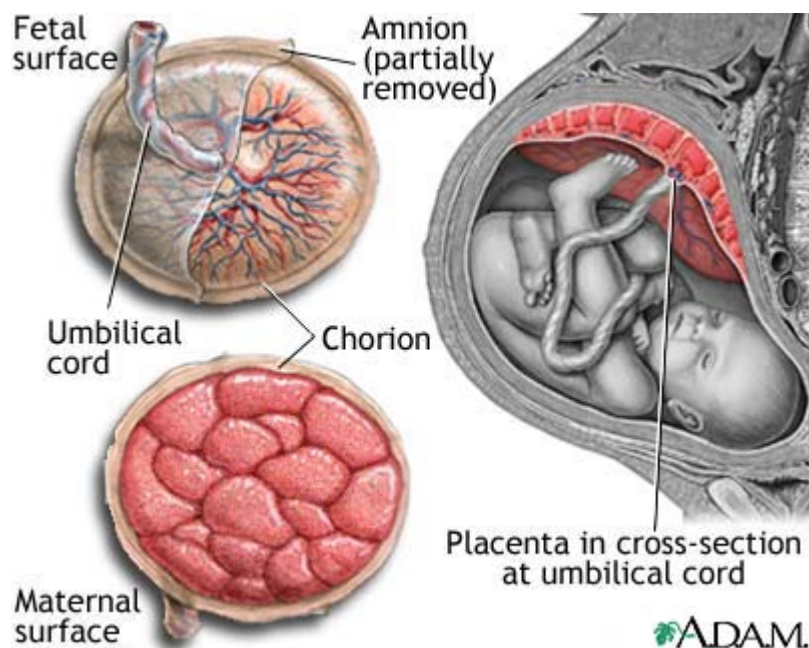
La placenta a terme és un òrgan discoide de 15-20cm de diàmetre per 2-3 de grossor. Pesa al voltant de 500g. Presenta dues cares: la cara fetal que està recoberta per l'amnios transparent i en ella s'insereix el cordó umbilical; i, la cara materna, que és rugosa i presenta els cotiledons.



Circulació placentària

Està constituïda per la circulació fetal i la circulació materna. Les dues mantenen la seva independència donat que només existeix contacte entre la sang materna i el corion fetal.

1. Circulació fetal: En el cordó umbilical trobem dues arteries i una vena recoberts per la gelatina de Wharton. Les dues arteries porten la sang venosa del fetus a la placenta per ser oxigenada. La vena umbilical porta la sang oxigenada de la placenta al fetus. Aquests vasos es ramifiquen repetidament sota l'amnios i dins la vellositats, formant rets capil·lars.
2. Circulació materna: La sang materna procedeix de les arteries espirals. L'intercanvi metabòlic s'efectua quan la sang flueix al voltant de les vellositats coriòniques.



5.Membranes ovulars

El sac amniòtic es la coberta de dos membranes que envolten l'embrió. La membrana interna s'anomena amnios, conté el líquid amniòtic i el fetus. La membrana exterior s'anomena corion, conté l'amnios i és part de la placenta.

Amnios: l'Amnios és una fina membrana que envolta i protegeix l'embrió. Està ple de fluid salí anomenat líquid amniòtic. L'amnios permet els moviments fetals i ofereix protecció contra cops eventuals.

Corion: El corion és un embolcall extern que recobreix l'embrió i que col·labora en la formació de la placenta. Les vellositats coriòniques emergeixen del corion i envaeixen l'endometri permetent l'intercanvi de nutrients entre la mare i el fetus.

6.Líquid amniòtic

És el medi on habita el fetus en l'interior de la bossa amniòtica. Realitza les següents funcions:

- Proporciona el mitjà on el fetus pot moure's lliurement.
- El protegeix de possibles lesions.
- Evita que es formin adherències amniòtiques
- Intervé en el procés de maduració pulmonar
- Lubrifica el canal del part i afavoreix la dilatació uterina.

La quantitat normal varia segons les setmanes de gestació. Si apareixen alteracions per defecte o excés sempre estan associades a situacions patològiques. El seu aspecte ha de ser clar i transparent al principi de la gestació. Al final es torna una mica opac. Canvis en el color del líquid amniòtic també estan associats a problemes fetals.

7. Hormones placentàries

La placenta també té funció de glàndula endocrina ja que produeix i segrega les hormones necessàries per el manteniment de la gestació i del desenvolupament fetal.

Les hormones placentàries son:

- **Progesterona:** es segregada al principi pel cos luti i a partir del segon mes la segrega la placenta. Té un efecte relaxant sobre la musculatura uterina i un efecte immunològic perquè bloqueja la resposta de immunitat cel·lular protegint el lloc de la implantació.
- **Estrògens:** son segregats per la placenta després del cessament de l'activitat ovàrica. A més de la placenta, la glàndula suprarenal i el fetge fetal son importants en la síntesis d'estrògens. La seva funció és la de augmentar el flux sanguini uteroplacentari.
- **Gonadotropina Coriònica (HCG):** Apareix en els primers dies de la gestació. La seva quantitat va augmentant fins a arribar el nivell màxim al voltant de la dècima setmana, a partir de llavors declina. LA HCG manté el cos luti funcionant fins que la placenta adquireix capacitat per produir estrògens i progesterona. La seva presència és la base del diagnòstic precoç de la gestació.
- **Lactògen Placentari (HPL):** Es troba en el plasma de la gestant a partir de la tercera setmana. La seva secreció augmenta regularment fins al final de l'embaràs. Afavoreix la lactogènesis i estimula el desenvolupament fetal.

Bloc 3 – Atenció d'infermeria a la dona embarassada

Embaràs: és el període de temps que transcorre entre la fecundació i el part. També rep el nom de gestació o període gestacional.

Gravidesa: fa referència als embarassos que ha tingut o té una dona amb independència de la seva durada.

Paritat: nombre de parts que ha tingut una dona que ha donat a llum a un fetus de més de 20 setmanes de gestació o pes superior a 500g, independentment de si ha nascut viu o mort.

Una gestació té una durada de 266 dies aproximadament a partir del moment de la fecundació, o 280 o 40 setmanes a partir del primer dia de la data de la última regla (FUR – “Fecha de la última regla”).

Avortament: interrupció o expulsió de la gestació abans de les 20 setmanes de gestació o amb un pes inferior a 500g.

Embaràs a terme: dona gestant que es troba entre la 37 i 42 setmanes de gestació, a partir de la data de la última regla.

Embaràs post-terme o gestació perllongada: dona gestant que ha sobrepassat, segons la data de la última regla, les 42 setmanes de gestació.

Amenaça de part pre-terme o prematur: dona gestant que inicia el treball de part entre les 28 i les 37 setmanes de gestació.

Nuligesta: dona que mai ha estat embarassada.

Primigesta: dona que està embarassada per primera vegada.

Nul·lípara: dona que no ha parit mai un fetus viable.

Primípara: dona que ha parit una vegada un fetus viable.

Multípara: dona que ha parit dos a més vegades fetus viables.

Gestant precoç: dona que està embarassada i que té menys de 16 anys.

L'embaràs normal. Valoració i identificació dels canvis de la dona embarassada

La gestació és un procés fisiològic normal en el que es produeixen modificacions anatòmiques i funcionals a l'organisme matern. Aquestes modificacions afecten una gran part dels sistemes de l'organisme i en especial als òrgans de l'aparell reproductor. La majoria de canvis que es produeixen a la gestació es deuen a l'efecte de les hormones. Aquests canvis permeten nodrir el fetus, preparar el cos per al part, desenvolupar les mames i emmagatzemar greixos per a proporcionar les calories necessàries al final de la gestació i per la secreció làctia al puerperi. L'estat psicològic de la mare també es veu influenciat pels canvis hormonals i junt amb altres factors externs preparen la transició a la maternitat.

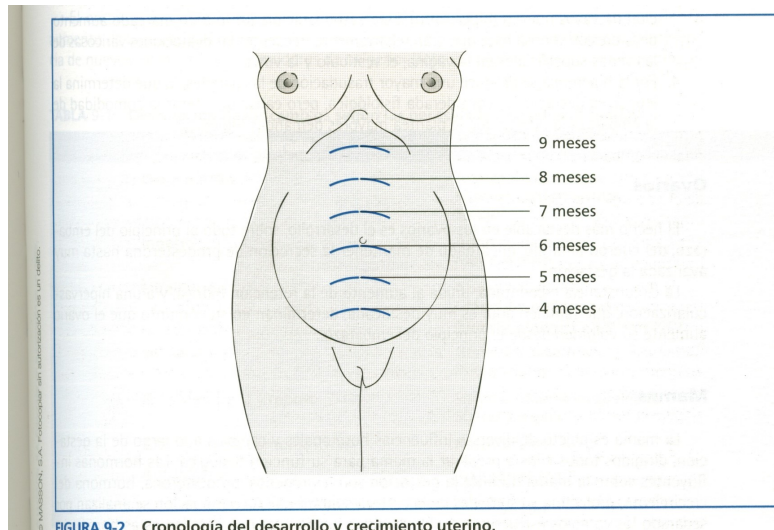
Modificacions anatomofisiològiques

1. Úter

L'úter augmenta la seva grandària de forma progressiva durant tota la gestació. La seva longitud augmenta unes cinc vegades, passa de 7 a 35 cm al final de gestació. El pes de l'úter augmenta unes 20 vegades, de 50g que pesa al principi de la gestació passa a aconseguir un pes d'1Kg aprox. La seva irrigació també està incrementada considerablement.

La excitabilitat de les fibres del miometri augmenten a mida que l'úter creix. A partir de la setmana 24 de gestació es donen les contraccions de Braxton – Hicks.

El coll uterí augmenta considerablement la secreció de les glàndules cervicals formant-se el tap mucós. El tap mucós té un funció de barrera i protecció davant el possible ascens de gèrmens patògens.



- L'úter es fa abdominal, es palpa per sobre del pubis a la setmana 12.
- Arriba al melic a la setmana 20.
- Arriba al nivell de les costelles a la setmana 38 i pateix un descens a la setmana 40 que es deu al descens del fetus en el segment inferior de l'úter.

2. Vagina

La vagina presenta un mecanisme de autodepuració fisiològic per evitar infeccions vaginals que consisteix en augmentar l'acidesa del medi vaginal. Aquest medi és hostil als agents patògens menys a la Candida Albicans.

3. Ovaris

La modificació més important és la inhibició de la ovulació durant la gestació.

4. Mames

Durant la gestació les mames pateixen modificacions a nivell glandular i alveolar que les faran aptes per a la secreció làctia. A partir de la dècima setmana de gestació es pot iniciar la secreció de calostre.

Les mames augmenten de grandària, la seva vascularització, la seva pigmentació, la seva sensibilitat i la capacitat erèctil del mugró.

5. Sistema Cardiovascular

Pateix importants modificacions amb l'objectiu d'assegurar la circulació placentària, l'intercanvi gasós d'oxigen matern i fetal i l'arribada de nutrients al fetus.

Aparell cardiocirculatori: El volum sanguini augmenta entre un 30 i 50% en el curs de la gestació. La freqüència cardíaca augmenta 10-15 batecs/min en l'últim trimestre de la gestació. La tensió arterial roman dintre dels valors normals. La pressió venosa de les EEII està augmentada degut a la dificultat del retorn sanguini ja que l'úter exerceix una compressió de la vena cava inferior i les ilíaqües. Com a conseqüència d'aquest fet, algunes dones presenten edemes, varius en les cames i la vulva, i hemorroides.

En les dones gestants apareix el denominat *Síndrome de la hipotensió en decúbit supí*. Aquest síndrome es produeix com a conseqüència de la compressió que exerceix l'úter a la vena cava inferior quan la dona es troba en aquesta posició. Es caracteritza per l'aparició de mareig, pal·lidesa i hipotensió progressiva, en canvi els valors de la tensió arterial es restableixen quan es col·loca en decúbit lateral.

Canvis hematològics: Al produir-se un augment del volum sanguini total, el plasma augmenta en un 50% i els eritròcits en un 30%. Això crea una situació de hemodilució amb una disminució de la viscositat sanguínia. Com a resultat d'aquesta hemodilució, l'hematòcrit descendeix fins a valors del 35% i la hemoglobina fins a valors de 11,5-12g. També hi ha una disminució del ferro i de les proteïnes totals. Tot això crea una situació d'anèmia denominada *anèmia fisiològica de la gestació*.

6. Aparell urinari

Durant la gestació pot aparèixer pol·laquiúria per la compressió que exerceix l'úter a la bufeta de la orina. També es produeix una dilatació i una disminució del to dels urèters. Aquest factor, junt amb el reflux vesicouretral, molt freqüent durant la gestació, afavoreix l'aparició de pielonefritis.

Com que el volum sanguini està augmentat, s'incrementa la funció renal, el flux plasmàtic i la filtració glomerular; com a conseqüència es produeix un augment de la diüresis.

7. Aparell respiratori

Existeix un augment de la ventilació degut a l'incrementa del volum respiratori. Existeix una congestió de les mucoses, algunes dones refereixen congestió nasal i ronquera. També hi ha una ampliació la grandària del tòrax, algunes dones manifestes àlgies costals a nivell de les últimes costelles. El diafragma s'eleva prop de 4cm com a conseqüència de la compressió abdominal.

8. Sistema digestiu

Durant la gestació podem trobar polifagia (augment de la necessitat de menjar), polidipsia (augment de la set) o bé anorèxia transitòria. A les genives hi ha una important hiperèmia (augment en la irrigació d'un òrgan o teixit) i és per això que freqüentment les gestant tenen gingivitis.

El to i la motilitat es troben disminuïts, per tant, la evacuació d'aliments de l'estómac està retardada ocasionant regurgitació esofàgica i pirosis.

L'estrenyiment també es degut a una motilitat reduïda dels intestins.

9. Canvis endocrins

Els canvis endocrins són molt importants durant la gestació. Els estrògens i la progesterona son produïts per la placenta en grans quantitats. La placenta també produeix lactògen placentari (HPL) que està implicada en la fisiologia de la secreció làctia.

La gonadotropina coriònica (HCG) es secretada per el trofoblast els primers tres mesos de la gestació. La prova més utilitzada per el diagnòstic de la gestació es basa en la presència de la hormona gonadotropina coriònica en sang o orina. La HCG pot detectar-se en sang a partir dels 10 dies, i en orina, a partir dels 20 dies, post-fecundació fins a les 14 setmanes de gestació.

També trobem un augment de la secreció de les hormones pituïtàries:

- La prolactina (PRL) és la hormona encarregada de la secreció làctia.

- La oxitocina augmenta considerablement en la segona meitat de la gestació i està implicada en el mecanisme del part.

10. Canvis en la postura i la pelvis

El canvi del centre de gravetat de la dona gestant origina una lordosis lumbosacre de compensació. Els elevats nivells de progesterona i el possible efecte de la relaxina causen laxitud dels lligaments de tot el cos. Aquesta laxitud permet augmentar la capacitat de la pelvis durant el part.

BLOC 4 - Control i educació sanitària. Valoració Fetal i Atencions d'infermeria

Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protsegui2006.pdf>

Guia per embarassades

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1963/gembarassades.pdf>

Embaràs sense fum

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/deixatabac2006.pdf>

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/respirosalut2006.pdf>

Els objectius del control prenatal son:

- Mantenir la salut de la dona gestant, tant des del punt de vista físic com psíquic.
- Assegurar el creixement i desenvolupament òptims del fetus.
- Diagnosticar i tractar precoçment els problemes mèdics, socials i psicològics.
- Aportar a la dona embarassada i a la seva família una educació sanitària que generi un ambient favorable per el desenvolupament i l'acollida del nadó.

- Donar recolzament psicològic a la gestant i a la seva parella.
- Orientar a la dona gestant sobre els serveis de salut.

Freqüència dels controls prenatals

Setmanes de Gestació (SG)	Freqüència
< 12 SG	1a. Visita
12 – 23 SG	Cada 4 – 6 setmanes
37 – 41 SG	Cada 2 – 3 setmanes
> 41 SG	1 – 3 cops per setmana
> 42 SG	Ingrés

La primera visita cal realitzar-la abans de les 12 primeres setmanes de la gestació. Aquesta primera visita és la de més llarga durada i, al mateix temps, la més important, atès que s'ha de fer una valoració completa de la salut de la dona, a partir de la informació obtinguda mitjançant la realització de la història clínica, de l'exploració física i de les exploracions complementàries (ecografies i proves de laboratori indicades), per tal de poder situar l'embaràs en el nivell de risc que li correspongui.

Una dona amb problemes mèdics o obstètrics pot necessitar una vigilància més estreta. L'interval entre visites ve determinat per la naturalesa i la gravetat del problema. Tenint en compte que la gestant pot requerir visites de control per part d'algun altre especialista o que, fins i tot, davant la presència d'alguns dels factors de risc es pot fer necessària la seva derivació a un nivell assistencial hospitalari, es decidirà el nombre de visites que requerirà el cas i l'interval entre aquestes.

1.1.2. Contingut dels controls

ACCIÓ		1r TRIMESTRE			2n TRIMESTRE			3r TRIMESTRE					P A R T
Setmanes de gestació (SG)		4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	42	
Visites de control		1a visita			2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a 9a	10a 11a	
Visita hospital preparat								Visita					
Història clínica <i>Carnet de l'embarassada</i>			Sí	Actualitzar a cada visita									
Constants	Talla		Sí										
	Pes		Sí	Controlar a cada visita									
	Tensió arterial		Sí	Controlar a cada visita									
Exploració general	Inspecció de la pell		Sí										
	Inspecció de les mucoses		Sí										
	Inspecció cavitat bucal		Sí										
	Auscultació cardiorespiratòria		Sí										
	Percussió renal bilateral		Sí										
	Exploració columna vertebral		Sí										
	Exploració abdominal		Sí	Controlar a cada visita									
	Exploració extremitats		Sí	Controlar a cada visita									
	Edema		Sí	Controlar a cada visita									
Exploració obstètrica i ginecològica	Exploració mamària		Sí										
	Exploració genitals externs		Sí										
	Tacte vaginal		Sí	Opcional							Sí (> 371 SG)		
	Alçada fons uterí				Sí	Controlar a cada visita							
	Batec cardíac fetal				Sí	Controlar a cada visita							
	Moviments fetals						Controlar a cada visita (> 20 SG)						
	Estàtica fetals						Controlar a cada visita (> 28 SG)						
	NST						> 40 SG						
	Amnioscòpia						> 41 SG (c/ 48h)						

Exploració ecogràfica		1a (8-12 SG)	2a (18-20 SG)	3a (34-36 SG)
Proves de Laboratori	PROVA	1r TRIMESTRE	2n TRIMESTRE	3r TRIMESTRE
	Test d'O'Sullivan (emb. sense risc)	—	Sí (24-28 SG)	—
	Test d'O'Sullivan (emb. amb risc)	Si cal	Sí (24-28 SG)	Si cal (30-32 SG)
	TTOG	Si cal	Si cal	Si cal
	Cribatge bioquímic (emb. sense risc)	—	Sí (14-17 SG)	—
	Cariotip fetal (emb. amb risc)	Si cal		—
	Grup ABO i factor Rh	Sí	—	—
	Coombs indirecte	Si cal	Si cal	Si cal
	Hemograma	Sí	Sí	Sí
	Proves de coagulació (TPP i TTPP)			(5) Sí
	Proteinúria	Sí	Sí	Sí
	Urinocultiu		Sí (16 SG)	
	Cultiu vaginal	—	—	(1) (35-37 SG)
	Citologia cervicovaginal	Si cal	—	—
	Rubèola (IgG)	Si cal	—	—
	Sífilis (VDRL-RPR)	Sí	—	—
	Hepatitis B (HbsAg)	—	Sí	
	HIV	Sí	—	—
	Toxoplasmosi	(2)	—	—
	Identificació del risc			(3) A cada visita
Activitats de promoció de la salut i educació sanitària			(4) A cada visita	

- (1) Vegeu apartat 5.3.6. Capítol I
(2) Vegeu apartat 5.3.13. Capítol I
(3) Vegeu Capítol II
(4) Vegeu Capítol III
(5) Vegeu apartat 5.3.5. Capítol I

Contingut de les visites durant l'embaràs normal

Primera visita

Durant la primera consulta s'ha de fer:

- La història clínica
- L'exploració física general, obstètrica adequada a l'edat gestacional.
- La primera ecografia (entre la 8a i 12a setmana de gestació)
- Les proves de laboratori adequades, depenent de l'edat de gestació en què es realitzi aquesta primera consulta.
- Classificació de l'embaràs en el grup de risc que li correspongui segons els factors de risc detectats a partir de l'anamnesi i de les exploracions i proves realitzades.

- Informació sobre l'evolució de l'embaràs i proves i exploracions que se li faran així com els missatges específics, de promoció de la salut i educació sanitària, adequades a l'edat gestacional.

Visites successives

A partir de la segona consulta, en cada nou control al centre, s'ha de fer:

- L'actualització de la història clínica. En cada nova visita s'ha d'obtenir informació sobre l'evolució de l'embaràs actual des de la visita prenatal anterior.
- L'exploració física, general i obstètrica, que correspongui a l'edat gestacional a cada consulta.
- La segona ecografia, a la 18a-20a setmana de gestació, i la tercera ecografia, a la 34a-36a setmana de gestació, a la visita que correspongui.
- Les proves de laboratori que corresponguin a cada visita.
- La reavaluació del risc en cada visita, tot vigilant l'aparició d'algun factor de risc no apreciat a la visita prenatal anterior. En qualsevol moment, l'embaràs pot canviar de grup de risc.
- Transmissió d'informació sobre l'evolució del seu embaràs i sobre les exploracions que se li faran, així com els missatges específics de promoció de la salut i d'educació sanitària adequats a la seva edat gestacional, en cada nova visita.

La història clínica obstètrica

La *història clínica obstètrica* és un qüestionari sistematitzat sobre els aspectes, passats i presents, relacionats amb la salut de l'embarassada i les circumstàncies del seu entorn, que té per finalitat registrar aquesta informació, de forma clara i inequívoca, i posar-la a l'abast del personal sanitari que tindrà cura dels seus processos fisiopatològics durant el transcurs de la gestació. És per això que es focalitzarà especialment en l'acumulació de la informació transcendent per a un bon control, seguiment i conclusió de l'embaràs.

CONTINGUT DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

Identificació (dades personals)

- Cognoms i nom
- Número d'identificació individual (*núm. d'història clínica, i/o núm. del document nacional d'identitat(DNI), i/o núm. d'associat a la Seguretat Social (NASS), etc.*)
- Data de naixement
- Adreça i telèfon de contacte
- Data en què s'inicia la història clínica
- Identificació del professional que emplena la història clínica
- Nom d'una persona de confiança de la dona i la seva adreça (*amb qui posar-se en contacte encas de necessitat*)

Característiques ètniques, antropomètriques i hematològiques

- Ètnia
- Talla en cm
- Pes en kg, previ a l'inici de l'embaràs
- Grup sanguini i factor Rh

Circumstàncies socials

- Nivell d'instrucció (*analfabeta, sense estudis, estudis primaris, estudis secundaris, estudis universitaris*)
- Religió
- Estat civil (*soltera, casada, viu en parella, vídua, divorciada, separada*)
- Situació laboral de la dona (*empresària, professional liberal, empleada a sou, pensionista, estudiant, en atur, mestressa de casa, altres*). (*Es considerarà la situació actual i la ocupació principal tant de la dona com de la seva parella*)
- Situació laboral de la parella si n'hi ha
- Situació econòmica

Antecedents familiars

- Defectes congènits i malalties hereditàries
- Endocrinopaties
- Patologia cardiovascular
- Hipertensió
- Patologia pulmonar i tuberculosi
- Malalties hematològiques
- Neoplàsies
- Embaràs múltiple
- Parts distòcics i altres patologies obstètriques
- Patologia ginecològica
- Malalties infeccioses
- Psicopatologia
- Altres antecedents familiars d'interès

Antecedents personals generals

- Anomalies congènites i malalties hereditàries
- Al·lèrgies a medicaments i altres al·lèrgògens
- Transfusions de sang i hemoderivats
- Immunitat (*davant de rubèola, tuberculosi, toxoplasmosi, hepatitis B, etc.*)
- Intervencions quirúrgiques i accidents
- Hipertensió arterial i nefropaties
- Patologia cardiorespiratòria (*tuberculosi, etc.*)
- Varius i/o tromboembolisme
- Diabetis *mellitus* amb especificació d'insulinodependència o no (*fàrmac i dosi de tractament actual*)
- Altres endocrinopaties
- Epilèpsia, altres patologies neurològiques
- Psicopatologia
- Malalties hematològiques (*coagulopaties, anèmies cròniques, plaquetopènia, talassèmia menor, etc.*)

- Malalties autoimmunitàries
- Hepatopaties
- Neoplàsies
- Altres malalties d'interès
- Condicions de treball de la dona (*agents, procediments, etc.*)

Antecedents de risc per a malalties de transmissió sexual

- Conductes sexuals de risc (*canvi molt freqüent de parella de l'embarassada o del seu company*)
- Tipus de mètodes anticonceptius que utilitza (*preservatiu masculí, femení, etc.*)
- Ús de drogues per via parenteral (*UDVP*) (*per part de l'embarassada o de la seva parella*)
- Patologia prèvia de malalties de transmissió sexual o sanguínia d'ambdós membres de la parella (*sífilis, gonocòccia, herpes genital, sida, HIV, hepatitis, etc.*)
- Antecedents de transfusió sanguínia

Hàbits medicamentaris, tòxics i socials

- Tabac (*evolució de l'hàbit i quantitat de cigarrets diaris*)
- Alcohol (*evolució de l'hàbit i grams diaris d'alcohol*)
- Medicació des de l'inici o durant l'embaràs (*fàrmac i dosi*)
- Drogues (*evolució de l'hàbit i tipus, i quantitat diària*)
- Contacte habitual amb tòxics ambientals
- Hàbits dietètics rellevants
- Exercici físic habitual
- Altres hàbits amb influència negativa sobre l'embaràs

Antecedents ginecològics

- Menarquia (*edat*)
- Menstruació

- Edat d'inici de relacions sexuals
- Mètodes contraceptius que puguin afectar l'embaràs actual (*DIU "in situ", etc.*)
- Esterilitat prèvia
- Data de l'última revisió ginecològica
- Anomalia congènita de l'aparell genital
- Altres patologies ginecològiques (*cirurgia ginecològica i mamària, lesions preneoplàstiques de l'aparell genital*)

Antecedents reproductius

- Fòrmula obstètrica / paritat (*gestacions a terme / parts prematurs / avortaments / fills vius*)

Descripció de l'evolució de les gestacions i parts previs, amb indicació de l'any en què va tenir lloc l'embaràs, la durada, l'aparició de complicacions, el tipus d'assistència, el sexe, el pes, l'evolució posterior del nadó i l'estat actual del nen, la durada i el tipus d'alletament (matern, mixt, etc.), així com l'evolució del puerperi.

Exemple: La Sra. Montserrat Sala està embarassada per tercera vegada, els seus antecedents obstètrics són:

- *Té una nena sana de 4 anys que va néixer a les 39 setmanes de gestació.*
- *Va tenir un nen que va néixer a les 32 setmanes de gestació i va morir a les 24 hores del part*

<i>Gestacions a terme:</i>	<i>1</i>
<i>Parts Prematurs:</i>	<i>1</i>
<i>Avortaments:</i>	<i>0</i>
<i>Fills vius:</i>	<i>1</i>

Paritat 1101 Gravidesa 3 (nombre d'embarassos, s'inclou l'actual)

Dades relatives a l'embaràs actual

- DUR (*data de l'última regla*)
- Planificació de la gestació (*Sí / No*)
- Acceptació inicial de la gestació (*Sí / No*)
- Mesures preventives, prèvies a l'embaràs, que poden influir sobre el seu desenvolupament
- Data de positivitat de la prova analítica d'embaràs
- Patologies acompanyants
- Dades i/o exploracions prèvies
- Síntomes associats a l'embaràs actual
- Contacte amb l'hospital maternal previ al part.

Estimació de la Data Probable de Part (DPP)

Regla de Naegle: És la més utilitzada per a calcular la DPP. El seu càlcul es realitza a partir del primer dia de la data de la última regla (DUR), es resten 3 mesos i s'afegeixen 7 dies, finalment s'agrega un any complert.

Exemple: La Sra. Montserrat Sala va tenir el seu últim període menstrual normal el dia 20 de maig del 2008. La data probable de part és:

DUR: 20/05/07 – 3 mesos : 20/02/08

20/02/07 + 7 dies : 27/02/08

27/02/07 + 1 any: 27/02/09

DPP: és el 27 de febrer del 2009

Exploració de l'embarassada

EXPLORACIÓ FÍSICA DE L'EMBARASSADA

3.1. Taula resum

3.1.1. Exploració de l'embarassada

	Primera visita	Visites successives
Constants	- Pes - Talla - TA	- Pes - TA
Exploració general	- Inspecció de la pell - Exploració de mucoses i cavitat bucal - Auscultació cardiorespiratòria - Palpació tiroïdal - Exploració abdominal - Percussió lumbar bilateral - Exploració de la columna vertebral i pelvis - Exploració de les extremitats	- Abdomen - Extremitats
Exploració obstètrica i ginecològica	- Exploració mamària - Exploració vulvovaginal i de cèrvix uterí - Citologia cervicovaginal - Tacte vaginal - Mesura de l'alçada uterina	- Estàtica fetal: maniobres de Leopold - Alçada uterina - Perímetre abdominal - FCF - TV a partir de gestació a terme

Mesura de l'alçada uterina

En el cas que la primera visita es realitzi a partir del segon trimestre, i segons l'edat gestacional, es realitzarà la mesura de l'alçada del fons uterí, les maniobres de Leopold, com a mesura indirecta que ens servirà per portar un control del creixement fetal i ens permetrà detectar anomalies en el ritme d'aquest creixement.

L'alçada del fons uterí és la distància que separa la símfisi del pubis del fons de l'úter, s'ha de mesurar i anotar en cada consulta. Amb la dona en decúbit supí, s'aplica un dels extrems d'una cinta mètrica sobre la vora superior de la símfisi del pubis en la línia mitjana i es fixa amb el dit polze. S'estén la cinta mètrica sobre la línia mitjana i es remunta la mà, lliscant la seva vora cubital al llarg de la cinta fins al punt en què desapareix la resistència de l'úter subjacent.

Diversos factors, a més de la durada de la gestació, poden influir sobre l'alçada del fons uterí:

- Obesitat materna
- Estàtica fetal
- Volum del líquid amniòtic
- Mida fetal

- Nombre de fetus
- Experiència de l'explorador

Si l'alçada uterina és anormal per a l'edat de la gestació, s'ha de descartar una errada de càlcul de la durada de l'embaràs.

Si aquesta és correcta, es realitzarà el diagnòstic diferencial entre les causes d'un creixement uterí excessiu o insuficient, mitjançant la valoració dels antecedents, simptomatologia clínica, dades de l'exploració física i de l'exploració ultrasònica.

Estàtica fetal

Maniobres de Leopold, a partir de la 28a setmana de gestació, i sobretot al final de la gestació. Mitjançant la palpació, utilitzant les quatre maniobres de Leopold, s'obté informació sobre la situació, posició, presentació i actitud fetal.

1^a. Determinació del pol fetal en el fons uterí. Natges o cap.

2^a. Localització del dors fetal.

3^a. Determinació del pol fetal en l'estret superior de la pelvis. Natges, peus o cap.

4^a. Determinació del Grau de penetració de la presentació fetal en l'estret superior de la pelvis.

Situació: És la relació entre l'eix del cap al còccix del fetus i el eix del cap al còccix de la mare. Si els dos estan en paral·lel el fetus està en situació longitudinal.

Posició: Identificació del dors i de les parts petites del fetus respecte a la mare. Dors dret o esquerra.

Presentació: Identificació del pol fetal que es posa en contacte amb la pelvis menor. El fetus només té dos pols, per tant només existeixen dues presentacions possibles: la presentació cefàlica i la podàlica.

Actitud fetal: Relació que guarden entre si les diferents parts que constitueixen el fetus (cap, tronc i extremitats). Flexionat o reflexionat. L'actitud fetal normal

és quan el cap està inclinat sobre el pit i, els braços i les cames estan doblegats i recollits sobre el centre del pit.

Freqüència cardíaca fetal

Si l'edat gestacional és superior a 12 setmanes atès que, a partir d'aquest moment, amb un aparell d'ultrasons hem de poder sentir-lo. L'auscultació clínica, mitjançant l'estetoscopi de Pinard, s'ha de realitzar a partir de la 18a setmana de gestació a cada nova visita i si, després d'aquesta edat gestacional, no s'identifica el batec fetal, la causa pot ser: mort fetal o dificultat per a l'auscultació per obesitat materna, polihidramnis, superposició d'altres sorolls o posició fetal en dorsoposterior.

L'auscultació de la freqüència cardíaca fetal (FCF) es considera un indicador fiable de l'estat fetal. Els valors que es consideren dins dels límits de la normalitat són de 120-160 batecs/min. Es considera bradicàrdia per sota de 100 batecs/min i taquicàrdia per sobre de 160 batecs/min.



Estetoscopi de Pinard



Sonicaid

Ecografies

La utilització dels ultrasons en l'embaràs serveix per a diagnosticar:

- Creixement fetal.
- Edat gestacional.
- Nombre de fetus.
- Localització de la placenta.
- Possibles malformacions fetals.
- Quantitat de líquid amniòtic.

Primer trimestre: 8a - 12a setmanes de gestació 1a ecografia

Segon trimestre: 18a - 20a setmanes de gestació 2a ecografia

Tercer trimestre: 34a - 36a setmanes de gestació 3a ecografia

Analítica

A la primera visita es realitza una analítica inicial que inclou les següents proves:

- Hemograma complert.
- Glucèmia.
- Serologia.
- Determinació dels anticossos de la Rubèola.
- Detecció dels anticossos de la Toxoplasmosis.
- Grup sanguini i Rh
- Orina: sediment – proteïnúria.

De les 24 a les 28 setm es realitza la prova d'O'Sullivan.

Al segon i tercer trimestre es realitzen noves analítiques que depenen del resultat de les primeres però sempre s'inclou un hemograma complert.

Tacte vaginal

Si és necessari.

Cribratge de la diabetis gestacional (24-28 SG)

Per conveni internacional s'accepta que el mètode de cribratge per descartar diabetis en la gestant és el test d'O'Sullivan. El moment de màxima rendibilitat diagnòstica és el comprès entre la 24a-28a setmana de gestació i, en cas de realitzar un únic test, s'ha de practicar en aquest període. El test d'O'Sullivan no diagnostica la diabetis gestacional (DG), tan sols n'estableix la sospita. Si el test és positiu ha d'anar seguit d'una corba de glicèmia de 3 hores (test de tolerància oral a la glucosa- TTOG), per confirmar el diagnòstic.

Realització del test d'O'Sullivan

- S'administren 50 g de glucosa en solució al 25% per via oral (en 200 cc).
- Es realitza una extracció de sang venosa una hora després de l'administració de la glucosa.
- Es determina la glucosa al sèrum pel mètode de la glucosaoxidasa.
- No es requereix dieta preparatòria.
- La gestant no necessita estar en dejú perquè aquest factor no altera de manera significativa el resultat.
- S'estarà sense menjar ni fumar durant una hora, fins a l'extracció de sang capil·lar o venosa.
- El test es podrà fer en qualsevol moment del dia.
- No cal disposar de glicèmia basal.

Valoració del Test d'O'Sullivan

- Test negatiu: Inferior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l)
- Test positiu: Igual o superior a 140 mg/dl (7,8 mmol/l)

Test de tolerància oral a la glucosa (TTOG)

S'ha de realitzar en els casos en què el test d'O'Sullivan resulti positiu. El TTOG servirà per realitzar el diagnòstic de seguretat. S'ha de realitzar en condicions de dejuni durant les 10-12 hores prèvies a l'extracció de sang, i després de la preparació d'una dieta especial durant tres dies.

Realització del TTOG

- El TTOG es practica en dejú (10-12 hores abans de la prova), després de la preparació durant 3 dies amb dieta especial rica en hidrats de carboni.
- S'administren a l'embarassada, per via oral, 100 g de glucosa en solució al 25%, i es determina la glucèmia plasmàtica venosa als 0 (en dejú), 60, 120, i 180 minuts d'ingesta.

Mentre dura aquesta prova, la pacient ha de romandre asseguda i sense fumar.

Valoració del TTOG

- Valoració límit en cada punt de la corba :
 - 0' 105 mg/dl (5,8 mmol/l)
 - 60' 190 mg/dl (10,6 mmol/l)
 - 120' 165 mg/dl (9,2 mmol/l)
 - 180' 145 mg/dl (8,1 mmol/l)

FONT: *Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. National Diabetes Data Group. Diabetes. 1979 Dec; 28(12):1039-57.* PROTOCOL DE SEGUIMENT DE L'EMBARÀS A CATALUNYA.

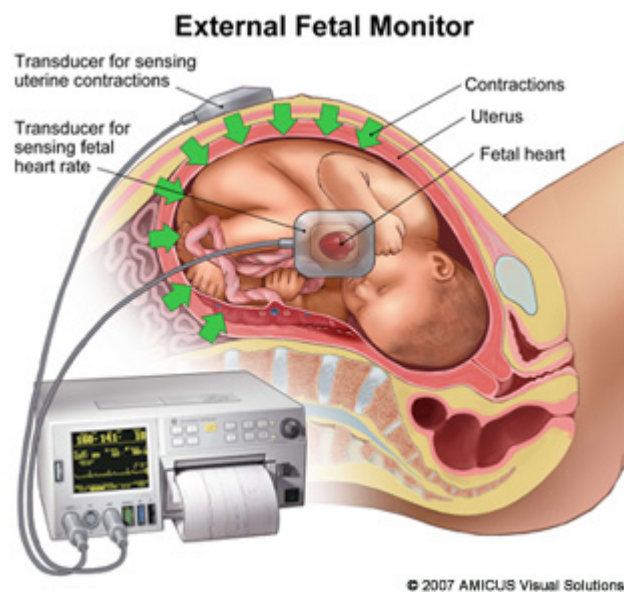
Classificació del TTOG

TTOG	CRITERI	ACCIÓ
Normal	Tots els valors són menors als límits establerts	Es practica un nou cribatge a la data prevista
Intolerant	Tant sols un dels valors iguala o supera els límits	Es repeteix de nou després de tres setmanes
Diabetis Gestacional	Dos o mes valors del TTOG superen el límit establert	Es remet a la dona a la Clínica de Diabetis i Gestació.

Proves complementaries

Monitorització fetal

S'efectua un registre continu de la freqüència cardíaca fetal (FCF) i de les contraccions uterines mitjançant l'aplicació d'un cardiotocògraf extern en la paret abdominal durant aproximadament 30m. Es valora el batec fetal amb relació amb la dinàmica uterina. Aquesta monitorització es pot realitzar a partir de les 26 setmanes de gestació en dones que presenten un embaràs de risc.

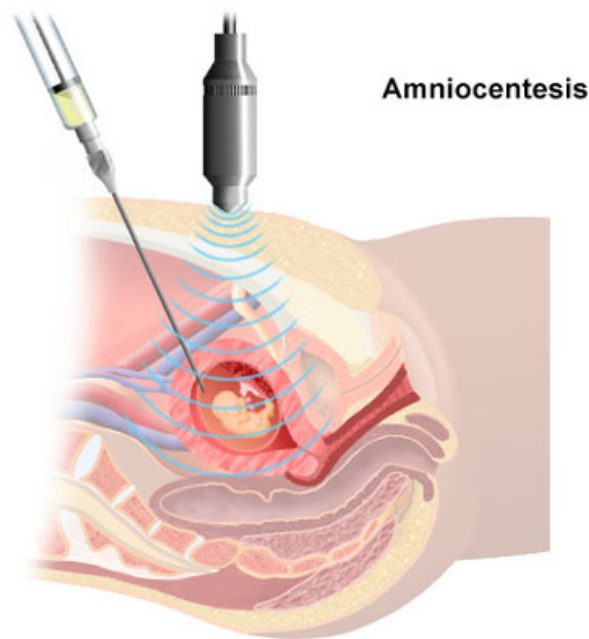


Amniocentesis

Consisteix en l'aspiració i extracció de líquid amniòtic mitjançant una agulla que s'inserta en la cavitat abdominal i l'úter fins a arribar al sac amniòtic. Per evitar possibles lesions es localitza la placenta i el fetus mitjançant l'ecografia.

L'amniocentesi es practica entre les 14 i 17 SG per a realitzar el diagnòstic prenatal d'alteracions genètiques i bioquímiques.

Biòpsia de corion



Programa d'educació maternal

Consell educatiu (*counselling*)

L'entrevista clínica que té lloc durant cada una de les visites de control de l'embaràs normal proporciona una oportunitat immillorable per vehicular informacions i esgrimir arguments amb l'objectiu que l'embarassada interioritzi conductes favorables per al seu estat de salut i per al bon desenvolupament del seu fill. Així, el professional sanitari redefineix la seva responsabilitat i assumeix un paper preventiu i educatiu, fonamentalment.

Aquest canvi, però, cal que trobi una resposta de coresponsabilitat en la dona gestant sotmesa a la intervenció educativa. És a dir, cal que l'embarassada prengui consciència del paper que ha de tenir en el manteniment i la promoció del seu estat de salut.

Cada cop més els experts del camp de l'activitat preventiva donen suport al fet que el consell d'educació sanitària, realitzat en la consulta, esdevé una eina de gran eficàcia a l'hora d'intentar l'adopció d'hàbits positius de salut. Davant la necessitat d'impartir consell durant l'acte assistencial de seguiment de l'embaràs normal, és recomanable valorar el següent esquema d'actuació:

Estratègia del consell educatiu

- Establir una “aliança educativa”
- Universalitzar el consell
- Investigar els hàbits de la dona embarassada
- Prioritzar el que es vol modificar primer
- Dissenyar el pla educatiu
- Posar en marxa el pla educatiu
- Monitorar els progressos

Establir una “aliança educativa”

En el marc de la relació assistencial que s'estableix entre el professional sanitari i l'embarassada, cal que de bon començament el professional accepti el seu paper actiu com a educador, es marqui uns objectius educacionals sobre la gestant i compregui la necessitat de fer educació sanitària.

Al mateix temps la dona ha d'adoptar una actitud receptiva envers el procés educatiu que acabem d'iniciar i ha d'acceptar el seu llinar de responsabilitat en tot el procés de manteniment o restauració de la seva salut.

Aquesta aliança es pacta en les primeres visites.

Universalitzar el consell

A priori cal pensar que totes les embarassades que van a la consulta són tributàries de rebre consell educatiu. De vegades es tractarà d'investigar les conductes relacionades amb la seva salut i, en cas de comprovar que són positives, reforçar-les amb missatges que en motivin el manteniment, tot expressant la nostra satisfacció per la situació. D'altres, caldrà iniciar un veritable procés d'informació, motivació i capacitació de la dona sotmesa a la intervenció educativa.

El professional ha d'esforçar-se per aconsellar totes les dones embarassades que vagin a la consulta, donant resposta a les seves necessitats d'informació.

Moltes vegades també haurà d'estimular les seves preguntes amb qüestions com ara: "M'he explicat prou bé?", "Hi ha alguna cosa que voldria comentar-me?", "Vol que aclarim alguna cosa?".

Investigar els hàbits de la dona embarassada

És necessari investigar el perfil conductual de l'embarassada i avaluar el grau de coneixements, creences, actituds, valors, etc. i registrar-los a la història clínica. Els hàbits hauran de quantificar-se sempre que sigui possible, ja que això permetrà una millor avaluació dels canvis si aquests finalment es produeixen. La investigació i quantificació dels hàbits esdevé fonamental i és un requisit previ a qualsevol intent d'aconsellament. De fet, no haurà d'intentarse mai la modificació d'un estil o hàbit de vida concret si no s'ha fet abans el perfil complet d'aquesta dona.

Prioritzar el que es vol modificar primer

Una premissa important és que no s'ha d'intentar mai de modificar tot alhora. Arribats a aquest punt és important de comptar amb les preferències i necessitats de la dona embarassada per triar quina conducta negativa vol assajar de modificar en primer lloc.

Dissenyar el pla educatiu

Quan ja s'ha fet una sòlida priorització d'allò que realment es vol modificar, s'ha de dissenyar el pla educatiu ajustat a les necessitats i disponibilitat de la dona gestant. D'aquest exercici de planificació conjunta entre el professional sanitari i l'embarassada ha de sortir l'objectiu d'orientar l'esforç educatiu cap allò que la dona ha d'acabar fent i no solament cap allò que ha d'acabar sabent. El pla educatiu ha d'adaptar-se a les necessitats individuals de la gestant, però també als recursos i la disponibilitat que tingui el professional sanitari i a les característiques del centre assistencial on es desenvoluparà l'activitat.

Monitorar els progressos

És important, en les visites de seguiment, comprovar el grau d'adopció dels comportaments proposats i avaluar les dificultats que hagin anat sorgint. El professional sanitari ha de tenir una actitud receptiva i dedicar, segons la seva disponibilitat, un temps a l'educació sanitària en cada visita, per tal de comprovar l'assoliment dels objectius conductuals proposats conjuntament. Cal prendre l'hàbit de registrar la pràctica del consell a la història clínica, amb el mateix èmfasi amb el qual s'apunta un paràmetre clínic, ja que això evitarà la repetició innecessària de preguntes ja fetes o la realització d'abordatges que ja s'han demostrat ineficaços.

Educació sanitària grupal

Definim com a grup un conjunt de persones amb unes característiques o interessos comuns. En l'educació sanitària, el treball en grup és una de les activitats fonamentals per al canvi d'actituds i comportaments. La relació que s'estableix entre la informació i l'afectivitat en el grup és el que afavoreix l'aprenentatge. L'eficàcia de l'educació sanitària en grup està relacionada no solament amb la capacitat pedagògica del professional, sinó també amb la socialització i les aportacions de les participants, que poden ser terapèutiques per si mateixes.

El grup com a mètode educatiu aporta:

- Ajut i estímul per fomentar i mantenir conductes saludables i reforçar el comportament del canvi d'actituds.
- Intercanvi de coneixements i tècniques, informació i aprenentatge del professional i dels altres membres del grup.
- Estímul de la valoració de les pròpies possibilitats i de la utilització dels propis recursos.

Quan diverses gestants i les seves parelles es reuneixen per identificar, definir i resoldre un problema, es disposa de més recursos que quan es treballa individualment. En els grups es realitzen tasques que diferents persones per

separat serien incapaces de fer, s'ajuden a comportar-se de forma saludable, i les unes aprenen de les altres. Tot això amb el propòsit d'incrementar el sentiment de confiança en la dona gestant a mesura que s'acosta el part, ja que l'embarassada i la seva parella requereixen ajut psicològic i suport en l'embaràs, part i puerperi; desitgen saber què els passarà, i aquest coneixement els capacita per participar activament en aquests esdeveniments. En l'embaràs, la dona i la seva parella estan molt motivats preparant l'arribada del seu fill. Per tant, les intervencions que farem tindran una bona resposta; tot i així, és convenient la motivació prèvia de les participants, per tal d'aconseguir una dinàmica de grup positiva. Per realitzar l'activitat d'informació i educació sanitària grupal podem utilitzar diferents metodologies, entre les quals les més habituals són:

- Xerrades informatives.
- Treballs en grup.
- Jocs de rol.
- Resolució de casos.

Avaluació de l'educació sanitària grupal

L'avaluació ocupa un lloc important en el procés educatiu, ja que ens permet conèixer la qualitat del procés, l'impacte que ha tingut en el grup i alhora és també un instrument útil per tal de poder millorar posteriorment aquesta activitat.

Bloc 5 – Gestant de risc

Concepte

Es considera que un embaràs és de risc quan la mare i/o el fetus tenen augmentada la possibilitat de presentar alteracions de salut o fins i tot la mort abans, durant o després del part.

Sistemàtica per a la catalogació del risc segons el PROTOCOL DE SEGUIMENT DE L'EMBARÀS A CATALUNYA

Grup de risc baix

Es considera dins d'aquest grup l'embaràs en el qual no es pot demostrar cap dels factors de risc que es busquen sistemàticament.

Indicadors de risc mitjà

- Anomalies pelvianes
- Estatura baixa
- Gestació en dones de menys de 17 anys
- Gestació en dones de més de 38 anys
- Obesitat
- Gestant Rh negativa
- Fumadora habitual
- Condicions socioeconòmiques desfavorables
- Esterilitat prèvia
- Gran multiparitat
- Període intergenèsic inferior a 12 mesos
- Risc laboral
- Risc de malalties de transmissió sexual
- Control insuficient de la gestació
- Embaràs no desitjat

- Metrorràgies durant el primer trimestre
- Cardiopaties
- Increments excessius o insuficients de pes
- Infecció urinària baixa o bacteriúria asimptomàtica

Indicadors de risc alt

- Anèmia greu
- Bessons
- Història obstètrica desfavorable
- Cirurgia uterina prèvia
- Cardiopatia
- Endocrinopatia
- Diabetis gestacional
- Sospita de malformació fetal
- Obesitat mòrbida
- Preeclàmpsia lleu
- Infecció materna

Problemes de salut durant l'embaràs. Atenció d'infermeria a les gestants de risc

Els problemes de salut durant l'embaràs es classifiquen en dos categories:

1. Els problemes de salut o complicacions derivades de la pròpia gestació.

En la primera meitat de la gestació els problemes de salut més freqüents són:

- a. Hiperemesis gravídica.
- b. Avortament----- Metrorràgies de primer trimestre
- c. Embaràs ectòpic----- “
- d. Mola hidatiforme.----- “

En la segona meitat de la gestació els problemes de salut més freqüents són:

- a. Placenta Prèvia-----Metrorràgies de la segona meitat de l'embaràs
- b. Abruption placentae---
- c. Hipertensió induïda a l'embaràs.
- d. Amenaça de part prematur.
- e. Embaràs perllongat.

2. Els problemes de salut sobreafegits i coincidents amb la gestació que poden agreujar l'evolució de la mateixa: la diabetis, la hipertensió crònica, les anèmies, la malaltia cardíaca, la infecció urinària i les malalties infeccioses.

Problemes de salut o complicacions derivades de la pròpia gestació.

Primera meitat de la gestació

a. Hiperemesis gravídica

En el primer trimestre de l'embaràs les nàusees i els vòmits són freqüents, però també esporàdics. Entre un 50 i 80% de les dones n'experimenten. Quan els vòmits son persistents, no responen a cap tractament i inclús és necessària la hospitalització, reben el nom de hiperemesis gravídica.

Etiologia: les causes són desconegudes, es presenta en 1 de cada 500 embarassos.

Manifestacions clíniques: es caracteritza per l'aparició de vòmits quantiosos, persistents amb intolerància als aliments tant sòlids com líquids i que no respon a tractament. Aquests vòmits poden conduir a una pèrdua de pes, deshidratació i afecció renal amb oligúria si la hiperemesis és de llarga durada.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: el tractament comença de forma ambulatoria i consisteix en:

- Administració d'antiemètics.
- Hidratació.
- Assessorament a la dona i a la seva família sobre la dieta que s'ha de seguir: ingesta freqüent de petites quantitats de menjar amb hidrats de carboni de fàcil digestió.
- Proporcionar suport emocional durant el procés de la maternitat.
- Ajudar a identificar l'estrès.

Si el tractament ambulatori fracassa, la dona ha de ser ingressada en un hospital. La pauta terapèutica s'estableix amb l'objectiu de:

- Corregir la deshidratació.
- Reemplaçar els electròlits.
- Ajudar en la seva nutrició.
- Administrar antiemètics.
- Oferir psicoteràpia si és necessari.

Si és possible l'hospital ha d'oferir una habitació tranquil·la i restringir les visites fins que els vòmits s'atenuen.

b. Avortament

És la interrupció de l'embaràs abans que el fetus sigui capaç de viure extrauterinament. Es considera que el fetus és viable quan la seva expulsió és abans de les 20 setmanes i no arriba a pesar 500g.

Avortament espontani:

En la majoria de casos l'etiologia és desconeguda, però la majoria de casos les causes poden ser d'origen ovular (anomalies cromosòmiques, malformacions de l'ou, infeccions ovulars) o matern (malformacions uterines, insuficiència cervical uterina o malalties cròniques com d'hipotiroïdisme).

L'avortament espontani presenta estadis i formes clíniques diferents:

1. Amenaça d'avortament: tota hemorràgia genital en el primer trimestre de la gestació, acompanyada o no de dolor sense que existeixi una dilatació del coll uterí. La conducta terapèutica és expectant i s'aconsella repòs.
2. Avortament en curs: la metrorràgia va acompanyada per dolor i en l'exploració ginecològica el coll uterí es troba dilatat. L'avortament en curs acaba amb la interrupció de l'embaràs i es pot presentar de les següents maneres:
 1. Avortament complert: es produeix la expulsió de tot el contingut del úter. La metrorràgia i el dolor cessen. El coll uterí es tanca i l'úter involuciona.
 2. Avortament incomplet: s'expulsa parcialment el contingut uterí i queden restes o fragments a l'interior del úter. S'acompanya de metrorràgia i el coll de l'úter roman obert. La conducta terapèutica consisteix en evacuar l'interior de l'úter.
 3. Avortament diferit: es produeix la interrupció de la gestació sense expulsar l'ou. En l'exploració ecogràfica no es detecta la FCF i s'observa la fi del creixement de l'embrió o fetus.

Avortament induït:

Interrupció voluntària de l'embaràs (veure document adjunt sobre Anticoncepció Emergència i ILE).

Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (BOE núm. 55, de 4 de març de 2010)

La Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs (BOE núm. 55, de 4 de març de 2010) ofereix un nou marc legal que pretén adequar el marc normatiu al consens de la comunitat internacional i actualitzar les polítiques públiques i la incorporació de nous serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Consideracions ètiques entorn de la interrupció de la gestació.

Col·legi oficial d'infermeria de Barcelona. Comissió Deontològica. Maig 2009

http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/INTERRUPCIO_GESTACIO_JUNY2009.pdf

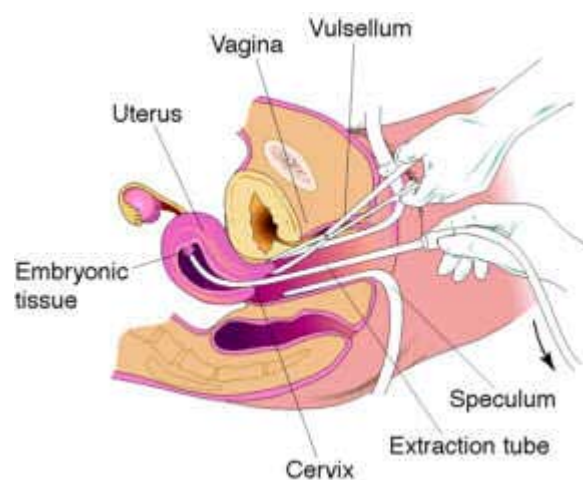
Mètodes per evacuar l'úter

El mètode depèn de les setmanes de gestació de la dona:

Dilatació cervical i aspiració: si el coll de l'úter es troba tancat es procedeix a la seva dilatació i s'aspira el contingut uterí.

Legrat uterí: és el raspat de les parets uterines. El coll uterí es dilata gradualment amb dilatadors cervicals. Mitjançant unes culleres defenestrades es legra el teixit endometrial.

A partir de la setmana 15 de gestació, la inducció d'un avortament és més complicada i normalment s'administren prostaglandines per via vaginal o sistèmica.



Les complicacions immediates i més freqüents de l'avortament són les hemorràgies i la infecció.

Atenció d'infermeria: En les dones que presenten un avortament en curs o a les que se'ls hi ha practicat una aspiració o legrat uterí se'ls hi realitzaran les següents cures:

- Valoració de la pèrdua hemàtica: s'observa la quantitat de pèrdua hemàtica i la possible aparició de coàguls i teixit fetal.
- Control del pols, temperatura, TA i respiració.
- Alleujament del dolor, segons prescripció mèdica.
- Determinació del grup sanguini i factor Rh.
- Administració d'oxitòcic, segons prescripció mèdica.
- Oferir informació objectiva sobre la evolució del procés.
- Ensenyar mesures que afavoreixen l'autocura.
- Oferir recolzament emocional a la dona i a la seva parella.

c. Embaràs ectòpic

Gestació localitzada fora de la cavitat uterina. La majoria dels embarassos ectòpics (95%) es localitzen a la trompa de Falopi. La gestació no progressa més de 6-10 setmanes perquè el lloc és inadequat per el desenvolupament de la placenta o perquè no hi ha suficient lloc per el creixement de l'ou. L'embaràs ectòpic es presenta en un de cada 300 embarassos i constitueix una greu complicació de la gestació, en ocasions pot ser causa de mort materna.

FOTO

L'embaràs ectòpic pot evolucionar de les següents formes.

Resolució espontània: es produeix la mort de l'ou en un estadi precoç i es reabsorbeix.

Avortament tubàric: s'expulsa l'ou i certa quantitat de sang dins la cavitat abdominal. L'ou, en el moment de l'expulsió està generalment mort, però si està viu és possible que es reimplanti a la cavitat abdominal originant un embaràs ectòpic abdominal secundari.

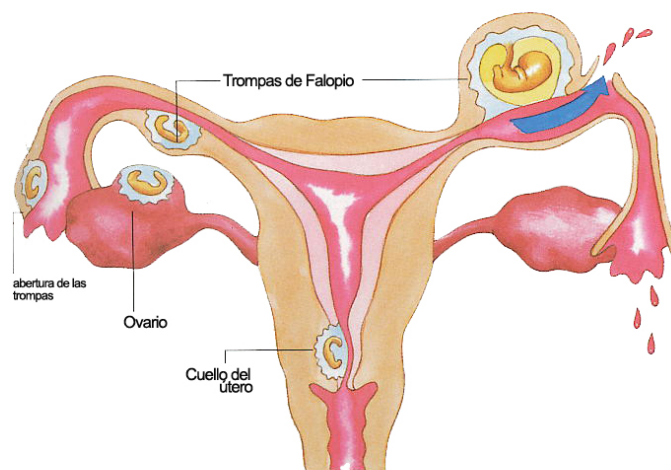
Trencament tubàric: La trompa no és suficientment elàstica per a permetre el creixement de l'ou i es produeix el seu trencament. Es produeix una lesió a la paret de la trompa, acostuma a afectar als vasos arterials i hi pot haver una considerable pèrdua hemàtica.

Manifestacions clíniques:

- Signes i símptomes d'embaràs.
- Pèrdua vaginal escassa.
- Dolor abdominal constant i agut sobretot a una fosa ilíaca. Aquest dolor està causat per la sobredistensió de la trompa.
- El dolor pot anar acompanyat de nàusees, vòmits i lipotímia.
- Si la hemorràgia abdominal és molt important la dona pot presentar signes de shock.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: El tractament obstètric s'efectua de forma immediata una vegada s'ha confirmat el diagnòstic. Consisteix en l'extirpació de la trompa i de l'embaràs ectòpic. Si és possible es practica una cirurgia conservadora i es manté la trompa. Les atencions d'infermeria consisteixen en:

- Informar a la dona i a la seva família sobre l'evolució del procés i les mesures terapèutiques a realitzar.
- Canalització de una vena.
- Anàlítica general (grup, Rh, proves creuades).
- Observació del pols, respiració, TA, temperatura.
- Si és necessari: perfusió intravenosa amb expansors del plasma.
- Tractament del dolor.



d. Mola hidatiforme

Es tracta d'una gestació anormal en la que es produeix una degeneració de la placenta i no hi ha embrió. És una neoplàsia benigne del còrion en la qual les vellositats corioniques es transformen en una massa de vesícules transparents plenes de líquid (vesícules hidatiformes). Aquestes vesícules s'assemblen al raïm.

La mola hidatiforme es poc freqüent, es presenta en 1 de cada 2000 embarassos i es desconeixen les causes que originen el procés. La mola és la forma benigna i més freqüent de la malaltia trofoblàstica, però depenent del estat de proliferació del epiteli, la mola pot ser maligna o coriocarcinoma.

Manifestacions clíniques:

- L'úter augmenta de grandària massa ràpid en relació amb les setmanes de gestació.
- La pèrdua hemàtica és el signe habitual, pot variar en la seva intensitat.
- Inexistència de moviments fetals.
- FCF negativa.
- Altres signes associats com la hiperemesis gravídica i la preeclàmpsia abans de les 20 setmanes de gestació.

Diagnòstic:

- Ecografia
- La hormona gonadotropina coriònica (HCG) es presenta molt elevada, tant en sang com en orina.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: El tractament consisteix en la evacuació de l'úter i l'extirpació de la mola. El teixit obtingut s'envia a anatomia patològica per fer un estudi histològic ja que malgrat la mola és un procés benigne pot degenerar a coriocarcinoma. S'ha d'informar a la dona sobre el control i el seguiment mèdic que haurà d'efectuar durant uns dos anys:

- Valoracions periòdiques dels nivells de HCG en sang. Després de la evacuació de la mola solen ser més baixos.

- Controls ginecològics periòdics.
- Utilització d'un mètode anticonceptiu
- Quimioteràpia si és necessari.
- Recolzament emocional a la dona i a la seva família.

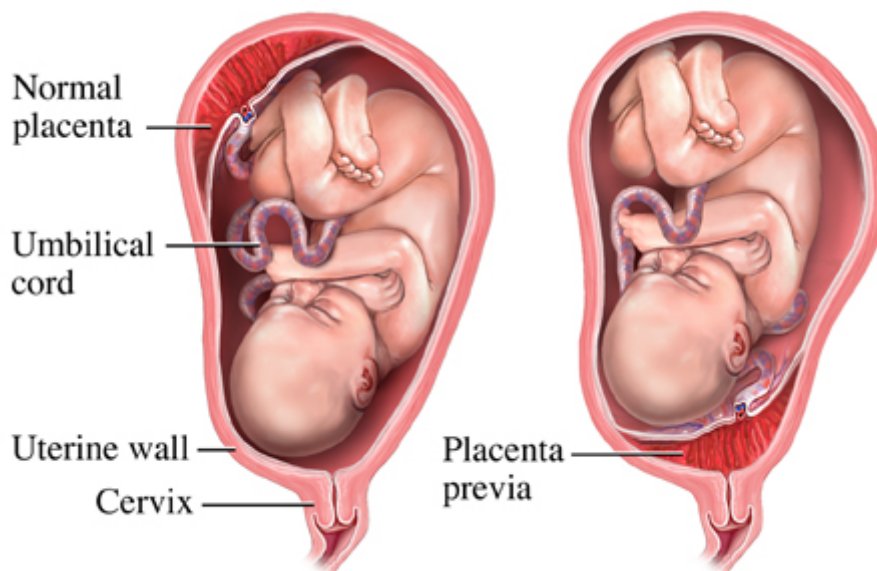
Segona meitat de la gestació

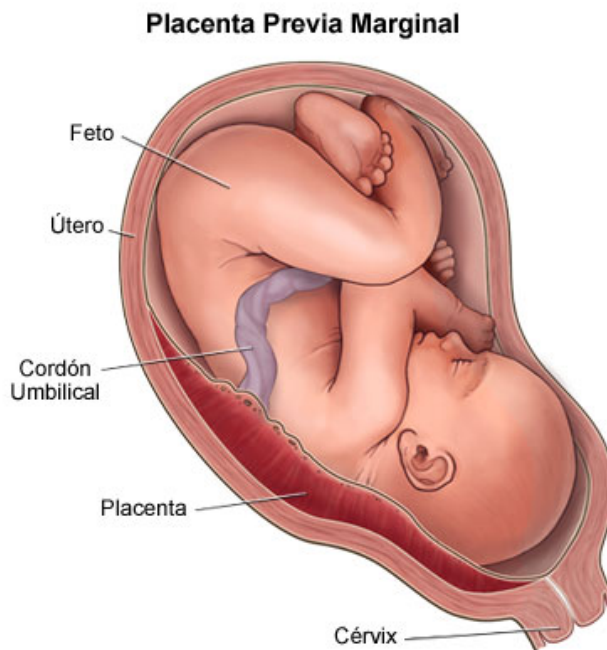
a. Placenta prèvia

És la inserció o implantació de la placenta en el segment inferior de l'úter, pot ser de forma total o parcial. La placenta s'implanta en un lloc més baix de l'habitual i una porció d'ella pot arribar a cobrir una part o tot el coll uterí.

Segons el nivell d'inserció existeixen tipus de placenta prèvia:

- Lateral baixa: avarca part del segment inferior.
- Marginal: avarca fins el l'orifici cervical extern sense obstruir-lo
- Oclusiva parcial: obstrueix part del canal cervical.
- Oclusiva total: obstrueix totalment el canal cervical.





Manifestacions clíniques:

- Metrorràgies: apareixen entre la setmana 28 i 34 de gestació, es caracteritzen perquè no són doloroses, no s'associen al treball de part, d'aparició sobtada i espontània, sang vermella i de quantitat moderada.
- Alteracions de la situació i presentació fetal: per la dificultat del fetus a acomodar-se dins la pelvis.
- L'úter presenta una consistència normal.
- La FCF és normal.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: Depèn de les setmanes de gestació, la gravetat de la hemorràgia i el tipus d'inserció de la placenta. Es realitza un tractament conservador mentre sigui necessari que la gestació continuï perquè el fetus sigui capaç de viure extrauterinament en bones condicions. Aquest s'efectua mitjançant:

- Assessorament sobre les mesures terapèutiques a aplicar i l'autocura que necessita la dona.
- Repòs al llit, a casa o a l'hospital.
- Observació del benestar fetal.

- Observació de la dinàmica uterina.
- Valoració de la pèrdua hemàtica.
- Administració de betamimètics (fàrmacs amb acció uteroinhibidora).
- Control del pols, temperatura, respiració i TA.
- Prevenció i/o tractament de l'anèmia materna.
- Recolzament emocional a la dona i a la seva família.

El tractament actiu s'efectua quan l'embaràs és a terme i la pèrdua hemàtica és important o bé si el part s'ha iniciat. El tipus de part depèn del tipus d'inserció de la placenta:

- En la oclusió parcial o total es practica una cesària.
- En la placenta marginal o lateral s'intenta un part vaginal segons les condicions obstètriques que presenti la dona.

b. Abruptio Placentae

També s'anomena despreniment de placenta normalment inserta. Aquesta separació placentària pot realitzar-se de forma total o parcial. La seva etiologia és desconeguda i en un 50% dels casos s'associa amb l'hipertensió arterial o preeclàmpsia. També pot associar-se a traumatismes externs.

Les complicacions més freqüents són:

- Hemorràgia.
- Shock.
- Infiltració hemorràgica de la paret uterina.
- Hemorràgia postpart.
- Coagulació intravascular disseminada.
- Insuficiència renal.

Manifestacions clíniques: depenen del tipus de despreniment:

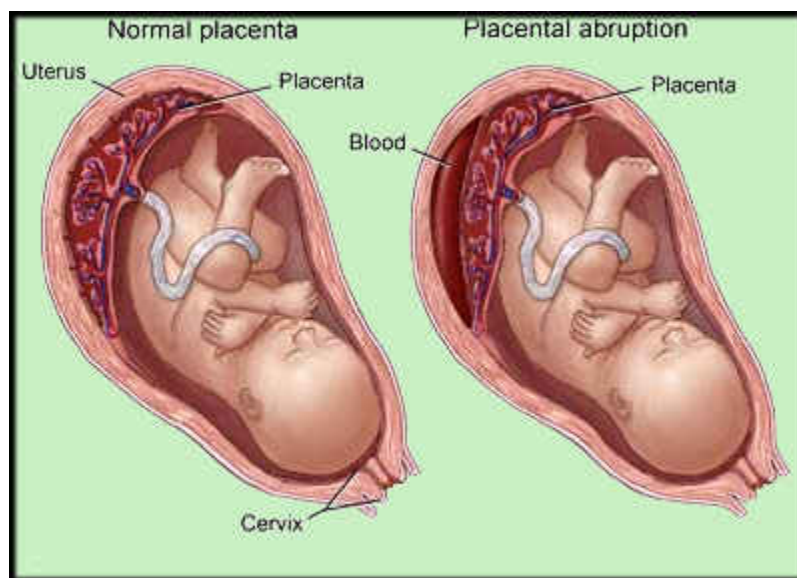
- Despreniment total:
 - Hemorràgia brusca, massiva, que no sempre s'exterioritza.
 - Dolor abdominal i contractura uterina.
 - Shock.

- FCF negativa
- Despreniment parcial:
 - Es forma un hematoma retroplacentari que pot ocasionar una petita hemorràgia de sang, escassa i fosca.
 - Normalment no cursa amb dolor.
 - No hi ha alteració dels signes vitals de la dona.
 - La FCF presenta signes de patiment fetal.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: El tractament depèn del tipus de despreniment i estarà determinat per l'estat matern i també per l'estat del fetus. Depenent d'aquests factors el part finalitzarà per via vaginal o cesària.

L'atenció d'infermeria consistirà en:

- Control de les constants vitals.
- Valoració de la pèrdua hemàtica.
- Valoració de la FCF.
- Recolzament emocional a la dona i la família.
- Assessorament sobre els procediments que s'efectuen.



c. Hipertensió induïda a l'embaràs

L'embaràs pot induir a una hipertensió en dones prèviament normotenses o agreujar una hipertensió preexistent. La hipertensió pot estar associada a proteïnúria i a un edema generalitzat. La hipertensió induïda a l'embaràs també es coneix amb el nom de gestosis o toxèmia. Es caracteritza perquè la seva aparició és durant l'embaràs, el part i el puerperi, amb o sense edema o proteïnúria. Es presenta a partir de les 20 setmanes de gestació i desapareix després del puerperi. Constitueix una de les causes més importants de morbimortalitat maternafetal.

Els efectes adversos materns són: afecció renal, afecció cardíaca, lesió dels capil·lars del fons de l'ull (retina), abrupcio placentae i eclàmpsia.

Els efectes adversos en el fetus són conseqüència de la disminució de l'intercanvi uteroplacentari i consisteixen en: retràs del creixement fetal intrauterí i hipòxia fetal crònica.

Es desconeix la seva etiologia. Es considera que és una complicació multicausal de la gestació. De totes maneres la teoria més acceptada és la que postula que existeix un intens vasoespasme que provoca una disminució de la irrigació a nivell de l'úter, els ronyons i el cervell. Aquesta situació de vasoespasme en les arterioles perifèriques produiria una hipertensió aguda i una situació de hipovolemia, lesió endotelial vascular i alteracions dels mecanismes de coagulació. Tot això repercuteix en el ronyó produint afecció dels glòbuls renals, alliberació de substàncies hipertensores i aparició de proteïnúria.

Manifestacions clíniques:

La dona no presenta simptomatologia fins que la malaltia es troba en un estat avançat. Les seves manifestacions clíniques es caracteritzen per l'aparició progressiva de la triada de signes clínics: hipertensió, edemes i proteïnúria.

Hipertensió

Els valors de la tensió arterial que s'estableixen per el diagnòstic del procés hipertensiu son:

- Tensió arterial sistòlica de 140 mm Hg o més, o un valor de 30 mm Hg superior als valors basals, en dos mesures diferents amb un interval mínim de 4 hores.
- Tensió arterial diastòlica de 90 mm Hg, o un valor de 15 mm Hg superior als valors basals, en dos mesures diferents amb un interval mínim de 4 hores.

Preeclàmpsia lleu

- Els valors de tensió arterial son iguals o superiors a 140/90 mm Hg.
- Els edemes apareixen a la cara, las mans, son generalitzats i no desapareixen amb el repòs.
- La proteïnúria es troba elevada. Orina de 24h (es considera anormal una xifra superior a 2g).

Preeclàmpsia greu

- Els valors de la tensió arterial són iguals o superiors a 160/110 mm Hg.
- La proteïnúria quantitativa en 24h és superior a 5g.
- Retenció hídrica amb aparició de oligúria, inferior a 400ml en 24h.

Eclàmpsia

La eclàmpsia és un quadre convulsiu tonicoclònic que es produeix quan el procés hipertensiu arriba a un nivell important de gravetat clínica. Es desconeix, però el procés pel quan s'inicien les convulsions.

El seu inici està precedit per l'aparició d'uns signes prodròmics:

- Nàusees i vòmits.
- Dolors epigàstrics..
- Cefalàlgies que no cedeixen amb tractament analgèsic.
- Vertigen.
- Trastorns visuals
- Estat de hiperreflèxia.

Als pròdroms els segueix un període tònic. Aquest període dura aproximadament uns 10-20 segons durant el qual els músculs del cos estan contrets i la dona pot presentar cianosis. Després s'inicia el període clònic que dura entre 1 i 2 minuts. Aquest període cursa amb espasmes i relaxacions musculars, en ell existeix el perill de que la dona:

- Es mossegi la llengua
- Es copegi amb objectes circumdants.
- Es caigui del llit o la cadira.
- Presenti apnea.

El quadre convulsiu finalitza amb un període de coma de duració variable.

Complicacions de la eclàmpsia: Les complicacions maternes poden ser:

- Insuficiència cardíaca amb edema pulmonar.
- Acidosis respiratòria o metabòlica.
- Abruption placentae.
- Hemorràgia cerebral i mort materna.

En ocasions extremes també es pot produir la mort fetal.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria: Els objectius de la pauta terapèutica són:

- Prevenció de les complicacions maternes de la hipertensió, en especial de l'hemorràgia cerebral i les convulsions.
- Millorar l'intercanvi uteroplacentari per disminuir els riscos fetals.

Detecció precoç: Durant el control prenatal s'efectuaran els següents procediments en totes les visites:

- Observació de la TA, tenint en compte les següents mesures:
 - La dona ha d'estar sempre en la mateixa posició, asseguda o en decúbit supí.

- La observació es realitza després de permetre que la dona descansi.
- Observació de la proteïnúria.
- Valoració dels edemes.
- Valoració de la corba del pes.

Control domiciliari de la gestant hipertensa: Si a la gestant se li ha diagnosticat una hipertensió lleu, podrà rebre control i tractament en el domicili. La atenció domiciliària està al càrrec de la llevadora que segueix protocols d'actuació clínica. Les cures a realitzar són:

- Observació de la TA diària o a dies alterns.
- Observació de la proteïnúria cada 4 dies.
- Observació dels edemes a cada visita.
- Control del pes.
- Control del benestar fetal: auscultació de la FCF o monitorització fetal contínua.
- Assessorament sobre:
 - Signes d'alarma: cefalees persistents, dolor epigàstric, disminució de la diüresis, absència de moviments fetals.
 - Repòs: asseguda o al llit en decúbit lateral perquè millora la irrigació uteroplacentària.
- Recolzament emocional amb ella i a la família.
- Control quinzenal amb l'obstetra.

Control hospitalari de la gestant hipertensa: Cal ingrés hospitalari quan la gestant pateix una hipertensió arterial greu o que pateixen un ambient familiar i social desfavorable per a un correcte tractament. Les mesures terapèutiques i les cures d'infermeria consisteixen en:

- Informar sobre l'evolució del procés i les mesures terapèutiques.
- Ajudar a la dona en el seu procés d'adaptació a la nova situació.
- Establir una relació terapèutica que permeti a la dona i a la seva família expressar les seves preocupacions i temors.

- Control de la TA cada 4-8 hores.
- Observació diària dels edemes.
- Control diari del pes.
- Valoració de la diüresis: una diüresis menor de 25 ml per hora es motiu d'alarma.
- Observació quantitativa de la proteïnúria cada 2 dies.
- Repòs: la dona romandrà en el llit en decúbit lateral esquerra o asseguda.

Proves diagnòstiques:

- Funció renal i hepàtica.
- Electroencefalograma.
- Control del benestar fetal.
- Control del creixement fetal.
- Control de la maduresa fetal.

Fàrmacs:

- Administració de hipotensors.
- Administració de sulfat de magnesi (bloquejant neuromuscular) com anticonvulsionant. Durant la seva administració es necessari controlar la seva dosificació i l'estat de la gestant per poder detectar possibles efectes col·laterals tòxics com la paràlisi respiratòria i el col·lapse circulatori. Per tant s'ha de:
 - Controlar el pols i la TA cada 15-30m.
 - Valorar l'existència del reflex rotulià cada 30m.
 - Observar la freqüència respiratòria cada 15-30m.
 - Disposar d'un antídoto del sulfat de magnesi: 10ml de gluconat càlcic administrat al 10% de forma lenta.
- En la crisi eclàmptica és necessari mantenir les vies respiratòries lliures i evitar traumatismes o lesions a la dona.

Mesures terapèutiques obstètriques: L'únic tractament eficaç per la hipertensió en l'embaràs és l'extracció del fetus, el que implica la finalització de la gestació.

Mesures terapèutiques post part: En el post part es mantenen les cures citades i els controls periòdics durant les primeres 48h. El tractament antihipertensiu segueix durant setmanes fins que els valors analítics i de TA són normals.

Problemes de salut sobreafegits i coincidents amb la gestació

Diabetis i embaràs

La diabetis és un trastorn del metabolisme dels hidrats de carboni caracteritzat per una insuficient disponibilitat de la insulina. La glucosa no pot incorporar-se al metabolisme de les cèl·lules i queden quantitats anormalment altes en sang. Des de una perspectiva clínica és útil classificar els tipus de diabetis. Segons la *American Diabetes Association* existeixen tres categories:

1. Diabetis sacarina:
 - a. Tipus 1: persona dependent de la insulina
 - b. Tipus 2: no dependent de la insulina, es diferencia un subtipus obès i un altre no obès.
2. Tolerància anormal a la glucosa.
3. Diabetis gestacional.

La diabetis gestacional és la que s'origina en l'embaràs. L'embaràs actua com a prova de sobrecàrrega pancreàtica.

Efecte del embaràs sobre la diabetis

Els canvis fisiològics de l'embaràs alteren els requeriments d'insulina. Aquests requeriments són escassos el primer trimestre perquè les demandes fetals encara són poques i perquè la concentració sanguínia de lactògen placentari encara és baixa (hormona antagonista del efecte de la insulina). Al final de primer trimestre comencen a augmentar els requeriments d'insulina a mesura que augmenten les necessitats energètiques del fetus, la placenta creix i es produeix més lactògen placentari. Al final de l'embaràs els requeriments

d'insulina poden ser de dos a quatre vegades superiors que a l'inici. Durant el treball de part, encara pot augmentar més la demanda. Per una altra banda, l'embaràs pot empitjorar la lesió vascular que acompanya la diabetis amb un risc elevat de hipertensió, nefropatia i retinopatia diabètica.

L'objectiu fonamental en el embaràs és prevenir aquestes complicacions i mantenir uns valors de glucèmia dins els límits normals a través d'un control metabòlic estricte.

Efecte de la diabetis sobre l'embaràs

Riscos materns:

1. La hipertensió induïda a l'embaràs és més freqüent en les gestants diabètiques.
2. La necessitat d'extreure energia metabolitzant els àcids grassos per falta d'insulina produeix un estat de cetoacidosis en la sang materna.
3. Si el fetus experimenta macrosomia pot generar una distòcia en el moment del part.
4. L'augment de glucosúria genera una major tendència a les infeccions urinàries amb una simptomatologia molt pobre.

Riscos fetals i neonatals:

1. Macrosomies i hipoglucèmies: l'elevada concentració de glucèmia en sang de la mare provoca un augment de la producció d'insulina en el fetus. La insulina és una hormona estimuladora del creixement, però a més, davant l'oferta exagerada de glucosa procedent de la mare, acumula una gran quantitat de teixit greixós. El problema s'agreuja al néixer: primer per la distòcia fetal que pot aparèixer i, segon, perquè en el moment en que s'interromp l'aport matern sense que disminueixi la insulinèmia fetal, pot produir una hipoglucèmia neonatal. Aquests problemes s'eviten mantenint la glucèmia materna controlada.
2. Malformacions congènites: La incidència en embarassos de mares diabètiques és el triple que en mare que no ho són. Les més freqüents

son les de cor, esquelet i sistema nerviós central. Es relaciona amb una influència precoç de la hiperglucèmia (3-6 setmanes). D'aquí la importància de mantenir un bon control de la dona que vol quedar-se embarassada.

3. Síndrome de insuficiència respiratòria: Es creu que les concentracions elevades de insulina en el fetus de la gestant diabètica descompensada provoca una inhibició enzimàtica que compromet la producció de surfactant pulmonar. El resultat és que al néixer apareix distress respiratori.
4. Mort fetal intrauterina

Diagnòstic de la Diabetis Gestacional

Test de O'Sullivan

Test de tolerància oral a la glucosa (TTOG)

Cures durant la gestació

Si es tracta d'una diabetis pre-gestacional, en la primera visita s'avalua la situació clínica i es programa un control de la gestació multidisciplinari: obstetra, llevadora, endocrí, dietista.

El seguiment continuo ha d'incloure:

1. Mesures dietètiques: Les necessitats energètiques de la gestant diabètica són les mateixes que en un embaràs normal. La meitat de les calories han de provenir d'hidrats de carboni d'absorció lenta. El 20% de les proteïnes i el 30% restant dels greixos. Es distribueixen tres menjars principals amb dues petites ingestes intercalades. És important realitzar la dieta juntament amb la dona per assolir objectius clars i realistes.
2. Control de la glucèmia: La tendència actual passa per entrenar a la dona perquè ella determini quatre cops al dia la glucèmia. Una en dejú i una després de cada menjar, passades 2 hores. La glucèmia ha de mantenir els següents valors. En dejú entre 60 i 100 mg/100ml i 2 hores després de menjar entre 100 i 140 mg/100ml.

3. Administració d'insulina: Si només amb la dieta no s'aconsegueixen valors adequats, s'ha d'administrar insulina. Els antidiabètics orals estan contraindicats en l'embaràs perquè travessen la barrera placentària i tenen un efecte teratogen en el fetus. La pauta d'administració ha de ser el més simple possible. En la majoria de casos és suficient amb dues dosis al dia.
4. Valoració de l'estat fetal: És necessari avaluar l'estat fetal, el seu desenvolupament i creixement:
 - a. Autocontrol matern dels moviments fetals.
 - b. Ecografies d'alta resolució per avaluar el creixement i el benestar fetal.
 - c. Monitorització fetal contínua

Cures durant el part

Si el creixement fetal és proporcional i l'estat del fetus acceptable, no hi ha raons per a avançar el part.

La actitud durant el treball de part passa per valorar la glucèmia materna de forma constant perquè del seu equilibri depèn que el fetus desenvolupi una hipoglucèmia al néixer. S'ha de determinar la glucèmia basal cada hora i administrar insulina segons una pauta clínica. Es preparen dues vies intravenoses, una amb una solució glucosada i l'altra amb insulina.

Després del part els requeriments d'insulina disminueixen dràsticament perquè les hormones que interfereixen en la insulina (lactògen, estrògens i progesterona) desapareixen o descendeixen. Per tant s'ha d'ajustar de nou els requeriments immediatament després del part.

BLOC 6 – Atencions d'infermeria a la dona durant el prepart i el part

El part és el procés mitjançant el qual s'aconsegueix el transit del fetus des de la cavitat uterina fins l'exterior de l'organisme matern. El treball de part i el part impliquen un treball muscular de l'úter i suposen per la dona un gran esforç físic. El treball de part es caracteritza per l'aparició de contraccions uterines rítmiques i progressivament intenses que impliquen:

- Una dilatació del coll uterí.
- L'expulsió del fetus a través de la vagina i la vulva.
- L'expulsió de la placenta i les membranes.

NOMENCLATURA

- *Part normal o eutòcic*: es considera que un part és normal quan s'inicia de forma espontània en una gestant amb un fetus a terme i en presentació cefàlica flexionada, posició de vèrtex i acaba també de forma espontània, sense que apareguin complicacions en la seva evolució.
- *Part a terme*: ocorre entre les 37 i les 42 setmanes de gestació.
- *Part preterme*: ocorre entre les 28 i les 37 setmanes de gestació.
- *Part postterme*: ocorre després de la setmana 42 de gestació.
- *Part distòcic*: quan es necessiten maniobres o intervencions quirúrgiques per la finalització del part.
- *Part espontani*: quan el fetus presenta diverses varietats de presentació diferents a la de vèrtex i no es necessari realitzar maniobres quirúrgiques per la seva expulsió.
- *Part induït*: quan es necessari induir les contraccions del treball de part mitjançant medicació exògena.

Factors que intervenen en el part

Perquè un part vaginal es produeixi, és necessari que intervinguin de forma simultània tres factors:

- El *fetus*, considerat el passatger o el verdader objecte del part.
- El *canal del part* o trajecte a través del qual es produeix l'expulsió del fetus a l'exterior.
- La *contracció uterina*, que actua com a motor del part, en el període expulsiu intervenen també els músculs abdominals i el diafragma.

El fetus

Perquè el part transcorri amb normalitat és molt important que el fetus adopti a l'interior de l'úter una determinada posició o estàtica fetal.

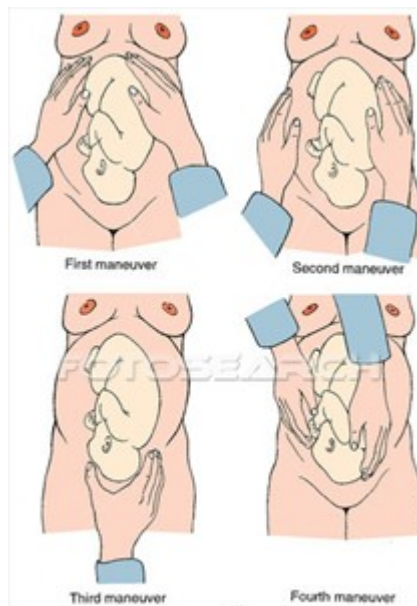
ESTÀTICA FETAL

L'estàtica fetal és la forma en que el fetus es troba situat dins de l'organisme matern. L'estàtica fetal ve determinada pels paràmetres d'actitud, situació, posició i presentació. L'estàtica es determina mitjançant les maniobres de palpació abdominal, també anomenades maniobres de Leopold, o ve ecogràficament.

- *Actitud fetal*: L'actitud fetal es refereix a la relació que guarden entre si les diferents parts fetals: cap, tronc i extremitats. L'actitud normal del fetus és de flexió, per ocupar el menor espai dins de l'úter matern.
- *Situació fetal*: La situació fetal es refereix a la relació que guarda l'eix longitudinal del fetus amb l'eix longitudinal de la pelvis materna. La situació correcta perquè el fetus pugui descendir a través del canal del part és la longitudinal, en aquesta situació coincideixen l'eix matern i l'eix fetal. A més, existeixen dues varietats de situació fetal que es presenten amb poca freqüència: la transversa (l'eix fetal forma un angle de 90° en relació amb l'eix matern) i la situació obliqua (l'eix fetal forma un angle de més o menys 45° amb l'eix matern).

- *Posició fetal:* es refereix a la posició que adopta el dors fetal en el cos matern. Es diu que el fetus està en una posició de dors dret o esquerra segons es trobi situat el dors fetal en la part esquerra o dreta del cos matern.
- *Presentació fetal:* La presentació fetal es refereix a la part del fetus que es posa en contacte amb el estret superior de la pelvis materna. Existeixen diferents varietats de presentació que reben el nom de:
 - *Cefàlica:* quan el fetus es presenta de cap.
 - *Podàlica:* quan el fetus es presenta de natges/peus.
 - *Espatlles*

La presentació fetal més freqüent és la cefàlica (96%). Existeixen diferents varietats de presentació cefàlica segons el grau de flexió que presenta el cap amb referència al tòrax, denominant-se de major a menor flexió: occípit, sincipúcit, front, cara. La varietat més freqüent és l'occípit.



cog12025 www.fotosearch.com

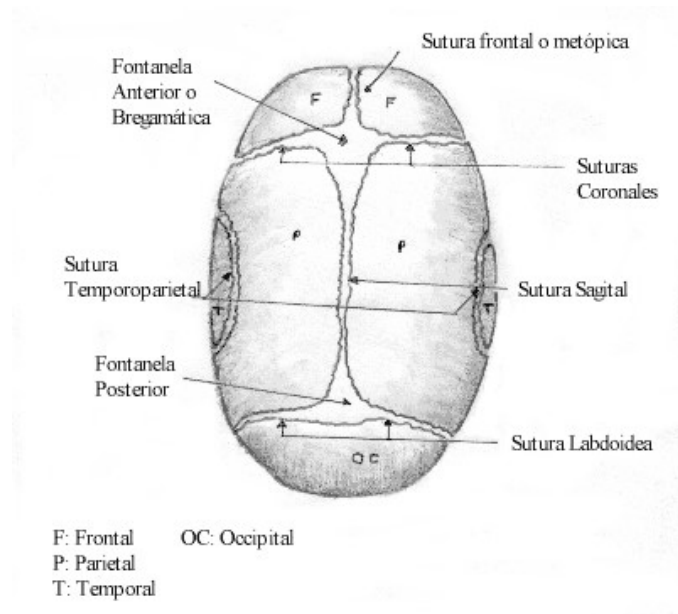


CRANI FETAL

En el fetus, el cap és la part més significativa des del punt de vista de la mecànica del part per ser la part més gran. En el cap fetal es distingeixen les sutures i les fontanel·les que serviran de guia en el part.

- **Sutures:** Les sutures cranials estan formades per les confluències dels ossos cranials. Es distingeixen:
 - *Sutura frontal:* entre els dos ossos frontals.
 - *Sutura sagital:* entre els dos ossos parietals.
 - *Sutures coronàries:* son dos i estan entre els ossos frontal i parietal.
 - *Sutures lambdoïdees:* son dos i estan entre les vores posteriors de l'os parietal i la vora superior de l'os occipital.
- **Fontanel·les:** Les fontanel·les cranials són la confluència de dos o més sutures que formen uns espais virtuals o reals que encara no estan ossificats. Serveixen de punt de guia per el diagnòstic de la varietat de la presentació fetal durant el treball de part. Existeixen les següents fontanel·les:
 - Fontanel·la temporal.
 - Fontanel·la sagital.
 - Fontanel·la major: situada a la part anterior del crani. Té forma romboïdal. Rep diferents denominacions: sinciput o bregma

- Fontanel·la menor: situada a la part posterior del crani. La seva forma és triangular i es troba en la unió de la sutura sagital i les sutures lambdoïdees. Rep el nom de lambdoïdea, occípit o vèrtex.
- *Diàmetres cefàlics:* L'acomodació del cap fetal dins la pelvis vindrà condicionada tant pels diàmetres de la pelvis materna com pels diàmetres de la presentació. El diàmetre cefàlic que presenta el fetus durant el treball de part depèn del grau de flexió del cap. Quan el fetus té el cap ben flexionat, el diàmetre que presenta d'adaptació a la pelvis és el diàmetre suboccipitobregmàtic, que medeix 9.5cm.



Canal del part

El fetus ha de passar a través de la pelvis òssia, el coll uterí i la vagina. El canal de part té una curvatura que proporciona al descens fetal unes característiques especials. El canal del part està constituït per el canal tou i la pelvis òssia.

CANAL TOU

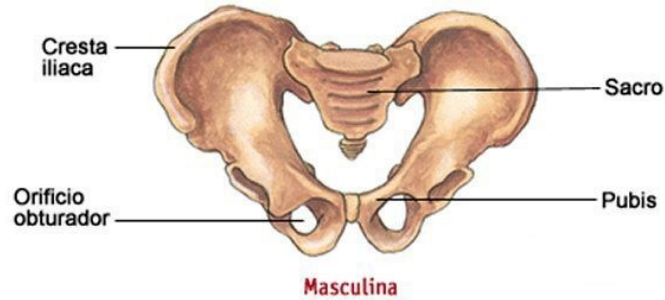
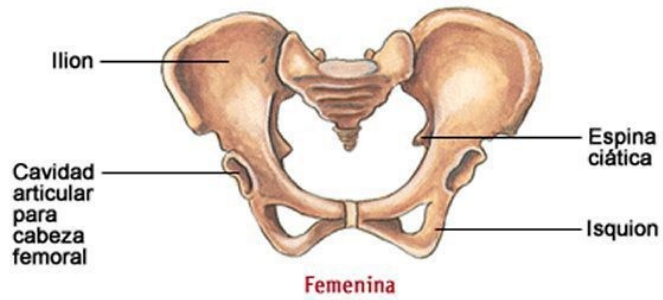
La pelvis es troba tancada per la part inferior per un diafragma musculoaponeuròtic (una aponeurosis és una varietat de tendó en forma de làmina aplanada. Les seves fibres de teixit connectiu són blanques i brillants. Serveixen principalment per unir músculs a altres parts del cos). Aquest diafragma presenta tres obertures a l'exterior que corresponen a la uretra, la vagina i el recte. EL canal tou del part és un conducte muscular, aponeuròtic i mucós, que comunica el cos de l'úter amb l'exterior. Les estructures que intervenen en la seva formació són:

- El istme: en les últimes setmanes de gestació i en el treball del part es desplegarà i s'ampliarà formant el denominat segment inferior.
- El coll uterí: durant el treball de part el coll es borra i es dilata.
- La vagina: una vegada el coll de l'úter s'hagi esborrat i dilatat, existirà un canal continu i la presentació fetal dilatarà la vagina i la vulva.

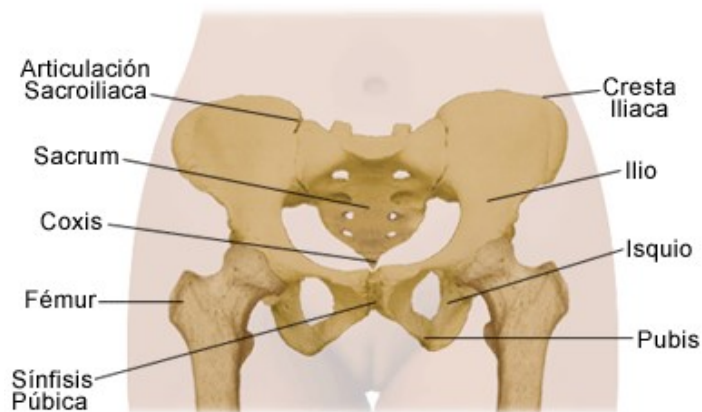
PELVIS ÒSSIA

La pelvis òssia està constituïda per quatre ossos: dos ossos ilíacs o coxals, el sacre i el còccix. Els ossos ilíacs componen l'estructura anterior i lateral, i el sacre i el còccix la secció posterior. Aquest quatre ossos estan units entre si per lligaments i s'articulen a nivell de la símfisis del pubis i les articulacions sacrococcígies.

La línia ileopectínea divideix la pelvis òssia en dos espais: la pelvis major i la pelvis menor. Aquesta última té molta importància des del punt de vista obstètric, ja que condiciona els moviments de la presentació fetal que adapta els seus diàmetres als diàmetres de la pelvis. La pelvis menor té forma de cilindre curvilini amb una concavitat per davant ja que té una paret posterior (el sacre) considerablement més llarga que la paret anterior (símfisis púbica).



Pelvis Femenina



Contracció Uterina

En la contracció uterina es produeix un escurçament i engrossiment transitori de la fibra muscular llisa uterina. Després de la contracció uterina persisteix cert grau de retracció o escurçament, ja que la fibra miometrial no es relaxa per complet al final de la contracció. La retracció és una propietat especial del miometri.

El coll uterí està format per fibres musculars, teixit connectiu i col·lagen. En la dona no gestant el coll uterí té una consistència ferma, semblant a la punta del

nas. Amb les contraccions la paret del cos uterí es torna més gruixuda i es retrau progressivament i fa que les fibres del cèrvix llisquin cap amunt i cap als cantons, tot això fa que aquesta zona es torni més prima i s'ampliï, formant-se el denominat segment inferior, el que provoca l'esborrament i la dilatació del coll uterí.

Les fibres miometrials es contrauen involuntàriament perquè depenen del sistema simpàtic. Degut a que existeix una concentració elevada de fibres en el fons uterí, les contraccions s'originen en aquest lloc. La contracció es difon des del fons uterí en sentit descendent i a mesura que avança fins al coll disminueix la seva intensitat i durada.

CONTRACCIONS DE BRAXTON HICKS

L'úter de la gestant es contrau de forma irregular des de les primeres setmanes de gestació amb una freqüència i intensitat molt baixes. A partir de la segona meitat de la gestació (24 setmanes), la gestant percep les contraccions com un enduriment de l'úter. Aquestes contraccions augmenten de forma progressiva en intensitat i freqüència fins l'inici del part. Són irregulars i indolores perquè no participen en la dilatació del coll uterí.

Les contraccions de Braxton Hicks són les que originen la maduració del coll uterí i la formació del segment inferior.

CONTRACCIONS DE PART

Les contraccions de part augmenten en intensitat i freqüència progressivament i, es presenten de forma rítmica. Es caracteritzen per la seva regularitat dins un patró de freqüència (tres contraccions cada 10 minuts). Els intervals s'escurcen de forma gradual i la seva intensitat i durada augmenten. La majoria de dones les perceben com a doloroses.

En l'inici del part les contraccions són poc intenses, ocorren cada 15-20m i amb una durada de 30 segons. Al final del període de dilatació són molt intenses, ocorren cada 2-3 minuts i duren 50-60segons. Les contraccions es produeixen de forma intermitent, el que permet un descans de la fibra muscular i de la dona. A més possibilita la normalització de la irrigació materna i fetal.

VALORACIÓ DE L'ACTIVITAT UTERINA

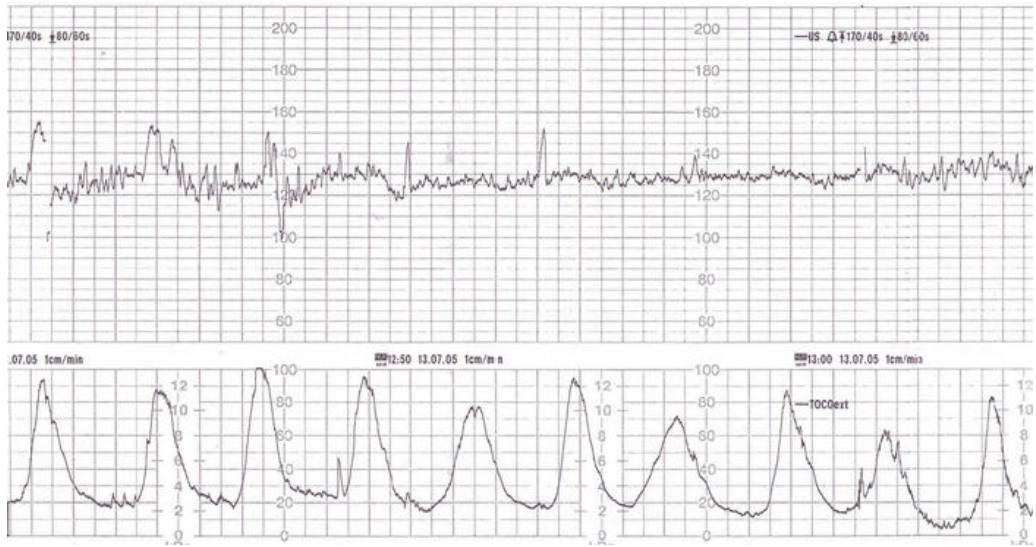
Les contraccions uterines en el part es valoren per conèixer la seva eficàcia e el desenvolupament del mateix i les possibles alteracions capaces de modificar la circulació materna-fetal. Els elements que s'han de valorar en les contraccions uterines son:

- Durada: temps que transcorre des de que s'inicia una contracció fins que finalitza.
- Freqüència: nombre de contraccions en un període de temps.
- Intensitat: grau de contracció de l'úter.
- To de base: estat de contractibilitat uterina que existeix entre contraccions.

Existeixen diferents mètodes per valorar les contraccions:

- Palpació abdominal
- Registre tocogràfic extern: s'aplica un transductor de pressió externa a l'abdomen de la dona a nivell del fons uterí i es subjecta mitjançant un cinturó. El transductor està connectat a un aparell denominat tocògraf que registra en una gràfica de forma contínua, el nombre i la freqüència de les contraccions.
- Registre tocogràfic intern: Quan es necessita realitzar una valoració de l'activitat o dinàmica uterina amb una elevada fiabilitat (per exemple en dones molt obeses o en una dona que ha tingut una cesària anterior) s'utilitza un transductor de pressió interna.

En el registre gràfic de les contraccions uterines es poden apreciar les fases de la contracció: ascens, acme i descens. La valoració de la dinàmica uterina es realitza conjuntament amb la valoració de la freqüència cardíaca fetal (FCF).



Etapas del part

El treball de part és un procés que no apareix de forma súbdita i totalment aparent, per el que resulta molt difícil precisar el seu inici. Les contraccions de Braxton Hicks s'incrementen en les últimes setmanes de gestació i intervenen en la maduració i estovament del coll uterí, així com en l'acomodació de la presentació fetal en el estret superior de la pelvis.

La gestant detecta l'inici del part per l'aparició de contraccions uterines regulars o rítmiques que valora cada 10 minuts, acompanyades per sensació de dolor o malestar. En ocasions aquestes contraccions estan precedides per una pèrdua vaginal sanguinolenta i mucoide o pel trencament de les membranes ovulars.

En les setmanes o dies que precedeixen el part, la dona pot percebre els denominats pròdroms de part, que es manifesten per:

- Un augment de la contractibilitat uterina amb caràcter irregular.
- Expulsió del tap mucós.
- Un descens del fons uterí per l'acomodació de la presentació fetal.
- Polaquiuria.

Causas d'inici del treball de part

Hi ha diferents teories sobre l'inici del treball de part. En l'actualitat es suposa que és multifactorial però les causes encara són desconegudes.

- Estimulació de l'úter i la vagina
- L'elongació de la fibra muscular uterina.
- Una modificació dels nivells hormonals.
- La modificació de la relació estrògens/progesterona.
- Descens dels nivells de progesterona

Períodes del part

En el procés del part es poden distingir tres períodes diferents i consecutius: la dilatació, el període expulsiu i el deslliurament.

PERIODE DE DILATACIÓ

S'inicia quan s'estableixen contraccions regulars i finalitza quan hi ha una dilatació complerta del coll uterí. Les forces que actuen en aquest període són les contraccions uterines.

Es distingeixen dues fases: la fase latent i l'activa.

- *Fase latent*: la dilatació del coll uterí progressa de forma lenta fins a arribar als 3 cm. Aquesta fase pot arribar a durar fins a 12 hores, normalment quan el coll està dilatat 3 cm també es troba totalment esborrat.
- *Fase activa*: s'incrementa la velocitat del procés de dilatació. Durant aquest fase el coll uterí es dilata 1cm/hora en primíparas i 1.5cm/hora en múltiples aproximadament.

Esborrament del coll uterí: El coll uterí és un canal d'uns 2cm de longitud amb dos orificis, un intern i l'altre extern. Amb les contraccions aquest canal s'escurça i desapareix, quedant només l'orifici cervical.

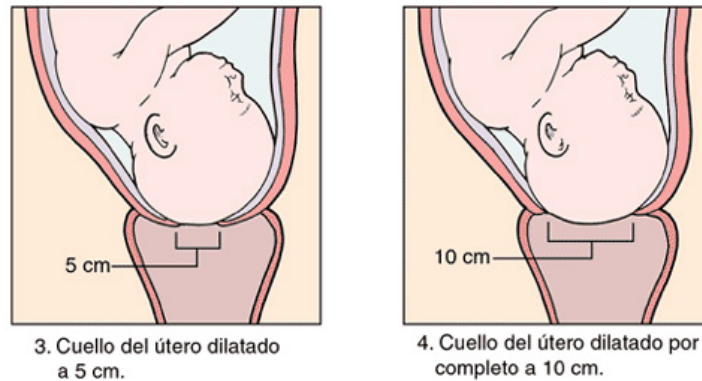
Dilatació del coll uterí: Amb les contraccions uterines i la pressió exercida per la bossa de les aigües o el fetus, l'orifici cervical extern es dilata progressivament fins a arribar als 10cm o a la dilatació complerta. En dones múltiples la dilatació i l'esborrament del coll uterí ocorren de forma simultània.

Durant el període de dilatació es pot produir el trencament espontani de les membranes ovulars i la sortida del líquid amniòtic (bossa de les aigües). Aquest fet rep el nom d'Amniorexis espontània. Quan es produeix el trencament artificialment rep el nom d'amniorexis artificial o amniotomia.

Al final del període de dilatació haurà succeït el següent:

- El coll estarà totalment esborrat i dilatat.
- El cos uterí, el cèrvix i la vagina, formaran un canal continu.
- S'haurà produït el trencament de les membranes ovulars.
- Existiran contraccions intenses cada 2-3 minuts de 50-60 segons de durada.

- La presentació fetal haurà descendit a la pelvis menor.



PERIODE EXPULSIU

El període expulsiu s'inicia amb la dilatació complerta del coll uterí i finalitza amb la expulsió del fetus. Les forces que actuen en aquest període són les contraccions uterines i els espoderaments que realitza la dona.

La seva durada és molt relativa en funció de la dona i la seva paritat, pot oscil·lar des de 5 minuts a 50-60minuts.

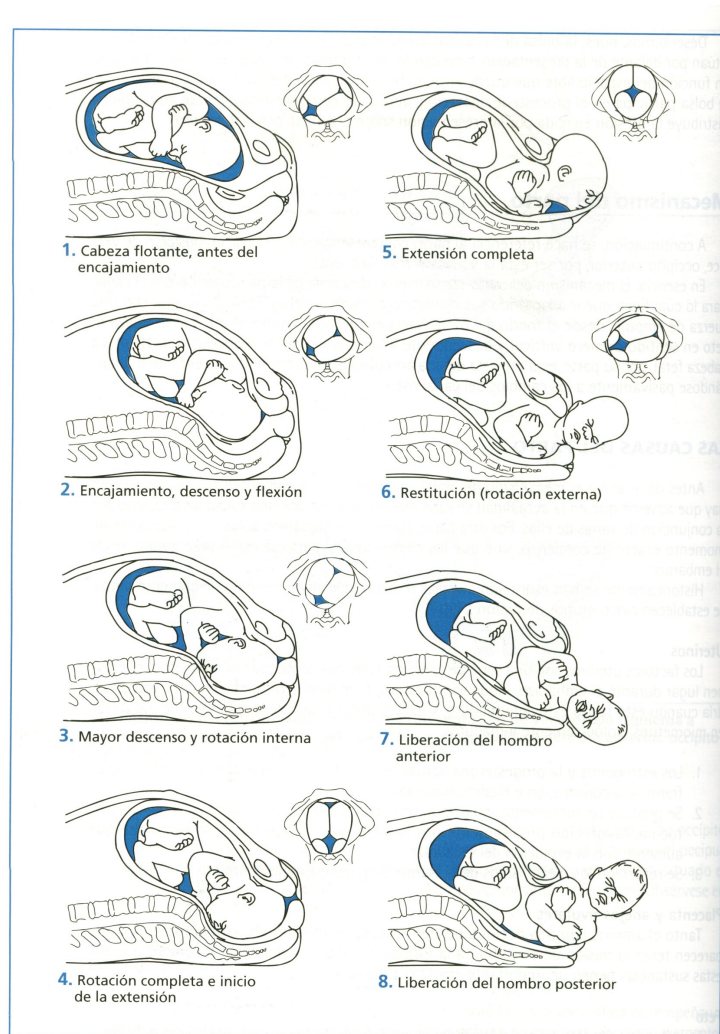
Mecànica del part

L'expulsió del fetus des del canal del part a l'exterior està facilitat pels moviments passius que realitza el fetus en el seu transit per la pelvis menor. Aquests moviments són bàsicament de descens, flexió, rotació i extensió. Les seqüències en un part en presentació cefàlica, en la varietat d'occípit o part eutòcic són:

1. *Flexió i descens*: la presentació fetal ha d'estar flexionada per poder acomodar-se en el estret superior de la pelvis menor ja que així presenta el seu menor diàmetre.
2. *Descens i rotació*: la presentació fetal, al descentra a l'estret inferior de la pelvis ha d'efectuar un moviment de rotació per poder acomodar el seu menor diàmetre en el diàmetre anteroposterior pèlvic.
3. *Deflexió i rotació externa*: una vegada que el cap del fetus ha travessat l'estret inferior, fa un moviment de deflexió en la seva sortida a l'exterior. El nadó neix mirant avall i presentant l'occípit. Després, el cap del nadó

realitza una rotació externa que correspon a la rotació dels espatlles i la posició del seu dors.

4. Descens i rotació de les espatlles: el diàmetre de les espatlles forma un pla perpendicular amb el diàmetre d'acomodació de la presentació cefàlica. Simultàniament amb els moviments de decents, encaixament, deflexió i rotació externa del cap, es produeix el descens i encaixament de les espatlles. Per això és necessari que es produeixi una rotació de les espatlles amb el fi que aquests es puguin acomodar als diàmetres pèlvics.



Signes del període expulsiu

El pas del fetus per la pelvis i la vagina es caracteritza per els següents signes:

- Contraccions intenses que es presenten en menor freqüència.
- Aparició dels espoderaments.
- Esbombament i aprimament del perineu.
- Protrusió i dilatació de l'anus.
- Visualització de la presentació fetal.
- Congestió de la vulva.

PERIODE DE DESLLIURAMENT

S'inicia amb l'expulsió del fetus i finalitza amb l'expulsió de la placenta i les membranes ovulars.

El deslliurament pot ser espontani/fisiològic o dirigit

Despreniment de la placenta i les membranes

Amb el naixement del nadó l'úter es buida i pateix una retracció per adaptar-se al seu menor contingut. Es produeix una brusca disminució de la seva grandària. A la placenta li manca elasticitat, ha de doblegar-se mentre es produeix una separació i es forma un hematoma entre la placenta i la decídua de l'úter. El despreniment es produeix a nivell de decídua, a partir de la qual es regenerarà l'endometri.

Expulsió de la placenta i les membranes

La seva expulsió es produeix com a conseqüència de la pressió exercida per les parets de l'úter en el procés de reducció de la seva grandària i per les contraccions uterines.

Formació del globus de seguretat

Després del naixement del nen es produeix una contracció tònica de l'úter, seguida de fortes contraccions rítmiques que permeten la formació de les lligadures vivents de Pinard, mecanisme pel qual es produeix la comprensió i la

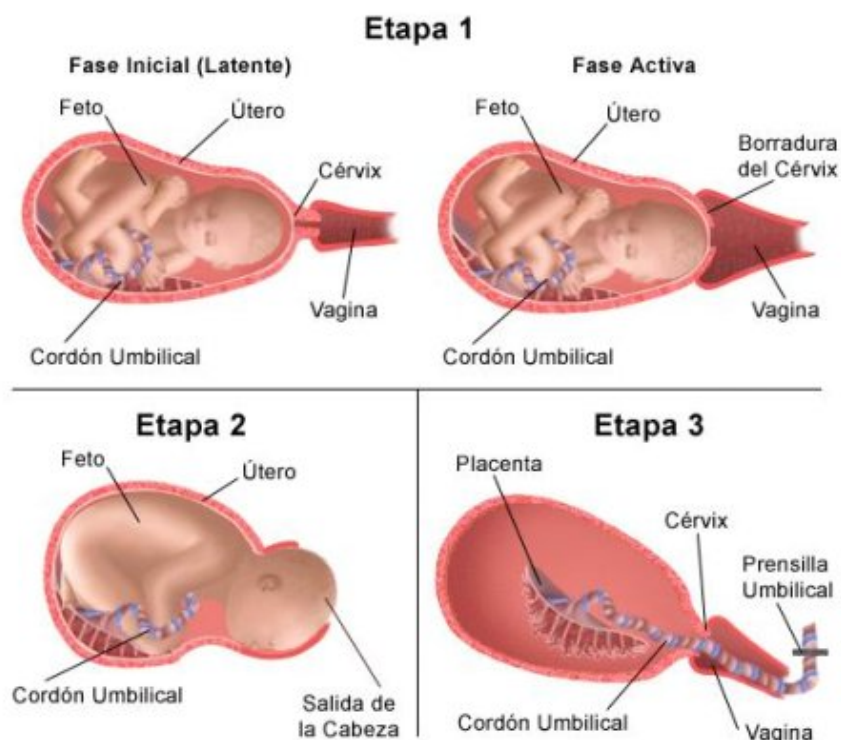
oclusió vascular de la zona d'inserció placentària, formant-se així el globus de seguretat de Pinard. Aquest és un mecanisme fisiològic que assegura la hemostàsia. L'úter després del deslliurament, presenta a la palpació un grau de contractibilitat intens, es troba situat a un o dos travesses per sota el melic i la seva grandària i consistència s'assemblen a la d'un puny tancat.

Altres mecanismes d'hemostàsia són l'activació fisiològica dels mecanismes de coagulació durant i immediatament després de la separació de la placenta i el recobriment d'una capa fina de fibrina la zona d'inserció placentària.

Signes del deslliurament

El deslliurament de la placenta s'identifica quan s'observen els següents signes:

- Aparició de sang fosca a vagina.
- Descens del cordó umbilical.
- Modificacions del fons uterí.
- Exteriorització de la placenta.



Atencions d'infermeria a la sala de parts

L'experiència del naixement ha canviat molt en els últims anys. Del naixement a casa es va passar al naixement a l'hospital, incrementant-se així el nivell tecnològic en la seva atenció.

La tecnologia ha contribuït a millorar considerablement la qualitat de vida d'alguns neonats i mares, sobretots aquells que presentaven algun tipus de risc durant l'embaràs i el part. Malgrat tot, l'ús sistemàtic de tecnologia ha esdevingut també un problema. La OMS en el seu informe "Having a baby in Europe", "Public Health in Europe, nº26" i en "Utilización apropiada de la tecnología en el período perinatal", formula recomanacions sobre la utilització adequada de la tecnologia en el naixement.

El tipus de cures durant el part que rep la dona varia considerablement segons l'hospital i la clínica on se l'atengui. L'enfoc de les cures que rep la dona durant el part prové dels protocols hospitalaris, de les rutines que existeixen a la unitat, dels professionals i dels desitjos de les dones.

Durant els últims anys s'han dissenyat estudis per avaluar els procediments que s'utilitzen de forma rutinària durant el part. Aquests estudis han resultat indicatius que algunes de les practiques, com el rasurat del perineu i l'administració d'ènemes, han de ser abandonades.

L'embaràs i el part son successos normals de la vida, però el risc potencial fa necessària una observació minuciosa tant de la mare com del fetus. Durant el part la dona ha de rebre resposta a les seves necessitats físiques i psicològiques.

DEFINICIÓ DE "PART NORMAL" – FAME

"Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

*Aprobada en la "Jornada Iniciativa Parto Normal"
Vélez Málaga 10 de junio de 2006*

Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso

FAME, 2007

<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>

Campaign for normal birth. Royal College of Midwives. UK

<http://www.rcmnormalbirth.org.uk/default.asp?sID=1>

Protocol per a l'assistència natural al part normal.

Generalitat de Catalunya, 2007

<http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/part2007.pdf>

“La dona visitarà prèviament l'hospital on serà atesa per veure el lloc, conèixer el personal in situ i aclarir els dubtes que tingui, però cal que se la informi abans de les condicions d'assistència natural al part normal, i de les condicions en què el podrà modificar en el seu transcurs. És recomanable que aquesta informació la proporcionin llevadores amb la motivació i les actituds adequades envers l'atenció natural al part normal. En aquest sentit, se li ha de donar la informació general següent:

- *La dona pot anar acompanyada de la seva parella i/o una altra persona de confiança en tot el treball de part.*
- *La dona és lliure de rebre visites d'altres professionals (obstetres i llevadores), aliens al servei, dins les possibilitats estructurals del centre, encara que la responsabilitat i la presa de decisions assistencials a partir de l'ingrés depenen exclusivament dels professionals de l'hospital.*
- *En tot moment, s'han de respectar les postures triades per la dona i se l'ajudarà perquè aconseguixi el màxim grau de confort, seguretat i tranquil·litat.*
- *Atès que el procés del part pot durar diverses hores, la dona, hauria d'ingerir líquids i aliments en el procés del part (no làctics), per tal de tenir una bona hidratació.*
- *L'equip que atengui la dona li ha de donar suport psicològic en tot el procés. També ha de fer-la participar en la presa de decisions, i li ha*

d'oferir altres mesures per aconseguir un confort més gran (banys, dutxes, massatges, pautes analgèsiques si cal, etc.).

- *La dona ha d'estar d'acord que l'equip obstètric (llevadora i obstetre) faci les exploracions necessàries per controlar l'evolució i la seguretat del procés del part.*
- *En el període d'expulsió, se li ha de permetre dur a terme els espoderaments en les condicions que la dona triï perquè se senti més còmoda, per facilitar tant com es pugui la visualització del perineu en el moment de l'expulsió, a fi de protegir-lo.*
- *No s'han d'administrar ènemes de neteja sense que la dona ho desitgi.*
- *La dona ha de saber que, en cas de necessitat i segons indica el protocol, en algunes circumstàncies caldrà administrar-li algun medicament (oxitòcic, ergòtic) o profilaxi antibiòtica (ruptura prematura de membranes, Streptococcus agalactiae...), però sempre se l'ha d'informar prèviament de la conveniència que hi apliqui.*
- *No s'ha de practicar episiotomia de forma sistemàtica, sinó solament en els casos en què estigui estrictament indicat.*
- *No s'ha de rasurar el perineu si no és necessari practicar una sutura, i en aquest cas, limitada al perineu.*
- *En qualsevol moment, si es presenta alguna desviació de la normalitat, la llevadora i l'obstetre poden aplicar el tractament que considerin adient, un cop s'ha informat la dona degudament.”*

Cures de la dona en l'admissió

Valoració de l'estat de la dona

- Recollir informació sobre els símptomes del part, la seva cronologia, inici i evolució.
- Estat general.
- Benestar fetal
- Historia obstètrica
- Verificar el grup sanguini i Rh

- Conèixer les preferències de la dona.
- Control de la temperatura.
- Control de la TA i pols.
- Albuminúria, glucosúria i cetonúria.
- Observació de possibles edemes.
- Maniobres de Leopold.
- Alçada uterina i perímetre abdominal.
- Valoració de la dinàmica uterina.
- Auscultació de la freqüència cardíaca fetal (FCF).
- Examen vagina.
- Amnioscòpia (si es necessita).

La dona ha de participar activament en les cures referents al seu part, s'ha de donar informació i valorar si és necessari el seu ingrés a la sala de parts.

Preparació de la dona

- *Ènemes*: El seu ús sistemàtic està contraindicat actualment ja que els estudis científics han demostrat que no és una pràctica exserta de riscos. A més no disminueix la taxa de taques fecals durant el període de dilatació i expulsió i, tampoc es va observar una disminució de les infeccions neonatals o del perineu. A més, resultava un procediment incòmode i molt desagradable per la majoria de dones.
- Si existeix una ampolla rectal plena de contingut fecal i la dona està incòmode se li pot oferir l'administració d'un ènema.
- L'administració de ènemes està contraindicada quan la dona està en una dilatació molt avançada, si la presentació fetal està lliure i existeix la possibilitat de trencament de membranes i si existeix hemorràgia vaginal.
- *Rasurat del pubis i del perineu*: Els estudis científics han demostrat que el rasurat perineal sistemàtic no protegeix contra la morbiditat febril puerperal i a més que produeix petites abrasions a la zona.

NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence

<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/138/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/f54/rqlang/es-ES/filename/ipcniceguidance.pdf>

Cures durant la dilatació

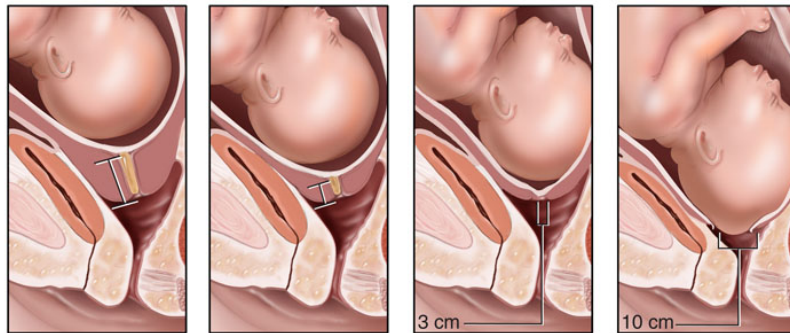
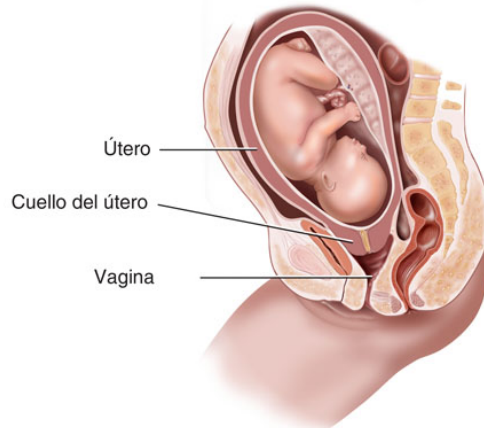
L'experiència de part resulta una experiència única per a cada dona. Tant la dona com el/la seu/va acompanyant necessiten un entorn íntim i tranquil durant el període de dilatació. La intensitat del dolor és diferent a cada dona. L'actitud dels professionals que tenen cura de la dona en procés de dilatació han d'evitar en tot moment conductes paternalistes i exigents. És necessari tenir cura de la salut de la mare i del nadó, així com també satisfer les demandes que presenta la mare en aquest període i informar contínuament sobre el procés del part.

Valoració de l'evolució del part

- Control de la dinàmica uterina
- Dilatació cervical: s'efectua mitjançant un tacte vaginal. La dilatació ha d'arribar als 10 cm per permetre el pas de la presentació fetal. S'han de realitzar amb la freqüència necessària. A les dones que s'efectuen un nombre excessiu o incontrolat de tactes vaginals tenen més probabilitats de patir una infecció puerperal.

Borramiento y dilatación cervical durante el parto

(Cervical Effacement and Dilation During Labor)



1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.

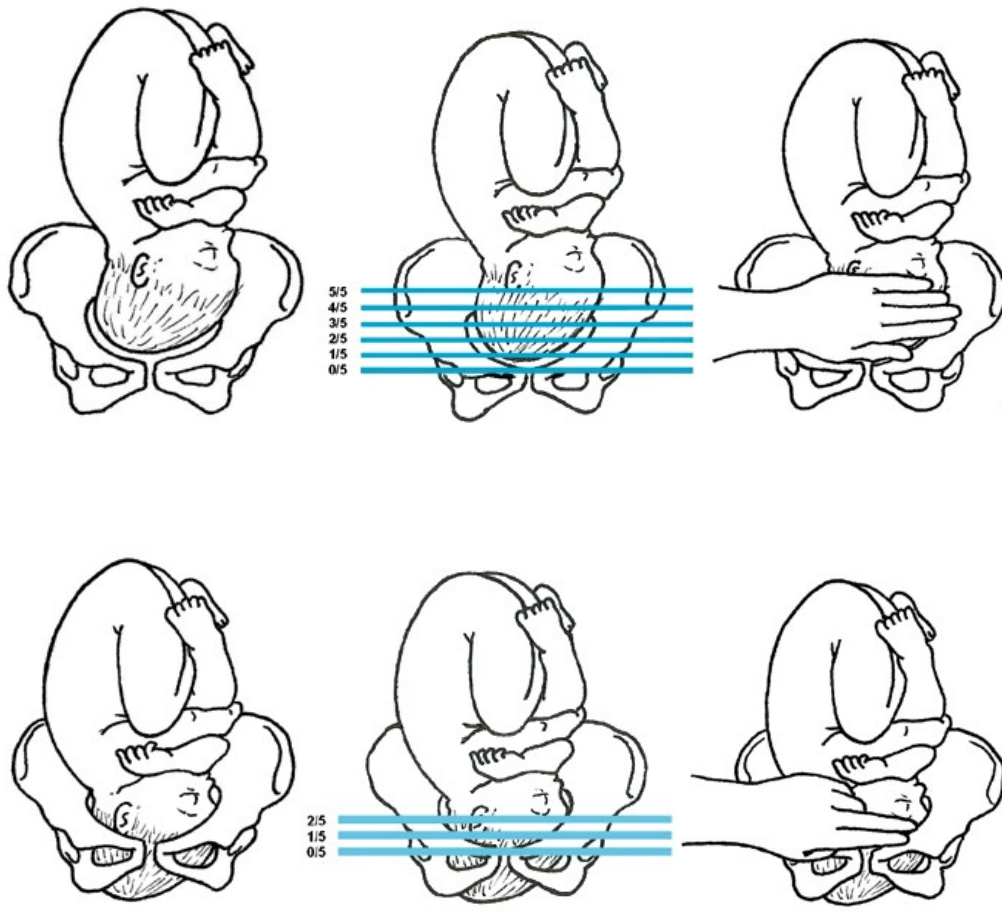
2. Cuello del útero borrado en un 50% y no dilatado.

3. Cuello del útero borrado en un 100% y dilatado a 3 cm.

4. Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

© 2007 RelayHealth and/or its affiliates. All rights reserved.

- *Descens de la presentació fetal:* mitjançant l'exploració abdominal i/o el tacte vaginal. En la palpació abdominal s'estima el descens de la presentació fetal amb relació a l'estret superior de la pelvis. Per mitjà del tacte vaginal es valora el nivell de la presentació fetal en relació a les espines ciàtiques.



Avaluació del descens de la presentació fetal mitjançant la palpació abdominal. OMS. FAME. Iniciativa Parto Normal.

Valoració del benestar fetal

- *Valoració de la FCF:* és el principal indicador de l'estat del fetus. La seva freqüència normal és entre 120 i 160 batecs /minut i el seu patró presenta variabilitat. La valoració de la FCF es realitza conjuntament amb la valoració de la dinàmica uterina i és pot utilitzar: el sonicaid o estetoscopi de Pinard (discontinua) o el registre cardiotocogràfic (contínua).

El uso de la monitorización fetal durante el parto en gestantes de bajo riesgo. Matronas Profesión

<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/179/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/8b2/rqlang/es-ES/filename/vol9n2pag5-11.pdf>



Estetoscopi de Pinard

- *Valoració del líquid amniòtic:* la coloració normal del líquid amniòtic és clara, transparent i blanquinosa. Un líquid clar indica benestar fetal. Quan el líquid amniòtic està teñit de meconi (color verdós) indica que hi ha o que hi ha hagut patiment fetal. L'expulsió de meconi és la conseqüència d'una falta d'oxigenació fetal que origina una estimulació vagal amb augment del peristaltisme i relaxació anal.
- *Estudi de l'equilibri àcid-base fetal:* es realitza mitjançant una mostra sanguínia del cap fetal. És un indicador molt fiable de l'estat fetal. Una situació d'hipòxia donarà com a resultat una acidosis que es manifesta amb una reducció dels valors normals del pH en sang fetal. Els valors normals del Ph són entre 7,35 i 7,26. Entre 7,25 i 7,21 es considera prepatològic i de 7,20 o inferior és patològic i indica patiment fetal greu.

Valoració del benestar matern

- Control de la TA, puls i temperatura.
- Cura de la bufeta de la orina
- Balanç de líquids si és necessari
- Higiene i cura general.
- Nutrició
- Posició: Existeixen moltes consideracions sobre l'elecció de la posició en el període de dilatació. El més important és que la dona triï el que li sembli més còmode. En la fase precoç es pot animar a la dona a caminar.



FAME. Iniciativa Parto Normal



FAME. Iniciativa Parto Normal

Registre del progrés del part

El mitjà més utilitzat en el nostre país és el partograma. Es documenta la informació de la dona i es pot representar de forma gràfica i estructurada l'evolució del part.

Cures durant el període expulsiu

Valoració del progrés del part

- Inici del període expulsiu
- Contraccions uterines: són més duradores, més fortes i menys freqüents.
- Descens de la presentació fetal: En el descens de la presentació fetal s'observa que aquesta avança i retrocedeix després del espoderament. En les primigestes el descens s'inicia de forma lenta mentre que en les múltiples sol ser més sobtat. La presentació fetal es fa visible a la vulva i avança en cada contracció fins que s'expulsa. Les espatlles i el cos fetal s'expulsa a la següent contracció.

Valoració de l'estat mater-fetal

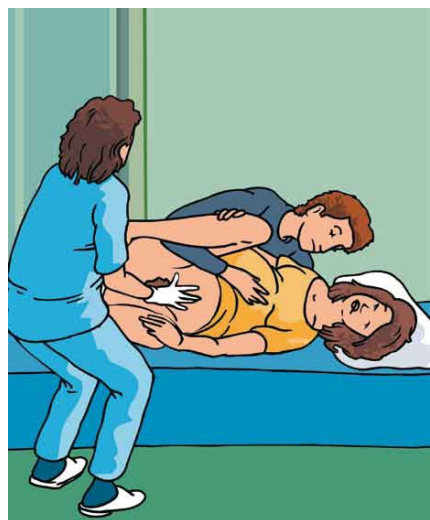
- Valoració del benestar fetal.
- Valoració de l'estat general de la dona.
- Preparació per l'atenció del període expulsiu
- Prevenció de la infecció.
- Els espoderaments.
- La posició: La posició de litotomia segueix sent la més utilitzada en el nostre país, malgrat existeixen altres posicions per atendre el part que faciliten els espoderaments i el decents de la presentació.



FAME. Iniciativa Parto Normal



FAME. Iniciativa Parto Normal



FAME. Iniciativa Parto Normal





FAME. Iniciativa Parto Normal

Cures de la dona en el deslliurament

En aquest període les activitats de l'equip assistencial estan dirigides a prevenir l'hemorràgia, la infecció, la retenció de la placenta i el shock.

Valoració del progrés del part

Els signes indicatius que s'ha produït el despreniment i el descens de la placenta són: el descens del cordó umbilical, la pèrdua de sang fosca per la vagina i les modificacions del fons uterí.

- *Tipus de deslliurament:*
 - *Esponatani o fisiològic.*
 - *Actiu o dirigit: s'administren fàrmacs oxitòcics*
 - *Manual: quan existeix una retenció de placenta.*
- *Inspecció de la placenta i de les seves membranes:* comprovar si són normals i complertes. S'examina el cordó umbilical i es comprova que no existeixin nusos. També es verifica l'existència de dues arteries i una vena.

- *Valoració del canal del part:* Es realitza una inspecció de la vagina en busca de possibles esquinçaments. Si s'ha efectuat una episiotomia es procedeix a la seva sutura. Es comprova la integritat del coll uterí.

Part dirigit

El part dirigit fa referència a les activitats que s'efectuen per modificar l'evolució espontània del treball del part i del part. Aquestes es porten a terme quan:

- Una gestació presenta el risc de patir danys si continua la seva evolució espontània.
- La progressió del treball de part es insuficient o presenta alteracions.

Mètodes per a la inducció

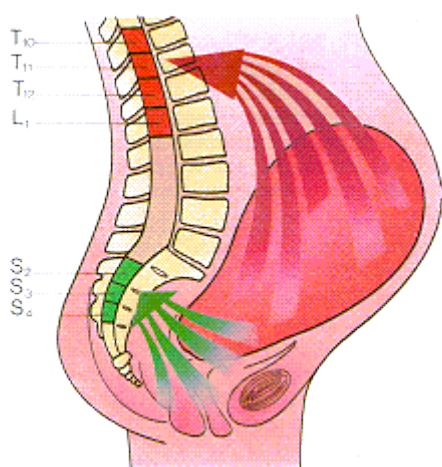
- *Perfusió de oxitocina:* s'utilitza oxitocina sintètica per estimular les contraccions uterines. La seva administració és mitjançant una perfusió endovenosa.
- *Administració de prostaglandines:* s'utilitzen per provocar la maduració del coll uterí, al mateix temps que per desencadenar la dinàmica uterina. La més utilitzada és la PGE₂. S'administra preferentment per via intravaginal o endocervical.
- *Amniotomia:* és el trencament artificial de les membranes, que es realitza per estimular les contraccions uterines.

Mètodes d'analgèsia i anestèsia obstètrica

El dolor és una experiència subjectiva, és diferent segon cada persona i és pràcticament impossible classificar-lo. El grau d'afectació del dolor es modifica depenent del temperament de les persones, l'estat mental, l'ambient i altres factors físics i psíquics. També té un paper important en la percepció del dolor el nivell d'angoixa, la por i la fatiga.

Fisiologia del dolor en el part

La innervació de l'aparell genital femení procedeix del sistema nerviós central (SNC) i del sistema nerviós vegetatiu (sistema simpàtic i parasimpàtic). Els impulsos nerviosos viatgen pel plexe uterí, el plexe pèlvic, el plexe hipogàstric inferior, els plexes hipogàstrics mig i superior i la cadena simpàtica lumbar, i entren en la medulla espinal pels nervis dorsals XII i XI. Les fibres sensibles del coll uterí i de la porció superior del canal del part passen dels nervis pèlvics als II, III i IV nervis sacres, i les de la porció inferior del canal del part ho fan pels nervis ilioinguinal i pudent.



Causes del dolor

Al dolor se li atribueixen diverses causes. Les teories més acceptades son:

- L'estirament i la pressió que pateixen les fibres del coll uterí per la compressió que efectua la presentació fetal.
- La isquèmia de les fibres del miometri produïda per les contraccions uterines.

Durant el treball del part el dolor es localitza en el abdomen baix, les engonals i la regió lumbosacra (esquena i ronyons). En el període expulsiu el dolor es centra en el perineu, la vagina i la vulva.

Objectius de l'analgèsia i anestèsia obstètrica

Proporcionar a la dona un part confortable mitjançant la suspensió del dolor amb les mínimes repercussions per a la mare i el fetus.

Analgesia és alleujament del dolor, mentre que anestèsia és la pèrdua de sensibilitat i per tant també comporta un alleujament del dolor.

Factors específics a l'analgèsia i anestèsia obstètriques

L'analgèsia i anestèsia obstètrica són diferents a les quirúrgiques per varis factors:

- El part és sempre una urgència immediata.
- En l'embaràs i el part es produeixen una sèrie de modificacions fisiològiques a nivell del l'organisme matern que afecten diferents sistemes. Per exemple, la hemodilució, la disminució de la capacitat residual respiratòria i l'alentiment del transit intestinal.
- Els anestèsics passen al fetus a través de la placenta i poden ocasionar una depressió important en el nou-nat si no s'administren correctament.
- L'efecte dels anestèsics sobre la dinàmica uterina poden arribar a modificar aquesta i inclús a parar el part.
- L'aparició de qualsevol complicació, fins i tot si és lleu, pot posar en perill la vida del fetus (per exemple: hipotensió materna).

L'elecció del mètode té en compte diferents factors com: el desig de la mare, les necessitats individuals del fetus, que no interfereixi en el treball de part, no dificultar l'adaptació del fetus a la vida extrauterina, la seva durada, la valoració dels riscos, etc.

Analgesia farmacològica

Meperidina (Dolantina)

És un mòrfic sintètic que s'utilitza durant el període de dilatació. S'administra per via intravenosa o intramuscular.

Avantatges:

- Bon analgèsic
- No modifica la dinàmica uterina.
- Evita la rigidesa i el espasme del coll uterí facilitant la dilatació.

Inconvenients:

- Afavoreix el vòmit.
- Pot tenir un efecte depressor del SNC del fetus pel que no s'administra en el període expulsiu.

Anestèsia

Pentotal sòdic

És el barbitúric més utilitzat actualment com inductor anestèsic. S'utilitza com inductor de l'anestèsia general.

Avantatges:

- És de ràpida acció.
- No modifica la dinàmica uterina.

Inconvenients:

- Travessa la barrera placentària molt ràpidament. En dosis elevades augmenta el risc de depressió respiratòria del fetus.
- Risc d'aspiració per vòmits.

Anestèsia general per cesàries

L'anestèsia general és el mètode d'elecció en moltes urgències obstètriques que requereixen una cesària immediata.

S'indueix l'anestèsia amb pentotal i s'administren relaxants musculars que faciliten la intubació orotraqueal. Es manté l'anestèsia amb N₂O i O₂. Una vegada pinçat el cordó umbilical s'administren analgèsics.

Avantatge:

- Facilita l'actuació immediata de l'equip obstètric.

Inconvenients:

- Possibilitat de que es presenti vòmit i aspiració pulmonar del contingut gàstric.
- Probabilitat de depressió en el nounat. El grau de depressió és directament proporcional al temps transcorregut entre l'administració del fàrmac i l'extracció del fetus.

Atenció d'infermeria:

Preanestèsia:

- Col·locació d'una via perifèrica.
- Control de les constant vitals.
- Preparació del material.
- S'intentarà tranquil·litzar i transmetre confiança a la dona, especialment si es tracta d'una anestèsia urgent.
- Es sol·licitaran les proves preoperatòries. Si és una cesària urgent es poden utilitzar les últimes analítiques del control de l'embaràs.
- S'ha de mantenir informada a la dona.
- Inclinió de la taula operatòria cap al cantó esquerra per prevenir la hipotensió en decúbit supí de la dona fins a l'extracció fetal.
- Auscultació FCF.
- Monitorització cardíaca de la dona.
- Col·laboració amb l'anestesiòleg en la inducció de l'anestèsia.
- Col·laboració en la preparació del camp de l'anestèsia.
- Control de constants vitals i signes vitals durant tota la intervenció.

Postanestèsia:

- Control de les constants vitals, estat de consciència i coloració de pell i mucoses.
- Registre de les dades en la gràfica d'anestèsia.
- Informar a la dona sobre l'estat del nounat.
- Si la dona ho desitja, agafar el nounat una vegada ha recobrat el coneixement.

Anestèsia regional

Tenir en compte les següents consideracions:

- La preparació del material a utilitzar.
- La preparació de la dona.
- Els anestèsics locals no són un producte inocu i poden produir greus reaccions (convulsions, aturada cardíaca, coma...)
- Tenir el material de reanimació preparat.

1. Epidural

Consisteix en la introducció d'anestèsia local en l'espai extradural, bloquejant així els nervis raquidis. L'anestèsia actua a nivell dels segments D XI i D XIII que és on s'inicia la innervació de l'úter fins els segments LIII – L IV. L'agulla penetra dins dels espais lumbar, travessa el lligament groc i s'atura a l'espai extradural sense penetrar a la dura mare. A través de l'agulla es pot introduir un catèter que permetrà administrar l'anestèsia. L'anestèsic local més utilitzat és la bupivacaína o la levobupivacaína, al 0.25 o al 0.50.

Avantatges:

- Elimina totalment el dolor de les contraccions durant els períodes de dilatació i expulsiu.
- Permet que la dona participi en el part.
- No afecta a l'adaptació del nadó a la vida extrauterina.
- Permet mantenir l'analgèsia tot el temps que sigui necessari.

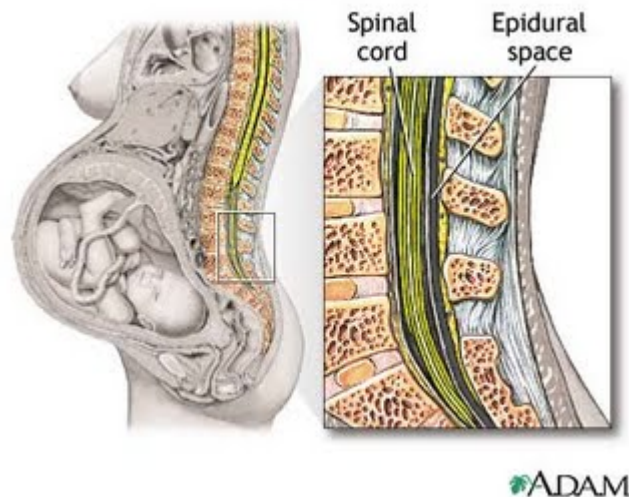
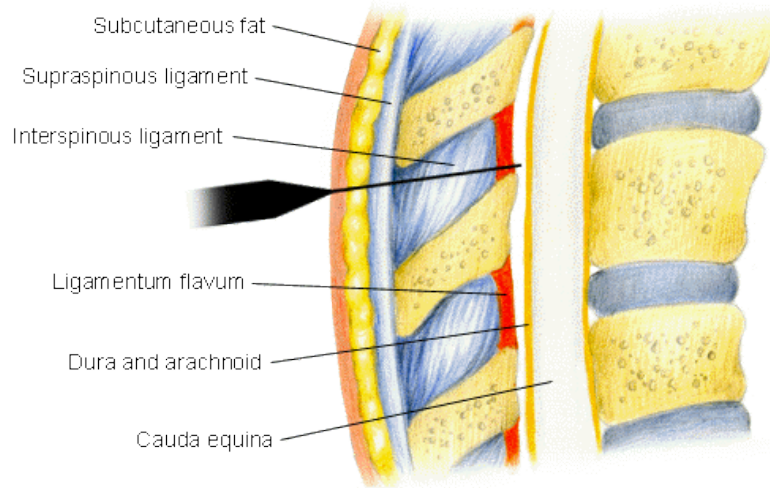
Inconvenients:

- Disminueix la dinàmica uterina si no està instaurada o si la dosi és inadequada.
- Pot abolir el reflex d'empènyer el que fa que augmenti la instrumentalització del període expulsiu.

Complicacions:

- Hipotensió

- Punció de la dura mare: si es punxiona involuntàriament la duramare es produeix una fuga de líquid cefaloraquídic (LCR). Aquesta punció pot ocasionar cefalea intensa.
- Llacunes: zones no anestesiades
- Tremolor.





2. Bloqueig raquídic

Consisteix en la introducció d'anestèsia local en l'espai intradural. Bloqueja els nervis de la meitat inferior del cos a nivell del sisè o vuitè pars dorsals, per sota del diafragma.

La tècnica és similar a la de l'anestèsia peridural. Es realitza amb una agulla més fina per evitar la fuga de LCR pel lloc de la punció i la dosis d'anestèsia és menor.

Avantatges:

- Tècnica senzilla.
- S'utilitzen dosis petites d'anestèsic local.
- És d'acció ràpida.

Inconvenients:

- No s'introdueix catèter, pel que l'anestèsia durarà el que duri la dosis anestèsica administrada.
- Hipotensió.

Atenció d'infermeria

Preanestèsia:

- Donar informació correcta sobre l'anestèsia. Donar la possibilitat de discutir dubtes o preguntes amb l'anestèsista.
- Firmar el consentiment informat.

- Explicar la tècnica. Informar sobre la importància de mantenir-se immòbil i avisar en el moment que tingui una contracció.
- Informar sobre les sensacions que pot tenir durant el procés.
- Comprovar les dades a la història clínica.
- Comprovar l'analítica.
- Control de les constants vitals.
- Col·locació d'una via perifèrica.
- Preparar el material necessari per la tècnica.
- Col·locar a la dona a mantenir-se en la posició adequada, asseguda o en decúbit lateral esquerra, amb el cap flexionat i les cames flexionades sobre l'abdomen.
- Fixar l'apòsit i el catèter (en el cas de l'epidural) a l'esquena de la dona.

Post-tècnica:

- Col·locar a la dona en decúbit supí per facilitar la difusió de l'anestèsic.
- Control de la TA cada 5 minuts durant els primers 30m. Després cal seguir controls periòdics.
- Anotar les dades en el partograma.

3. Infiltració nervis pudends

Infiltració dels nervis pudents en el seu pas per les espines ciàtiques de la pelvis. Es realitza amb la dona en posició de litotomia. S'injecta anestèsic local, scandicaína o bupivacaína en els nervis pudents de cada costat. Aquesta tècnica s'utilitza durant el període expulsiu si es necessita anestesiàr la vulva, la vagina i el perineu.

Avantatges:

- No precisa anestesista.
- És una tècnica simple.

Inconvenients: :

- No alleuja el dolor de les contraccions uterines.
- Existeix la possibilitat de que es produeixi un hematoma.



Anestèsia local

És la infiltració d'anestèsia local en la zona vaginal, el vestíbul vulvar i el perineu. S'infiltra la zona on s'ha de realitzar la sutura de l'esquinç o la episiotomia.

Mètodes no farmacològics

Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. Matronas Profesión.

<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/282/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/3cb/rqlang/es-ES/filename/vol7n1pag14-22.pdf>

1. Tècniques que redueixen els estímuls dolorosos

- Canvis posturals.
- Moviment.
- Contrapressió.

2. Tècniques que activen els receptors sensorials perifèrics

- Aplicació superficial de fred i calor.
- Hidroteràpia: bany, dutxa.
- Massatges.
- Acupuntura.
- Estimulació nerviosa transcutànea.
- Aromateràpia.

3. Tècniques que milloren les vies neurals d'inhibició descendents

- Distracció i restricció de consciència.
- Hipnosis.
- Música i audioanalgesia.

Suport continuat a les dones durant el part. Revisió Cochrane

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD003766>

Atencions immediates i de reanimació del nounat

En els primers minuts que transcorren després del naixement, el nadó ha d'adaptar-se a la vida extrauterina i ha de canviar el mecanisme de les seves funcions fisiològiques. Les necessitats fonamentals del nounat són: l'adaptació cardiorrespiratòria, el manteniment de la temperatura corporal normal, una nutrició adequada, evitar les infeccions i establir un vincle maternofiliar.

L'assistència i les cures al nadó varien segons el lloc, els diferents hospitals, els desitjos dels pares i les condicions tant de la mare com del nadó.

Valoració del nounat

1. Test de Apgar

La valoració inicial s'efectua amb el test de Apgar. Aquest test va ser descrit per Virginia Apgar amb l'objectiu d'unificar els criteris a l'hora de valorar l'estat general del nounat en els primers minuts de vida.

El test medeix cinc paràmetres: FC, FR, coloració, tó muscular i resposta als estímuls. Es realitza a 1 min, 5 min i 10 min del naixement. La puntuació és de 0, 1, 2 per cada un dels cinc paràmetres.

Les puntuacions globals indiquen:

- Apgar de 0 a 3: nounat nascut intensament deprimit.
- Apgar de 4 a 6: nounat nascut moderadament deprimit.
- Apgar de 7 a 10: estat satisfactori.

TEST DE APGAR

	0	1	2
FC	Absent	< 100 batecs/min	> 100 batecs /min
Respiració	Absent	Irregular Plor dèbil	Regular Plor fort/vigorós
To muscular	Flàccid. Absència de moviments espontanis	Hipotonia. Flexió d'extremitats	To. Moviments espontanis
Color	Cianosis. Pal·lidesa	Acrocianosis	Color de pell rosada
Resposta a estímuls	Sense resposta	Gesticula	Tos / esternuts

2. Exploració general

Una primera inspecció general del nounat a la sala de parts permetrà descartar malformacions importants, ja sigui pel seu compromís vital o per les seves repercussions. Bàsicament ha de constar de:

- Inspecció del cap i la cara, part anterior i posterior del cos i extremitats en busca de malformacions i traumatismes.
- Inspecció de la pell: coloració, descamació i presència de taques.
- Observar l'aparença general en busca d'algun signe d'anormalitat.
- Inspeccionar el cordó umbilical i la presència de tres vasos.
- Inspeccionar el nas i evidenciar les fosses nasals.
- Inspeccionar la permeabilitat anal.
- Observar la presència de meconi i emissió d'orina.

Les primeres femtes del nounat se'n diuen meconi. Són de color verdós-negre, de consistència alquitranosa, estan compostes per bilis, restes epitelials i líquid amniòtic.

En alguns centres hospitalaris es recull sang del cordó umbilical per determinar sistemàticament l'equilibri àcid-base, l'hematòcrit, el grup sanguini, el factor Rh i el test de Coombs si cal.

Test de Coombs: detecta anticossos contra els globus vermells de la circulació. És important per la determinació de la compatibilitat entre el donant i el receptor (també s'utilitza en transfusions de sang). Detecta la presència d'anticossos anti Rh en la mare durant l'embaràs. Avalua la necessitat d'administrar immunoglobulina (Anti-D).

Cures immediates del nouat

1. Un nadó acabat de néixer que no necessita reanimació no cal separar-lo de la seva mare. El nadó es pot eixugar sobre la mare i si la mare ho desitja pot romandre pell amb pell.

Contacte pell a pell. Revisió Cochrane

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. **Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida)**. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<http://94.229.161.108/BCP/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2071865&DocumentID=CD003519>

2. No és necessari aspirar les secrecions a tots els nounats. Les vies aèries s'aspiren si no es troben lliures de secrecions.

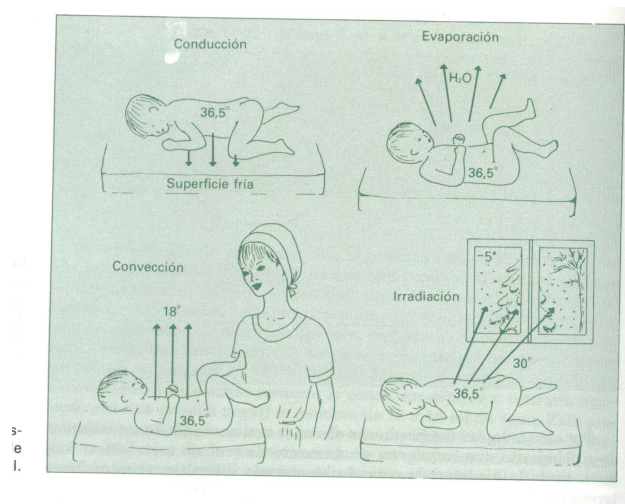
3. Manteniment de la temperatura corporal ja que el nadó per temperatura amb molta facilitat. En el nadó el sistema termoregulador no està suficientment desenvolupat. La hipotèrmia afecta més als nadons que als adults. El nadó hipotèrmic utilitza tota la seva energia per produir calor, aquesta utilització constant d'energia pot ocasionar-li trastorns de les demés funcions vitals com:

apnees, hipoglucèmies, retràs de l'augment de pes i en casos extrems, problemes neurològics que comprometin el seu estat.

Mecanismes de pèrdua de calor de l'organisme:

- *Conducció*: per contacte directe de la pell del nounat amb un objecte sòlit i fred.
- *Evaporació*: es produeix quan el líquid es converteix en calor debut a la utilització de l'energia tèrmica.
- *Irradiació*: és deguda a objectes sòlids més freds que l'ambient amb els que està en contacte el nadó. La pèrdua tèrmica augmenta a mida que els objectes estan més freds i més pròxims al nadó.
- *Convecció*: també es coneix com transmissió, consisteix en una corrent de calor que flueix de la superfície corporal fins l'ambient més fred. La quantitat de pèrdua de calor depèn de la temperatura ambiental, la velocitat de l'aire corrent i la humitat relativa.

Altres mesures que afavoreixen el manteniment de la temperatura corporal son: el secat ràpid del nadó i el contacte directe amb la mare.



4. Identificació

5. Col·locar una pinça o goma per clampar i tallar el cordó umbilical.

6. Higiene de la pell: no es recomana banyar els nadons al néixer ja que és una causa de pèrdua de temperatura. Si la pell necessita ser netejada (meconi) es realitzarà amb una gasa humida.

7. Profilaxis ocular: tractament profilàctic contra les infeccions oftàlmiques (eritromicina o tetraciclina a cada ull).

8. Administració de vitamina K: la deficiència dels factors de coagulació que depenen de la vitamina K (temps de protrombina) junt amb l'absència d'absorció i síntesis de vitamina K afavoreix les hemorràgies digestives en el nounat. Al néixer s'administra 1mg de vit K i.m (una dosi) o 2mg vit K oral (tres dosis) com a profilaxis de la malaltia hemorràgica del nounat.

9. Control de pes i talla.

10. Registre de les observacions.

Reanimació neonatal

Recomendaciones en reanimación neonatal. AEP

<http://www.llevadores.cat/html/publicacions/analesrcp.pdf>

- Factors de risc neonatals.
- Material per a la reanimació neonatal.

Maniobres de reanimació

1. Passos inicials: estabilització

- a. Evitar la pèrdua de calor (col·locar sota una font de calor radiant).
- b. Optimitzar la via aèria: posició correcta i aspiració si fora necessari.
- c. Secar, estimular i cobrir.
- d. Administrar oxigen (quan sigui necessari).

30s - Avaluar: respiració – FC - color

2. Ventilació

Si existeix apnea o FC <100 batecs/min.

Ventilar amb ritme de 30-60 insuflacions/min

Tenir en compte que el material ha de ser correcte i de grandària adequada).

30s - Avaluar: respiració – FC - color

- Si respira, la FC és >100 batecs/min i té bon color: cures de rutina.
- Si la FC<60bates/min: Iniciar massatge cardíac (valorar intubació).
- Si la FC>60batecs/min: seguir amb la ventilació.

3. Massatge cardíac

Existeixen dues tècniques: amb els dos polzes i amb el segon i tercer dit.

L'àrea optima de d'aplicació de les compresions és el terç inferior de l'estern i la profunditat de la pressió ha de ser d'un terç del diàmetre anteroposterior del tòrax.

El ritme de compressió/ventilació és de tres compressions per cada ventilació (3:1), arribant a 90 compressions i 30 respiracions per min.

30s - Avaluar: respiració – FC - color

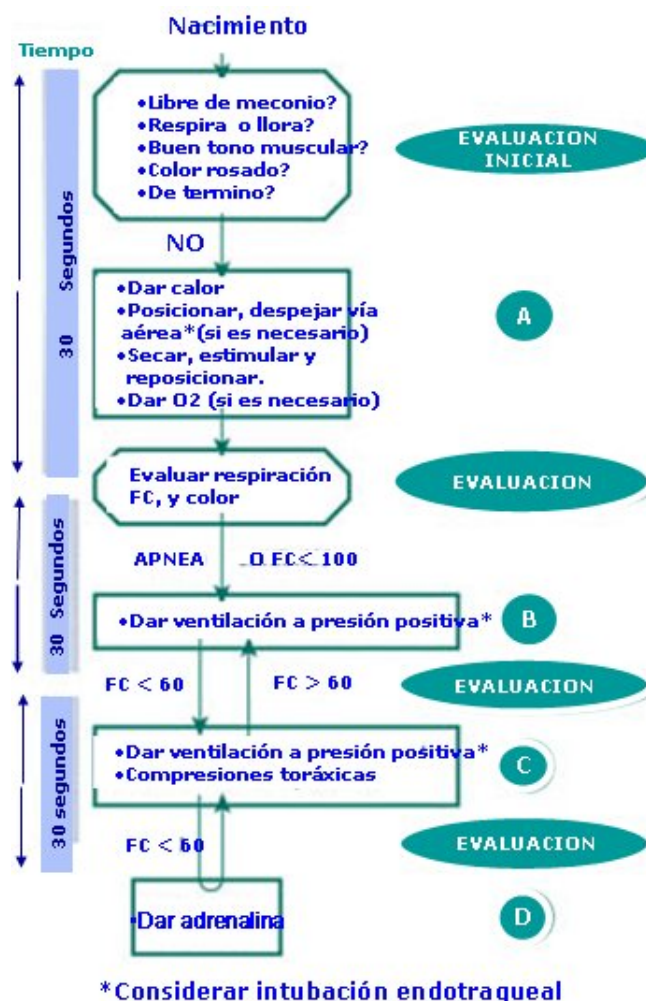
Si la FC és <60batecs/min s'administra adrenalina i es continua amb el massatge cardíac /ventilació (es valora la intubació).

4. Medicació i fluids.

- Adrenalina:
 - FC < 60 batecs/min després de 30s d'adequada ventilació i massatge cardíac.
 - Asistòlia.
- Expansors de volum:
 - Hipovolemia el naixement.

- Fisiològic o lactat Ringer.
- Bicarbonat:
 - Acidosis metabòlica mantinguda documentada per gasometria o bioquímica
- Naloxona:
 - Depressió respiratòria del nounat quan se sap que la mare ha rebut narcòtics en les 4 hores prèvies al part.

Hi ha un ampli consens de suspendre la reanimació després de 15 minuts d'haver estat iniciada. La probabilitat de seqüeles és molt alta en els casos d'assistòlia de més de 10 minuts.



BLOC 7 – Part distòcic

Complicacions del part

Es defineix com el part que es desvia de la normalitat fisiològica. En ocasions el part distòcic és sinònim de part patològic. Aquesta desviació o anormalitat pot succeir en qualsevol dels seus períodes i afectar als diferents elements que estan implicats:

- Motor del part: contraccions uterines.
- Canal del part: pelvis materna.
- Objecte del part: fetus.

Les distòcies es classifiquen en:

- Distòcies dinàmiques (del motor del part).
- Distòcies pelvifetals (del canal del part i/o de l'objecte del part).

El part distòcic es soluciona per mitjans farmacològics o mitjançant instrumentació obstètrica o cesària. El tractament dependrà de la causa que motivi la distòcia.

Distòcies dinàmiques

Són alteracions de la contractilitat uterina. Poden ser per defecte, hipodinàmies, o per excés, hiperdinàmies.

1. Hipodinàmies: existeix un dèficit de la contractibilitat.

- a. *Bradisistòlia*: el nombre de contraccions és menor de dos contraccions en 10 min.
- b. *Hiposistòlia*: les contraccions són de poca intensitat.

Causes:

- Esgotament dels factors enèrgics de la musculatura uterina.
- Desproporció pèlvica fetal

- Excessiva sedació materna.
- Aplicació precoç d'anestèsia regional.

Tractament:

- Correcció o modificació de les causes que l'han originat.
- Administració d'una perfusió intravenosa amb oxitocina per estimular la dinàmica uterina.

2. Hiperdinàmies: excessiva contractivilitat uterina.

- a. *Taquisistòlia*: el nombre de contraccions és superior a 5 en 10min.
- b. *Hipersistòlia*: la intensitat de les contraccions està augmentada en relació amb el període del part.
- c. *Hipertonia*: el to de base en el període intercontractil és superior a 12mm Hg.

Causes:

- Desproporció pelvifetal.
- Eclàmpsia.
- Iatrogènica: utilització excessiva o incorrecta de la oxitocina.

Les conseqüències maternofetals de les hiperdinàmies són molt més greus que les de les hipodinàmies. Les hiperdinàmies poden ocasionar hipòxia fetal i inclús trencament uterí en els casos més greus.

Tractament i atenció d'infermeria:

- Col·locar a la dona en decúbit lateral esquerra.
- Informar a la dona sobre l'evolució del treball del part i dels procediments.
- Interrompre l'administració d'oxitocina si a la dona se li administrava perfusió.
- Administració de fàrmacs uteroinhibidors (Pre-par – clorhidrat de ritodrina: relaxant uterí amb acció betasimpaticomimètica).
- Instrumentació o cesària si no cedeix i existeix patiment fetal greu.

Distòcies pelvifetals

Perquè el part progressi és necessari que existeixi una contractilitat uterina eficaç, i que la pelvis materna i el fetus conjuguin els seus diàmetres adequadament. Quan el mecanisme d'adaptació dels diàmetres pelvifetals fracassa, apareixen les distòcies pelvifetals.

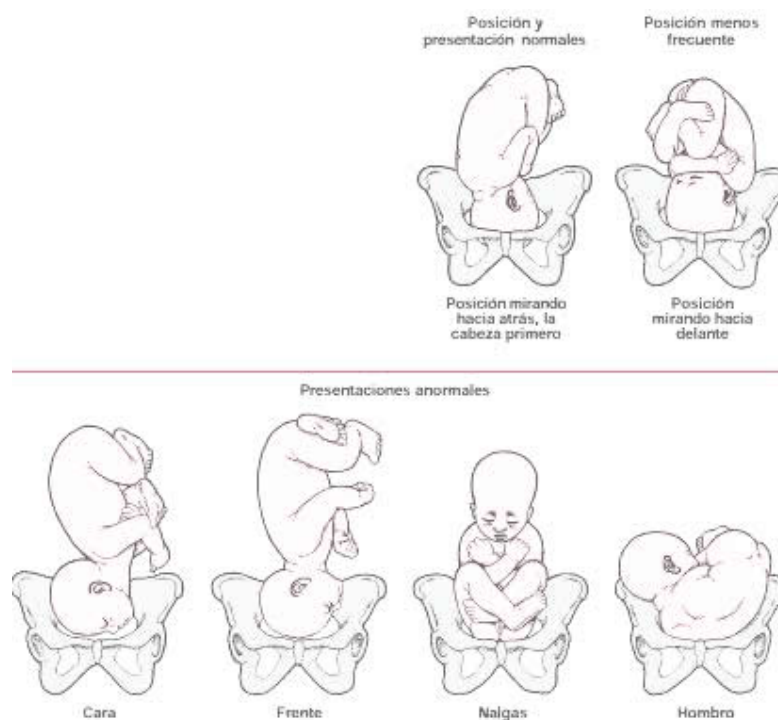
Son provocades per:

1. Alteracions en la pelvis materna

El tractament està determinat per la valoració de la pelvis materna amb la grandària i situació fetal. La valoració es realitza durant la gestació però el diagnòstic s'estableix en el treball de part. Si el diagnòstic és evident, el part s'acaba amb una cesària.

2. Alteracions en l'estàtica fetal

L'estàtica fetal normal està determinada pels paràmetres de actitud, situació, posició i presentació fetal. Qualsevol desviació d'aquests factors pot provocar una alteració.



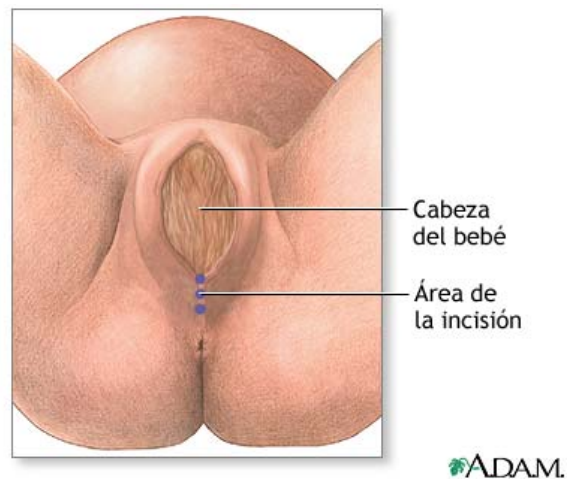
Intervencions obstètriques i atencions d'infermeria

1. Episiotomia

És la secció quirúrgica del perineu. Afecta la pell i els músculs del perineu i la mucosa de la porció inferior de la vagina. L'objectiu de la episiotomia és augmentar la grandària de l'obertura vaginal.

Hi ha tres varietats: central, mig-lateral i lateral.

En l'actualitat està contraindicat fer una episiotomia sistemàtica a totes les dones de part.



2. Instrumentació obstètrica

Són els procediments que es realitzen per a l'extracció fetal:

- Fòrceps
- Espàtules
- Vacum

a) Fòrceps

Els fòrceps són unes pinces de dues branques creuades que s'introdueixen a la vagina separatament i serveixen per agafar, rotar i traccionar el cap fetal fins a la seva extracció.

Condicions per a l'aplicació del fòrceps:

- Dilatació completa.
- Cap fetal encaixat en el estret inferior de la pelvis.
- Conèixer la posició del cap fetal.
- Bossa de les aigües trencada.
- La dona ha d'estar sota anestèsia.

Indicacions:

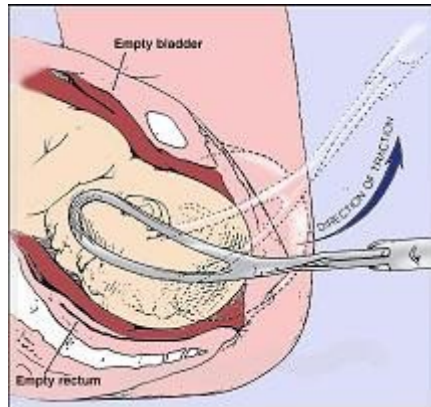
Venen determinades per la necessitat de finalitzar el part:

- Maternes:
 - Cardiopaties.
 - Toxèmia.
 - Oftalmopaties.
 - Cesària anterior.
 - Estacionament del període expulsiu.
 - Febre intrapart.
- Fetals:
 - Patiment fetal.
 - Distòcies de rotació.
 - Distòcies de flexió.

Complicacions:

- Maternes:
 - Esquinçaments del cèrvix i la vagina.
 - Lesions de la bufeta i la uretra.
 - Esquinçaments que afecten l'esfínter i la mucosa rectal.
 - Existeix una major incidència d'infeccions.
- Fetals:
 - Ferides cutànies i/o marques per pressió.
 - Lesions craneofacials.

- Fractures dels ossos cranials.
- Paràlisis del nervi facial.
- Hemorràgia intracranial.
- Lesions oculars.

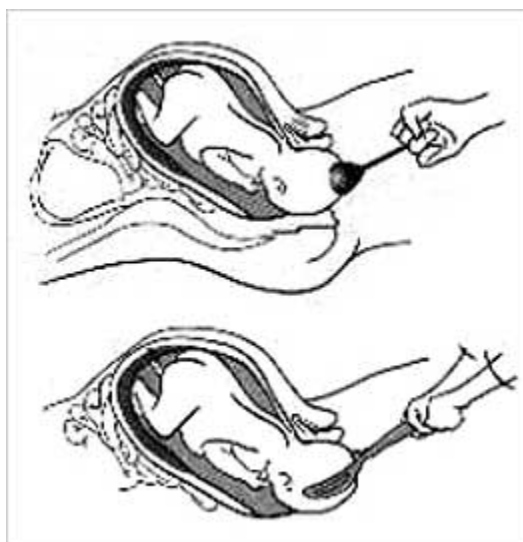


Fòrceps

b) Espàtules de Thierry

Són dues branques que acaben en forma de cullera. A diferència del fòrceps no estan fenestrades i no es creuen, per tant no tenen articulació. Les espàtules actuen sobre el cap fetal com un calçador o “tobogan”. La seva principal funció és el descens de la presentació.

Complicacions: els riscos són similars als del fòrceps.



c) Vacum extractor

Consisteix en l'aplicació d'una campana sobre el cap fetal a la que se li aplica una pressió negativa a fi de provocar el buit. Mitjançant el buit s'adhereix la ventosa al cap fetal, aconseguint així la tracció adequada per a l'extracció fetal. La funció principal és la tracció que es realitza de forma intermitent i sincronitzada amb la contracció uterina.

Indicacions: Són similars a las dels fòrceps, però el vacuum té algunes limitacions que no té el fòrceps:

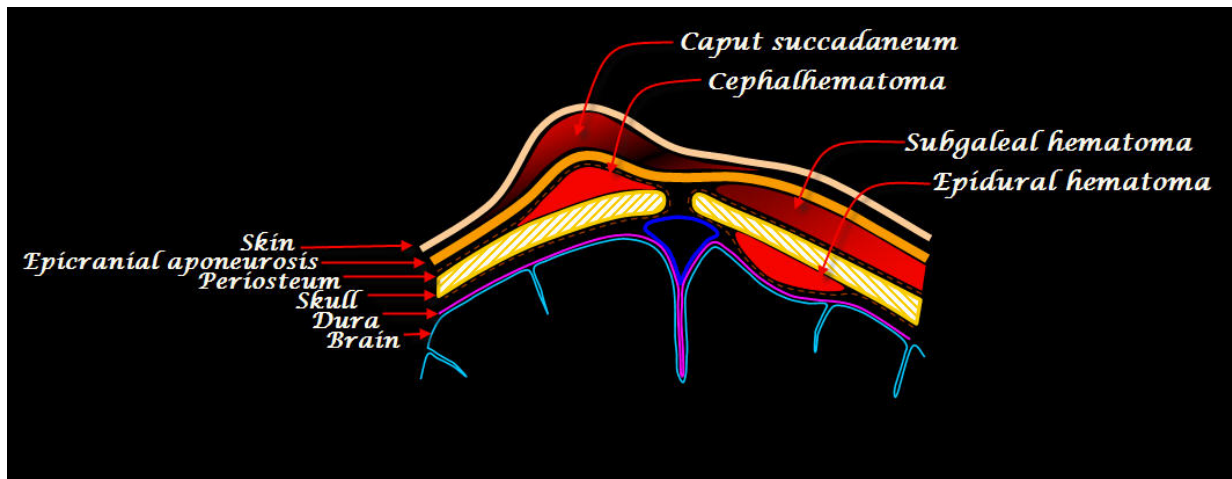
- No es útil per resoldre totes les distòcies de rotació.
- La seva aplicació és lenta, pel que no s'utilitza normalment en casos de patiment fetal agut.
- No s'ha d'aplicar a fetus prematurs ja que aquests són més susceptibles de patir una hemorràgia endocraneal.

Complicacions:

- Les complicacions maternes són menors que en el fòrceps.
- Les complicacions fetals poden ser: cefalohematoma, arrencament del cuir cabellut o scalp i hemorràgies intracraneals.

El *cefalohematoma* és l'acumulació de sang ubicada sota el cuir cabellut produïda per una hemorràgia subperiostica. A diferència del caput un cefalohematoma és unilateral (només es presenta en un dels cantons del cap) ja que al ser subperiostica no traspasa les sutures òsses. El cefalohematoma es forma normalment en el neonat per algun tipus de traumatisme durant el part, pot passar inadvertit en el moment de néixer i augmenta de grandària en els primers dies posteriors al naixement. L'organisme reabsorbeix la sang acumulada fins a eliminar-la.

El *caput succedaneum* és l'acumulació serosa, sanguínia, subcutània, extracraneal de líquid sense marges definits, causats per la pressió de la zona afectada sobre el coll uterí durant el part vaginal. Es presenta com una inflamació suau del cuir cabellut, que a diferència del cefalohematoma s'estén sobre la línia mitja i generalment no causa complicacions resolent-se espontàniament als primers dies del naixement. Normalment ocorre en la part del cap fetal que presenta primer en el treball de part.



Tractament obstètric i atenció d'infermeria en la instrumentalització obstètrica

- Informar a la dona i a la seva parella o acompanyant sobre el motiu que fa necessari resoldre el part. Si la dona està sota els efectes de l'anestèsia general s'ha d'oferir informació a l'acompanyant.
- Informar sobre el procediment que es seguirà.
- Controlar minuciosament tot el material a fi que reuneixi les màximes condicions d'asèpsia (la instrumentalització augmenta el risc d'infecció).
- Comprovar que es compta amb el material necessari. S'ha d'estar preparat per si succeeix alguna complicació: equip anestèsia, medicació, quiròfan per cesàries, carro de reanimació neonatal...
- Explicar a la dona, en el cas que l'anestèsia sigui regional, les diferents sensacions que pot notar.
- Avisar al neonatòleg per si calgués una reanimació enèrgica.
- Oferir a la mare la oportunitat de veure i tocar, si és possible, el nou-nat immediatament.

3. Cesària

És l'extracció del fetus a través d'incisions realitzades en la paret abdominal i l'úter. La incisió més utilitzada és la Incisió de Pfannenstiel (es realitza de forma transversa i a nivell suprapúbic. És més laboriosa però el resultat estètic és millor).

Indicacions:

- Cesària electiva:
 - Situacions fetals transverses.
 - Cardiopaties maternes.
 - Desproporció pèlviques fetals.
 - Placenta prèvia central.
 - Malalties maternes greus.
 - Gestant amb dos cesàries anteriors.
- Cesària urgent:
 - Patiment fetal.
 - Abruption placentae.
 - Hemorràgies.
 - Fracàs del part vaginal (falta de progressió, part estacionat).
 - Prolapse de cordó.

Complicacions:

- Complicacions maternes:
 - Hemorràgies: lesió de vasos uterins, atonia uterina.
 - Complicacions anestèsiques.
 - Shock.
 - Complicacions respiratòries.
 - Ili postcesàrea.
 - Peritonitis.
 - Embolisme.
 - Tromboflebitis.
 - Dehiscència de la cicatriu.
 - Infecció urinària.
 - Major incidència de cesàries posteriors.
- Complicacions fetals:
 - Depressió neonatal d'origen farmacològic.
 - Síndrome de patiment respiratori en el nounat.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

- Cesària electiva: es presten les cures normals d'una intervenció abdominal.
 - Informació a la dona sobre els procediments que se li realitzaran: tipus d'anestèsia, curs postoperatori, la possibilitat de veure el nadó.
 - Rasurat.
 - Dutxa abans de la intervenció.
 - Desinfecció de la zona.
 - Venoclisis.
 - Control de la FCF
 - Control de les constants vitals.
 - Sondatge vesical.
 - Animar a la dona i a la seva parella a verbalitzar els seus sentiments (por, angoixa...).
- Cesària d'urgència: S'han de cobrir tots els aspectes mencionats anteriorment tenint en compte que el temps és menor degut a la gravetat de la situació.
- Cures postcesària:
 - Controlar els signes vitals cada 15m la primera hora i cada 4 hores les primeres 12 hores postcesària.
 - Comprovar la permeabilitat i inspeccionar el lloc de venoclisis.
 - Control de la diüresis i la sonda vesical.
 - Valorar el nivell de confort de la dona en relació amb el dolor, la higiene i la comoditat.
 - Valorar l'estat de l'úter: el to i la involució uterina.
 - Si la dona ho desitja ajudar a iniciar la lactància.
 - Valorar la pèrdua hemàtica i el progrés dels loquis.
 - Mobilització precoç, si no hi ha contraindicacions, al dia següent de la operació.
 - Control de la incisió en busca de signes d'infecció.
 - Administrar la medicació prescrita.

- Valorar el tipus d'ingesta i fer una dieta postoperatòria.

L'alta hospitalària es dona entre el tercer i cinquè dia. A més de les informacions habituals que se li dona a totes les dones, se l'informa que és aconsellable que després d'una operació de cesària el temps mínim per tornar-se a quedar embarassada sigui de 2 anys. Aquest període és el mínim per facilitar la cicatrització i la recuperació dels teixits.

Patiment fetal

El risc de pèrdua del benestar fetal, denominat clàssicament patiment fetal, és una de les indicacions clíniques de cesària més difícil d'avaluar, ja que tant l'auscultació de la freqüència cardíaca fetal com l'obtenció d'aquesta mitjançant registre cardiotocogràfic (CTG) són procediments en part subjectius per establir si el fetus corre o no un risc real. Per aconseguir que la indicació de cesària sigui el més objectiva possible, abans de realitzar la intervenció s'hauria de:

- En el cas de CTG sospitós, i sempre que sigui possible, s'ha de valorar bioquímicament l'estat del fetus mitjançant determinació del pH en sang obtinguda a través d'una micropresa del cuir cabellut. Quan les condicions del coll uterí impedeixin la realització de la micropresa, és convenient fer constar a la història clínica de manera adequada aquesta circumstància i actuar considerant que el fetus està en risc de pèrdua del benestar fetal.
- En els casos en què les condicions obstètriques permetin un control adequat del fetus i puguin suposar un raonable percentatge d'èxit en intentar la inducció obstètrica, la sospita de risc de pèrdua del benestar fetal (oligohidramni, CIR (creixement intrauterí retardat), Doppler patològic o proves no estressants no reactives, etc.) no justifica la realització sistemàtica de cesària electiva.
- Encara que no existeix consens total en el valor considerat patològic, considerarem que un fetus amb risc de pèrdua del benestar és aquell que presenta un pH intrapart de calota per sota de 7,20. En aquest cas s'ha

d'actuar en conseqüència, i intentar la recuperació de la situació fetal intraúter, seguint els protocols corresponents d'actuació clínica.

BLOC 8: Puerperi

Tema 1 – Atencions d'infermeria durant el puerperi

Valoracions de les modificacions i manifestacions físiques i emocionals

En el puerperi la dona experimenta molts canvis tant físics com psicològics. Els reajustaments físics poden amenaçar la salut de la dona i els psicològics poden amenaçar la seva salut mental i l'estabilitat familiar.

Entenem per puerperi al període de temps que transcorre entre el naixement del nadó fins l'aparició de la primera menstruació.

La seva durada aproximada és de 6 setmanes i es caracteritza per:

- La involució uterina de les modificacions anatomofisiològiques que es produeixen durant l'embaràs i el part.
- La instauració de la secreció làctea.
- El reajustament psicològic de la mare.
- L'establiment dels vincles-relació entre mare-pare-fill/s.

La valoració i la cura de la dona en el puerperi inclouen tant un enfocament físic com psicosocial. A més de valorar els canvis físics el professional d'infermeria haurà de valorar i assessorar la dona i la seva família a nivell psíquic i social, derivant si cal la dona a altres professionals (psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials, etc.).

Adaptacions físiques i cures de la dona durant el puerperi

Involució de l'úter

L'úter disminueix de grandària ràpidament en un procés denominat involució. La involució uterina està causada per un procés d'autòlisis: per l'atrofia dels teixits i la contracció i retracció de l'úter. Aquesta s'inicia després de l'expulsió de la placenta mitjançant la contracció tònica de l'úter.

Les contraccions uterines rítmiques que es produeixen després del part són molt importants per inhibir l'hemorràgia en el lloc de la inserció placentària. La hemostàsia depèn fonamentalment del to uterí. Aquestes contraccions són molt importants per expulsar els coàguls que puguin haver quedat dins l'úter. Les contraccions uterines disminueixen progressivament en les hores posteriors al naixement.

Les contraccions del puerperi són generalment indolores però poden anar acompanyades de sensacions doloroses denominades entortollaments (entortos). Les dones que lacten tenen contraccions més intenses per l'efecte de la oxitocina, que produeix una resposta neurohormonal desencadenat per la succió que efectua el nadó en el mugró de la mare. També és més freqüent que les múltiples presentin contraccions més doloroses per la pèrdua de tonicitat de la fibra muscular, que necessita contraure's amb més força per obtenir el to adequat.

Immediatament després del part, l'úter presenta al tacte una consistència globulosa, com la d'un puny tancat i de grandària aproximada al cap fetal. A partir del tercer dia l'úter va disminuint de grandària amb un promig d'un dit per dia (més o menys una mica més d'1 cm/dia). En el sisè dia l'úter es troba a mitja distància entre el melic i el pubis, i cap al desè dia postpart queda amagat dins la sínfisis púbica.

Els loquis (loquios)

Són la pèrdua hemàtica que s'inicia després del part, després de l'expulsió de la placenta i les membranes ovulars.

Els loquis estan formats per un exsudat procedent de les diferents etapes de regeneració de la cavitat uterina.

La evolució dels loquis presenta les següents característiques:

1. Loquia rubra: secreció vermella que es presenta els primers dies.
2. Loquia serosa: al voltant del desè dia la secreció es torna més aquosa i canvia a color rosat.
3. Loquia alba: els loquis disminueixen en quantitat i són gairebé incoloros. Al finalitzar la tercera setmana desapareixen.

Pes de l'úter

La rapidesa d'aquest procés és notable. L'úter, en el moment del part, pesa al voltant de 1000g. 1 setmana després del part, pesa 500g. Al final de la segona setmana pesa 300g, i al final de la sexta setmana no arriba als 100g.

Cura de la dona durant el puerperi

Es divideix el puerperi en tres etapes:

1. *Puerperi immediat*: les primeres 24h postpart.
2. *Puerperi precoç*: des del segon fins al desè dia.
3. *Puerperi tardà*: des dels 10 fins als 45 dies.

Durant les primeres 24h s'ha de realitzar un seguiment més exhaustiu ja que, sobretot, el sistema cardiovascular pateix nombroses modificacions. Les cures d'infermeria durant aquest període engloba:

- Les mesures que preveuen la hemorràgia, la infecció, la malaltia tromboembòlica i la hipertensió.
- Les mesures que assegurin el benestar de la mare com són les que proporcionen alleujament per les molèsties de l'episiotomia o desgarraments, hemorroides, ingurgitació mamària, cansament muscular.
- La informació sobre la evolució del puerperi, la lactància i sobre les cures del nou-nat.
- Assessorament sobre l'autocura que afavoreixi la interacció pares-fill.
- Assessorament sobre el control del puerperi a l'atenció primària, grups de suport, etc.

Factors de risc durant el puerperi

Existeixen una sèrie de factors predisposants o de risc que poden crear una situació de perill per la salut de la mare durant el puerperi. És necessari que el personal d'infermeria identifiqui aquests factors de risc ja que determinarà les prioritats de les cures.

Factors de risc:

- Diabetis
- Anèmia
- Multiparitat
- Cesària
- Endometritis puerperal
- Mort neonatal
- Antecedents psiquiàtrics
- Alcoholisme
- Factors econòmics
- Tromboflebitis
- Hipertensió
- Hidramnis
- Part múltiple
- Intervencions obstètriques
- Infeccions
- Patologia associada
- Drogodependència
- Factors socials
- Hemorràgia postpart
- Mastitis

CURES DE LA DONA EN EL PUERPERI IMMEDIAT

En el puerperi immediat la majoria de dones romanen hospitalitzades. Durant aquest període es controla sobretot que els mecanismes d'hemostàsia de l'úter s'instaurin correctament.

- *Control del color de la pell i les mucoses.*
- *Control del nivell de la consciència.*
- *Control del pols i la TA.*
- *Control de l'alçada uterina i la consistència de l'úter.*
- *Control de la pèrdua hemàtica.*
- *Inspecció del periné.*
- *Control de la bufeta de la orina.*

Normalment les dones es troben cansades per l'esforç físic que han tingut, malgrat tot sovint el seu aspecte és de benestar i relaxació.

Si la constricció de l'úter és correcta, el globus de seguretat es troba en la regió del hipogastri, a nivell del melic o una travessa per sota.

Es pot animar a la dona a aixecar-se del llit i deambular. Si hi ha hagut anestèsia peridural hem d'assegurar-nos que la mobilitat de les cames és total. És aconsellable en aquest cas que la dona estigui acompanyada si s'aixeca. La deambulació precoç disminueix la tendència a la tromboflebitis, als problemes d'estrenyiment i a les complicacions urinàries.

És important que la dona evacui la bufeta dins de les 6-8 primeres hores per prevenir una sobredistensió vesical.

La ingestió de líquids i sòlids es pot realitzar just després del part. Ja no s'aconsella que les dones estiguin hores sense menjar ni veure després del part. Si no hi ha contraindicació anestèsica expressa no hi ha cap sentit perquè estiguin en dejú.

Caravaca E, Martínez M, Casajoana M, Lorente I. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. «Revisión de la evidencia científica». Matronas Prof. 2009; 10 (1): 10-13

<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/582/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c50/rqlang/es-ES/filename/vol10n1pag10-13.pdf>

S'ha de comprovar el grup sanguini i Rh de la mare per si és necessari realitzar la profilaxis de la isoimmunització Rh mitjançant la administració de gammaglobulina anti-D.

S'ha de conèixer la elecció que ha fet la mare sobre el tipus de lactància que vol donar al seu nadó.

CURES DE LA DONA EN EL PUERPERI PRECOÇ

És important que la dona estigui en contacte amb el seu fill/a des del naixement. En l'actualitat es recomana que no es separi la mare del nadó i que estiguin junts tot el temps possible.

El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo

<http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/369/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/784/rqlang/es-ES/filename/vol5n15pag12-18.pdf>

Es recomana que s'ofereixin unes cures continuades tant a la mare com al nadó i que siguin els mateixos professionals els qui les realitzin.

Les activitats d'infermeria per a la valoració de l'estat general de la mare es realitzen dos cops al dia:

- *Valoració de l'estat general:* Les dones poden aixecar-se i dutxar-se quan ho considerin oportú, però la primera vegada haurien d'anar acompanyades per un familiar o el personal d'infermeria.

S'ha de valorar el pols en relació amb la TA i la temperatura. Un pols ràpid després del part podria ser indicatiu d'un problema hemorràgic (a no ser que la mare tingui una malaltia cardíaca). L'ascens de temperatura durant dos dies consecutius, igual o superior a 38°C podria ser indicatiu d'un procés infecciós. Cal observar les extremitats inferiors per si existeixen varius o altres signes locals que indiquin malaltia tromboembòlica, com som la tumefacció i el rubor.

- *Valoració de la involució uterina:* La valoració de l'alçada uterina determina el correcte desenvolupament de la involució de l'úter. S'han d'incrementar les observacions d'infermeria si hi ha un retràs notable de la involució uterina i a més si va acompanyat de:
 - supressió dels loquis.
 - retenció de coàguls.
 - palpació dolorosa de l'úter.

S'ha de tenir en compte que una bufeta de la orina plena impedeix la contracció de l'úter i ocasiona una elevació de l'alçada uterina. Per efectuar la valoració del fons uterí, es palpa l'úter a través de la paret abdominal i s'observa la distància que aquest dista del melic. Es mesura per travesses de dits i s'anota de la següent forma: el nombre 0 correspon al nivell umbilical, el signe + correspon al nivell supraumbilical, i el signe – al nivell infraumbilical.

S'avalua el to del úter. Aquest ha d'estar ben contraïgut. Si es troba atònic i s'observa una pèrdua genital excessiva, es pot intentar la recuperació del to amb un suau massatge uterí. Aquest es realitza amb la mà en forma de copa fent un massatge rotatori en el fons del l'úter. L'úter s'ha de tocar cuidadosament, sense moviments ni maniobres brusques fins que respongui a un augment del to.

Les característiques a l'hora de valorar els loquis son: la quantitat, el color i la olor. La observació diària de la quantitat dels loquis aporta informació sobre el nivell de cicatrització de la superfície endometrial. La quantitat varia segons les dones, sol ser més abundant en múltiples i és normal que la quantitat de secreció sigui més abundant quan la mare s'aixeca per primera vegada. La estimació de la pèrdua hemàtica és una activitat difícil, però un dels criteris estàndards a l'hora de valorar-la és de que no s'empapi més de una compresa per hora. El color evoluciona en les primeres setmanes de vermell a blanquinós. La olor dels loquis és forta però en cap cas ofensiu o fètid.

- *Valoració de la eliminació:* S'ha de tenir en compte que la diüresis està augmentada. Observar si la dona presenta signes de:

- Polaquiúria: Augment del nombre de miccions.
- Disúria: Micció difícil, dolorosa i incompleta.
- Tenesme vesical: Desig imperiós de buidar la bufeta de la orina.
- Incontinència: Pèrdua del control vesical.

L'estrenyiment que sol aparèixer en el postpart pot corregir-se amb una dieta rica en residus o amb l'administració d'algun regulador intestinal en el segon o tercer dia. Es recomana l'administració precoç de laxants a les dones que presentin hemorroides o dolor a l'episiotomia o desgarrament ja que tenen tendència a frenar la defecació per por al dolor.

- *Valoració del periné:* S'ha d'observar si presenta sutures i la seva evolució, hematomes i hemorroides. L'alleujament del dolor es pot realitzar de forma local amb:
 - Aplicació de pomades anestèsiques.
 - Aplicació de bosses de gel per disminuir d'edema. Aquestes han de ser col·locades embolcallades amb una tovallola o rus ja que directament poden agreujar la zona.
 - Aplicació local de calor humit mitjançant compreses calentes humides que afavoreixen la vasodilatació del periné.
 - Aplicació de pomades antihemorroïdals si cal.
 - Cal explicar que és important la higiene del periné: la conveniència de canviar-se freqüentment la compresa i en el moment de realitzar la higiene cal fer-ho des de el Monte Venus fins la zona anal.

- *Valoració de les mames:* En les dones que alleten els seus fills es possible la aparició de: clivelles, ingurgitació mamària i signes de mastitis (tumefacció, calor, rubor, secreció purulenta).

- *Valoració de l'estat emocional:* El puerperi pot ocasionar un estat de fragilitat emocional. Segons diferents estudis del 50 al 80% de les dones

poden presentar signes de tristesa postpart que es manifesta amb ganes de plorar, tristesa, fatiga, irritabilitat, dificultat per dormir, incapacitat per concentrar-se, ansietat per la salut del nen/a o incapacitat per fer-se càrrec del neonat. Els símptomes són transitoris i desapareixen, només en un 10% dels casos es perllonguen més d'una setmana. Si l'estat emocional empitjora, s'ha de valorar si la dona necessita atenció psicològica especialitzada.

S'ha d'establir una relació terapèutica amb la mare per tal que aquesta pugui expressar els seus sentiments, inquietuds i emocions.

- *Control del dolor*
- *Prevenió de la infecció*
- *Assessorament sobre la tornada a casa i control amb la llevadora al CAP.*
- *Revisió post part (4 – 6 setmanes).*

Alletament matern

Anatomia de les mames

Les mames estan situades a la cara anterior del tòrax i s'estenen des de la segona costella fins al final de l'estèrnum. Tenen forma cònica i la seva grandària varia segons la dona. Cada mama té un mugró i una zona circular pigmentada que s'anomena aureola. Al voltant del mugró hi ha unes fibres circulars que li donen una capacitat erèctil. Dins del mugró es troben els orificis que pertanyen als conductes galactòfors i a l'aureola es troben els tubèrculs de Montgomery, que aporten una secreció encarregada de lubricar el mugró.

Les mames estan formades per teixit greixós i glandular. El teixit greixós rodeja el teixit glandular que és el que dona forma a la mama. El teixit glandular té aproximadament uns 15-20 lòbuls organitzats com els eixos d'una roda, els quals drenen en els conductes galactòfors que convergeixen en el mugró. Cada lòbul està constituït per varis alvèols. L'alvèol és la unitat funcional de la secreció làctia i és el responsable de la formació de llet.

La llet dels alvèols drena en els conductills galactòfors i aquests al conducte galactòfor que té cada lòbul i que desemboca separatament en el mugró. Allà, darrera l'aureola, es troba amb un reservori que acumula llet per l'inici de la succió del nadó.

La irrigació de la mama es realitza a través de l'artèria mamària interna, de l'artèria toràcica lateral i de l'artèria posterior intercostal.



Fisiologia de la secreció làctia

Per la producció de la secreció làctia són necessàries tres etapes:

- Mamogènesis: creixement i desenvolupament mamaris.
- Lactogènesis: secreció làctia.

La prolactina és la hormona específica encarregada de la secreció làctia. Es segrega en el lòbul anterior de la hipòfisis i es produeix de forma constant, inclús en el home i en la dona no gestant. La regulació de la secreció de prolactina s'efectua a través d'una hormona hipotalàmica, denominada factor inhibidor de la prolactina (PIF). Durant l'embaràs els estrògens inhibeixen la secreció de PIF, pel que la secreció de prolactina augmenta regularment.

La prolactina estimula a nivell alveolar la secreció dels components de la llet, i de fet, a partir de les 10 setmanes d'embaràs, ja es troba calostre a les mames.

Després del naixement del neonat i amb l'expulsió de la placenta, es produeix una disminució brusca dels estrògens i la progesterona, amb el que s'aconsegueix el desbloqueig la glàndula mamària i permeti l'acció de la prolactina sobre aquesta. La secreció de prolactina augmenta de manera notable les primeres 24-48 hores després del part, estimulants així la secreció de la llet.

- Galactopogesis i ejecció làctia: manteniment i transport actiu de la secreció làctia.

Al finalitzar el primer mes de lactància disminueixen els nivells basals de prolactina, però s'observa un augment intens de la secreció de prolactina després de cada mamada. Aquesta descàrrega de prolactina és l'encarregada de preparar la llet per a la següent presa. En el manteniment de la secreció làctia intervé el buidament de la mama i el reflexe neurohormonal.

Reflexe neurohormonal: Mitjançant la succió i estimulació que efectua el nadó durant la presa, es desencadena un arc reflexe que, a través de la medulla espinal, arriba a d'hipotàlem, produint-se una disminució del PIF (Factor inhibidor de la prolactina) i un augment de la secreció de la prolactina. La lactància es manté mentre es produeixi aquest augment transitori de prolactina. La llet segregada pels alvèols ha de ser transferida pels conductes galactòfors i arribar al reservori per poder ser succionada pel nadó. Mitjançant el reflex neurohormonal es produeix també una alliberació d'oxitocina en el lòbul posterior de la hipòfisis. La oxitocina estimula la contracció de les cèl·lules mioepitelials dels alveols facilitant l'ejecció làctica i buidant el pit. Al mateix temps la oxitocina produeix contraccions en l'úter, denominades entortollaments, que afavoreixen la involució uterina. El reflexe neurohormonal també pot ser desencadenat per la evocació o visió del nadó.

La llet humana

La llet humana varia de composició segons l'hora del dia i el moment de la presa, existint variacions individuals segons la mare que alleta. La llet que el

nadó que succiona en els primers minuts de lactància no té la mateixa composició que la llet al final de la presa, que conté més greixos. Quan es compara la llet humana amb llets procedents d'altres animals es demostra que aquesta és la més adequada pel nadó. La llet humana cobreix tots els requeriments nutricionals del nadó i posseeix a més altres propietats: és de fàcil digestió i conté immunoglobulines que l'ajuden en els mecanismes immunitaris, en especial la IgA, que li protegeix la mucosa intestinal davant de les bactèries patògenes i els enterovirus.

PER QUÈ L'ALLETAMENT MATERN?

RECOMENDACIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

Comité de Lactancia Materna de la AEP (Asociación Española Pediatría)

RECOMENDACIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA

http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf

“La llet materna és el millor aliment que una mare pot oferir al seu fill acabat de néixer. No solament considerant-ne la composició, sinó també en l'aspecte emocional, ja que el vincle afectiu que s'estableix entre una mare i el seu fill constitueix una experiència especial, singular i intensa. Hi ha basses científiques sòlides que demostren que l'alletament matern és beneficiós per al nen, la mare i la societat en tots els països del món.

La llet materna conté tot allò que el nen necessita durant els primers mesos d'edat. Mentre el bebè és alletat, el protegeix davant moltes malalties com ara refredats, bronquiolitis, pneumònies, diarrees, otitis, meningitis, infeccions d'orina, enterocolitis necrosant, i síndrome de la mort sobtada del lactant. A més, també el protegeix de malalties futures com asma; al·lèrgia; obesitat; malalties autoimmunes com diabetis, malaltia de Crohn, colitis ulcerosa; arteriosclerosi i infart de miocardi a l'edat adulta; i finalment afavoreix el desenvolupament intel·lectual.

La mare també obté beneficis de l'alletament matern. Les dones que alleten perden el pes guanyat durant l'embaràs més ràpidament, és més difícil que

pateixin anèmia després del part i tenen menys risc d'hipertensió i de depressió postpart. L'osteoporosi i els càncers de mama i d'ovari són menys freqüents en les dones que han alletat els seus fills.

A més, la llet materna és un aliment ecològic perquè no necessita fabricar-se, envasar-se, ni transportar-se, la qual cosa comporta estalvi d'energia i que no es contamina el medi ambient. I, també, és econòmica per a la família, ja que pot estalviar prop de 600 euros en un any en alimentació. A més, a causa de la menor incidència de malalties, els nens alletats al pit ocasionen menys despesa a les seves famílies i a la societat en medicaments i utilització de serveis sanitaris, i originen menys pèrdues per l'absentisme laboral dels seus pares.

Per totes aquestes raons i d'acord amb l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i l'Acadèmia Americana de Pediatria (AAP), el Comitè de Lactància de la Associació Espanyola de Pediatria recomana l'alletament matern exclusiu durant els primers 6 mesos i continuar amb l'alletament matern junt amb els aliments complementaris adients fins que l'infant tingui al menys 2 anys.”

Promoció de la Lactància Materna

Protocol d'assistència al Part i al Puerperi i d'atenció al Nadó

Generalitat de Catalunya, 2003 .

1. Recomanacions per afavorir l'alletament matern a la sala de parts

1.1. Facilitar el contacte mare-nadó

Immediatament després del naixement, s'ha d'afavorir l'inici de l'alletament matern, col·locant el nadó sobre la mare pell amb pell; així també s'afavoreix la creació de vincles afectius, i ajuda a mantenir la temperatura del nadó. És de gran importància que el personal sanitari que intervé faci una acurada observació i valoració del benestar del nadó en néixer i a l'hora d'iniciar el primer contacte, així com de l'estat general de la mare i el seu desig d'alletar. És molt important que la dona es trobi còmoda, ja que la majoria de dones solen estar cansades després del part, especialment si ha estat llarg, instrumentat, o s'ha fet per cesària. El fet que el primer contacte sigui

satisfactori influirà de forma molt positiva al llarg de tota la lactància, afavorint el vincle afectiu entre el fill i la seva mare, tan important per al futur d'aquesta relació i en definitiva per a la salut del nadó.

1.2. Donar consell i suport en la primera presa

La primera col·locació al pit de la mare s'ha de fer al més aviat possible, dins de la primera hora del postpart, que és quan el nadó està més receptiu als estímuls que provenen de l'exterior, ja que el seu sistema nerviós es troba en estat d'alerta i és molt sensible a tot tipus de sensacions, tant tàctils com olfactivas i visuals; estan accentuats també tots els seus reflexos, per la qual cosa el reflex de succió és més fort en la primera hora després del naixement. Es col·locarà el nadó a prop del pit de la mare per afavorir el contacte mare-fill i iniciar l'alletament matern, en el cas del nadó en perfectes condicions de salut, i també en els nadons que necessiten prèviament una reanimació superficial. Queden fora d'aquesta situació tots els nadons que requereixen cures intensives. Després d'un part instrumentat i fins i tot d'un part per cesària, el nadó es col·locarà també al pit i restarà amb la mare tot el temps que ella desitgi, si les condicions d'anestèsia no ho contraindiquen.

2. Recomanacions per afavorir l'inici de l'alletament matern durant l'estada hospitalària

2.1. Mantenir junts la mare i el nadó

Quan el nadó arriba amb la mare de la sala de parts en condicions de normalitat, i en el cas que no hi hagi contraindicacions, comença un període importantíssim per a la instauració de l'alletament matern, que es prolongarà fins al moment de donar-los l'alta de l'hospital maternal on ha tingut lloc el part. Per aquest motiu, es recomana no separar el nou-nat de la seva mare, llevat que l'atenció a la salut d'algun d'ells ho requereixi.

2.2. Aprofitar les primeres preses de calostre

Es donarà a la mare la informació adient sobre les escasses quantitats de líquid i nutrients que el nadó necessita els primers dies de vida, i sobre les

propietats idònies que té el calostre per la seva composició. L'animarem a posar el nadó al pit molt sovint, i així esperar sense angoixa la pujada de la llet. La ingesta precoç de calostre ajudarà el nadó a disminuir els riscos de patir hipoglucèmia, evitant d'aquesta manera haver d'oferir-li una alimentació suplementària que pot dificultar la següent mamada, ja que pot generar confusió en el nadó.

2.3. Evitar l'administració de suplementos de sèrum glucosat

Si el nadó pren petites quantitats de calostre és innecessària l'administració de suplementos de sèrum glucosat per via oral; a més, per la seva concentració, el sèrum glucosat pot ser mal tolerat, i originar retencions i distensions gàstriques, regurgitacions i vòmits, amb el consegüent perill d'aspiració. Només en determinades circumstàncies patològiques estarà indicada l'administració de sèrum glucosat, i en aquests casos ha de ser el pediatre qui n'ha de prescriure específicament l'administració de quantitats determinades.

2.4. Evitar la utilització del xumet

La succió d'objectes diferents al mugró, per la seva elasticitat, forma, tacte o característiques, pot confondre el nadó i endarrerir la correcta succió i com a conseqüència la pujada de la llet. És per aquest motiu que no està recomanada la col·locació del xumet durant el període d'instauració de la lactància materna, sigui quin sigui el seu model, forma, material o disseny (tetines de biberó incloses), en el nadó que prengui lactància materna exclusiva (a no ser que hi hagi una indicació mèdica específica).

2.5. Vigilar la posició correcta

És molt important explicar a la mare la importància d'una bona posició a l'hora d'alletar, que afavorirà una correcta mamada i prevé complicacions. Per a les primeres mamades la posició més adequada és la que es pot practicar al llit, estirada en decúbit lateral (Fig. 1). Aquesta postura facilitarà l'alineació dels dos cossos (melic contra melic) amb la boca del nadó a l'alçada del mugró de la mare, lleugerament mirant cap a la cara de la mare, per tal que la boca del

nadó agafi el mugró i l'arèola. L'èxit de la lactància materna dependrà, en gran mesura, d'una bona tècnica a l'hora de posar el nadó al pit, per la qual cosa és molt important que s'ajudi la mare a resoldre qualsevol dubte respecte a la posició més còmoda i recomanable per a un alletament satisfactori.

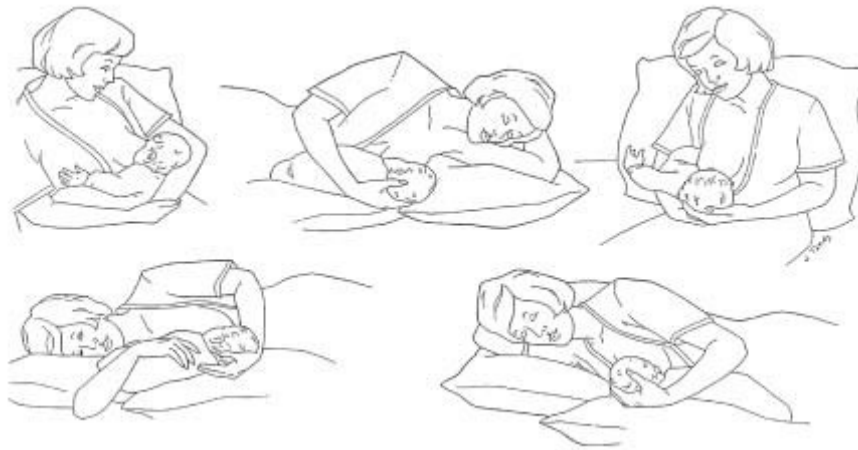
2.5.1. Posició de la mare

Durant els primers dies després del part, si es troba al llit, es posarà de costat recolzant l'esquena en un coixí, si vol, un altre coixí entre les cames i el braç doblegat per sobre del cap. El nadó estarà també de costat, i com a punt de referència el nas del nadó ha d'estar a l'alçada del mugró. De vegades, és possible que necessiti l'ajut d'una altra persona que li acosti el nadó. Quan ja li és possible seure per alletar disposarà d'una cadira amb respall ampli, per recolzar bé l'espatlla, i preferiblement sense reposa braços. Pot utilitzar algun coixí a la falda per tal d'elevat el nadó fins un nivell més còmode per a tots dos. Pot ser útil posar els peus en un tamboret, o similar, i fins i tot algunes dones troben còmode alletar assegudes en un balancí.

Cal estimular la boca del nadó amb el mugró i quan la tingui molt oberta intentar que agafi la major part de pit possible, subjectant-lo molt a prop de la mare amb una lleugera pressió a l'espatlla i al coll. En tot cas, cal tenir en compte que és el nadó que va al pit, no el pit que va al nadó.

2.5.2. Posició del nadó

El nadó ha de tenir el cos i el cap en línia recta, no girat, i tot ell orientat cap a la seva mare, tant si la mare està asseguda com si està estirada al llit. La boca del nadó ha d'estar molt oberta, lleugerament desplaçada cap a baix respecte del mugró, és a dir "agafant el pit per sota" i amb el cap lleugerament deflexionat (Fig. 2). El llavi inferior estarà girat cap a fora i el mentó tocant el pit. Es veu més arèola mamària agafada per sota que per sobre de la boca del nen.



Font: Olds SB, London ML, Ladewing PW. *Enfermeria Maternoinfantil*. 2a ed. Mèxic: Ed. Interamericana, 1989



Font: Royal College of midwives. *Manual per a un bon alletament matern*. Associació Catalana de Llevadores. Barcelona, 1992.

2.6. Flexibilitzar la freqüència i durada de les preses

La lactància a demanda serà beneficiosa tant per al nadó, ja que reduirà la incidència d'icterícia i millorarà l'augment de pes, com per a la mare, que establirà una lactància satisfactòria (perquè no haurà d'esperar un temps determinat entre preses) i, a més, prevé la ingurgitació del pit.

2.7. Donar suport professional

Els professionals d'infermeria, llevadores i metges de la sala de puèrperes han d'estar suficientment formats en el coneixement dels aspectes bàsics per a la promoció de l'alletament matern i participar activament en l'aplicació de les pautes per a l'alletament matern, sempre respectant la decisió de la mare.

La llevadora i els professionals d'infermeria han de donar assistència específica per a l'alletament matern en les primeres hores després del part, mitjançant la informació teòrica i l'ajut pràctic que la mare necessiti de forma individualitzada, amb l'objectiu d'aconseguir la correcta instauració de l'alletament matern, donant suport i solució als problemes que puguin sorgir durant el període de puerperi hospitalari.

- És molt important vigilar els factors que influeixen en el procés de lactància especialment en el seu inici, com són l'estat físic de la mare, l'experiència prèvia, l'adolorament dels pits i l'existència d'alguna patologia en el nadó.
- És important, per a l'èxit de l'alletament matern, que es tingui en compte la predisposició de la mare per alletar el seu fill, i ajudar-la en cas de dubtes. Moltes vegades és la manca d'informació el que determina la decisió de no donar alletament matern: El personal sanitari informará sobre la possibilitat de realització de la lactància materna, oferint ajut i suport, i no interferirà en la decisió de la mare.
- Es valoraran també tots aquells factors socials i familiars que puguin incidir en el procés d'instauració o de manteniment de l'alletament.
- També és bàsic que valorem els aspectes relatius al nadó que poden incidir en l'inici de l'alletament, com són l'estat de salut del nadó, l'existència de factors de risc, o la predisposició del nadó (nen "adormit", etc.) a fi d'orientar la conducta a seguir per tal de millorar l'adaptació del nadó a la lactància materna.
- És important l'observació clínica de les primeres preses, amb la finalitat de valorar i corregir la tècnica, si cal (*utilitzeu la gràfica de l'OMS sobre observació d'una presa*).
- S'ha de fer la valoració continuada de l'eficàcia del procés d'instauració de l'alletament, mitjançant el control del pes (tenint en compte que sempre en perden els primers dies), el control de la diüresi, l'estat de confort i la salut del nadó.

- S'ha de donar suport a la mare que comença a alletar oferint-li assessorament individualitzat sobre temors i dubtes. Pot ser útil la realització d'alguna xerrada educativa sobre l'alletament matern durant l'estada a la sala de puèrperes, dirigida a grups de puèrperes i familiars de suport, abans de l'alta hospitalària.

És important per a la instauració de l'alletament matern la informació proporcionada als pares del nadó per part del pediatre en el moment de la primera revisió, que habitualment realitza unes hores després del part :

- Informar la família sobre l'estat del nadó.
- Donar suport individualitzat a la lactància materna, parlant dels avantatges.
- Assegurar-se que el nadó és posat correctament al pit.
- Resoldre els dubtes i problemes principals, habituals en les primeres hores.
- Donar confiança i disponibilitat a la mare.

També és important per a l'èxit de la lactància materna que el pediatre en les visites posteriors supervisi el desenvolupament normal del pes i resolgui els temors i els dubtes que pugui tenir la mare i, bàsicament, doni suport al personal d'infermeria.

3. Recomanacions per afavorir l'alletament matern en el moment de l'alta hospitalària

3.1. Valorar l'estat nutricional del nadó

Abans de donar l'alta s'ha de valorar el pes del nadó. Si la mare està molt angoixada o bé hi ha hagut una pèrdua important de pes, cal oferir-li la possibilitat d'un nou control a les 24-48 hores.

3.2. Donar pautes i continuïtat assistencial

És important donar pautes d'orientació a l'alta hospitalària, recordant a la puèrpera que ha de posar-se en contacte amb la llevadora del CAP. També és interessant la informació sobre els recursos que la mare té al seu abast (consulta de pediatria del CAP o ABS corresponent, i grups d'autoajuda).

S'ha d'oferir suport fins a la visita del pediatre d'atenció primària; això dóna confiança, evita angoixa i facilita la resolució de dubtes. És molt útil donar el telèfon de contacte i el nom del llevador/a, infermer/a i pediatre/a que l'atendrà en cas de necessitat.

També és molt útil donar informació sobre associacions o grups de mares de suport a la lactància, per si ho considera d'interès.

3.3. Donar informació sobre l'alletament

En l'informe d'alta s'han de fer constar els aspectes importants per a l'alletament, tant materns com del nadó.

La valoració del procés d'alletament en cada dona s'ha d'enregistrar a la història clínica en un apartat específic del full del nounat, com també en el carnet de salut infantil que s'entrega a la mare amb les primeres dades del nadó.

4. Manteniment de l'alletament matern

4.1. Suport a l'alletament per part del servei de pediatria d'atenció primària

En aquest apartat s'especifica el paper que ha de desenvolupar el servei de pediatria pel que fa al manteniment de l'alletament matern, a part del suport que la dona rep de forma habitual per part de la llevadora, durant l'atenció domiciliària en el puerperi.

Durant el primer mes del postpart és quan hi ha un índex més alt de fracassos en el manteniment de la lactància materna, per això és important que la mare tingui informació clara sobre com posar-se en contacte, tan aviat com sigui possible, amb l'equip de pediatria quan sigui donada d'alta de l'hospital. I quan

la mare es posi en contacte amb l'equip de pediatria se li ha d'oferir una primera visita com més aviat millor.

A partir d'aquí es programaran les visites següents segons el calendari vigent per al seguiment del nen sa. En els controls següents s'assessorarà correctament la mare que lacta i s'aniran resolent les incidències que es puguin presentar.

Cal recalcar que quan un nadó no segueix un augment ponderal satisfactori no sempre és la hipogalàctia materna la causa. S'han d'avaluar objectivament altres possibles causes, així com les variants de la normalitat del pes.

4.2. Edat fins la qual es recomana la lactància materna

Sempre que no hi hagi inconvenients, es recomana la lactància materna exclusiva des del naixement i fins als 6 mesos de vida, i als 6 mesos d'edat introduir l'alimentació complementària.

4.3. Alimentació de la mare

Durant l'alletament matern la dona ha de regular la quantitat de líquids que ingereix en relació amb la set que tingui. És l'estímul del nen que fa tenir més llet. La manca d'aigua limita la quantitat de la llet, però no és cert que a més aigua hi hagi més llet.

Mentre la dona alleta ha d'evitar les begudes alcohòliques, l'excés de cafeïna, teïna, begudes de cola amb cafeïna, etc.

Pel que fa a la quantitat, la gana serà la que reguli, en general, la ingesta calòrica de la dona que alleta. Tanmateix, caldrà fer referència a la necessitat d'aplicar una dieta ben equilibrada. Es poden prendre tots els aliments amb moderació. Si la mare lactant creu que hi ha algun aliment que reiteradament no se li posa bé al nadó, és recomanable que l'elimini de la seva dieta. La variabilitat de les olors de la llet en funció de la dieta fan que les lactants acceptin més bé els aliments complementaris.

4.4. Repòs de la mare

És important que la mare pugui descansar i que tingui suport a casa: mare, marit, amics, etc.

4.5. Prevenió de complicacions

- **Prevenió de la ingurgitació mamària**

La ingurgitació mamària és un quadre relativament freqüent que apareix, en general, el segon o tercer dia després del naixement, en forma d'una sobtada turgència mamària, que va acompanyada de dolor local. La millor prevenió és el correcte buidat dels pits a demanda.

- **Prevenió de les clivelles**

No es recomana que es rentin els pits abans de cada mamada, el que cal és una higiene personal adequada. Tampoc no hi ha cap evidència que l'ús de cremes i ungüents ajudi a la prevenió de l'aparició de clivelles en els mugrons. L'únic mitjà per intentar evitar-les és assegurar-se que el nadó mama correctament col·locat.

- **Prevenió de la mastitis**

La mastitis és una complicació important del puerperi, que s'esdevé com a conseqüència d'una contaminació bacteriana. És molt important buidar el pit per tal de prevenir-la.

5. Contraindicacions de l'alletament matern

5.1. Situacions més habituals

- **Medicació**

S'ha de valorar de forma acurada els fàrmacs que pren la mare durant el període de lactància.

Compatibilitat de la lactància materna amb medicaments i altres productes

<http://www.e-lactancia.org/>

- **Malaltia materna**

Si una mare malalta té intenció d'alletar el seu fill, s'haurà d'extreure la llet tan aviat com sigui possible; sens dubte, la separació mare-fill hi influeix desfavorablement. En tot cas, és recomanable valorar sempre la relació malaltia/medicació prenent l'actitud pertinent davant del benefici-risc d'acord amb les circumstàncies, però en el nostre medi s'han d'excloure les mares portadores de virus de la immunodeficiència humana (HIV).

5.2. Inhibició de la lactància materna

És la supressió farmacològica abans que la lactància s'hagi instaurat, o un cop ja instaurada. En el cas que se suprimeixi un cop ja estava instaurada, el pit s'ha d'anar buidant i s'ha de fer en un període llarg de temps. La supressió brusca i total de les preses del nen pot produir un grau anormal de llet, amb els riscos d'infecció que això comporta.

Medicació: Inhibidors de la Prolactina: Dostinex (Cabergolina) - Bromocriptina

Indicacions per a la inhibició de la lactància materna:

- Mort fetal
- Malalties greus de la mare
- Medicació materna (alguns fàrmacs)
- Addicció a drogues
- Alcoholisme matern
- Indicació de neonatologia (malalties del nadó)
- Desig matern expressat de no alletar

6. Extracció amb tirallet i conservació de la llet materna

6.1. Situacions més habituals en què està indicada

Hi ha diferents ocasions en les quals s'ha d'extreure la llet dels pits. Per això, tot seguit s'especifiquen els casos més habituals, i a continuació el mètode més correcte per fer-ho:

- **Abans d'iniciar la presa:**

En el cas de pits molt distesos, el nen té dificultats per agafar-se. Si es buida una mica el pit, s'estova i el nen pot agafar-s'hi amb més facilitat.

- **Quan hi ha una separació temporal entre mare i fill (com la incorporació a la feina):**

Seria bo que la mare tingués una mica de llet emmagatzemada al congelador abans de tornar a treballar. A la feina es pot treure la llet a intervals cada 3-4 hores per disminuir el volum mamari i el desconfort que produeix, després pot continuar donant el pit quan està a casa.

6.2. Mètodes d'extracció amb tirallet

- **Extracció amb tirallet manual**

Els tirallets manuals han anat millorant. Actualment existeixen al mercat diferents models manuals que son útils però que requereix més temps per a l'extracció de llet; es desaconsella el tirallets tipus "pera", ja que és lent, no buida bé el pit i la bomba és difícil de netejar.

- **Extracció amb tirallet elèctric**

Els tirallets elèctrics són els més recomanables, fan la succió més fisiològica sense cansar tant la mare. Poden fins i tot llogar-se. Abans d'aplicar el tirallet és recomanable que la mare provoqui el reflex de sortida de llet estimulant-se els mugrons i l'arèola. En cap moment l'extracció de llet ha de ser dolorosa o molesta per a la dona. Quan la mare està separada del nadó és important que tingui alguna fotografia o objecte que li recordi el seu fill.

6.3. Mètode per a la conservació de la llet materna

La llet materna, gràcies a les seves propietats, es conserva bé 10 hores a temperatura ambient, 48 hores a la nevera i 6 mesos al congelador. Una vegada treta la llet es guarda en recipients hermètics i es posa a la nevera (si la mare és a la feina la pot transportar amb nevera portàtil). Pot ser utilitzada durant les 48 hores següents o bé congelar-la.

S'ha de tenir en compte una sèrie de consideracions:

1. S'ha de guardar la llet immediatament després de l'extracció en recipients hermètics, esterilitzats i de plàstic.
2. S'ha d'etiquetar bé la llet, fent-hi constar el dia, el mes i l'hora de l'extracció.
3. El recipient no s'ha d'omplir del tot, s'ha de deixar espai per a l'expansió del líquid en congelar-se.
4. No s'ha de prémer la tapa fins que la llet estigui completament congelada.
5. Mitja hora abans de la presa s'ha de treure el recipient o bossa que conté la llet congelada, posar-la a sota de l'aixeta d'aigua tèbia i anar augmentant la temperatura de l'aigua fins que arribi a ser calenta. S'ha d'agitar la bossa o recipient suaument per tal que es barregi homogèniament el greix amb la part líquida de la llet materna; aquest procés ha de durar pocs minuts. No s'ha de descongelar mai la llet materna al foc.
6. Un cop s'ha descongelat la llet materna, ja no es pot tornar a congelar.
7. Es pot barrejar llet de la nevera amb llet congelada, sempre que la quantitat que afegim de llet de la nevera sigui inferior a la quantitat de llet congelada.

La llet materna procedent d'extracció prèvia es pot administrar al nadó de diverses formes. Els prematurs la reben per sonda nasogàstrica fins que aprenen a empassar. Des d'aquest moment la xeringa, el vas, el comptagotes i la cullera poden ser utilitzats. Donar la llet amb biberó pot interferir en el procés de lactància, si aquesta s'està instaurant. Si la mare ha de restar ingressada, físicament lluny del nadó, es donaran el màxim de facilitats i de suport per a l'extracció de la llet.

Grups de suport a la lactància materna

Els grups de suport a la lactància materna han nascut per iniciativa de nombroses mares conscients que donar el pit requereix un aprenentatge, que no sempre resulta fàcil, i que, de vegades, les dones necessiten el suport d'altres dones amb experiència per poder alletar amb èxit els seus nadons.

Són grups d'ajuda mútua que funcionen com a punts de trobada i d'informació, i també com a centres de recursos i de serveis. Estan coordinats per les assessores de lactància, mares experimentades que han alletat els seus fills i disposen de formació específica.

Els grups de suport complementen l'assistència que ofereixen els serveis de salut, i cobreixen tots els aspectes relacionats amb l'alletament.

Embarassades, mares, pares, nadons, familiars i amics es troben en un espai on es parla d'alletament, comparteixen experiències, alegries i dificultats, dubtes i diferents solucions, i gaudeixen d'un ambient acollidor.

Els serveis que ofereixen habitualment els grups de suport inclouen reunions informatives periòdiques, atenció personalitzada, telèfon d'urgències, servei de biblioteca, material de consulta en paper i en línia, vídeos, préstec de material específic d'alletament matern i organització d'iniciatives de sensibilització social.

Tots aquests serveis són gratuïts i l'assistència als grups és voluntària.

UNICEF – 10 Passos per una lactància feliç

Hospitals amics dels nens

1. Disposar d'una política per escrit relativa a la lactància materna que sistemàticament es posi en coneixement a tot el personal d'atenció de la salut.
2. Capacitar a tot el personal de salut de forma que estigui en condicions de posar en pràctica aquesta política.
3. Informar a totes les embarassades dels beneficis que ofereix la lactància materna i la forma de posar-la en pràctica.

4. Ajudar a les mares a iniciar la lactància durant la mitja hora següent al part.
5. Mostrar a les mares com s'ha de donar el pit al nadó i com mantenir la lactància si han de separar-se del seu/s fill/s
6. No donar als nadons res més que la llet materna, cap altre aliment o beguda, a no ser que estiguin indicats sota prescripció facultativa.
7. Facilitar la cohabitació de les mares i els lactants durant les 24 hores del dia.
8. Fomentar la lactància materna a lliure demanda.
9. No donar als nens/es alimentats amb lactància materna xumets o tetines.
10. Fomentar l'establiment de grups de recolzament a la lactància materna i procurar que les mares es posin en contacte amb ells a la sortida de l'hospital o clínica.

Puerperi Domiciliari

L'estança de la mare a l'hospital varia segons els centres però normalment en aquest país és de tres dies per un part vaginal i cinc dies per una cesària, sempre que el nadó estigui bé. Algunes dones demanen l'alta precoç durant les primeres 24 – 48h. No existeix un criteri uniforme sobre la durada de l'estança de la dona i del nadó a l'hospital. Seria desitjable que una vegada la dona a donat a llum, si ella i el nadó no presenten patologies, poguessin decidir si volen marxar a casa. Per algunes dones l'estada a l'hospital els hi permet descansar de les tasques domèstiques, mentre que altres viuen l'estança a l'hospital com un fet desagradable. Les dones que són donades d'alta de forma precoç haurien de tenir ajuda en el seu domicili així com també rebre les cures d'una llevadora.

Activitats assistencials i educatives durant el puerperi domiciliari

Activitats en la primera visita

Es realitza entre les 24-48 hores de l'arribada a casa. És important establir un contacte telefònic previ amb la dona per tal d'avaluar la necessitat percebuda d'aquesta visita i planificar el moment adequat per realitzar-la. Consisteix a:

- Informar-se sobre el curs del part i del postpart hospitalari.
- Valorar l'estat actual de la mare i el nadó, avaluant els signes de normalitat i derivant-los al professional adequat en el cas d'identificar signes o símptomes d'anormalitat.
- Observar les cures que fa la mare al nadó i la seva pròpia autocura, donant-li la informació necessària per tal que es duguin a terme d'una manera autònoma.
- Esbrinar el nivell d'informació i adaptació de l'entorn familiar a la nova situació.
- Potenciar l'autoestima de la mare.
- Donar pautes per facilitar la integració del nou membre a la unitat familiar.
- Observar i assessorar sobre la pràctica de l'alletament.
- Informar sobre dieta, hàbits de la mare i el nadó.
- Observar l'estat emocional de la mare i les seves preocupacions.
- Donar suport a la parella en l'adaptació dels seus rols com a pares.
- Valorar les condicions d'habitatge.
- Instaurar el pla de cures i el seguiment posterior.
- Registrar les dades en la fitxa de control del puerperi.

Es realitzarà només una visita de puerperi domiciliari en els casos en què la llevadora observa un bon estat general i no identifica problemes o la necessitat de seguiment dels consells i cures a implementar per part de la puèrpera. En aquest cas se seguirà el control del puerperi a la consulta.

Activitats en la segona visita

Es realitza a les 24-48 hores després de la primera visita, i consisteix a:

- Valorar el nivell de coneixements d'autocura i cures del nadó.
- Valorar l'adaptació al nou entorn.
- Observar i assessorar sobre la pràctica de l'alletament.
- Observar l'estat general del nadó i de la mare.
- Observar l'estat emocional de la mare i les seves preocupacions, informant-la de tots els aspectes que ajudin a disminuir les preocupacions.
- Reforçar la seguretat de la dona respecte a les cures del nadó.

- Valorar el seguiment del pla de cures iniciat en la primera visita.
- Registrar les dades.

Activitats en la tercera visita

Es realitza a les 24-48 hores de la segona visita en funció de les necessitats observades, i consisteix a:

- Observar, comprovar i valorar el grau d'autonomia assolit per la mare.
- Valorar l'estat actual de la mare i del nadó.
- Concertar una visita postpart amb el CAP.
- Informar sobre mètodes contraceptius i del Servei de Planificació Familiar, i facilitar un mitjà contraceptiu, si cal.
- Registrar les dades.

Activitats assistencials

Paràmetres	Observació/control
Controls vitals	• Pols, TA, temperatura
Involució uterina	• 4t-5è dia postpart: palpació 2 dits per sota del melic • 10è dia postpart: per sota la sínfisi púbica • Úter de consistència dura • Presència o absència de torçons
Loquis	• > 3r dia: inferiors a una menstruació Olor característica
Perineu	• Avaluar presència de dolor (facilitar una bona analgèsia) • Descartar la presència d'hematomes, infecció, hemorroides i dehiscència d'episiorràfia
Ferida quirúrgica (cesària)	Avaluar presència de dolor (facilitar una bona analgèsia) • Descartar la presència d'hematomes, infecció, seromes i dehiscència de la ferida quirúrgica. Aplicar cures en cas de ferida oberta
Mames (alletament)	• Descartar la presència de clivelles, ingurgitació, tumefacció, dolor, i avaluar l'estat del mugró. En les dones que alletin és útil observar una presa per rectificar malposicions, en cas d'haver-n'hi.
Extremitats inferiors	• Descartar presència d'edemes, dolor o altres signes indicatius de tromboflebitis
Hàbit miccional	• Micció regular sense molèsties ni incontinència
Hàbit intestinal	• Recuperar el patró d'eliminació intestinal previ a l'embaràs i potenciar actuacions afavoridores de l'eliminació intestinal

Estat emocional	• Considerar les modificacions habituals en aquesta etapa per intentar detectar aquelles situacions que s'allunyen de la normalitat
Alimentació	• Alimentació equilibrada, variada i normocalòrica que permeti la recuperació de la mare
Higiene	• Informar sobre els hàbits higiènics i establir pla de cures
Recuperació física	• Promoure la realització d'exercicis progressius que facilitin la recuperació del to muscular del perineu, la columna i la circulació en les extremitats inferiors
Repòs i son	• Establir uns mínims que permetin la recuperació física i psíquica materna
Relacions sexuals/contraccepció	• Donar consells que facilitin el restabliment d'aquestes relacions i facilitar l'elecció del mètode contraceptiu adequat
Continuïtat assistencial	• Recordar i facilitar la continuïtat en noves visites domiciliàries o a la consulta i derivació al programa del nen sa

Activitats en el puerperi domiciliari enfocades al nadó

Paràmetres	Activitats educatives
Valoració de l'estat general	Alletament
Cura del melic	Control de pes
Observació de la coloració	Deposicions
Exploració anogenital	Còlic
Valoració d'hàbits intestinals i miccionals	Higiene
Valoració del creixement i corba de pes	Cura del melic
Alimentació i reflex de succió	Conducta del nadó
Valoració d'activitat en repòs	Signes d'alarma
Control d'higiene general	Carnet de salut
Valoració del tractament, si cal	Vacunacions
	Control pediàtric

Tema 2 – Puerperi Patològic

Patologia del Puerperi. Valoració i actuació d'infermeria en el puerperi patològic

Hemorràgia post part

L'hemorràgia post part es defineix com una pèrdua hemàtica excessiva de l'aparell genital que pot ocórrer dins les primeres 6 setmanes després del part. L'hemorràgia post part és una de les principals causes de morbiditat i mortalitat maternals. Si passa dins les primeres 24 hores que segueixen al part, rep el nom *d'hemorràgia del puerperi immediat*. Quan l'hemorràgia succeeix en les primeres setmanes es denomina, *hemorràgia del puerperi*.

HEMORRÀGIA DEL PUERPERI IMMEDIAT

És molt difícil valorar la pèrdua hemàtica en el part. En general, es considera que quan la quantitat de pèrdua hemàtica arriba als 500ml ha de considerar-se com hemorràgia post part.

Etiologia

Les causes de l'hemorràgia post part s'han d'identificar ràpidament per poder-la tractar abans que presenti una amenaça per la vida de la dona. En el diagnòstic de la seva etiologia s'analitzen les condicions de normalitat:

- Existència de contraccions uterines correctes.
- Que el buidat uterí sigui total.
- Que la placenta sigui normal i no adherent.
- Que hi hagi una coagulació sanguínia normal.

Quan les causes d'aquests mecanismes fisiològics fallen, es produeix una hemorràgia. Les causes més freqüents son:

- Atonia uterina.
- Traumatisme del canal del part.

- Retenció de la placenta.
- Inversió uterina.
- Trencament uterí.
- Anomalies de la placenta.
- Alteracions de l'hemostàsia.

En l'hemorràgia del puerperi immediat s'ha de tenir en compte que existeixen factors associats:

- Inducció al part.
- Part perllongat.
- Fòrceps.
- Hemorràgies en parts previs.
- Retenció de la placenta.

Atonia uterina

És quan els mecanismes d'instauració de les contraccions del miometri fallen.

Les causes poden ser:

- Retenció parcial de la placenta.
- Retenció de fragments de placenta o membranes.
- Part perllongat.
- Part precipitat.
- Sobredistensió uterina: embaràs múltiple i polihidramnis.
- Abruption placentae.
- Placenta prèvia.
- Bufeta de la orina sobredistesa.

Manifestacions clíniques:

- Pèrdua hemàtica visible.
- Úter augmentat de grandària.
- Taquicàrdia
- Hipotensió.

- Pal·lidesa.
- Shock matern.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

- Avisar l'equip obstètric.
- Informar a la dona sobre el seu estat físic i sobre els procediments que s'efectuen.
- Cateteritzar una via per perfusió.
- Extraure sang i sol·licitar proves creuades i proves de coagulació.
- Fer massatge uterí per estimular les contraccions.
- Administrar oxitòcics.
- Cateterisme vesical.
- Control del pols i la TA.

Traumatismes del canal del part

Es revisa el canal del part en busca de desgarraments de l'úter, el coll uterí, la vagina, la vulva i el perineu. Es realitza una exploració amb valves ginecològiques i s'observa si sagnen les comissures del coll uterí i els fons de sac vaginals. Si existeixen desgarraments es procedeix a la seva hemostàsia i sutura.

Retenció de placenta

La retenció de placenta s'associa amb:

- Alteracions de la dinàmica uterina: atonia o hiperatonia.
- Adherències anormals de la placenta: placenta acreta.
- Anomalies morfològiques de la placenta: cotiledons aberrants, anomalies de la inserció de la placenta.
- Maniobres incorrectes en el deslliurament de la placenta.

L'extracció manual de la placenta s'ha de realitzar sota anestèsia general o epidural i amb el màxim d'asèpsia. Una vegada finalitzada l'extracció s'administra oxitòcics. A continuació es revisa la placenta i les membranes per observar la presència de possibles anormalitats.

Alteracions de l'hemostàsia

L'hemorràgia del post part pot ser conseqüència d'una interferència en els mecanismes de coagulació. Es presenta en major freqüència en dones amb:

- Preeclàmpsia greu.
- Hemorràgia avant part.
- Embolisme del líquid amniòtic.
- Mort fetal intrauter.
- Sèpsis.

HEMORRAGIA DEL PUERPERI

Es considera hemorràgia del puerperi la pèrdua hemàtica genital que succeeix més enllà de les primeres 24h després del part. Les hemorràgies del puerperi succeeixen amb major freqüència entre els 10 i 15 dies post part.

Etiologia

Pot estar causada per:

- Retenció de fragments de placenta o membranes.
- Presència d'un coàgul d'importants dimensions.
- Reepitelació incorrecta del úter.

Manifestacions clíniques

- Els loquis són abundants i persisteix el color vermell.
- Subinvolució uterina.
- Loquis fètids, taquicàrdia, febre (poden estar presents quan existeix infecció).

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

Normalment es diagnostica perquè la dona visita el servei d'urgències per valorar l'hemorràgia.

Mesures terapèutiques:

- Una exploració de l'úter amb ecografia per diagnosticar la presència de restes ovulars.

- Si s'evidencien restes ovulars, es realitza un legrat sota anestèsia.
- Si no es visualitzen restes ovulars, es realitza un tractament conservador amb l'administració d'antibiòtics i oxiòtics.
- Informar a la dona i a la seva família sobre l'evolució del seu estat de salut i sobre els procediments a realitzar.
- Control de la pèrdua hemàtica, el pols, la TA i la temperatura freqüentment.

Infecció Puerperal

La definició de febre puerperal correspon a la elevació de temperatura igual o superior a 38°C durant 2 dies consecutius en els primers 15 dies del puerperi, excloent les primeres 24 hores.

La febre puerperal pot ser causada per una infecció de:

- El tracte genital.
- L'aparell urinari.
- Les mames.
- L'aparell respiratori alt.

La infecció puerperal és una infecció del tracte genital per un microorganisme que es pot estendre a altres sistemes. Normalment, es manifesta després de les primeres 24 hores.

Etiologia

El punt de partida de la infecció es situa a nivell de l'aparell genital, vagina, coll uterí i en especial úter. Els microorganismes causants poden ser endògens i exògens.

Endògens: Son els que normalment habiten en l'organisme com: *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis* i *Clostridium welchii*. Aquests microorganismes es presenten més habitualment en dones que presenten desgarraments o laceracions del canal del part o a qui se'ls hi ha practicat un fòrceps o una cesària d'urgència.

Exògens: Son els transmesos normalment per una altra persona o material, com el *Streptococcus beta-hemolític* o el estafilococ daurat.

Formes clíniques

El grau d'afectació de la mare i l'extensió de la infecció puerperal depenen de:

- La virulència de l'agent causant.
- L'estat general previ de la dona.
- El diagnòstic precoç.
- El tractament adequat.

Existeixen diferents formes clíniques de la infecció puerperal segons l'extensió i l'afectació:

- Endometritis: la infecció està localitzada a la cavitat uterina.
- Salpingitis: la infecció ha arribat a les trompes.
- Pelvipèritonitis: la infecció s'ha estès al peritoneu pèlvic.
- Tromboflebitis pèlvica: la infecció s'estén a nivell vascular.
- Peritonitis generalitzada: existeix afectació de la cavitat peritoneal.

Manifestacions clíniques

La endometritis és el primer pas de la infecció puerperal per això s'ha de diagnosticar precoçment. Les seves manifestacions clíniques són:

- Elevació gradual de la temperatura al mateix temps que l'eleva la freqüència del pols.
- L'estat general està alterat, apareix malestar i cansament.
- L'úter es presenta subinvolucionat, tou i dolorós.
- Els loquis poden ser abundants, fètids i purulents.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

- Tractament amb antibiòtics.
- Analgèsics
- Freqüent control del pols, TA, temperatura i la respiració (segons l'estat de la mare).
- S'aplicaran les mesures necessàries per evitar les infeccions creuades.

- Es realitzaran les mesures físiques que ajuden a reduir la febre i es facilitarà el confort físic de la mare.
- S'efectuarà la higiene dels genitals i es canviaran les compreses freqüentment.
- S'informarà a la dona sobre l'evolució del procés i les cures que ha de seguir.

Malaltia tromboembòlica

Durant la gestació i el puerperi existeixen modificacions fisiològiques com la hipercoagulabilitat que afavoreixen l'aparició de trombosis. A més, el risc de que es produeixi un tromboembolisme està elevat a dones amb:

- Elevada multiparitat.
- Edat superior a 35 anys.
- Obesitat.
- Cesària.
- Inhibició de la lactància amb estrògens.

Manifestacions clíniques

És important reconèixer els signes de la malaltia tromboembòlica de forma precoç per evitar complicacions i seqüeles importants com l'embòlia pulmonar. Les manifestacions clíniques solen aparèixer al final de la primera setmana i depenen de les diferents formes clíniques.

Tromboflebitis superficial: Afecta a les venes superficials de les cames. Aquesta forma de tromboflebitis afecta amb freqüència les venes varicoses. Els signes que s'objectiven són:

- Aparició de dolor, calor i tumefacció.
- Ocasionalment es produeix una elevació de la temperatura i el pols.

Tromboflebitis venosa profunda: S'inicia amb major freqüència en els plexes venosos musculars de la cama. No sempre apareixen signes de trombosis de las venes profundes, però quan apareixen es caracteritzen per:

- Febre.
- Dolor i impotència funcional de l'extremitat afectada.
- Signe de Hoffman positiu (aparició de dolor en la part posterior de la cama quan s'intenta flexionar el peu. Generalment s'acompanya dels quatre signes de Celso: dolor, calor, rubor i tumor).
- Edema en l'extremitat inferior.

Embòlia pulmonar: L'embòlia pulmonar es produeix com a conseqüència d'una tromboflebitis venosa profunda o superficial prèvia. Els signes i símptomes són:

- Dolor pleurític.
- Polipnea (respiració ràpida i superficial).
- Estat d'angoixa.
- Pols i temperatura elevada.
- Hipotensió.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

La prevenció i profilaxis de la trombosis s'efectua mitjançant:

- Assessorament a la dona sobre les mesures de prevenció de la malaltia tromboembòlica.
- La mobilització precoç.
- Evitar la compressió o traumatismes en les extremitats inferiors en el curs del part i la cesària.
- L'administració d'heparina durant la gestació, part i puerperi a les dones que tenen característiques per desenvolupar una trombosis.

La tromboflebitis superficial es tracta mitjançant:

- Efectuar descansos amb freqüència.
- Elevació de les cames quan la dona està asseguda.
- Administració d'analgèsics.
- Utilització de mitges elàstiques.

La tromboflebitis venosa profunda es tracta mitjançant:

- Administració d'heparina intravenosa mitjançant una bomba de perfusió.
- Repòs estricte.

Mastitis

És la inflamació de la mama per una estasis làctia i una infecció per gèrmens patògens. Està produïda amb una major freqüència per *Staphilococcus aureus* que es troba a la boca i el nas del lactant i que s'ha transmès per altres nens/es o el personal sanitari de l'hospital. La mastitis es pot produir tant en dones que presentin clivelles com no del mugró. La mastitis pot ser només inflamatòria o infecciosa, no sol aparèixer abans de la primera setmana.

Manifestacions clíniques

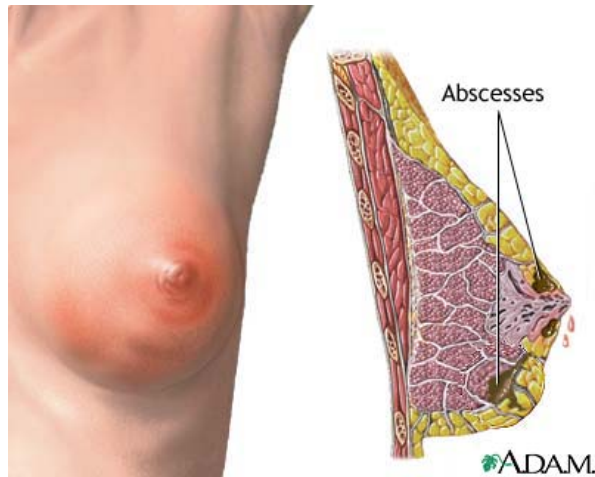
Les manifestacions clíniques de la infecció solen ser unilaterals:

- Tensió, dolor, rubor, induració i augment de la sensibilitat de les mames.
- La temperatura pot arribar als 40°C amb taquicàrdia.
- Poden aparèixer zones amb tumefacció i abscessos mamari.

Tractament obstètric i atenció d'infermeria

S'efectua la recollida i el cultiu de la llet de la mare i es sol·licita un antibiograma. Es realitza una pauta terapèutica amb:

- Administració d'antibiòtics.
- El bebè hauria de fer un bon buidat de la mama.
- Quan la secreció sigui purulenta el buidat s'ha de fer mitjançant un tirallets.
- S'informarà a la dona sobre les mesures higièniques que s'han de seguir.
- S'oferirà recolzament emocional a la dona.
- Es valorarà la supressió de la lactància en la mama afectada durant el procés agut.
- Es practicarà una incisió i un drenatge dels abscessos mamaris.



Infecció urinària

Està causada amb una major freqüència per l'Escherichia coli.

Manifestacions clíniques

- Polaquiúria: Augment del nombre de miccions.
- Disúria: Micció difícil, dolorosa i incompleta.
- Tenesme vesical: Desig imperiós de buidar la bufeta de la orina.

Si progressa a una pielonefritis pot cursa amb:

- Febre elevada
- Calfreds
- Hematúria
- Dolor a la zona renal
- Vòmits.

El diagnòstic s'efectua mitjançant una recollida d'orina per el cultiu i un antibiograma.

BLOC 9: Fertilitat

Tema 1 - Control de la fertilitat

Planificació Familiar

El concepte de la planificació familiar està basat en la Declaració Universal del Drets Humans de 1948:

“La Planificació Familiar consisteix en l’adopció voluntària de pràctiques que, per mitjà de l’espaiament entre embarassos i la finalització de la procreació a una edat relativament jove, aconseguen millorar la salut materna i infantil, adequant la grandària de la família i la elecció del moment òptim per l’embaràs”.

La Organització Mundial de la Salut (OMS) en el seu informe tècnic 476 de 1971, formula els objectius que s’han d’aconseguir mitjançant la Planificació Familiar:

- Respectar els drets humans dels individus, les parelles i les famílies. Per tant, respectant la llibertat d’escollir el nombre de fills i el moment de la concepció, assegurant així que tots els nens/es que neixin siguin fills desitjats.
- Regular el creixement demogràfic de la població.
- Millorar la salut familiar i de la comunitat.

La Planificació Familiar ha de formar part de l’acció sanitària:

- Responsabilitzar els individus sobre la vida sexual i la funció reproductiva.
- Proporcionar una informació completa a la població sobre la vida sexual i la contracepció.
- Oferir un fàcil accés als serveis sanitaris, incloent la contracepció, tractament d’esterilitat i interrupció voluntària de l’embaràs.
- Fer una prevenció del risc reproductiu.

- Prestar atenció específica als grups de risc (adolescents, grans múltiples...).

Contracepció

És la manera d'evitar que l'activitat sexual tingui com a conseqüència necessària la reproducció.

Elecció del mètode contraceptiu

No existeix un mètode ideal, tots tenen avantatges i inconvenients. La elecció del mètode varia segons l'etapa reproductiva de la dona i segons el seu entorn afectiu i social.

A l'hora de triar el mètode anticonceptiu és important informar i valorar:

- La eficàcia: és la seguretat que presenta un mètode per a prevenir l'embaràs.
- La acceptabilitat: el grau d'acceptabilitat ve determinat pels condicionants socioculturals (cultura, religió, nivell d'educació...)
- La innocuïtat: absència de risc o possible aparició d'efectes col·laterals dels mètodes anticonceptius.
- El cost i la disponibilitat.

Mètodes anticonceptius

Mètodes naturals

Es basen en l'abstinència de tenir relacions sexuals durant els dies potencialment fèrtils.

La eficàcia d'aquests mètodes depèn en gran mesura de la motivació i la correcta aplicació de les persones que l'usen. De tots ells el més segur és el de la temperatura, limitant el coït a la fase postovulatoria (estudis mostren una taxa d'error del 0.3 a 6.6 embarassos per dona / any).

1. Mètode del calendari

La ovulació té lloc generalment una sola vegada durant el cicle menstrual de la dona. Normalment es produeix entre el dia 12 i 16 després de la ovulació.

La millor forma de calcular el període infèrtil es basa en el registre de la durada dels cicles mensuals. El dia que comença la menstruació es considera el primer dia del cicle. El període fèrtil va des dels dies 19 i 11 anteriors a l'inici del pròxim cicle (cobreix el període de vida de l'òvul, 24-48h, i de l'espermatozoide, 72h).

2. Mètode de la temperatura

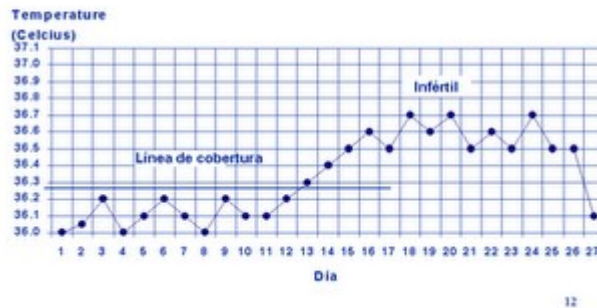
La ovulació pot determinar-se amb gran exactitud mitjançant la observació de la corba de temperatura basal durant el cicle menstrual. Després de la ovulació es produeix un ascens tèrmic que es mantindrà fins la aparició de la menstruació. Això se li atribueix al efecte de la progesterona sobre el centre termoregulador hipotalàmic. La producció significativa de progesterona per el cos luti s'inicia a les 24-48h després de la ovulació, aquesta haurà tingut lloc un o dos dies abans de l'ascens tèrmic.

Considerant que la vida de l'òvul fora de l'ovari és de com a màxim 48h després de la ovulació, es pot concloure que quan la temperatura roman elevada durant 3 dies o més, la fertilització és altament improbable.

Educació sanitària:

- Mesurar la temperatura cada matí abans d'aixecar-se del llit i iniciar qualsevol activitat.
- La temperatura s'ha de mesurar a la boca, vagina o recte, però sempre al mateix lloc.
- Utilitzar sempre el mateix termòmetre.
- Recordar a la usuària que el primer dia del cicle és el primer dia de la gestació.
- Anotar la temperatura en una gràfica.
- Tenir en compte els factors que alteren la temperatura (refredats, insomni, estres, etc.).

PFN: cuadro de temperatura corporal basal



3. Mètode el moc cervical (Billings)

Es basa en la observació de les modificacions qualitatives i quantitatives experimentades per la secreció mucosa del coll uterí. Aquestes estan relacionades amb la fluctuació dels nivells hormonals durant el cicle menstrual i serveixen per detectar els dies fèrtils i infèrtils.

Segons aquests canvis el cicle es pot dividir en cinc fases:

- Fase 1: Flux menstrual.
- Fase 2: Dies secs: són els dies immediatament posteriors a la menstruació, durant els quals els nivells baixos d'estrògens no estimulen la secreció.
- Fase 3: Dies pre-ovulatoris: els nivells d'estrògens augmenten i el moc cervical és d'aspecte tèrbol o blanc, i de consistència enganxosa.
- Fase 4: Dies humits: pre i postovulatoris immediats. El nivell d'estrògens és màxim. El flux cervical abundant i transparent. Aquests signes són indicatius d'ovulació i solen persistir 2 o 3 dies després d'aquesta.
- Fase 5: Dies post ovulatoris: l'augment de progesterona fa que el flux cervical tingui un aspecte més tèrbol i de consistència enganxosa. Aquesta fase dura aproximadament dues setmanes.

La pràctica d'aquest mètode exigeix a la dona que observi la sensació de sequedat o humitat en els seus genitals. Es suposa que el període fèrtil o insegur s'inicia el primer dia de la fase 3 i continua fins el quart dia després de l'aparició del flux clar i lubricant.

Aquest mètode no és aconsellable si existeix la possibilitat de desajustaments hormonals com l'adolescència, la lactància, les dones premenopausiques i les dones que recentment hagin suspès el tractament amb anovulatoris.

4. Mètode Sensotèrmic

És una combinació del mètode de la temperatura basal i del moc cervical.

Mètodes Barrera

Els mètodes barrera tenen com a finalitat impedir que els espermatozoides vius arribin al canal cervical.

1. Preservatiu

És el mètode barrera més eficaç si es fa servir de manera correcta.

Avantatges:

- Fàcil disponibilitat.
- Absència d'efectes secundaris.
- Protecció contra les MTS.

Inconvenients:

- Pèrdua de la espontaneïtat de la relació sexual.
- Disminució de la sensibilitat.
- Reaccions al·lèrgiques al làtex (poc freqüents).

Educació Sanitària:

- S'ha de col·locar abans de la penetració.
- Retirar abans de la detumescència.
- Utilitzar-lo tots els dies del cicle.
- Es pot utilitzar juntament amb espermicides si es vol augmentar la seva eficàcia.
- Utilitzar-lo una sola vegada.
- Observar la data de caducitat.

- Si el preservatiu es trenca, es necessari anar a un centre de contracepció durant les primeres 24-48h.

Eficàcia:

Es deu en gran mesura a la seva correcta utilització. El trencament del preservatiu és poc freqüent.

2. Diafragma

És una cúpula semiesfèrica de goma fina (làtex) rodejada per un anell metàl·lic recobert per la mateixa goma. El diàmetre extern pot variar entre 50 i 105 mm. Existeixen diferents talles i varien de 5 en 5 mm. El diafragma es col·loca dins la vagina de forma que un dels cantons s'ajusta al fons de sac posterior i l'altre queda per darrera la sínfisis del pubis. D'aquesta manera queda cobert el coll uterí i gran part de la paret vaginal anterior. El diafragma es manté en la seva correcta posició per la tensió que exerceix l'anell metàl·lic, no obstant l'adaptació pot no ser perfecta i és imprescindible utilitzar-lo junt amb espercides.

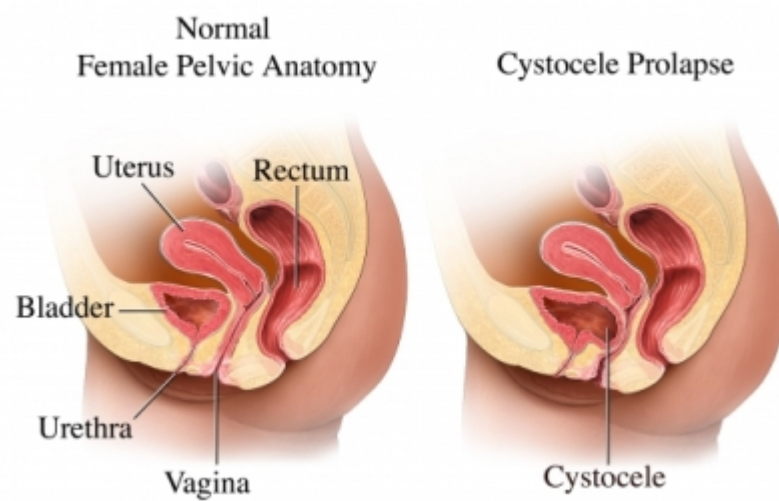


Método de barrera:
El diafragma se ajusta
en el cuello uterino
e impide que los
espermatozoides
entren al útero

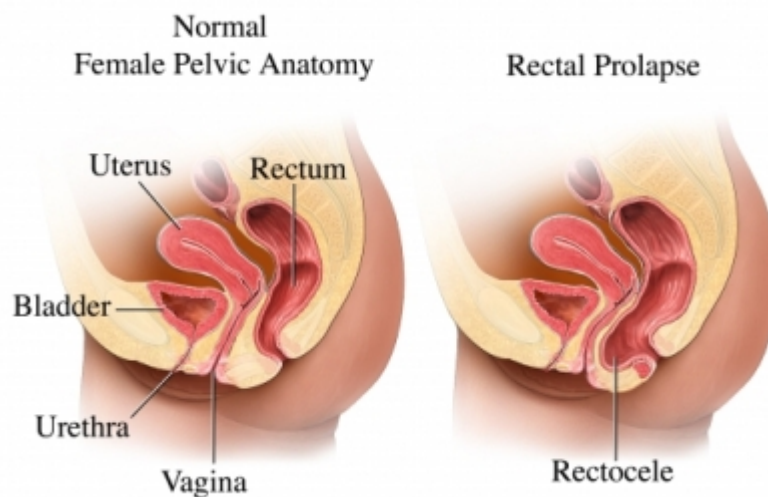
Contraindicacions:

- Prolapse uterí.
- Cistocele o rectocele acusats.

Cistocele: part de la bufeta de la orina sobresurt a través de la fàscia o teixit connectiu, que separa la vagina de la bufeta. Una protuberància d'aquest tipus es denomina prolapse. Les dones que tenen un cistocele poden experimentar símptomes d'incontinència d'orina, dolor durant les relacions sexuals i sensació "d'alguna cosa" que sobresurt per la vagina.



Rectocele: part del recte sobresurt per la vagina a través de la fàscia. Les dones que tenen un rectocele poden experimentar la sensació de que "alguna cosa" sobresurt per la vagina i dificultat per defecar.



- Fístules vaginals.
- Estrips perineals importants.

Avantatges:

- Absència pràcticament total d'efectes secundaris.
- S'utilitza només quan és necessari.

Inconvenients:

- Necessitat d'aprenentatge i certa habilitat.
- Al·lèrgia al làtex.

Educació Sanitària:

- El diafragma es col·locarà en la vagina abans del coit juntament amb espermicida. Pot col·locar-se fins a 6 hores abans, ja que una vegada adaptat correctament no produeix molèsties.
- La crema espermicida s'ha de dipositar a les dues cares de la cúpula del diafragma. Si ha transcorregut més de dues hores des de la seva col·locació s'ha d'administrar una dosis suplementària d'espermicides.
- Es mantindrà posat unes 6-8hores després de l'últim coit.
- Després de retirar-lo es rentarà amb aigua i sabó, s'assecarà bé i es comprovarà la seva integritat.

- Observar la data de caducitat.
- Revisar-ne la grandària cada 2 anys.

Eficàcia:

L'índex d'error mostra una gran variabilitat segons el grup de dones que l'utilitza (entre un 1.4 – 19.6%). Les principals causes són la falta de coneixements sobre la seva inserció i la talla incorrecta.

3. Espermaticides

És l'aplicació de substàncies diverses en la vagina amb la finalitat d'interferir en l'activitat funcional dels espermatozoides. Els espermaticides actuen de varies formes: inhibeixen els enzims essencials, lesionen la membrana cel·lular, etc. Es poden trobar en diferents formes: cremes, pomades, gels, òvuls vaginals... S'utilitzen junt amb altres mètodes per augmentar la seva eficàcia: diafragma, preservatiu, DIU, etc.

Avantatges:

- No precisen d'un control especial i són fàcils de fer-los servir.

Inconvenients:

- Possibilitat d'error alta si s'utilitzen com a únic mètode.
- Al·lèrgia (poc freqüent).

Educació sanitària:

- S'introdueixen a la vagina abans del coit. Tenen una durada màxima de 2 hores.
- Si es realitza més d'un coit es repetirà l'aplicació.
- No es realitzaran dutxes vaginals abans de 6-8hores post-coit.

4. Esponges de col·lagen

Consisteix en la introducció en la vagina d'esponges sintètiques de col·lagen. Aquestes tenen forma de disc cilíndric, d'uns 6-7cm de diàmetre i de 2-2.5cm

d'amplada. La seva finalitat és la de crear una barrera mecànica de característiques similars a la del diafragma. Es col·loca a la vagina mitjançant un aplicador i es retira tirant d'un fil que porta incorporat. S'ha d'utilitzar junt amb espermaticida.

Contracepció Hormonal

És l'administració oral, intramuscular o subcutània d'una combinació d'estrògens i progestàgens de síntesis, que evita la maduració fol·licular i, com a conseqüència, l'ovulació. A més, canvien les característiques del moc cervical, la motilitat tubàrica i la proliferació endometrial.

Principis actius:

Estan compostos bàsicament per estrògens i progestàgens.

- Estrògens: etinil-estradiol (EE) i mestranol.
- Progestàgens (P): levonorgestrel, linestrenol, desgestrel.

S'utilitzen també com a antiandrogènics (disminueixen les característiques de tipus viril: hirsutisme, acne, seborrea oleaginosa).

Administració:

Existeixen diversos preparats amb dosis i vies d'administració diferents:

- Oral-combinada monofàsica: EE + P en dosis baixes.
- Oral-combinada monofàsica antiandrògena: EE + ciproterona.
- Oral-combinada bifàsica o trifàsica: EE + P. Les dosis varien dos o tres vegades al llarg del cicle menstrual.
- Minipíldora: progestàgens a dosis baixes durant 28 dies.
- Inyectables: administració intramuscular, EE + P, o P. Una sola dosi mensual o trimestral.
- Implant subdèrmic de silicona amb progestàgens: dura 5 anys.
- Anells vaginals amb progestàgens.
- Postcoital: EE + P. S'administra les primeres 48-72 hores després del coit.

Forma d'acció:

Els estrògens inhibeixen la ovulació mitjançant la supressió de la secreció de les hormones d'alliberació hipotalàmiques Gn-RH (FSH i LH). No es produeixen pics de FSH i LH, ni tampoc la secreció d'estrògens i progesterona. Detenen el creixement del fol·licle i substitueixen la secreció hormonal de l'ovari.

Els progestàgens:

- Endometri: produeixen canvis glandulars, en el creixement i la secreció. Tot això dificulta la implantació de l'òvul.
- Moc cervical: es torna viscos i escàs. Dificulta l'ascens dels espermatozoides.
- Trompa: disminueix la seva motilitat i secreció.

Interacció:

Alguns fàrmacs (antiepilèptics, antibiòtics, antihistamínics, sedants) poden interferir en l'eficàcia dels contraceptius hormonals. El primer símptoma que apareix és l'hemorràgia intermenstrual. Si la dona està prenent algun fàrmac que interaccioni amb els anticonceptius orals, ha de utilitzar un altre mètode barrera.

Efectes col·laterals:

Majors: hipertensió arterial, malaltia cardiovascular, modificació del metabolisme dels hidrats de carboni.

Menors: nàusees, vòmits, cefalees, tensió mamària, amenorrea postpíldora, hipomenorrea, goteig intermenstrual.

Contraindicacions absolutes:

- Antecedents de malalties tromboembòliques.
- Malaltia vascular cerebral.
- Hipertensió arterial.

- Cardiopaties.
- Hepatopaties agudes o cròniques.
- Hiperlipidèmia.
- Diabetis amb afecció vascular.
- Edat igual o superior als 40 anys.
- Neoplàsies estrogen-depenents.

Contraindicacions relatives:

- Edat superior a 35 anys.
- Obesitat.
- Tabaquisme de més de 15 cigarrets/dia.
- Síndrome varicós.
- Trastorns psiquiàtrics.
- Epilèpsia.
- Nefropaties.
- Miomes uterins.

Avantatges:

- Seguretat elevada.
- No està directament relacionat amb el moment del coit.
- Regulació del cicle menstrual.
- Alleujament de la dismenorrea, tensió premenstrual i hipermenorrea.

Inconvenients:

- Possibles efectes secundaris.
- Necessita control mèdic (prescripció mèdica: necessita una valoració dels factors de risc i un control de la TA i del pes).

Educació Sanitària:

S'explicarà a la dona com i quan ha de prendre els ACO:

- S'indicarà a partir del primer dia del cicle. S'ha de prendre una pastilla diària a la mateixa hora durant 3 setm. Es descansa 7 dies i el dia 8 es reinicia. Els preparats amb només progestàgens es prenen durant 28 dies.
- Es recomana regularitat horària amb les dosis baixes i amb la minipíldora.
- No es recomanen descansos amb una freqüència menor de 2 anys.
- Si presenta vòmits o diarrea abans de 3 hores d'haver pres l' ACO, s'ha de prendre una altra pastilla de les mateixes característiques per a substituir la que possiblement s'ha evacuat.
- Si es deixa de prendre la píldora durant 1 dia, es prendrà al dia següent. Es continuarà amb la dosis normal fins a finalitzar la caixa i s'utilitzarà un mètode barrera. Si es deixen de prendre 3 ACO s'interromprà el tractament i s'utilitzarà un mètode barrera.
- A vegades al començar a prendre les pastilles, es possible que apareguin pèrdues intermenstruals.

Seguiment:

- Analítica: proves de coagulació (especial antitrombina III), glucosa i proves hepàtiques.
- Control de pes i TA.

Pastilles anticonceptives orals combinades, pastilles anticonceptives progesterona, anell vaginal (Nuvaring), pegats (EVRA), DIU Hormonat progesterona (Mirena).

Contracepció postcoital

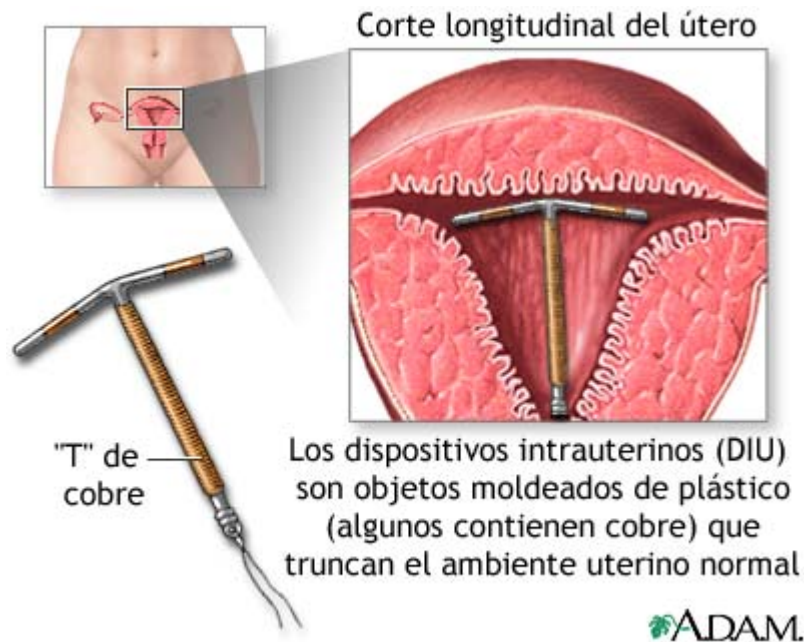
Consisteix en l'administració d'altres dosis d'estrògens i/o progesterona abans que passin 72 hores del coit sense protecció. S'administra perquè es produeixin canvis en l'endometri que impedeixin la seva implantació. Els efectes secundaris són nàusees i vòmits. L'índex d'eficàcia és molt elevat.

Dispositiu Intrauterí (DIU)

És un petit objecte de plàstic, d'uns 3-4cm de grandària, que pot tenir diverses formes i que es col·loca dins de l'úter a través del cèrvix i impedeix l'embaràs.

Hi ha una gran quantitat de DIUs, però fonamentalment es classifiquen en Inerts i Medicats:

- Inerts: a l'actualitat s'utilitzen poc.
- Medicats: es pot distingir entre els que tenen metalls com el coure o la plata i els que porten una hormona medicada com la progesterona.



Mecanisme d'acció:

Interfereix en el procés d'implantació de l'òvul fecundat en l'endometri per una reacció cel·lular inflamatòria inespecífica.

Contraindicacions:

No es pot col·locar a les dones que presentin:

- Malaltia inflamatòria pèlvica (MIP és una infecció dels òrgans reproductors: trompes de Falopi, l'úter i els ovaris. Normalment causada per una MTS).

- Embaràs o sospita l'embaràs.
- Embaràs ectòpic previ.
- Metrorràgies d'origen desconegut.
- Malformacions o tumoracions uterines.
- Anèmies importants.
- Nul·líparas: és una contraindicació relativa ja que el DIU augmenta el risc de salpingitis, que pot ocasionar una esterilitat irreversible.

Complicacions:

- Perforació uterina: es produeix en una de cada 1.000 insercions.
- Metrorràgies.
- Dismenorrea.
- Malaltia inflamatòria pèlvica (és més freqüent en dones portadores de DIU).
- Embaràs ectòpic (4 de cada 1.000 dones que queden embarassades amb un DIU).

Avantatges:

- D'elecció quan està contraindicada la contracepció hormonal.
- No té relació directa amb el coït i no exigeix cap esforç metòdic.

Prescripció mèdica i atenció d'infermeria:

COLOCACIÓ DEL DIU

Sempre ha de ser realitzada per una persona experta. És preferible col·locar-lo durant els dies de la menstruació ja que la inserció és més fàcil perquè el cèrvix està més obert i es té la certesa de que no existeix la possibilitat d'embaràs.

S'introdueix dins del canal cervical després de realitzar una histerometria. Una vegada col·locat queden uns fils de silicona a la vagina que serviran per a comprovar la seva existència i permetran la seva retirada.

Una complicació rara però que pot ocorre és la perforació de l'úter quan es col·loca un DIU. En aquest cas s'ha de:

- Prendre la TA i pols.

- Si apareixen símptomes de síncope, s'ha de col·locar a la dona en posició de Trendelenburg.
- Si els signes de shock no desapareixen en pocs minuts s'ha d'extreure el DIU.

SEGUIMENT

- Precisa controls després de la primera menstruació i als 3,6 i 12 mesos de la seva col·locació.
- La seva eficàcia dura de 2 a 5 anys, depenent del model.
- La seva extracció serà en el moment en que la dona ho decideixi, es recomana que sigui durant la menstruació.

EDUCACIÓ SANITÀRIA

- Informar a la dona que la inserció del DIU suposa una lleu molèstia per a la majoria de les dones que ja han tingut parts vaginals. Si la dona és nul·lípara la seva inserció pot ser més dolorosa.
- Abstinència de tenir relacions sexuals durant un període de 8-10 dies.
- Evitar utilitzar tampons durant la primera setmana.
- Explicar com efectuar un autocontrol per mitjà de la palpació dels fils vaginals després de la menstruació.
- Es recomana la utilització simultània d'espermicida durant els dies fèrtils.

Implant subdèrmic - Implanon

Esterilització Quirúrgica

En l'home rep el nom de Vasectomia, i en la dona de Lligadura de trompes.

1. Vasectomia

És la lligadura, secció i separació de la continuïtat dels conductes deferents de l'home. Ha de considerar-se com un mètode irreversible. És una intervenció molt senzilla que pot realitzar-se amb anestèsia local i no precisa

hospitalització. Consisteix en la resecció de 2-4cm del conducte deferent en el seu tram escrotal.

Després d'una vasectomia no existeix canvi en la resposta sexual, romanen inalterades l'erecció i la ejaculació. El líquid seminal es produeix igual i en la mateixa quantitat sols que no conté espermatozous.

Inconvenients:

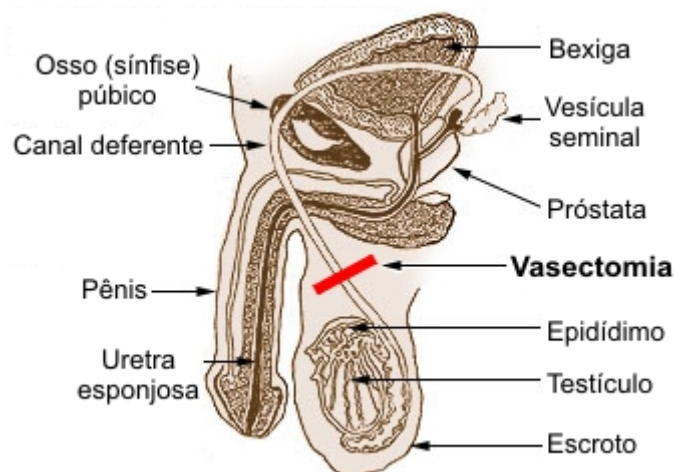
- Irreversibilitat.
- Problemes psicològics.
- Dolors testiculars els primers dies.

Avantatges:

- Innocuïtat per absència del risc anestèsic.
- Baix cost.
- Eficàcia elevada.

Eficàcia:

És pràcticament absoluta. Els fracassos solen ser deguts al desconeixement o oblit de la pauta que s'ha de seguir en el període postoperatori. La cobertura contraceptiva no és immediata, s'ha d'utilitzar un altre mètode contraceptiu fins que, mitjançant un seminograma, s'evidenciï la azoospèrmia, que es sol aconseguir després d'unes 15 o 20 ejaculacions postintervenció.



2. Lligadura de Trompes

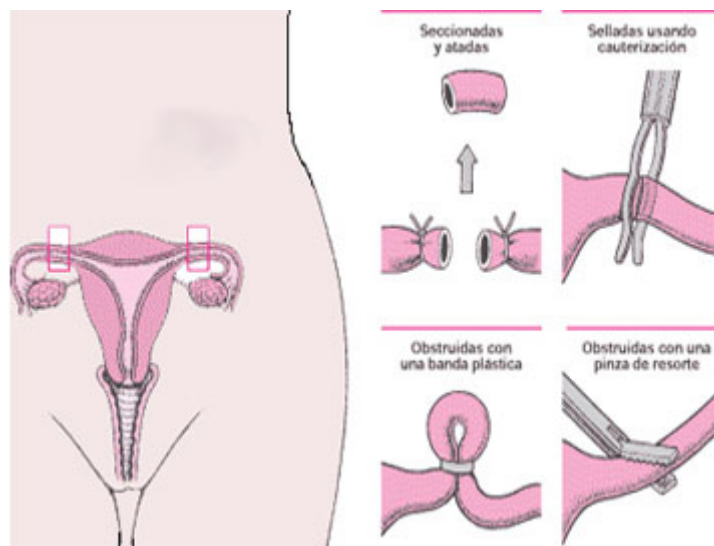
Consisteix en la interrupció de les trompes de Falopi, el que bloqueja el pas dels espermatozoides als òvuls. Per a la realització de la lligadura de trompes és necessari l'ingrés hospitalari de la dona. Pot realitzar-se mitjançant la laparotomia, culdotomia o laparoscòpia. En la majoria de casos és necessària l'anestèsia general.

Si és fa per laparotomia, la via d'accés és l'abdominal per mitjà d'una petita incisió suprapúbica d'uns 3-4cm. Per culdotomia, la via d'accés és la vaginal i es fa a través del fons de sac de Douglas. La laparoscòpia és el mètode més utilitzat actualment

Inconvenients:

- Risc quirúrgic.
- Irreversibilitat.
- Problemes psicològics.

L' avantatja d'aquest mètode és la seva elevada eficàcia.



Esterilitat i Infertilitat

L'estudi de la parella infèrtil és un procés llarg i complex. Implica l'estudi dels dos membres de la parella per determinar les possibles causes que contribueixen a d'infertilitats i l'aplicació d'un o varis tipus de tractament amb freqüència per un període de mesos i fins i tot d'anys. Aquest fet, representa per a la parella una gran càrrega emocional i alhora econòmica.

Es considera que una parella ha de consultar a un especialista d'infertilitat quan:

1. No ha aconseguit un embaràs després d'un any de relacions sexuals regulars sense prendre mesures anticonceptives.
2. Hi ha hagut un embaràs però que no ha arribat a terme (avortaments, mort fetal...).
3. Quan existeix un diagnòstic relacionat amb la infertilitat com alteracions congènites, endometriosis, avortaments de repetició, etc.

En el procés de gestació existeixen varis aspectes imprescindibles que han de tenir lloc perquè aquesta tingui lloc. S'agrupen en tres:

1. L'home ha de produir i ejacular semen amb espermatozoides normals en quantitat, mobilitat i morfologia.
2. La dona ha d'ovular i tenir una integritat anatòmica i funcional de les trompes i de l'úter.
3. Els espermatozous han de ser capaços de penetrar l'òvul i fecundar-lo de manera normal.

Diagnòstic de la infertilitat masculina

Seminograma: ofereix informació sobre les característiques bàsiques del semen: la seva acidesa, volum, concentració d'espermatozoides, la seva motilitat i forma.

Valors normals:

- Volum 2ml o més
- pH 7.2 – 8.0

- Concentració 20.000.000 d'espermatozoides/ml
- Motilitat 50% o més de motilitat progressiva o 25% o més de motilitat progressiva ràpida.
- Morfologia 30% o més de formes normals.
- Vitalitat 75% o més de cèl·lules vives.
- Leucòcits menys de 1.000.000/ml.

Hiperespermia o hipoespermia: Volum de semen molt alt o baix.

Oligozoospermia: Baixa concentració d'espermatozoides.

Criptoospermia: Molt pocs espermatozoides.

Azoospermia: Absència absoluta d'espermatozoides.

Astenoospermia: Poca mobilitat dels espermatozoides.

Necroospermia: Absència absoluta de mobilitat.

Teratoospermia: Baixa proporció de formes normals (morfologia).

Infecció: És indicatiu d'un alt nombre de leucòcits (>1.000.000/ml).

Diagnòstic de la infertilitat femenina

Anamnesis:

- Edat de la menarquia
- Fórmula menstrual.
- Tipus de menstruació.
- Antecedents personals (obstètrics, ginecològics, quirúrgics).

Integritat anatòmica i funcional de les trompes

Histerosalpingografia: radiografia de l'úter i les trompes. Consisteix en injectar un contrast dins la cavitat uterina a través del coll uterí i visualitzar com s'omple l'úter i les trompes. Es delimita la forma, la presència d'alteracions, lesions (miomes o pòlips) i la permeabilitat i/o obstrucció de les trompes.

Laparoscòpia diagnòstica amb cromotubació: és una petita intervenció quirúrgica que permet, a través del laparoscopi (sistema òptic de 10mm de diàmetre), visualitzar directament les trompes i el pas de colorant des de l'úter a

la cavitat abdominal. Permet avaluar la presència d'adherències pèlviques que afectin a les trompes o als ovaris. Es realitza sota anestèsia general però després de la intervenció la pacient pot marxar a casa sense necessitat d'ingrés hospitalari.

Integritat anatòmica i funcional de l'úter

Ecografia transvaginal: És la visualització de l'úter i els ovaris a través d'ultrasons, mitjançant una sonda que s'introdueix a la vagina, sense anestèsia.

Laparoscòpia diagnòstica: Permet veure l'úter des de fora, des de l'abdomen. Es comproven la presència de malformacions, les característiques de les trompes, dels ovaris i de l'anatomia pèlvica abdominal.

Histerosalpingografia

Histeroscòpia diagnòstica: Permet veure directament l'interior de l'úter (cavitat endometrial). Permet treure'n biòpsies.

Possibilitats d'intervenció terapèutica

1. Embaràs espontani i coit programat

Una parella sana, en edat reproductiva, que tingui relacions sexuals regulars sense prendre mesures anticonceptives, té un 20-25% de probabilitats de gestació per mes, amb una taxa de gestació per any del 80%.

Es monitoritza la ovulació (ecogràficament) i es recomana el moment del coit. Això es denomina coit programat o dirigit, i es pot realitzar de dues formes:

- a) En cicles naturals.
- b) En cicles estimulats

2. Tractaments previs a la concepció

Hi ha certes malalties que han de ser tractades abans de començar el tractament específic d'infertilitat:

- a) Endocrinopaties: hipertiroïdisme, hipotiroïdisme...

- b) Miomes uterins que afecten la fertilitat (submucosos, grans, nombrosos, etc.).
- c) Hidrosalpinge (trompa dilatada per obstrucció distal).

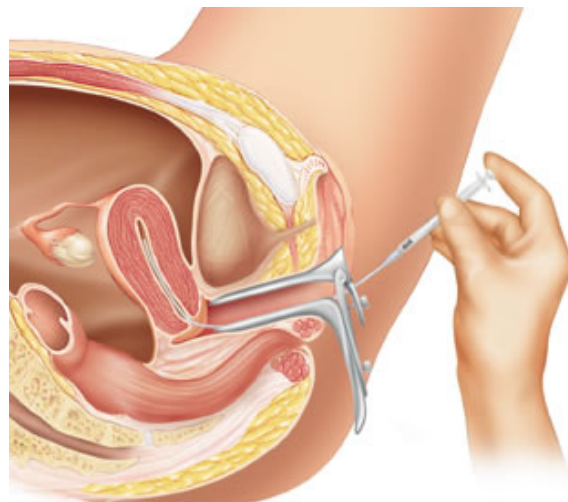
3. Inseminació artificial

Inseminació artificial amb semen homòleg (de la parella): IAH. S'estimula l'ovari amb medicaments (clomifè o gonadotropines) de manera controlada mitjançant ecografia i controls sèrics. L'objectiu és provocar el desenvolupament de l'ovulació d'un o varis fol·licles per programar la inseminació amb semen de la seva parella en el moment més adequat.

A l'home se li demana una mostra de semen i el laboratori la processa per millorar-ne la concentració i mobilitat (tècniques de recuperació d'espermatozous mòbils).

Aquesta preparació s'insemina de forma intrauterina en el consultori, sense necessitat d'anestèsia i a través del coll uterí. Després de la intervenció la dona no necessita repòs i es recomana seguir una vida normal. S'indica l'administració de progesterona i es programa una prova d'embaràs per 15-17 dies després de les inseminacions.

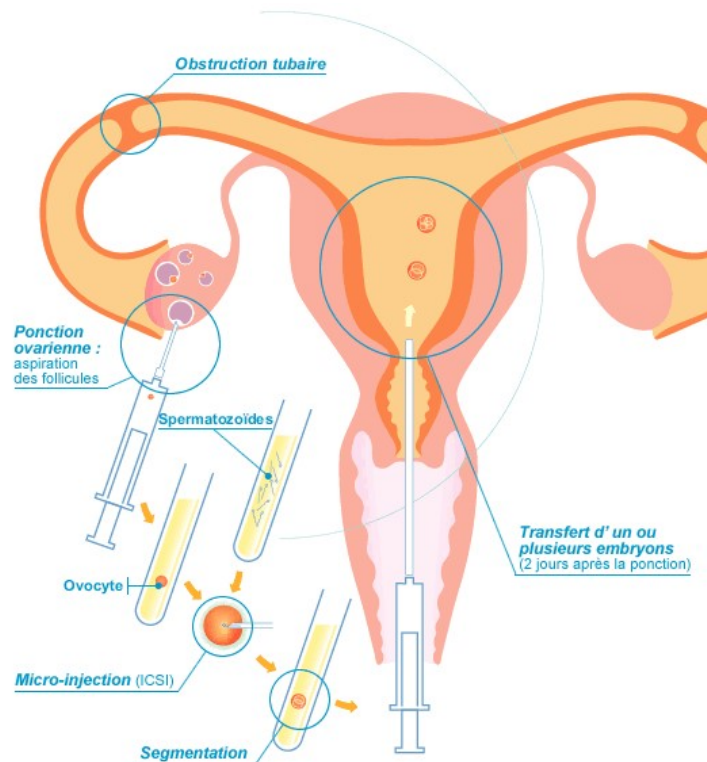
Es recomana realitzar un promig de 4-6 cicles d'inseminació artificial. La meitat de les parelles es beneficien d'aquesta tècnica.



4. Tècniques de reproducció assistida

Aquestes tècniques impliquen la obtenció de varis oòcits perquè siguin inseminats en un laboratori

- a) Fecundació in vitro: s'incuba cada oòcit amb una quantitat d'espermatozous mòbils i s'espera que ells penetrin i aconseguixin fecundar-lo.
- b) Injecció intracitoplasmàtica d'espermatozous: un sol espermatozou mòbil s'injecta dins de cada oòcit mitjançant tècniques de micromanipulació.



La transferència pot realitzar-se de dues formes:

- a) A l'úter: sense anestèsia, a través de la vagina i del coll uterí, depositant els embrions dins la cavitat endometrial. La dona roman uns minuts estirada i després continua la vida normal. No es necessari fer repòs, ja que els resultats són els mateixos. Es recomana no tenir relacions sexuals durant una setmana i evitar l'exercici físic intens durant 15 dies.

- b) A les trompes: es coneix com la transferència intratubàrica d'embrions. Es realitza mitjançant laparoscòpia i amb anestèsia, deixant els embrions dins les trompes. Com que és un procediment invasiu i s'ha de fer sota anestèsia, es reserva per als pocs casos en que els problemes del coll uterí no permetin la transferència dels embrions dins l'úter.

Si s'aconsegueixen desenvolupar més embrions de bona qualitat que els transferits es congelen (criopreservació d'embrions) per futures ocasions. La transferència d'aquests es realitza sense necessitat d'una nova estimulació per part de la dona.

Té una taxa d'èxit del 20-25% per transferència de 3 embrions de bona qualitat.

5. Donació de oòcits

En les dones en les que fracassen tots aquests mètodes, i en especial en aquelles que no posseeixen oòcits, perquè la resposta a la estimulació és molt baixa o, perquè els que s'aconsegueixen són de mala qualitat biològica, es pot recorre a la donació.

S'utilitzen oòcits donats de forma anònima en dones estudiades prèviament on s'han descartat malalties infeccioses i antecedents genètics.

La dona receptora és preparada hormonalment amb estrògens orals perquè el seu endometri estigui en condicions apropiades.

La donació oòcits és el mètode amb major taxa d'èxit, aconseguint un 50% d'embarassos per transferència.

Aspectes psicològics i socials

És evident que el problema de la infertilitat representa per a la gran majoria de parelles un gran pes biològic, psicològic i social.

Des del punt de vista personal, la infertilitat s'acompanya sovint d'una sensació de culpa (postposament de la maternitat, ús anticonceptius, interrupció voluntària de l'embaràs prèvia, etc.).

La societat continua considerant la infertilitat com a un tabú. La majoria de parelles ho amaguen a familiars i amics per la presió que senten per tenir

descendència. Múltiples estudis confirmen que durant el tractament, els dos membres de la parella, i en especial la dona, tenen una elevada incidència d'angoixa, depressió, ansietat, irritabilitat... La necessitat de necessitat de visites constants als professionals mèdics, estudis transvaginals, preses de sang i semen, sedació amb anestèsia, procediments quirúrgics, etc. , sumat a l'angoixa per el resultat de les proves, la decepció per proves d'embaràs negatives i molt sovint la despesa de grans quantitats de diners, fa que moltes vegades aquestes parelles estiguin sotmeses a alts nivells d'estrès. A aquest fet, se li afegeix els dilemes ètics, morals, religiosos i legals al prendre decisions sobre els embrions.

El tracte a la parella per part de l'equip mèdic és un aspecte fonamental. És necessari que el personal d'infermeria mostri una actitud comprensiva amb els sentiment i les queixes de la parella i, dediqui, en la mesura del possible, el temps necessari a escoltar i conversar amb la parella, aclarir dubtes i oferir recolzament i consell.

BLOC 10: Menopausa

Tema 1 – Menopausa

Concepte

La menopausa és la desaparició de la menstruació. Normalment passa aproximadament al voltant dels 47 anys.

El climateri és el període de vida de la dona en el que desapareix la funció reproductiva i per tant, apareixen importants modificacions en la secreció de les hormones sexuals. La menopausa és tant sols un dels signes del climateri.

La desaparició de la menstruació no sol ser un fenomen brusc, sinó que la dona, durant un període més o menys perllongat, té faltes de menstruació d'un o dos mesos, tornant a tenir la menstruació després d'aquestes pauses. Per

considerar la menopausa en una dona, és necessari que hagi estat sense la menstruació, un període mínim de 2 anys.

Canvis Endocrins

En el climateri descendeixen els nivells d'estrògens i progesterona i augmenten els nivells de gonadotropines.

Gonadotropines: són les hormones secretades per la hipòfisis (glàndula pituitària). Estan implicades en la regulació de la reproducció. Es coneixen tres: la hormona luteïnitzant (LH o HL), la hormona estimulant del fol·licle (FSH o HFE) i la gonadotropina coriònica humana (HCG o GCH).

Al aproximar-se la menopausa, apareixen freqüents cicles anovulatoris, falla la funció del cos luti i la producció de progesterona. El nombre de fol·licles primordials també disminueix i per tant, també el nivell d'estrògens plasmàtics. L'ovari envellaix però la hipòfisis no, per tant continua enviant estímuls a l'ovari perquè maduri els seus fol·licles. Com que no hi ha fol·licles en maduració no obté resposta, però com que la hipòfisis continua produint gonadotropines hi ha un augment d'aquestes. Aquest augment no és permanent, desapareix al llarg dels anys.

Clínica del Climateri

En el quadre clínic del climateri influeix a més de la baixada d'estrògens, la predisposició de la dona a acceptar els símptomes i l'adaptació psicològica de la menopausa.

1. Canvis locals:

- L'ovari disminueix en grandària, la seva superfície es fa rugosa i desapareixen els fol·licles.
- L'epiteli de la vagina es fa més prim y disminueixen les secrecions.

- L'úter disminueix de grandària i l'endometri es fa més prim.
- Es relaxen els mitjans de suspensió de l'aparell genital.
- Aquests canvis expliquen la freqüència de prurit vulvar, facilitat per l'aparició d'infeccions i el prolapse genital en aquesta etapa de la vida de les dones.

2. Síntomes generals:

- Inestabilitat vasomotora (sensació de calor, sudoració i envermelliment).
- Inestabilitat psíquica (irritabilitat, depressió, ansietat, melancolia, disminució de la libido)

En la post-menopausa s'aprecia:

- Osteoporosis.
- Augment del risc cardiovascular: infart de miocardi, lesions vasculars, arteriosclerosi, etc.

Atenció a la dona menopàusica

Davant dels canvis que presenta la dona a la menopausa, s'ha d'establir una estratègia assistencial eminentment preventiva ubicada a l'assistència primària. Aquesta estratègia ha d'incloure activitats de diagnòstic precoç i intervencions psicosocials.

Elements d'un pla d'assistència primària en el climateri

1. Instaurar uns hàbits dietètics correctes, referits sobretot a la ingesta habitual de calci. Les necessitats en el climateri s'han establert en 1 – 1.5g diaris. L'administració de calci farmacològic pot ser una mesura adequada a valorar pel facultatiu.
2. Evitar els hàbits tòxics que afecten a la mineralització dels ossos (tabac, alcohol, cafeïna en dosis altes).

3. Practicar un exercici físic programat, estimula l'activitat osteoblàstica (capacitat de l'ós per regenerar-se), ajuda a controlar el pes i afavoreix la mobilitat articular i la potencia muscular.
4. Vigilància periòdica dels indicadors bioquímics, sobretot el del metabolisme dels lípids i dels hidrats de carboni.
5. Vigilància de paràmetres clínics relacionats amb el sistema cardiovascular com la pressió arterial i el pes.
6. Activitats d'educació sexual.
7. Mesures de diagnòstic precoç del càncer ja que les dades epidemiològiques confirmen que hi ha un increment significatiu de càncer en aquestes edats.
 - a. Realitzar la prova de Papanicolau.
 - b. Ecografia endovaginal
 - c. Realització de mamografies
8. Intervencions de recolzament psicològic dirigit a reforçar la autoestima. Aquestes proves poden realitzar-se a nivell individual o col·lectiu.

Fitoestrògens

Els fitoestrògens són compostos químics que es troben en els vegetals però que tenen una composició similar als estrògens humans. Normalment es troben en petites quantitats en els aliments. La seva rellevància clínica encara està subjecte a estudi. S'utilitzen per la regulació del colesterol, el manteniment de la densitat òssia i el control dels fogots. Donat que la seva ingestió està també relacionada amb determinats hàbits dietètics, és difícil diferenciar la verdadera causa dels efectes positius. Les més conegudes són les isoflavones, presents a la soja.

Derivats del polen - Cimicífuga - Sàlvia

Tractament hormonal substitutiu

El tractament hormonal substitutiu aporta exògenament els estrògens que han disminuït per causa del climateri. S'ha demostrat que l'administració exclusiva d'estrògens indueix a neoplàsies d'endometri, per això s'administren combinades amb progestàgens.

L'objectiu del tractament hormonal substitutiu és mantenir concentracions plasmàtiques d'estradiol constants.

Les indicacions estan limitades a:

1. Dones amb menopausa precoç (menors de 35 anys).
2. Clínica vasomotora molt agreujada que no millora amb Fitoestrogens.
3. Dones amb pèrdua òssia major de 2% anual.

La durada del tractament no hauria de ser major de 5 anys (menys amb les dones amb menopausa precoç). Falten dades sobre els riscos però sembla que hi ha un lleuger increment del risc relatiu de càncer de mama en tractaments de durada superior a 8-10anys.

Bloc 11 - Malalties infeccioses de vulva i vagina

1. Fisiologia del flux vaginal i medi vaginal

La vagina no té glàndules secretores pròpies; el flux vaginal és una secreció normal constituïda per la secreció procedent de les glàndules cervicals y per la transsudació de les parets vaginals. El flux vaginal normal és escàs, entre 1 i 2 ml cada 24h, la seva coloració és clara, transparent o blanquinosa, no és irritatiu i la seva olor no és ofensiva. Aquesta secreció pateix modificacions al llarg del cicle menstrual.

En la vagina existeix una flora vaginal dins la qual destaquen els bacil de Döderlein. Les cèl·lules epitelials vaginals produeixen glicogen i l'acció dels bacils de Döderlein fa que es converteixi el glicogen en àcid làctic. Aquest determina l'acidesa del medi vaginal. Aquesta acidesa protegeix la vagina davant d'agents patògens, exceptuant la Candida que inclús es desenvolupa bé en un medi àcid.

2. Vaginitis

Es denomina així a tota inflamació o infecció de la vagina. Es produeix per un desequilibri en el medi vaginal i quan existeix invasió de gèrmens patògens.

3. Vulvitis

Es denomina així a tota la inflació o infecció de la vulva.

4. Pruït

El pruït vulvovaginal és un signe d'infecció o inflamació. El grau d'intensitat del pruït pot ser variable.

5. Leucorrea

És quan el flux vaginal presenta característiques diferents en quant a quantitat, consistència, color i olor. És el motiu de consulta del 25% de les dones.

Classificació de les leucorrees

1. Fisiològica: Prepuberal, ovulació, excitació sexual, embaràs
2. Patologia no infecciosa: Mètodes anticonceptius, cossos estranys, al·lèrgia, lesions cervicals, pòlips cervicals, neoplàsies uterines.
3. Patologia de causa infecciosa: Micosis, tricomonos, gardnerel·la, clamídia, gonocòccia, herpes, condilomes.

Al realitzar l'entrevista d'infermeria és important intentar esbrinar els possibles factors que poden estar implicats en la gènesis de la patologia que es presenta:

1. Factors de susceptibilitat: Diabetis, afeccions hepàtiques, dèficit immunitari, tractaments amb corticoides, hormones, immunodepressors, antibiòtics.
2. Dermatosis: psoriasis, dermatitis seborreica, líquen escleroatròfic, hiperplàsia epitelial.
3. Factors al·lèrgics: Productes per a la higiene íntima, teixits.

4. Factors irritatius i mecànics: incontinença d'orina, higiene deficient o excessiva, roba massa ajustada, etc.
5. Hàbits que afavoreixen la contaminació: pràctica de rentats o irrigacions vaginals repetides, utilització contínua de tampons higiènics, de medis contraceptius mecànics o de teixits sintètics.

6. Vies de transmissió i contagi de les infeccions vulvovaginals

Les principals vies són: urinària, intestinal, pell, faringe, sexual.

La majoria de les infeccions vulvovaginals estan catalogades com malalties de transmissió sexual (MTS).

7. Infeccions vulvovaginals

7.1. Micosis

Està produïda pel fong *Candida albicans* en la seva majoria. És un fong sapròfit de la vagina que pot convertir-se en patògen durant l'embaràs, la diabetis, en les dones que prenen anticonceptius orals, etc. És la causa més freqüent de leucorrea en les dones d'edat fèrtil. No sol adquirir-se per contagi sexual.

Manifestacions clíniques: són diferents en la dona i en l'home però també poden ser asimptomàtiques.

En la dona:

- Pruija i coïssor.
- Eritema i edema vulvar.
- Leucorrea blanca grumollosa amb aspecte de iogurt.

En l'home:

- Inflamació del gland o balanitis, erosions superficials.

Diagnòstic: Es realitza mitjançant la valoració de les manifestacions clíniques, per frotis en fresc o cultiu.

Tractament:

Dona: aplicació tòpica de preparats de nistatina, clotrimazol o nitrat de miconazol en la vagina. En el cas de recidives és necessari efectuar un tractament oral simultani. Actualment també s'utilitzen probiòtics vaginals i orals.

Home: tractament local i higiene.

7.2. Tricomoniasis

És una malaltia freqüent i a vegades molt molesta resultant de la infecció del tracte genital per el protozou *Trichomonas vaginalis*. Aquest germen es pot localitzar a la vagina, bufeta i conducte de Bartholin. És la segona causa més freqüent de les malalties infeccions de vulva i vagina.

Amb poques excepcions, la transmissió és per via sexual i la durada del període de incubació oscil·la entre 4 dies i 4 setmanes després del contacte sexual amb la persona infectada.

En l'home la infecció és de curta durada i sovint asimptomàtica, el que fa difícil la seva detecció.

Manifestacions clíniques:

- En la dona:
- Leucorrea espumosa, groguenca o grisosa.
 - Pruija, disúria, polaquiuria i disparèunia.
 - Vaginitis i/o vulvitis.
 - 10% de les dones no presenta cap tipus d'alteració.

Home: la majoria d'homes no presenta símptomes d'infecció.

Diagnòstic: Examen de frotis en fresc, papanicolau, cultius.

Tractament: Tant l'home com la dona han de seguir el tractament amb metronidazol o nitromidazol oral.

És important informar que no s'ha d'ingerir alcohol durant el tractament ja que produeix vòmits.

7.3 Gardnerel·la

És una infecció produïda per una bactèria, un coccobacil de curt tamany denominat Gardnerella.

Manifestacions clíniques: Els símptomes solen ser lleus però molestos.

- Leucorrea espumosa grisosa i fètida.
- Pruija
- Disparèunia i disúria.

Diagnòstic: Frotis vaginal en fresc, tinció o cultiu.

Tractament: Metronidazol o tetraciclins per via vaginal.

7.4 Chlamydia

És la infecció per Chlamydia trachomatis. Son bactèries gramnegatives i la seva transmissió és per via sexual.

Manifestacions clíniques:

En la dona: Algunes presenten leucorrea i pruiït, però la majoria són asimptomàtiques. No hi ha un quadre específic, en ocasions existeix un envermelliment de mucoses en la inspecció dels genitals.

En el home: Es presenta com una supuració mucopurulenta o aquosa, associada amb disúria. A vegades la supuració deixa una costra grisosa. Aquesta supuració pot aparèixer entre varis dies i un mes després del contacte sexual.

Complicacions: la més important és la malaltia inflamatòria pèlvica.

Diagnòstic: citologia, cultiu.

Tractament: En tots els casos s'ha de tractar la parella.

- Doxiciclina o clorhidrat de tetraciclina per via oral.
- En les gestants: eritromicina per via oral.

7.5 Gonocòccia

Causada per un coc gramnegatiu denominat *Neisseria gonorrhoeae*.
Habitualment el seu període d'incubació és de 3-5d.

Manifestacions clíniques:

En la dona: en la majoria de casos és asimptomàtica i en ocasions presenta leucorrea mucopurulenta.

En el home: secreció uretral mucopurulenta, disúria, polaquiúria.

Complicacions:

- Infecció anorectal, orofaríngia.
- Complicacions locals: infecció i abscess de la glàndula de Bartholin, malaltia inflamatòria pèlvica, epidimitis, prostatitis.
- Infecció gonocòccia disseminada (1%) febre, exantema i artritis.
- Altres complicacions: meningitis, endocarditis, perihepatitis, conjuntivitis, etc.

Diagnòstic: Frotis, tinció de gram, cultiu.

Tractament: Estudiar i tractar a la parella.

- Penicil·lina G procaïna, ampicil·lina o amoxicil·lina.
- Si hi ha resistència a la penicil·lina s'administren productors de betalactamasa com espectinomicina i norfloxacina.
- En persones al·lèrgiques es prescriuen tetraciclines.
- En dones embarassades s'administra penicil·lina G o eritromicina.

7.6 Herpes Genital

La infecció per herpes simple està produïda per els Herpesvirus hominis (HVH). L'herpes simple és una malaltia infecciosa caracteritzada per una erupció vesicular recurrent que es produeix en qualsevol lloc de la pell, preferentment sobre els genital, la boca o els ulls.

Hi ha dos tipus de crocrganismes causants de HVH:

- El HVH de tipus 1 és el que habitualment s'aïlla en lesions situades al voltant de la boca i es transmet per contacte directe a partir dels portadors d'aquest virus.
- El HVH de tipus 2 és el responsable de la majoria d'erupcions vesiculars del tracte genital i el seu contagi es produeix per contacte sexual directe. En la dona la infecció per herpes genital s'ha associat al càncer de coll d'úter.

Manifestacions clíniques:

Primoinfecció en la dona:

- Vulvovaginitis primària: es caracteritza per l'aparició en els llavis de vesícules erosionades que poden estendre's a la pell perineal. Aquestes vesícules s'ulceren i curen sense deixar cicatriu. En la mucosa de la vulva, vagina i cèrvix poden aparèixer plaques blanquinoses.
- Leucorrea esporàdica.
- Cervicitis primària: edema, envermelliment de la mucosa, ulceració necròtica que sagna fàcilment.
- Febre, malestar. Dolor i disúria.

Primoinfecció en el home:

- Lesions vesiculars al gland, acumulació secundària d'exsudat infectat que desemboca en una balanitis necrotitzant.
- Adenopaties inguinals.

La curació es produeix en 1-2 setmanes.

Infecció recurrent: Després d'una infecció inicial és possible que no hi hagi manifestacions clíniques durant la vida, però són freqüents els episodis recorrents. Els factors que afavoreixen l'aparició dels episodis recorrents són les malalties febrils, l'exposició a la llum del sol, la menstruació i l'estrés emocional.

Les manifestacions clíniques són picor i coïssor que precedeixen a 1-2 hores a l'aparició de les vesícules agrupades i sobre una base lleugerament eritematosa.

Diagnòstic:

- Manifestacions clíniques.
- Aïllament del virus a partir del líquid vesicular.

Tractament:

- No existeix tractament eficaç per eradicar el virus.
- El tractament és simptomàtic. Es realitzen aplicacions amb un antivíric.
- Seguir adequadament el protocol de cribatge de càncer de coll uterí.
- Controlar la parella si és necessari.
- Recomanar abstenir-se de relacions sexuals en un període de 15d per l'elevada probabilitat de contagi.

7.7 Condilomes

Són produïdes pel papilomavirus. És una variant del virus de la berruga comú. La presència del papilomavirus es troba associat amb el càncer de coll uterí. El període d'incubació oscil·la entre 3 setmanes i 8 mesos.

Manifestacions clíniques:

En la dona: berrugues en la vagina, el cervix, l'anus, el perinè i la uretra.

En el home: berrugues rosades en el frenet, el gland, el prepuci, el perinè i el meatus urinari.

Diagnòstic: es realitza per l'aspecte de les lesions.

Tractament: crioteràpia o làser. Estudiar i tractar la parella.

7.8 Síndrome del Shock tòxic

Causat per *Staphylococcus aureus* que es troba a la vagina i produeix una toxina letal. Aquest síndrome s'ha associat amb la utilització de tampons higiènics d'alta absorció. S'ha observat sobretot en dones que utilitzen tampons de forma continuada, durant 24h al dia i durant tot el període menstrual.

Manifestacions clíniques:

- Leucorrea purulenta
- Febre alta
- Faringitis, cefalàlgia.
- Diarrea
- Hipotensió, signes d'insuficiència renal aguda i col·lapse.

Atenció d'infermeria a la usuària amb malalties infeccioses de vulva i vagina

- La dona informará a tots els seus companys sexuals perquè també puguin seguir tractament.
- És aconsellable evitar les relacions sexuals fins que la malaltia hagi estat curada. Si la dona opta per mantenir relacions sexuals és recomanable la utilització del preservatiu. És important informar que el preservatiu no sempre protegeix de la infecció.
- No compartir amb ningú tovalloles.
- Preguntar si la dona té alguna al·lèrgia medicamentosa.
- Explicar a la dona com realitzar el tractament prescrit.
- Explicar com realitzar una correcta higiene vulvar.
- Utilitzar sempre guants per explorar l'usuària i per manipular el material que utilitzem.

- Escoltar a la dona amb atenció. Realitzar una bona anamnesi i no fer judicis de valors.
- Donar informació sobre les malalties de transmissió sexual i la seva prevenció.

8. Malaltia inflamatòria pèlvica

És el terme que s'utilitza per definir la infecció crònica, aguda o subaguda de l'úter, les trompes i els ovaris.

Etiopatogènia: La porta d'entrada és genital i la seva propagació ascendent. Pot produir-se com a conseqüència de:

- Infecció gonocòccia.
- Infecció per chlamydia.
- Cirurgia ginecològica.
- Avortaments i parts.
- Inserció de dispositius intrauterins (DIU)
- Pràctica de histerosalpingografies

Manifestacions clíniques:

- Endometritis aguda.
- Salpingooforitis aguda (trompa i ovari)
- Abscesos tuboovàrics.
- Peritonitis pèlvica.

Diagnòstic: clínica, exploració abdominal, tacte vaginal, anàlisi de laboratori i estudis bacteriològics.

Tractament: Administració d'antibiòtics i repòs. Les formes agudes greus requereixen hospitalització.

Bloc 12 - Prevenció del càncer de mama i ginecològic

1. Càncer de mama

El càncer de mama és la neoplàsia més freqüent en la dona. La seva incidència és molt elevada oscil·la entre 1 de cada 18 dones, el que significa que un 8% de la població femenina és susceptible de desenvolupar un càncer de mama.

Factors de risc:

- Càncer unilateral anterior.
- Antecedents familiars de càncer de mama: mare, germanes, tietes maternes.
- Edat superior als 40a.
- Primer embaràs amb més de 35a.
- Nuliparitat.
- Radiacions repetitives.
- Menarquia precoç i menopausa tardana.
- Administració exògena d'estrògens (postmenopausa).

Exploracions i proves diagnòstiques

1. Autoexploració mamària: permet a les dones a detectar qualsevol anormalitat en les seves mames. Les dones han d'aprendre a conèixer les seves mames per identificar anormalitats en la seva autoexploració. S'ha de realitzar a partir de l'edat reproductiva. Tríptic adjunt sobre l'autoexploració mamària.
2. Exploració clínica de la mama
3. Mamografia: tècnica radiològica amb una elevada seguretat diagnòstica. Permet la detecció de lesions mamàries i és útil per a la localització exacta de nòduls per la seva punció o extirpació.
4. Citologia: tècnica que es practica quan es detecta un nòdul de mama. Es realitza junt amb la exploració clínica de la mama. Es pot realitzar a

través d'una punció, la secreció mitjançant la pressió o el raspat en les zones ulcerades.

5. Biòpsia: _confirma el diagnòstic d'un tumor maligne. Es pot realitzar de forma ambulatoria o quirúrgica.

Tríptic Mamografia Gencat

<http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/ICO/Ciudadans/Documents/Arxius/2.6.2%20Precoç%20mama.pdf>

Tríptic Autoexploració Mamària

2. Càncer de coll uterí

La prevenció del càncer de coll uterí va ser el primer mètode que es va realitzar de forma sistemàtica. El càncer de coll d'úter ocupa el segon lloc en freqüència després del càncer de mama.

Factors de risc:

- Totes les dones que siguin sexualment actives.
- Promiscuïtat sexual.
- Infeccions genitals repetides.
- Multiparitat.
- Promiscuïtat sexual de la parella.
- Antecedents de neoplàsia cervical intrapitelial (CIN).

El grau de displàsia es classifica en:

- Displàsia lleu, CIN I
- Displàsia moderada, CIN II
- Displàsia severa, CIN III o carcinoma in situ.

Exploracions i proves diagnòstiques:

- Inspecció.
- Citologia exfoliativa.
- Colposcòpia.

- Biòpsia.
- Conització.

Protocol per a la prevenció del càncer de coll d'úter. Generalitat de Catalunya. Bloc 1.

3. Càncer de Vulva

El 5% dels tumors malignes del aparell genital son de vulva. L'edat mitja de les dones que el pateixen és de 61a.

Factors de risc: no estan ben definits però es senyalen com a factors importants els antecedents de lesions vulvars.

Exploracions i proves diagnòstiques:

- Inspecció
- Vulvoscòpia i test de Collins.
- Citologia.
- Biòpsia.

4. Càncer d'Endometri

L'edat amb més risc és el comprés entre els 50 i 60a, en el període post menopàusic immediat. Només en un 4% s'observa en dones menors de 40a.

Factors de risc:

- Dones majors de 50a.
- Hiperplàsies endometrials anteriors.
- Infertilitat.
- Metrorràgies.
- Obesitat.
- Diabetis.
- Hipertensió.
- Administració exògena d'estrògens (post menopausa).

Exploracions i proves diagnòstiques:

- Citologia.
- Microlegrat per aspiració.
- Legrat.
- Histeroscòpia.
- Ecografia.

5. Càncer d'Ovari

És el càncer d'ovari més difícil de diagnosticar degut a la falta d'accessibilitat directa dels òrgans. Es presenta amb major freqüència en dones majors de 50a.

Exploració i proves diagnòstiques:

- Palpació abdominal.
- Tacte vaginoabdominal.
- Ecografia.
- Tomografia axial computerizada (TAC).
- Laparoscòpia.

Bloc 13. La usuària ginecològica hospitalitzada

1. Problemes de salut reproductiva de la usuària ginecològica hospitalitzada.

La usuària ginecològica hospitalitzada presenta problemes de salut dels seus òrgans reproductors, en alguns departaments inclouen també els problemes de salut de les mames.

La majoria de les cures que la usuària requereix són medicoquirúrgiques, però no s'ha d'oblidar que molts d'aquests problemes afecten les parts més

íntimes del cos de la dona. Per tant, hi haurà aspectes psicològics i socials que hauran de tenir-se en compte.

11. Endometriosis

Creixement de teixit endometrial fora de l'úter. Aquest teixit seguirà el mateix cicle funcional que l'endometri i per tant està subjecte a estímuls hormonal. La seva localització pot ser als ovaris, trompes, peritoneu, bufeta i úter.

ETIOPATOGENIA: No es coneixen les causes exactes.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Inespecífiques. Dolor, dismenorrea, hematúria, hipermenorrea.

TRACTAMENT: Farmacològic (teràpia hormonal) i Quirúrgic (eliminar les lesions, histerectomia, anexetomia).

1.2. Pòlips uterins

Tumoracions que es produeixen generalment en les mucoses. Els pòlips es poden localitzar en el cèrvix o l'endometri. Són de caràcter benigne.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Aparició de metrorràgies.

TRACTAMENT: Extirpació quirúrgica dels pòlips.

1.3 Mioma uterí

Tumor de caràcter benigne. Es localitza a la paret uterina i està constituït per fibra muscular llisa.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Metrorràgia, dolor i leucorrea.

DIAGNÒSTIC: Ecogràfic.

TRACTAMENT: Quirúrgic.

1.4 Síndrome de l'ovari poliquístitic

Aparició d'ovaris voluminosos, alteracions menstruals, esterilitat e hirsutisme.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Alteracions menstruals amb períodes llargs d'amenorrea i cicles anovulatoris, esterilitat, hirsutisme.

TRACTAMENT: Farmacològic amb teràpia hormonal o quirúrgic.

1.5 Prolapses genitals

Alteració estàtica de l'aparell genital. Consisteix en el descens de l'úter i dels òrgans relacionats amb ell.

Graus:

- Prolapse uterí
 - o Primer grau: el coll de l'úter roman a vagina.
 - o Segon grau: es visualitza el coll per la vulva.
 - o Tercer grau: s'exterioritza el coll i l'úter.
- Colpocele: descens de les parets vaginals. Pot afectar la paret vaginal anterior (colpocele anterior) o la paret vaginal posterior (colpocele posterior).
- Cistocele: descens de la bufeta.
- Rectocele: descens de la paret anterior del recte.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Aparició d'una massa a vagina. També pot existir incontinència d'esforç, polaquiuria i estrenyiment.

TRACTAMENT: És essencialment quirúrgic malgrat està condicionat per una sèrie de factors com l'edat, el grau del prolapse i el desig de conservar la reproducció.

1.6 Incontinència d'orina

És la incapacitat per retenir la orina i una pèrdua involuntària. Les pèrdues d'orina poden estar causades per dos mecanismes diferents:

- Augment de la sensibilitat del múscul detrusor de la bufeta: incontinències infeccioses, neurògenes o psicosomàtiques. El tractament és fonamentalment mèdic.
- Fallada del mecanisme esfinterià / incontinència d'esforç: constitueix la forma més freqüent de pèrdua d'orina (75-80%). Aquesta pèrdua es produeix al realitzar un esforç, tossir, córrer o riure. És deguda a la fallada del mecanisme esfinterià i a la debilitat del aparell de sostén de la bufeta. El tractament és fisioterapèutic i quirúrgic.

1.7 Bartholinitis

És la infecció de les glàndules de Bartolino. Pot ser uni o bilateral. Es produeix per una inflamació de la glàndula per un tancament del conducte excretor. Pot arribar a formar-se un abcès.

ETIOLOGIA: Pot estar causada per nombrosos gèrmens (estafilococs, gonococs, etc.).

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: Dolor intens, febre i induració a la zona vulvar.

TRACTAMENT: Antibiòtics. Si es produeix un abcès es desbrida.

1.8. Malaltia inflamatòria pèlvica

1.9. Malaltia fibroquística de la mama

També es coneix com mastopatia fibroquística. És una malaltia benigna de la mama que normalment apareix a l'edat reproductiva. Malgrat és una malaltia benigne és susceptible a tenir una evolució maligne, per això entre dins els grups de risc del càncer de mama.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES:

- Dolor abans de la menstruació.
- Aparició de nòduls o masses a les mames.

TRACTAMENT:

- Teràpia hormonal.
- Analgèsia.
- Aplicació de calor local.
- Sostenidor correcte.

1.10 Fibroadenoma

Els fibroadenomes son tumors benignes de mama. Solen observar-se en dones joves i poden arribar a tenir un tamany considerable. Son indolors. El tractament normalment és la extirpació quirúrgica del tumor.

1.11 Càncer de cèrvix

Es classifiquen com:

- Displàsia lleu
- Displàsia moderada
- Displàsia greu (carcinoma in situ)

Segons l'estat d'evolució:

- Estadi 0: carcinoma in situ.
- Estadi I: es limita al coll uterí.
- Estadi II: s'estén al cèrvix sense arribar a la paret pelviana.
- Estadi III: s'estén al terç extern vaginal i/o amb infiltració als parametris.
- Estadi IV: extensió als òrgans pèlvics amb o sense metàstasis.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES: En els estadis previs no hi ha evidència de malaltia i és quan el tractament és més eficaç. Per això és tant important el diagnòstic precoç.

En fases més avançades apareixen:

- Metrorràgies.
- Leucorrea abundant
- Dolor

TRACTAMENT:

- Estadi 0: Conització.
- Estadi I: Histerectomia simple
- Estadi II: Histerectomia ampliada.
- Estadis III i IV. Radioteràpia, valorar histerectomia.

1.12 Carcinoma d'endometri

- Estadi I: Tumor limitat a endometri.
- Estadi II: Invasió endocervical.
- Estadi III: Invasió dels annexes.
- Estadi IV: Extensió a bufeta, intestí, metàstasis.

MANIFESTACIONS CLÍNIQUES:

- Hemorràgia persistent o irregular.
- Leucorrea.
- Dolor.

TRACTAMENT:

- Estadi I: Histerectomia simple amb anexetomia bilateral.
- Estadi II i III: Histerectomia ampliada.
- Estadi IV: Radioteràpia externa, hormonoteràpia, quimioteràpia.

1.13 Carcinoma d'ovari

- Estadi I: El tumor es limita a l'ovari.
- Estadi II: El tumor afecta un o dos ovaris i s'estén cap a la pelvis.
- Estadi III: Implica la presència de metàstasis intraperitoneals fora de la pelvis.

- Estadi IV: Metàstasis distants.

MANIFESTACIONS CLÍNiques: Dolor, aparició d'una massa.

TRACTAMENT:

- Estadis I i II: Histerectomia amb anexetomia bilateral.
- Estadis III i IV: Cirurgia reductora i quimioteràpia.

1.14 Càncer de vulva

Com és una neoplàsia que en general afecta a dones en edat avançada es fa més difícil el seu diagnòstic precoç.

MANIFESTACIONS CLÍNiques:

- Prurit intens.
- Nòdul vulvar i/o ulceració.
- Leucorrea, pèrdues hemàtiques i dolor.

TRACTAMENT: Quirúrgic.

1.15 Càncer de mama

Desafortunadament les manifestacions clíniques d'aquesta malaltia són silencioses. És necessari realitzar programes de detecció precoç que inclouen autoexploració mamària, exploració física i mamografies quan sigui necessari.

MANIFESTACIONS CLÍNiques:

- Aparició d'una massa en la mama.
- Canvis de simetria o aspecte de les mames.
- Retracció del mugró.
- Canvis de la pell de la mama, pell de taronja, envermelliment.
- Ulceració de la mama afectada
- Adenopaties i metàstasis.

TRACTAMENT: Es realitza en funció del resultat de l'anàlisi anatomopatològic, de la gènesis del tumor i del seu estat. Pot ser quirúrgic (extirpació del tumor, mastectomia simple, mastectomia radical), quimioteràpia, radioteràpia, tractament hormonal.

2. Motius d'hospitalització de l'usuària ginecològica

Els motius pels quals ingressa una dona en una unitat d'hospitalització poden ser:

- Observació.
- Proves diagnòstiques.
- Tractament mèdic.
- Intervencions quirúrgiques.

2.1 Intervencions quirúrgiques:

- Legrat: raspat de les parets uterines. El coll es dilata gradualment amb dilatadors cervicals. Mitjançant unes culleres defenestrades es legra el teixit endometrial.

- Conització: extirpació de teixit cervical. Es realitza en forma de con. S'indica en displàsies de cèrvix.

- Anexetomia: exèresis de l'ovari i la trompa. Es denomina bilateral quan afecta els dos annexes.

- Miomectomia: extirpació quirúrgica del mioma. La via d'accés pot ser abdominal o vaginal.

- Histerectomia: consisteix en la exèresis de l'úter. Es pot realitzar conjuntament amb una anexetomia.

- Vulvectomia: resecció de la vulva.

- Cirurgia de mama:

. Tumorectomia: extirpació del tumor i d'una petita part del teixit mamari que l'envolta.

. Mastectomia simple: extirpació de tota la mama i part del teixit adipós, es respecta la cadena limfàtica i la musculatura pectoral.

. Mastectomia radical: extirpació de tota la mama, els músculs pectorals major i menor, els ganglis limfàtics axil·lars i el teixit adipós.

. Mastectomia radical modificada: igual que l'anterior però respectant els músculs pectorals.

COMPLICACIONS DE LES INTERVENCIIONS QUIRÚRGIQUES

- Hemorràgiques.
- Tromboembòliques.
- Urinàries.
- Digestives
- Incisió.

CURES ESPECÍFIQUES DE L'USUÀRIA MASTECTOMIZADA

Els paràmetres de bellesa situen les mames en un lloc important de demostració de feminitat. La dona mastectomizada pot tenir sentiments negatius relacionats amb la feminitat i la sexualitat. Físicament, la mastectomia també és l'evidència del procés neoplàsic.

En aquest context el professional d'infermeria ha de reforçar l'adaptació de la dona i la família. Les cures pre i postoperatoris seran els mateixos que per qualsevol altre usuari, però, a més, s'han d'oferir unes cures específiques per aquest tipus d'usuàries.

Cures pre-operatòries

- Esbrinar quina informació ha donat el cirurgià a l'usuària i/o a la família.

- Ensenyar els exercicis de recuperació del braç afectat. Aquests exercicis tenen com a objectiu restablir la capacitat funcional de la mà, el braç i l'espatlla. A més també tenen com a objectiu alleugerir l'aparició d'un possible edema del braç afectat sobretot en usuàries sotmeses a una mastectomia radical amplia. El limfedema és una complicació es pot produir en dones amb una mastectomia radical, apareix quan és insuficient el nombre de conductes limfàtics per assegurar el retorn de la limfa a la circulació general. L'edema pot aparèixer immediatament després de la intervenció o en els mesos posteriors.
- Informar sobre les diferents possibilitats de reconstrucció de la mama.

Cures post-operatòries

- Els procediment i/o tècniques que es realitzen a l'usuària sempre es faran del braç contrari a l'operació.
- Control de drenatges.
- Col·locar el braç afectat més elevat
- Valorar l'aparició d'edema al braç.
- Control de la ferida.
- Preparar a la dona per veure la incisió. Algunes dones poden rebutjar veure-la o no acceptar-ho. Seria convenient que abans de deixar l'hospital ho fessin. És una adaptació i pot ser difícil. Aquest tema s'ha de tractar amb delicadesa i respecte, valorant individualment cada dona.
- Estimular a la dona perquè realitzi els exercicis. Normalment s'inicien al dia següent de la operació. Al principi han de ser molt suaus i no han de causar dolor. La separació del cos ha de ser gradual. Pot aprofitar-se per fer-ho mentre es realitzen activitats quotidianes com rentar-se les dents, pentinar-se i menjar.

Exercicis senzills:

- . Obrir i tancar el puny.
- . Agafar i arrugar fulles de paper amb la mà.
- . Flexionar i estendre el colze.
- . Encongir-se d'espatlles. Es pot fer davant d'un mirall.

Una vegada s'hagin retirat els punts de sutura es pot recomanar a la usuària altre tipus d'exercicis:

- Realitzar exercicis amb els dits de la mà (caminar per la paret).
- Subjectar una corda fixada en un altre extrem i fer-la girar.
- Agafar un pal, escombria, etc. i intentar, amb els braços rectes, elevar-ho per sobre el cap.

Assessorament de la dona a l'alta

Abans que la dona abandoni l'hospital és necessari:

- Informar-la sobre les cures de la mà i el braç afectat. L'aparició del linfedema pot estar afavorida per infeccions locals. S'aconsellarà evitar qualsevol activitat que pugui lesionar el braç (utilitzar un didal per cosir, protegir la mà i el braç amb guanys si s'està fent alguna activitat com jardineria, etc., evitar injeccions i extraccions de sang).
- Notificar al metge si observa envermelliment, duresa o inflamació en el braç o la mà.
- Facilitar en la mesura del possible una pròtesis abans de la sortida de l'hospital.

Bloc 14. Violència de Gènere

Introducció:

- La violència sexual és una de les formes més freqüents de violència contra les dones, exercida pels homes al llarg de tota la història. S'ha utilitzat tant en temps de guerra, com en temps de pau per dominar, humiliar i controlar a les dones envaint el seu cos, la seva ment i la seva sexualitat.
- La agressió sexual, és un delictes greu que atempta contra la llibertat , la dignitat i la integritat física i psicològica de l'ésser humà

Històricament:

- Al llarg de la història, les gressions sexuals s'han fet invisibles i s'han banalitzat, amb arguments que sostenen el mite de "l'heroi violador" (Urra 2007). En les cultures en que el sexe es considera un dret masculí, la violació no s'entén com un delictes

S'estenen creences com:

- “ Quan la dona diu no, realment vol dir si”
- Les dones, després de ser víctimes de una violació, acaben disfrutant”
- “ No ho devia passar tan malament, no cridava”

Les víctimes d'una agressió sexual, MAI son CÒMPLICES ni CULPABLES

Què és una agressió sexual?:

- Tot comportament de naturalesa sexual realitzat sense el consentiment vàlid de l'altre persona.
- Inclou conductes com l'exhibicionisme, paraules obscenes , tocaments o violació

- Afecta a ambdós sexes, però les dones freqüentment en són les víctimes i els homes els agressors

Tipus de violència sexual:

- **Agressió sexual**
- **Abús sexual**
- **Acusament sexual**

Agressió sexual:

- Qualsevol acte contra la llibertat sexual d'una altra persona, utilitzant la violència o la intimidació. La forma més greu d'agressió sexual és la violació
- Violació: Introducció del penis per via vaginal, anal o oral, així com la penetració digital i la introducció de objecte per les dues primeres vies

Abús sexual:

Atemptat contra la llibertat sexual de la persona en el que no s'utilitza violència ni intimidació, però sí l'engany, la coacció o la sorpresa.

Pot incloure les carícies, propostes verbals explícites, penetració oral, anal, vaginal i digital.

S'inclouen persones que no poden prestar consentiment vàlid per tenir limitada la capacitat volitiva o intel·lectual (menors, persones amb malalties mentals, persones amb discapacitats psíquiques)

Acusament sexual:

- Exigència de favors de naturalesa sexuals, en que l'acusador aprofita una situació de superioritat.
- On la no acceptació suposa castigs i amenaces per la víctima

Què cal fer després d'una agressió sexual:

- Dirigir-se a un lloc segur. Lluny de l'agressor

- Posar-se en contacte immediat, amb algú que ens pugui ajudar (amiga/c, familiar, policia,...)
- Conservar les proves de l'agressió
- No es dutxi ni banyi
- No mengi ni begui
- No es renti les dents
- No faci gàrgares
- No es canviï de roba
- No miccioni ni defequi (en la mesura del possible)
- Dirigeixi's a l'hospital més proper, encara que no tingui lesions físiques externes
- Si vol fer denúncia, l'hospital es farà càrrec d'avisar a policia o mossos d'esquadra
- Si és una dona immigrant sense situació regular és millor anar directament al Jutjat de Guardia amb la seva advocada/t
- Llegeixi amb atenció la denuncia i no la signi, fins que expliqui el que ha succeït
- Els primers dies, no estigui sola a casa. Tingui companyia d'algun familiar o amiga/c
- Quan tingui la oportunitat, escrigui tot el fet amb màxim detall. Pot servir pel propi procés de recuperació i en possibles accions legals posteriors
- Deixi que l'ajudin. Recordi, que la agressió no és culpa seva

Atenció mèdica immediata:

- Examen general
- Examen ginecològic
- Exploracions complementaries
- Probes de detecció de malalties de transmissió sexual
- Prova de gestació
- Exploració psiquiàtrica
- Exploració forense

Examen general:

- Anamnesi general
- Examen físic general per localitzar lesions (talls, hematomes , fractures,...) Poden fer fotografies de les lesions
- Formulació de preguntes específiques
 - Temps entre violació i examen mèdic
 - Tipus d'actes sexuals realitzats durant la violació (anal, oral , vaginal, preservatiu,...)
 - DUR
 - Mètode anticonceptiu
 - Última data i hora de relació sexual consentida
 - Bany, dutxa, canvi de roba, després de l'agressió

Examen ginecològic:

- Revisió àrea genital interna i externa
- Penetració oral : buscaran lesions a mucosa oral i paladà i es farà un frotis bucal per estudi de ADN
- Exploració vaginal i anal per buscar lesions
- Recull de mostres de semen, fluids vaginals, anal i cervical

Aquests exàmens poden resultar molt incòmodes immediatament després de una violació

Exploracions complementàries:

- Raspadura de ungles, per si ha tocat o esgarrapat a l'agressor
- Examen de pèl púbic. Pentinada de pubis per si es troba pèl de l'agressor

Prevenió MTS:

- Realitzarà una analítica de sang per esbrinar serologies. Pot fer-se una nova analítica serològica passats 6 mesos al seu CAP de referència (període finestra)

Aplicació protocol preventiu:

- Vacuna antitetànica
- Vacuna Hepatitis B
- Tractament profilàctic antiretroviral, en cas de risc alt o entremig de contagi de HIV
- Tractament per sífilis o gonococ
- Tractament per tricomoniasis

Prova de gestació:

- Davant possible sospita de gestació s'administrarà " la píndola post coital"
- Al cap de 15 dies, cal repetir prova embaràs. Si dona positiva es pot sol·licitar la interrupció voluntària de l'embaràs (abans de les 12 setmanes). Full de denuncia

Exploració psiquiàtrica

- L'agressió sexual és un fet altament estressant, on les víctimes tenen estats de por profunda, reaccions emocionals intenses d'ansietat, confusió, shock,...
- El psiquiatre avaluarà el seu estat emocional
- Es pot donar tractament adequat pels primers dies i la possibilitat de fer un tractament psiquiàtric i/ o psicològic

Exploració forense:

- En el cas que la víctima vulgui fer denúncia dels fets, des del servei de urgències, es contactarà amb el Jutjat de Guardia.
- Es personarà el metge forense i farà l'examen corresponent

Indicadors d'agressió sexual a un menor

- Dificultat per caminar o seure.
- Roba interior esquinçada, tacada o amb sang.
- Es queixa de dolor o coïssor a la zona genital.
- Mostra contusions o sagnat als genitals externs, la zona vaginal o anal.

- Presenta una infecció de transmissió sexual.
- Té les zones genitals externes inflamades o vermelles.
- Té semen a la boca, als genitals o a la roba.
- En cas que sigui una nena, està embarassada (especialment a l'inici de l'adolescència).
- Presenta dolors freqüents sense causa aparent.
- Mostra una conducta sexual explícita, coneixements de conductes sexuals no apropiats per a la seva edat, o coneixements sexuals sofisticats, inusuals o estranys.
- Sembla reservat, mostra rebuig o té fantasies o conductes infantils extremes.
- Presenta comportaments d'aïllament persistents.
- Diu que ha patit abusos per part d'un progenitor o guardador.

La violència en l'àmbit de la parella

Segons la Llei catalana, 5/2008, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, de 24 d'abril, s'entén per violència masclista en l'àmbit de la parella, tota violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat.

La reiteració o habitualitat i la situació de domini de l'agressor són dos elements importants en la conceptualització d'aquest tipus de violència.

Violència física

- Apropar-se de manera intimidatòria, acusar-la amb el dit davant els ulls.
- Perseguir-la o assetjar-la.
- Terroritzar-la o amenaçar-la amb objectes o armes.
- Fer-li la traveta amb el peu perquè caigui.
- Donar-li cops de puny i de peu.
- Prémer, retorçar o pessigar-la fort.

- Estirar-la o arrossegar-la pels cabells.
- Aixafar-li la cara contra el plat del menjar.
- Tallar-la, ferir-la o punxar-la amb ganivets o altres objectes.
- Llançar-li objectes contra el cos o pegar-li amb aquests.
- Immobilitzar-la contra la paret, els mobles o el terra.
- Donar-li empentes o sacsejar-la.
- Arrossegar-la pel terra, llançar-la per les escales.
- Pegar-li o donar-li puntades de peu al ventre durant l'embaràs.
- Ferir-la als genitals o als pits.
- Colpejar-li el cap contra la paret o el terra.
- Lligar-la o encadenar-la, cremar-la amb cigarrets, submergir-li el cap a l'aigua, etc.

Qualsevol contacte físic no desitjat per ella.

- Tancar-la a la cambra de bany o al dormitori, deixant-la a les fosques.
- Tancar-la a casa.
- Obligar-la a prendre medicaments, psicofàrmacs, alcohol, drogues, etc.
- Fer-li menjar o empassar a la força aliments, escombraries, papers o altres elements.
- Embrutar-li el cos.
- Arrancar-li o estripar-li la roba.
- Despertar-la a cada moment per no deixar-la dormir.
- Fer-la fora de casa a la força.
- Llançar-li substàncies tòxiques, menjar o líquids al cos o la cara.
- Provocar-li cremades amb combustibles o amb objectes calents.
- Desfigurar-la perquè no pugui sortir de casa.
- Llançar-la des del cotxe.
- Abandonar-la en llocs desconeguts.

- Intentar estrangular-la o asfixiar-la.
- Assassinar-la.

Violència psicològica

- Li manifesta menyspreu per ser dona.
- La insulta, l'anomena amb sobrenoms o adjectius degradants.
- La fa sentir ximple, inútil, feble, ignorant i incompetent.
- La ignora, no li contesta, no li parla, fa com si no existís.
- La mira amb menyspreu, amb sorna, amb burla.
- Critica i troba defectes en tot el que fa o diu.
- Profereix humiliacions, burles o bromes feridores.
- Ridiculitza sempre els seus gustos, opinions o sentiments.
- La humilia o l'avergonyeix davant d'altres persones.
- Es mostra cínic, prepotent i insolent amb ella i les criatures.
- La fa obeir amb gestos, mirades, senyals amb el cap o sorolls.
- La té ocupada contínuament, no li deixa temps per a ella.
- Tergiversa les paraules o fets en contra d'ella.
- La deixa amb la paraula a la boca quan ella li parla.
- Es nega a discutir els problemes. No parla mai amb ella.
- Vol tenir sempre la raó, vol tenir sempre l'última paraula.
- L'obliga a escoltar-lo durant hores.
- La confon amb arguments contradictoris.
- Li demostra odi i amor alternativament.
- Manifesta gelosia i sospita contínuament.
- Interroga els fills i filles sobre les activitats de la mare.

Violència sexual

- Exigeix tenir relacions sense importar-li els seus desitjos.
- No accepta les negatives.
- La viola.
- La fereix introduint-li objectes a la vagina o l'anus.
- L'obliga al coit anal.

- La toca sense miraments.
- No respecta ni satisfà els gustos d'ella.
- L'obliga a veure pornografia i a copiar-ne els models.
- Pren represàlies si no mantenen relacions sexuals.
- La tracta com si fos una cosa sense sensibilitat.
- Li parla de manera insultant durant el coit.
- Li demana relacions en llocs i moments inoportuns.
- Utilitza el sexe per denigrar-la o iniciar discussions.
- Vol fer-li fotos despullada sense el seu consentiment.
- L'obliga a vestir-se de manera excitant per a ell.
- L'obliga a realitzar gestos o actituds que la humilien o la incomoden.
- L'acusa de frígida o de nimfòmana segons les circumstàncies.
- L'obliga a tenir relacions quan està deprimida, cansada, malalta, immediatament després del part o d'un avortament, després de la mort d'un ésser estimat, després d'una agressió, d'un èxit laboral o social d'ella, etc.
- La utilitza com a descàrrega sexual hostil després d'un disgust laboral o familiar.
- No es mostra afectuós, ni li parla, ni la besa durant l'acte sexual.
- L'obliga, amb armes, a mantenir relacions.
- Pretén mantenir relacions quan està brut i pudent.

Violència econòmica

- Ven pertinences personals d'ella sense el seu consentiment.
- Li revisa el moneder o la cartera de manera contínua.
- Declara contínuament que tot és seu.
- Oculta el patrimoni familiar.
- Deixa que ella es faci càrrec de les despeses i ell es guarda el que guanya.
- Li pren la targeta de crèdit o els documents bancaris.
- L'obliga a donar-li els diners que ella guanya.
- S'apodera il·legalment dels béns heretats per ella.
- L'obliga a vendre els seus béns i es queda amb els diners.

- Utilitza en el seu benefici estalvis prèviament destinats a vacances, tractaments mèdics, reformes de la llar, etc.
- Es gasta els diners de la família en ell mateix.
- Gasta grans quantitats de diners en coses supèrflues i en nega de petites per a coses necessàries.
- Menteix sobre les seves possibilitats econòmiques.
- Lliura diners als fill i filles i no a la dona.
- Fa les compres ell per no donar-li efectiu.
- Nega diners per a medicaments o consultes mèdiques.
- Protesta contínuament per l'ús dels diners.
- Desqualifica la dona en la realització de les tasques de manteniment i administració de la llar.
- En cas de divorci no compleix les pensions alimentàries.

Segons la generalitat i el Ministerio Sanidad :

1. Contra la Violència Domèstica

http://www20.gencat.cat/docs/Biblioteques/BP_Tarragona/Documents/Arxiu/Webs_guies_tematiques/Altres_guies/violencia.pdf

Què és?

La violència de gènere, especialment la que es produeix dins de l'àmbit de la llar, és una realitat que és present en tots els països, en totes les cultures, en tots els nivells socials i s'ha donat durant totes les èpoques històriques, tot i que, generalment, ha quedat silenciada en l'àmbit de la privacitat.

La violència contra les dones té el seu origen en un sistema de relacions de gènere que manté la preeminència dels homes sobre les dones.

La **violència de gènere** és definida per les Nacions Unides com aquells actes vers les dones i nenes que "puguin tenir com a resultat un dany o sofriment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen a la vida pública com a la privada".

Segons les Nacions Unides, s'entén per **violència domèstica** qualsevol acte d'agressió que té com a resultat danys o patiments físics, sexuals o psicològics, incloent-hi amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant en la vida pública com en la privada, i quan aquests actes són realitzats per membres de la família o persona de relació d'afectivitat anàloga.

Tipus de violència:

- **Física:** danys en el cos de la persona (bufetades, empentes, cops, pallisses, asfixies, cremades, retencions...) que poden donar com a resultats fractures, ferides, contusions, hematomes o, fins i tot, la mort.

- **Psicològica:** actes o conductes de desvaloració, humiliació, temerització, por (crits, vexacions, amenaces, coaccions, desqualificacions, aïllament...)

- **Sexual:** imposició d'una relació sexual contra la voluntat (agressió, abús, tocaments, inducció a la prostitució...)

L'article 15 de la Constitució espanyola garanteix el dret fonamental a la integritat física i moral.

Els maltractaments físics o psíquics estan tipificats com a delictes de lesions.

1.2 En cas d'un maltractament físic, quines mesures cal prendre?

Vés a un centre sanitari, sense rentar-te ni canviar-te la roba. Un cop atesa, demana un certificat mèdic de lesions en què es descriguin les ferides, el tractament que requereixen i el temps de curació previsible.

Posteriorment, amb el certificat mèdic, vés a la comissaria de policia, al quarter de la guàrdia civil o, si és possible, al jutjat de guàrdia del lloc on visquis per tal de formalitzar una denúncia per agressió, en la qual cal fer consignar:

- Què t'han fet,
- Qui t'ho ha fet,
- I on t'ho han fet

Si hi ha hagut cap testimoni, fes que t'hi acompanyi.

Si has estat agredida anteriorment, explica-ho i lliura els documents que tinguis sobre els fets. No deixis que ningú et faci desistir de la denúncia.

Abans de signar la teva declaració, llegeix-la atentament i, si ho consideres necessari, demana que hi facin les rectificacions corresponents fins que s'ajusti exactament a la que has declarat. Exigeix una còpia de la denúncia.

La persona que la rebis està obligada a tramitar-la.

I en cas de maltractament psíquic?

Els insults, les injúries, les calúmnies i les humiliacions són maltractaments que també pots denunciar, malgrat que moltes vegades són difícils de provar.

I si els maltractaments són a casa?

Denuncia'ls també.

- Si tens por de noves situacions violentes, tu i els teus fills o filles podeu marxar del domicili conjugal i restar-ne fora durant 30 dies, sempre que en aquest interval de temps presentis davant el jutjat una demanda de separació o una demanda de mesures provisionalíssimes (urgents) de separació, ja que aquest abandó no comporta incompliment del deure de convivència conjugal.

Entre les primeres diligències que pot acordar un jutge o una jutgessa o el tribunal hi ha la mesura cautelar que permet l'allunyament físic entre la persona agressora i la víctima (article 544 bis de la Llei d'enjudiciament criminal, introduït per l'esmentada Llei orgànica 14/1999).

En el cas que les víctimes de maltractaments siguin els fills o filles menors d'edat, aquests no tenen l'obligació de declarar ni de fer la confrontació de testimonis ni cap altre tipus de prova davant la persona agressora (articles 448, 455, 707 i 713 de la Llei d'enjudiciament criminal).

És necessari que demanis assessorament a un advocat o una advocada.

Si no tens mitjans econòmics, pots sol·licitar un advocat o advocada d'ofici.

Abans de sortir del domicili conjugal:

- Recull els teus objectes personals i els dels teus fills i filles.
- Agafa també alguns documents (llibretes d'estalvi, certificats mèdics, contractes, cartilla de la seguretat social i els que consideris útils).

No cal que pateixis agressions de ningú. Per tant, tampoc del teu marit, d'altres familiars o del teu company.

Demana ajut: hi ha centres que et poden ajudar.

1.3 Telèfons

Línia 900 900 120

Servei d'atenció telefònica i confidencial durant les 24 hores per a les dones en situació de violència.

A través del telèfon gratuït 900 900 120, un equip de persones professionals atenen de manera confidencial i personalitzada i faciliten informació, ajuda, orientació i atenció immediata en cas d'emergències.

També es facilita que les persones que truquin al servei puguin expressar-se en català, castellà, anglès, francès, alemany, italià, rus, àrab, rumanès, croata i xinès (mandarí).

La línia 900 900 120 també ofereix servei a través de correu electrònic (900900120@gencat.cat) i de xat. (<http://195.219.58.175/icdona/>)

Telèfons d'emergència en cas de violència

Guàrdia Urbana

092 ; 977 240345

Mossos d'Esquadra

088 ; 977635300

Guàrdia Civil

062

Policia Nacional

091

Emergències socials

112

Emergències mèdiques

061

Informació i assessorament jurídic

016

Atenció permanent

900 900 120

1.4 Llocs on tramitar les denúncies

- Prefectura Superior de Policia. Comissaria de la Dona
- Direcció General de Seguretat Ciutadana. Policia-Mossos d'Esquadra

1.5 Informació a Internet

Institut Català de les Dones

<http://www.gencat.cat/icdones/>

Pàgina de l'organisme del Govern de la Generalitat. Podem trobar tot tipus d'informació de l'Institut així com també els serveis que ofereix (atenció psicològica, assessorament jurídic, línia d'atenció a les dones en situació de violència...), dades d'interès, d'actualitat, activitats ...

<http://www.gencat.net/icdona/guia.htm>

Guia d'Associacions i Entitats de Dones de Catalunya, que ofereix l'Institut Català de les Dones. La informació es dona per municipis i àrees temàtiques (social-violència de gènere, cultural, educació...)

L'Institut Català de les Dones, ha editat un parell de fullets sobre Maltractaments i Agressions Sexuals dins la col·lecció Dona, Informa't, accedeixi per saber Què has de fer i On pots adreçar-te per denunciar un cas de violència.

http://www20.gencat.cat/docs/icdones/Institut/Documents/pla_accio/pub_eines12.pdf

Pla de polítiques de dones del Govern de la Generalitat 2008-2011

Es concreta l'actuació de tots els departaments del Govern en polítiques de dones i incorpora, com a novetat, l'establiment d'indicadors destinats a dur a terme la seva avaluació.

http://www20.gencat.cat/docs/icdones/Documents%20web%20antiga/Arxius/pub_manuals2.pdf

L'Institut català de les Dones ha elaborat una Guia de recursos en línia sobre violència masclista.

Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya

<http://www.gencat.net/benestar/persones/dones/genere/atencio/index.htm>

Pàgina del Departament d'Acció Social i Ciutadania dedicada a l'atenció social a la dona víctima de violència domèstica (atenció especialitzada a les urgències, serveis d'acolliment i recuperació, pisos pont, pis de suport, Centre d'Intervenció Especialitzada (CIE), Punts de trobada)

<http://www.gencat.net/benestar/biblioteca/monogra8.pdf>

Monogràfic: violència familiar (Biblioteca del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya)

Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació Ciutadana de la Generalitat de Catalunya

<http://www.gencat.cat/interior/policia/violenciamasclista/index.htm>

Programa de seguretat contra la violència masclista

Instituto de la Mujer

<http://www.mtas.es/mujer/>

Pàgina de l'organisme oficial del Govern Central (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) que promou les polítiques d'igualtat entre dones i homes. També dona informació de cursos, conferències ... telèfon gratuït d'informació 24 h. (900 191 010)

També hi ha estadístiques i una secció dedicada a la Violència

Consejo General del Poder Judicial

<http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>

Té una secció que és l'Observatori contra la Violència Domèstica i de Gènere on inclou guies, estadístiques i informes, sobre tot per allò que afecta la legislació vigent.

Guàrdia Civil

<http://www.guardiacivil.org/mujer/>

Pàgina de la Guàrdia Civil (Ministerio del Interior) on es tracta la violència domèstica. Hi ha legislació, definicions, formulari d'ordre de protecció...

Pàgines web d'associacions, recursos de dones, ongs...:

Themis: asociación de mujeres juristas

<http://www.mujeresjuristasthemis.org>

Associació sense ànim de lucre que amb l'objectiu de promoure la igualtat entre dones i homes realitza activitats (seminaris, conferències...) així com també assessoria i assistència jurídiques gratuïtes.

TAMAIA. Associació de Dones contra la Violència Familiar

<http://www.pangea.org/dona/tamaia/>

Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas

Hi ha un apartat de "Víctimes de violència de gènere" per anys (noms, fets, dates...)

<http://www.separadasydivorciadas.org/>

Red Estatal de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género

Agrupació de diverses associacions de dones de l'Estat amb l'objectiu de pressionar a les autoritats davant la inadequada resposta per part dels poders públics per afrontar la violència de gènere. Inclou llista de distribució, notícies, informes...

<http://www.redfeminista.org/>

Federación de Mujeres Progresistas

<http://www.fmujeresprogresistas.org/>

És una ONG d'àmbit estatal, sense ànim de lucre per a la defensa de la igualtat de drets i oportunitats per a les dones. Hi ha un apartat dedicat a la violència de gènere on s'ofereix telèfon gratuït, atenció psicològica...

Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres

<http://www.malostratos.org>

Portal on es dona informació referent a la violència de gènere (com actuar i què fer en aquests casos, notícies...)

Centro de Asistencia a Víctima de Agresiones Sexuales C.A.V.A.S

És una entitat sense ànim de lucre, que ofereix serveis gratuïts adones i nens que han sofert algun tipus d'agressió sexual. Entitat sensibilitzada en la violència de gènere.

<http://www.violacion.org>

Derechos humanos. Human rights

Entitat que treballa per promoure el respecte als drets humans i el dret humanitari internacional.

Dóna informació sobre els drets humans de la dona. Té enllaços i informació bàsica d'altres webs sobre el mateix tema

<http://www.derechos.org/ddhh/mujer>

Fundación mujeres

Organització privada no lucrativa, l'objectiu de la qual és promoure una major participació de la dona en tots els àmbits de la societat

<http://www.fundacionmujeres.es>

Instituto Social y Político de la mujer

ONG multidisciplinària y pluralista. Promou accions que possibilitin canvis en la condició de la dona. La violència contra les dones es tractada àmpliament en una de les seves campanyes

<http://www.ispm.org.ar/>

Mujeres en red

Espai de comunicació, d'informació (foros, notícies...) i solidaritat entre les dones al món.

Temes interessants: violència de gènere...

<http://www.nodo50.org/mujeresred>

Llibres d'autoajuda

-Almeida, Cristina.

Las Huellas de la violencia invisible. Barcelona : Ariel: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2005.

- Barea, Consuelo

Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo): detectar y prevenir la violencia de género -- Barcelona : Océano: Ámbar, 2004.

- Berbel, Esmeralda

Tracta'm bé. -- Barcelona : Edicions 62, 2004.

- Berbel, Esmeralda

Trátame bien : el maltrato físico y psicológico a examen.Hablan ellas: 18 testimonios de una superación . Barcelona : Alba, 2004.

- Bosch Fiol, Esperança ; V. A. Ferrer

La Voz de las invisibles : las víctimas de un mal amor que mata. -- Madrid : Cátedra, 2002.

- Cárdenas, Isabel ; Dora Ortiz.

Entre el amor y el odio : guía práctica contra el maltrato en la pareja.

Madrid :

Síntesis, DL 2005

- Díaz Herrera, J.

El varón castrado : verdades y mentiras de la violencia doméstica en España. Barcelona : Planeta, 2006

- **10 palabras clave sobre la violencia de género.** Estella(Navarra) : Verbo Divino, 2004.

- Garrido, Vicente

Amores que matan : acoso y violencia contra las mujeres .Alzira : Algar, 2001.

- Garrido, Vicente

El psicópata: un camaleón en la sociedad actual . Alzira:Algar, 2001.

- González Méndez, Rosaura ; J. D. Santana Hernández
Violencia en parejas jóvenes : análisis y prevención.Madrid : Pirámide, cop. 2001.
- Gracia Fuster, Enrique
Las Víctimas invisibles de la violencia doméstica : un extraño iceberg de la violencia doméstica . Barcelona : Paidós, cop. 2002.
- ***Guía de los derechos de las mujeres víctimas de violencia familiar .***
Madrid :
Instituto de la Mujer, 2002.
- ***Guía para combatir la violencia contra las mujeres*** =Emakumeen aurkako indarkeriari aurre egiteko gida. -- [3ª ed. revisada]. -- Vitoria-Gasteiz: Ayuntamiento, 2004.
- Hirigoyen, Marie-France
El Acoso moral : el maltrato psicológico en la vida cotidiana. Barcelona [etc.] : Paidós, 1999.
- Hirigoyen, Marie-France
Mujeres maltratadas : los mecanismos de la violencia en la pareja.Barcelona : Paidós, cop. 2006.
- Jacobson, Neil ; J. Gottman
Hombres que agreden a sus mujeres : como poner fin a las relaciones abusivas. Barcelona : Paidós, cop. 2001
- Kipen, Ana ; M. Caterberg.
Maltractament, un permís mil·lenari : la violència contra la dona. Barcelona : Intermón Oxfam, 2006.
- Linares, Juan Luis
Las formas de abuso : la violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella. Barcelona [etc.] : Paidós, cop. 2006.
- Lorente Acosta, Miguel
El Rompecabezas : anatomía del maltratador . Barcelona: Crítica, 2004.

- NicCarthy, Ginny

Libérate : cómo terminar con el maltrato y empezar una nueva vida.

Barcelona [etc.] : Paidós, D.L. 2003.

- Rodríguez de Armenta, María José.

SOS ... mujeres maltratadas. Madrid : Priámide, cop.2008

- ***El Rostro de la violencia : más allá del dolor de las mujeres.*** Barcelona : Icaria, 2002

- Stoyanova, Elena

Diario del miedo : el relato estremecedor de una mujer maltratada. Madrid : Temas de hoy, 2002.

- Suñer, Maite

Maltratadas : hablan las supervivientes . Barcelona: Plaza & Janés, 2002.

- ***Talla amb els mals rotllos*** [DVD] : per unes relacions lliures de violència. -- [Barcelona] : Institut Català de la Dona, D.L. 2005.

- Torre, Pedro de ; Francisco Javier Espada

Violencia en casa . Madrid : Aguilar, DL 1996. 177p. ; 21 cm.

- Trintignant, Nadine

Mi hija Marie : carta abierta a una víctima de la violencia del género. Madrid : Ediciones Martínez Roca, 2004.

- Varela, Nuria

Íbamos a ser reinas : mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres . Barcelona, [etc.] : Ediciones B, 2002.

- Velázquez Fernández, Manuel

Mobbing, violencia física y estrés en el trabajo . Barcelona: Gestión 2000, cop. 2005.

- ***Violencia : tolerancia cero : programa de prevención de la Obra Social "la Caixa"***.

Barcelona : Obra Social Fundació La Caixa, DL 2005.

- ***La Violencia contra las mujeres : prevención y detección : cómo promover***

desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas.

Madrid : Díaz de Santos, 2006.

- ***Violencia doméstica : la mujer golpeada y la familia*** .Barcelona [etc.] :

Granica,

cop. 1997.

- Wise, Sue

El Acoso sexual en la vida cotidiana . Barcelona [etc.]: Paidós, 1992

- Zubiaur, Paula

Gritos silenciosos : el terrible testimonio de una mujer en un matrimonio aparentemente perfecto . Madrid : Maeva, [2003].

Narrativa i cinema

- Alapont i Ramon, Pasqual

L'Infern de Marta / Pasqual Alapont. ***La Màscara del'amor*** / Vicente Garrido.

-

Alzira : Bromera, 2003.

- Castellano, Pep

Ferum de silenci . Picanya : Bullent, 2005. 116 p.: il. ; 19 cm. -- (Esplai ; 32)

24è Premi de narrativa juvenil Enric Valor 2004. [*Infantil i juvenil*]

- Doyle, Roddy

La Dona que ensopagava amb les portes . Barcelona :Edicions 62, 1997.

- Doyle, Roddy

La Mujer que se daba con las puertas . Madrid : Alfaguara,1997.

- Ganga i Viñes, Gòria

Violència : poemes que enyoren l'amor . Tarragona :Silva, 2003.

- Núñez, Luchy

Esa extraña vergüenza . León : Everest, D.L. 2004.

- Pastells, Josep

Pell de cilici. Barcelona : Empúries, DL 2003

Premi Just M. Casero 2002.

- Steel, Danielle

El Viaje . Barcelona : Plaza & Janés, 2002

- Simó, Isabel-Clara

T'imagines la vida sense ell? . 4ª ed. -- Barcelona: Columna, 2000.

- Simó, Isabel-Clara

Còmplices . Barcelona : Bromera, 2004

-Souad.

Quemada viva : el primer testimonio de una víctima de un crimende honor.

Barcelona : Martínez Roca, 2005.

- **El Círculo** [DVD] / una película de Jafar Panahi. -- Barcelona: Manga Films, cop.

2002

- **Durmiendo con su enemigo** [DVD] / dirigida por Joseph Ruben. -- Madrid : Twentieth Century Fox Home Entertainment España, cop. 2001

- **Fiebre salvaje** [DVD] : 3 cuelgues de Spike Lee / [produced, written and directed by

Spike Lee]. -- [Madrid] : Universal Pictures, cop. 2001.

- **Hierro 3** [DVD] = Bin-Jip / una película de Kim Ki-Duk. -- Barcelona : Cameo media,

cop. 2005.

- **El Manantial de la doncella** [DVD] / dirigida por Ingmar Bergman. -- Barcelona :

Manga Films, D.L. 2003

.

- **Por amor** [DVD] = Loved / guión y dirección Erin Digman. -- Barcelona : Filmax Home

Video, DL 2003

- **Solitud** [DVD] / una película de Roma Guardiet. -- [Barcelona]: Vernal Media [et al.],

cop. 2004.

- **Te doy mis ojos** [DVD] / dirección, Iciar Bollain. -- [Barcelona]: Manga Films, D.L.

2003

Estudis i assaigs

- **Agresiones contra la mujer** [DVD] / [producción: Instituto de la Mujer ; realización: Brennan Asociados]. -- Madrid : [Instituto de la Mujer],[1986]

- Alberdi, Inés ; Natalia Matas

La Violència domèstica : informe sobre els maltractaments adones a Espanya Barcelona : Fundació La Caixa, cop. 2002.

- Altarriba i Mercader, Francesc Xavier

Vivències silenciades : entrevistes a dones victimitzades .Barcelona : Institut Català de la Dona, 1992.

- Altarriba i Mercader, Francesc Xavier

Vivències silenciades : estudi d'opinió sobre la victimització de la dona a Catalunya . Barcelona : Institut Català de la Dona,1992.

- **El Amor y la sexualidad en la educación**. Madrid : Instituto de la Mujer, DL 2007

- Díaz-Aguado, M^a José ; Rosario Martínez Arias

La Construcción de la igualdad y la prevención de la violencia contra la mujer desde la educación secundaria . Madrid : Instituto de la Mujer, 2001.

- Echeburúa Odriozola, E.

Personalidades violentas. Madrid : Piràmide, 2003.

- **Enraona** [DVD] : per unes relacions lliures de violència.-- [Barcelona] : Institut Català de la Dona, D.L. 2006

- Falcón, Lidia

La Violencia que no cesa . Madrid : Vindicación feminista,2003.

- Fernández Santiago, Pedro

Violencia familiar : la visión de la mujer en casas de acogida. Valencia : Tirant lo Blanch, 2007.

- Gil Ambrona, Antonio.

Historia de la violencia contra las mujeres : misoginia y conflicto matrimonial en España. Madrid : Cátedra, 2008

- Gil Ruiz, Juana Maria

Los diferentes rostros de la violencia de género : ensayo jurídico a la luz de la Ley Integral (L.O.1/2004, de 28 de diciembre) y la Ley de Igualdad (L.O.

3/2007, de 22 de marzo). Madrid : Dykinson, cop. 2007.

- Gil Rodríguez, Eva Patricia; Imma Lloret Ayter

La Violència de gènere. Barcelona : UOC, 2007

- Juliano, Dolores.

Les altres dones : la construcció de l'exclusió social : els discursos que ens

uneixen i ens separen. Barcelona : Institut Català de les Dones, 2006

- Lorente Acosta, Miguel ; José Antonio Lorente Acosta

Agresión a la mujer : maltrato, violación y acoso : entre la realidad social y el mito cultural . 2ª ed. -- Granada : Comares, 1999.

- **Mujeres víctimas de la violencia doméstica : programa de actuación /** Francisco

Javier Labrador ... [et al.]. -- Madrid : Pirámide, cop. 2004.

- Mullender, Audrey

La Violencia doméstica : una nueva visión de un viejo problema. Barcelona [etc.] : Paidós, cop. 2000.

- Muntané, M. D.

Violencia contra las mujeres y sexualidad masculina . Barcelona : SDM, DL 2003.

- **Prevenir la violencia contra las mujeres [DVD] : construyendo la igualdad :** (programa para Educación Secundaria) . [Madrid] : Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales : Instituto de la Mujer, D.L. 2002. -- 2 DVD + 1 llibre

- **Protección de las mujeres contra la violencia : recomendación nº R (2002) 5,**

adoptada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 30 de abril de 2002,

y memorándum explicativo ; El Tráfico de seres humanos con fines de explotación

sexual : recomendación nº R (2000) 11, adoptada por el Comité de Ministros del

Consejo de Europa el 19 de mayo de 2000, y memorándum explicativo.--

Madrid :

Instituto de la Mujer, 2002

- Renfrew, John W.

La Agresión y sus causas. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: MAD ; México : Trillas, 2005.

- Romito, Patricia

Un silencio ensordecedor : la violencia ocultada contra mujeres y niños.

[[Barcelona] : Montesinos, DL 2007.

- Sanchis, Rosa

Tot per amor? : una experiència educativa contra la violència a la dona.

Barcelona : Associació de Mestres Rosa Sensat, 2006.

- Velázquez, Susana

Violencias cotidianas, violencia de género : escuchar, comprender, ayudar.

Buenos Aires : Paidós, 2003.

- **La Violència a casa** . Sabadell : Fundació Caixa de Sabadell, 2005

- **Violencia doméstica** / [elaborado por el Grupo de Salud Mental del PAPPS de la

semFYC]. -- Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, DL 2003

- "Violencia hacia las mujeres". a

La Salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. -- Madrid :

Instituto

de la Mujer, 2002. -- p. 133 - 156

Conté: tres ponències presentades al I Congreso Nacional "La Salud de las Mujeres:

Hacia la Igualdad de Género en Salud".

- **Violencia doméstica contra la mujeres.** Madrid : Defensor del Pueblo, 1998

195 p. : gràfics ; 24 cm. -- (Informes, estudios y documentos ; 10)

- **La Violencia y sus víctimas.** -- Madrid : Fundación Castro Verde, 2005

102 p. : il. ; 29 cm

- Vives Cases, Carmen

La Violencia contra la mujer en el espacio discursivo público. [S.l.] :

Disenarte, DL 2005. 127 p. ; 30 cm

Dret i legislació

- Delgado Martín, Joaquín

La Violencia doméstica : tratamiento jurídico : problemas penales y procesales : la jurisdicción civil. Madrid : Colex, 2001

- Espanya

Legislación de medidas de protección integral contra la violencia de género

: ley orgánica 1/2004 y normativa estatal e internacional complementaria y de

desarrollo. Madrid : Tecnos, 2005.

- **Estudios sobre la ley integral contra la violencia de género.** Madrid : Dykinson, DL 2006.

- Martínez García, Elena.

La Tutela judicial de la violencia de género. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer : Iustel, 2008.

Legislació : normativa bàsica

Estatal

- [Llei 40/2007, de 4 de desembre, en matèria de Seguretat Social](#)

La disposició addicional 30 modifica la Llei 1/2004 de mesures de protecció integral contra la violència de gènere

- [Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere](#)

(BOE, núm. 313, 29 de desembre de 2004)

- [Llei 27/2003, de 31 de juliol, reguladora de l'ordre de protecció de les víctimes de violència domèstica](#)
- [Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, la Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre de reforma del Codi Penal, i el Reial decret 355/2004, pel qual es crea un registre central per a la protecció de les víctimes de la violència domèstica, han complementat amb posterioritat la Llei 27/2003.](#)

Catalunya

- [Llei del dret de les dones a eradicar la violència masclista a Catalunya \(Web de l'Institut Català de les Dones\)](#)
- [LLEI 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, al DOGC núm.5123, 02/05/2008 \(DOGC\)](#)

6. Pag www d'interés

<http://www.guardiacivil.org/mujer/domestic.jsp>

http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/manual_estilo_periodistico.pdf

<http://www20.gencat.cat/portal/site/icdones>

http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/lo1_2004lvg.pdf

http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

7. Violació

http://www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/agressio.html

Accedir des de la pag ww de Sexejoves.gencat als següents termes:

- Abús emocional
- Abús físic
- Abús sexual
- Assetjament sexual
- Agressió sexual

Orientació Sexual

Conceptes generals sobre salut sexual

- Salut sexual és la integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials del ser sexual, per medis que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, la comunicació i l'amor

Organització Mundial de la Salut (1974)

Estudi sobre la sexualitat humana

- Sigmund Freud
- Charles Kinsey
- Master & Johnson
- Carrols

Sigmund Freud (1856-1936)

- Estudis sobre la Histèria (1895)
- Tres assajos sobre la teoria sexual (1905)

Aportacions:

- Etiologia sexual de la neurosis
- Incorpora concepte de sexualitat infantil

- Incorpora estructura de fases de desenvolupament psico-sexual
- Relaciona sexualitat i cultura

Charles Kinnsey (1894-1956)

- 1947 Fundació de l'Institut for Sex Research
- 1948 **El comportamiento sexual en el varón**
- 1953 **El comportamiento sexual en la mujer**

Aportacions:

- **Primer estudi quantitatiu** del comportament sexual humà

Què deia l'informe Kinsey?

- Que el 90% dels homes i 50% de les dones practiquen la masturbació ocasionalment
- Que aproximadament el 30% de la població, entre homes i dones, han tingut relacions homosexuals alguna vegada
- Que el 50% de les dones no eren verges quan es van casar
- Que el 25% de les dones casades han tingut relacions extramatrimonials

W.H. Master & V.E.Johnson

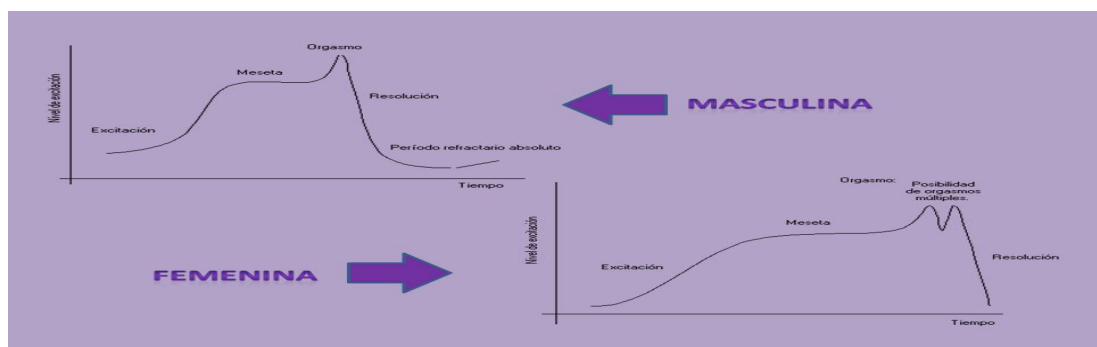
- 1966 La resposta sexual humana
- 1970 Incompatibilitat sexual humana

Aportacions:

- Estudi estricte de la sexualitat en un laboratori
- Anàlisi de la resposta sexual

-Proposta de models terapèutics de la resposta sexual

- El model de Master & Jonsons
- Mirarem el pacient no com a individu sinó com a parella
- Per tant farem el treball en parella
- Degut als prejudicis socials i per protegir els pacients, es proposa que l'equip terapèutic també estigui format per una parella
- Recollida de dades exhaustiva: Es demana al pacient informació sobre aspectes emocionals i de relació
- Els terapeutes donen importància a la comunicació interpersonal, inseguretats i pors,...
- Tenen en compte condicionants socials educatius i religiosos.
- Aïllament durant la teràpia
- Selecció exhaustiva dels pacients
- Teràpia marcada per indicadors i tasques precises
- Compromís de continuïtat



■ Model Carrobes – 1991

■ Anàlisi:

- ❖ Fisiologia
- ❖ Nivell de informació

- ❖ Aspectes conductuals i d'aprenentatge
- ❖ Aspectes cognitius
- ❖ Aspectes psicodinàmics o intrapsíquics
- ❖ Aspectes relacionals

EPITEX

Objectiu terapia sexual

lluita contra:

- Ignorància, desinformació i falsos mites
- Mals aprenentatges
- Temors i pors
- Culpa i vergonya
- Ansietat
- Actituds limitadores
- Pressió pel rendiment i autoexigència
- Pensaments automàtics
- Malestar derivat de relacions disfuncionals

Referències:

- Informe Malo de Molina, 1998
- Instituto Nacional de Estadística, 2004
- Informe Durex, 2007/08
- Encuesta Bayer Schering Pharma, 2009
- Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella (Pere Font i Elena Crespi, 2012)

Disfuncions sexuals

Definició d'orgasme

- L'**orgasme** és el punt culminant de l'excitació sexual que ve precedit per la fase d'excitació i fase d'altiplà en la resposta sexual humana. S'allibera la tensió sexual acumulada durant les fases precedents i s'experimenta una gran sensació de plaer en la zona genital.

Com funciona la resposta sexual humana?



Fases resposta sexual humana (Masters & Johnson)

- Excitació
- Estacionària
- Orgàsmica
- Resolució
- En l'home període refractari
- Kaplan comença a treballar amb el desig

Sempre funciona així la resposta sexual?

Rosemary Basson



- Desig “innat”- satisfacció sexual (orgasme)
- Estar receptiu
- Excitació psicològica
- Benestar situacional
- Motius personals i de parella (voler mantenir relacions sexuals)
- Lubrificació
- Augmenta la intimitat emocional

Factors que disminueixen el desig

- Problemes de parella
- Problemes familiars
- Problemes individuals
- Baixa autoestima
- Inseguretat
- Canvis hormonals
- Estrès
- Fills

- Escassa educació sexual
- Poca fantasia sexual
- Mites i falses creences sobre sexualitat
- Altres problemes sexuals

Factors que augmenten el desig

- Tenir un bon nivell de relació sexual en parella
- Tenir una relació de parella sana
- Mantenir una bona relació amb els familiars
- Gaudir de una bona salut mental
- Autoestima elevada
- Seguretat personal
- No tenir problemes físics
- Bona educació sexual
- No viure sota mites i falses creences en sexualitat
- Bon nivell de fantasies sexuals

Disfuncions sexuals

DSM-IV	CIE-10
(classificació)	
Desig sexual hipoactiu	Pèrdua o absència de desig sexual
Trastorn d'aversiò sexual	Rebuig sexual i absència de plaer sexual
Trastorn de l'excitació sexual	Fracàs en la resposta genital
Trastorn orgàsmic	Disfunció orgàsmica
-	Ejaculació precoç
Disparèunia	Disparèunia i vaginisme no orgànic
Vaginisme	Impuls sexual excessiu

Disfuncions sexuals masculines

Ejaculació precoç

- Incapacitat per controlar l'ejaculació, de manera suficientment perquè els dos membres de la parella gaudeixin (Com gaudeixen els dos membres de la parella?)
- També es pot donar abans de la penetració o just en el seu inici
- Important a treballar: angoixa, conèixer les pròpies sensacions

Prevalença: 20% població general (més freqüent en joves)

Disfunció erèctil

- Incapacitat persistent o repetida per aconseguir i/o mantenir una erecció suficientment rígida que permeti una relació sexual satisfactòria
- Cal demanar: “Què és una relació sexual satisfactòria?”
- Important a treballar: expectatives de la relació sexual
- Prevalença: incrementa amb l'edat (8,6% dels 25 als 39 anys, 49% dels 60 al 70 anys)

Ejaculació retardada

- Retard o absència persistent de l'ejaculació.
- Normalment no impedeix l'erecció
- Important a treballar: pors i vergonyes, capacitat de centrar-se en un mateix, angoixa
- Prevalença: 4-18% població general. Entre el 9 i el 40% d'aquests prenen antidepressius

Disfuncions sexuals femenines

Vaginisme

- Presència d'espasmes musculars involuntaris (terç superior musculatura perineal de la vagina) que interfereix en les relacions sexuals i qualsevol inserció/penetració.

Intensitat variable.

- Important a treballar: rigidesa, pors i angoixes, falses creences
- Prevalença: 15-17% de les dones

Anorgàsmia

- Absència de plaer, de “clímax” en les relacions sexuals
- L'absència d'orgasme durant el coit no constitueix una disfunció sexual

- Important a treballar: mites i falses creences
- Prevalença: del 24 al 30% de la població general

Disfuncions sexuals mixtes

Aversió al sexe

- Aversió fòbica o repugnància a les situacions sexuals
- Pot incloure: evitació i por a situacions o conductes que portin a l'activitat sexual o limitar-se a situacions específiques, persones específiques, parts del cos específiques o certs actes sexuals
- Important a treballar: educació afectiva i sexual, ansietat.
- Complexa a l'hora de calcular prevalències

Disparèunia

- Experimentar dolor abans, durant i després de l'activitat sexual o en resposta a tocaments dels genitals
- No només amb la penetració. Pot anar del lleu malestar a un dolor agut.
- Important a treballar: ansietat, musculatura pèlvica
- Prevalença: 14,4% dones i 1-3% homes

Desig sexual hipoactiu

- Baix nivell d'apetència sexual i interès sexual per iniciar la relació sexual que es presenta de manera recurrent
- Inclou pobresa o absència de fantasies i pensaments sexuals
- Important a treballar: concepte sexualitat, permís...
- Prevalença: **33,4% de les dones** i 15,8% dels homes

Model Carrobles – 1991

E - P - I - TEX

(E) Educació i informació

- Persones que se senten poc valorades físicament
- Persones que se senten poc atractives
- Parelles que es passen la causa del problema
- Parelles que no tenen temps, tenen fills petits, tenen preocupacions

(P) Permís

- Primer nivell de intervenció
- Canviar actituds negatives i limitadores
- Pensament de “ no estar a l'alçada”
- Persones amb grans conviccions morals o religioses
- Infidelitats
- Incomunicació parella: no parlar, no demanar,...

(I) Indicacions i pautes concretes

- Segon nivell intervenció
- Reduir o eliminar ansietat davant RS
- Teràpia sexual bàsica
- Persones amb molta ansietat (en general)
- Persones amb molta pressió per la parella
- Dones amb vaginismes que responen amb fòbies

(TEX) Teràpia sexual, estricta

- Tercer nivell d'intervenció
- Problemes cronificats, psicològics, impacte emocional, desconfiança,...
- Nivell repressiu sexual molt intens (bloqueig)
- Ejaculació precoç, després de 15 anys de convivència
- Dones que mai han experimentat orgasme
- Parelles que la infidelitat ha desestabilitzat intensament

Teràpia sexual (lluita contra)

- Ignorància, desinformació i falsos mites
- Mals aprenentatges
- Temors i pors
- Culpa i vergonya
- Ansietat
- Actituds limitadores
- Pressió i autoexigència
- Pensaments automàtics
- Malestar a conseqüència de relacions disfuncionals

Mutilació Genital Femenina. Veure article.

HPV

Què és el coll uterí o cervix?

- L'úter o matriu és un òrgan de l'aparell reproductor femení
- Constituït per dues parts totalment diferenciades:
 - El cos uterí on es produeix la gestació.
 - El coll uterí o cervix: ocupa la part més inferior de la matriu i contacta amb la vagina.

El càncer de coll uterí és el primer o segon càncer més freqüent entre les dones, juntament amb el càncer de mama.

A Europa aquest càncer ocupa la segona posició en freqüència

- A Espanya és el càncer més freqüent entre les dones menors de 45 anys.
- Cada any es diagnostiquen al voltant de 2100 nous casos de càncer de coll uterí.
- Cada dia moren aproximadament dues dones a causa d'aquest càncer.
- A Catalunya es diagnostiquen uns 348 casos anuals de càncer de coll uterí.
- Representa el 3% de tots els tumors a les dones.
- La majoria de casos es diagnostiquen a dones entre 35 i 50 anys d'edat.

HISTÒRIA

Abans de 1900

H. Hinselmann (1884-1959)

Colposcòpia 1925

G. N. Papanicolaou (1883-1962)

Citologia 1943

Què causa el càncer de coll uterí?

- Gràcies a les investigacions científiques, des dels anys '80 sabem que el Virus del Papil·loma Humà (VPH) és l'agent principal causant d'aquest tumor.
- Això vol dir que TOTS els CÀNCERS DE COLL UTERÍ presenten una INFECCIÓ prèvia pel HPV.

Agent causal i necessari - HPV

TIPUS VPH

•Hi ha més de cent tipus diferents de VPH, dels quals més de trenta poden infectar les mucoses del tracte genital dels dos sexes. Es classifiquen en VPH de baix i d'alt risc.

•**Alt risc: tipus VPH 16 i 18** (responsables del 70% de casos de càncer de coll uterí).

•**Baix risc: tipus VPH 6 i 11** (responsables principals de berrugues genitals, vulva, penis i mucosa anal).

HPV

•La major part de les infeccions per VPH cursen de manera asimptomàtica i desapareixen espontàniament.

•Són molt pocs els casos en els quals no s'elimina la infecció.

•La infecció pel VPH és molt freqüent en dones joves sexualment actives. Al cap de dotze mesos aproximadament, la meitat de les dones VPH positives es negativitzen

La infecció genital pel VPH és una infecció de transmissió sexual.

•Es pot considerar la infecció de transmissió sexual més freqüent.

•Es calcula que aproximadament el 75-80% de les dones sexualment actives han tingut almenys una infecció pel VPH abans dels 50 anys .

•La majoria de les infeccions pel VPH son asimptomàtiques.

Almenys un 80% de les persones sexualment actives estaran infectades pel VPH genital en algun moment de les seves vides.

•En 9 de cada 10 casos la infecció remetrà per si mateixa, sense haver provocat ni símptomes ni lesions.

El risc d'infecció en la dona està clarament relacionat amb el seu comportament sexual:

•l'edat del primer coit

• el nombre de companys sexuals

- les relacions sexuals amb homes que han tingut o tenen múltiples parelles sexuals.

Factors de progressió implicats en la persistència de la infecció (genotip, la integració i la càrrega viral per unitat cel·lular).

- Factors addicionals de risc de progressió són els factors hormonals (paritat i anticonceptius orals), tabac, presència d'infeccions concomitants (*Chlamydia trachomatis*, virus de l'herpes simple tipus 2, *Neisseria gonorrhoeae*), i estats d'immunosupressió (VIH) (Castellsagué & Muñoz, 2003)

És important no confondre:

- Estar infectat amb el VPH amb tenir un càncer de coll uterí.
- El virus de l'herpes (VHS) que causa l'herpes genital i les nafres a la boca.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMÀ



- >100 tipus del virus

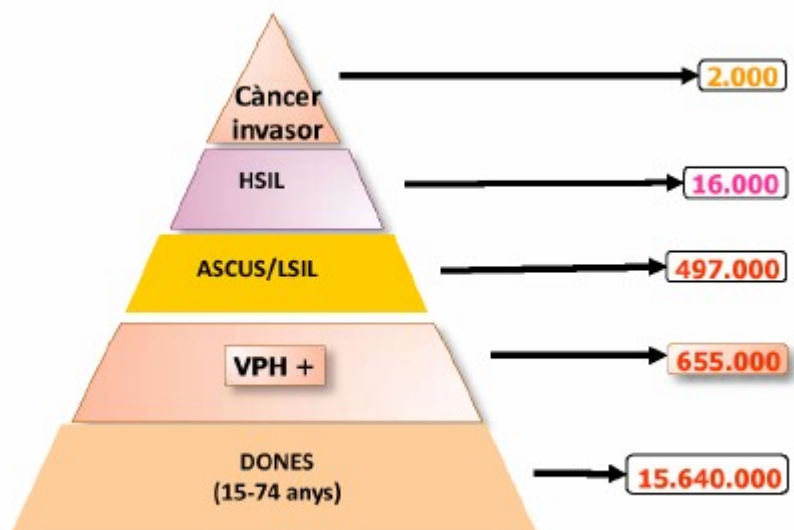
✓ Tipus cutanis (berrugues cutànies, epidermodisplàsia v, càncer de pell no melanoma)

✓ Tipus mucosals, classificats en diferents grups en funció del risc d'associació al càncer de cèrvix:

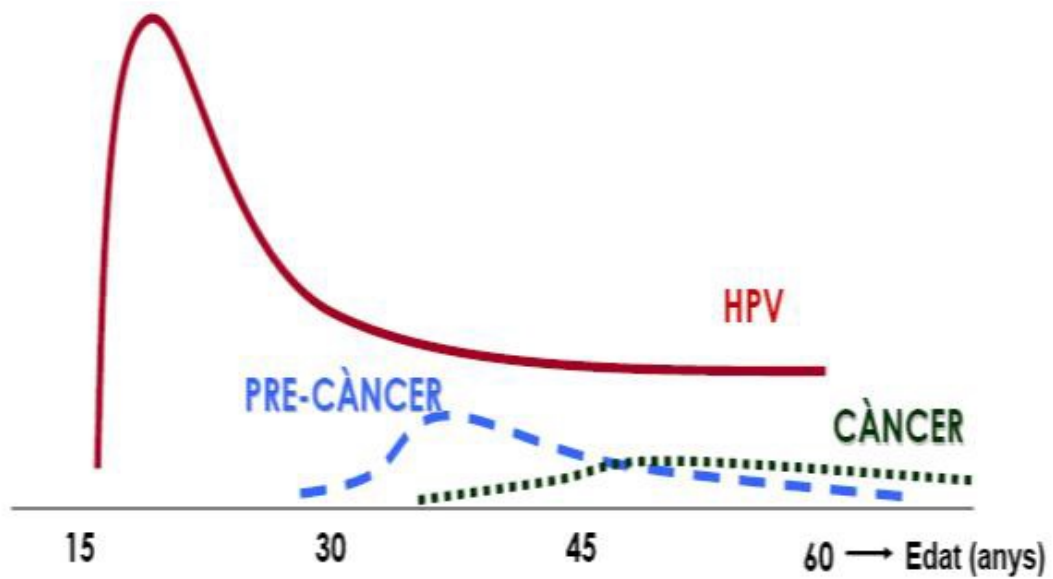
- Baix risc, berrugues genitals i epiteli normal (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 and CP6108)
- De probable alt risc, tipus probablement carcinogènics (26, 53, 66, 68, 73 and 82)
- Alt risc, freqüentment associats a càncer de coll uterí (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 and 59)

Desenvolupament càncer de coll uterí

- Només si la infecció per HVP d'alt risc es manté en el temps podem estar a risc de desenvolupar un càncer de coll uterí.
- El càncer constitueix la darrera fase de tot aquest procés de canvis cel·lulars.



Història natural de la infecció pel VPH

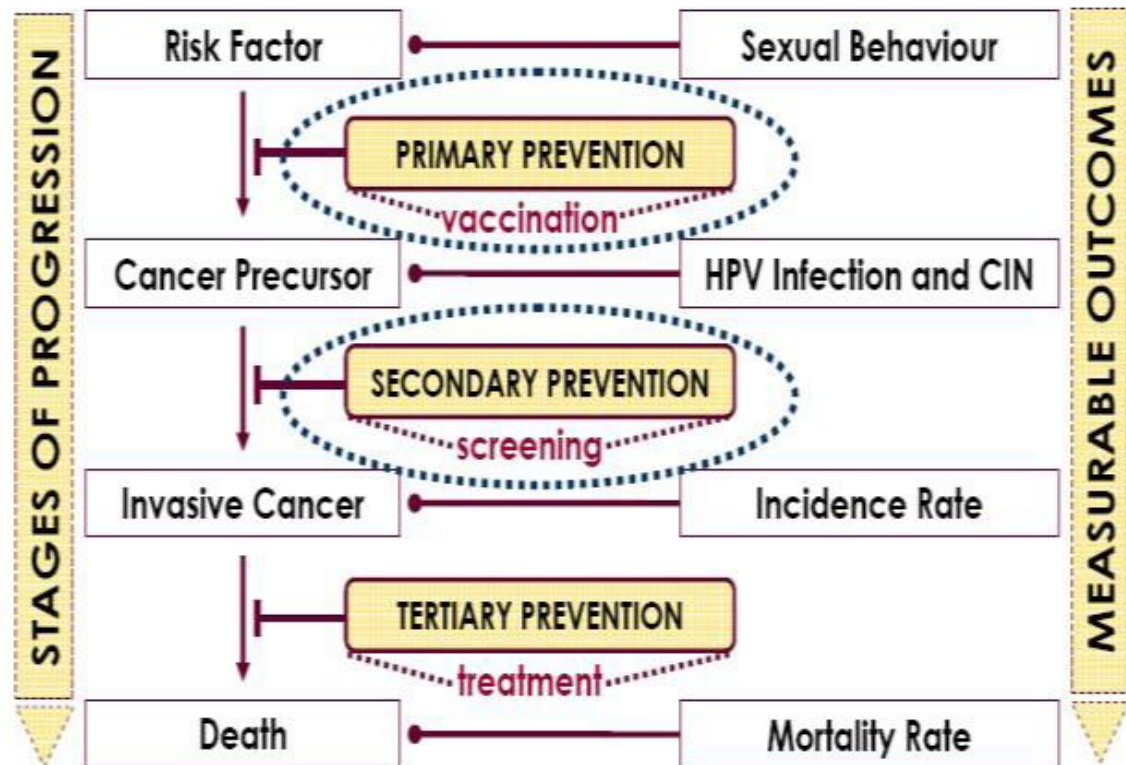


HPV – Malalties associades ICO

- L'impacte del VPH en el càncer i altres malalties és més gran del que s'havia pensat.

- El VPH es pot considerar una pandèmia

Oportunitats d'intervencions en la prevenció del càncer de coll uterí



Chapter 20. Franco EL et al. In: HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer, 2006

Prevençió càncer coll uterí

- 1. Prevençió primària: vacunació
- 2. Prevençió secundària: cribatge
- 3. Prevençió terciària: tractament

VACUNES: Gardasil (6/11/16/18) Cervarix (16/18)

ARTICLES CIENTÍFICS - MATERIAL D'ESTUDI PER L'EXAMEN

Els següents articles són d'interès científic i entren com a part del temari de l'assignatura. També **seran avaluats en els corresponents exàmens**.
Per descarregar-vos l'article sencera cal que aneu a la següent adreça i poseu la ressenya bibliogràfica que detallem a continuació:

<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion>

Llistat d'articles per temes:

1. Entrevista clínica y sexualidad

Entrevista clínica y sexualidad

Autores: Viñas Llebot H

El abordaje de la sexualidad en la realización de la historia clínica plantea en ocasiones dudas e incertidumbres sobre cómo llevarla a cabo. Para solventar dichas dificultades es necesario, en primer lugar, estructurar la entrevista mediante la formulación de objetivos, la definición de los contenidos a tratar, la utilización de una metodología facilitadora y la valoración continuada sobre el transcurso de la misma. En segundo lugar, es importante destacar la influencia que los valores y actitudes personales ejercen en la relación entre la matrona y la mujer.

Revista: Matronas Prof. 2001;2(4):4-8

2. Esterilitat – Infertilitat

2.1. Programa de educación para la salud en atención especializada, dirigido a parejas con problemas de esterilidad

Autores: Mariscal Merlos T, Martín Sánchez R, Oliva Martínez M, Redondo Escudero M, Ripoll Ballester A, Fernández y Fernández-Arroyo M

Este artículo presenta un programa de salud para la atención a parejas con problemas de esterilidad, que puede desarrollarse en el hospital por matronas de una consulta específica coordinada con la consulta médica de esterilidad. El objetivo del programa es reducir el grado de ansiedad y de insatisfacción sexual generado por el proceso de búsqueda de descendencia, facilitando la información y el apoyo psicoemocional necesario. Se propone un programa de salud integrado por dos apartados: el primero, un módulo general con siete sesiones, que abarca diferentes aspectos de salud; y el segundo, específico de sexualidad, también con siete sesiones. Al final se sugiere un cuestionario como método de evaluación del programa.

Sección: Formación continuada

Revista: Matronas Prof. 2005;6(2):5-13

2.2. Asesoramiento y educación sanitaria a la mujer: el deseo de procrear (I)

Autores: Soler F

En este artículo se repasan algunos tópicos falsos que guían los comportamientos de las mujeres deseosas de concebir, y se aportan datos que la matrona podrá transmitir para ayudar a la pareja a conseguir su objetivo con menos demora. Antes de derivar a la pareja a muchas pruebas y tratamientos, debería mostrarse el moco cervical como señal de la fase fértil del ciclo menstrual y el registro de la temperatura basal como prueba diagnóstica de la ovulación

Revista: Matronas Prof. 2003;4(12):22-33

2.3. Vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital «12 de Octubre» de la Comunidad de Madrid

Autores: Esther Martín-Jiménez, Eloísa Muñoz-Ortega, Lilian Ramis-Vidal, Olga Vicente-Mallén

Fundamento: No existe un consenso sobre las repercusiones que tiene la infertilidad sobre la sexualidad. La infertilidad se considera un factor de alto riesgo para las disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Objetivo: Analizar la vivencia de la sexualidad en hombres y mujeres en tratamiento de infertilidad en el Hospital «12 de Octubre» de Madrid. Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal a las mujeres y hombres en tratamiento en la consulta de esterilidad de dicho hospital, entre noviembre de 2007 y abril de 2008. Las mujeres y los hombres respondían al instrumento de medida utilizado: en las mujeres se determinó el índice de función sexual femenina (FSFI) y en los hombres al índice de función eréctil (IIEF). Resultados: Se repartieron 196 cuestionarios, a los que respondieron el 75,25% (n= 73) de los varones y el 81,63% (n= 80) de las mujeres. Para la exposición de resultados se agruparon las variables en siete bloques: satisfacción sexual, deseo, orgasmo, frecuencia sexual, excitación, lubricación y dolor. Como resultado significativo ($p < 0,001$) destacó la diferencia entre hombres y mujeres respecto a los aspectos de satisfacción en su vida sexual, el nivel de excitación y la frecuencia de orgasmo. También se analizaron las relaciones entre las variables estudiadas y las variables independientes. Conclusiones: Se destaca la importancia de la muestra obtenida, dada la dificultad de conseguir cuestionarios que incluyan preguntas muy personales e íntimas. Los resultados indican que los varones presentan una menor satisfacción sexual y una menor frecuencia de deseo que las mujeres, así como una mayor frecuencia en alcanzar el orgasmo.

Sección: Artículos originales

Revista: Matronas Prof. 2011;12(3):74-81

3. Climateri – Menopausa

3.1. Sexualidad y afectividad en el climaterio

Autores: Manso Martínez ME

Se analizan los cambios que se pueden producir en la sexualidad durante el climaterio. Se revisan la valoración, los diagnósticos y los cuidados de enfermería relacionados con el patrón de sexualidad y se proponen estrategias prácticas de acción desde un modelo integral.

Revista: Matronas Prof. 2002;3(8):13-20

3.2. Promoción de la salud en el climaterio

Autores: Goberna Tricas J

El climaterio constituye una etapa de la vida de la mujer de límites imprecisos, situada entre los 45 y 64 años de edad. Es una época en la que se producen importantes cambios, tanto desde el punto de vista físico como social. La educación sanitaria durante este periodo se convierte en un elemento clave para la promoción de la salud. Temas como la adecuada alimentación, evitar los tóxicos, mantenerse activa, realizar actividades preventivas o utilizar los servicios de salud específicos constituyen los pilares básicos de la educación sanitaria en esta etapa. La matrona tiene una importante función profesional como educadora; para ello, debe aportar conocimientos, capacitación y estímulo para mantener y aumentar la salud y calidad de vida de la mujer. Durante el proceso de educación sanitaria, la matrona debe promover que la mujer adquiera un mayor control sobre su propia salud con el objetivo de conservarla y mejorarla.

Revista: Matronas Prof. 2002;3(8):4-12

4. Linfedema

Cuidados de enfermería/matrona en una mujer con linfedema secundario a cáncer ginecológico avanzado: caso clínico

Autores: Giovanna Bastidas Lillo, Giselle Riquelme Hernández

Se presenta el caso de una mujer de 58 años con diagnóstico de linfedema secundario a un cáncer ginecológico avanzado. Se aplica el proceso de enfermería siguiendo el modelo de Gordon. Se identifican los problemas que pueden abordarse desde enfermería, se establece el diagnóstico y se planifican las intervenciones para mejorar las condiciones de salud. Hay que tener en cuenta que la atención ofrecida a un paciente con linfedema secundario a cáncer ginecológico consiste

básicamente en la adopción de medidas no farmacológicas, unas medidas que el equipo de enfermería y matronas puede ofrecer para mejorar la calidad de vida del paciente.

Revista: Matronas Prof. 2015; 16(2): e1-e4

5.Mutilació Genital Femenina

Una visión global de la mutilación genital femenina

Autores: Meritxell Casajoana Guerrero, Elisabeth Caravaca Nieto, M.^a Isabel Martínez Madrigal

La Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otras organizaciones utilizan tanto el término «mutilación genital femenina» (MGF) como los de «circuncisión femenina» o «exéresis genital femenina». Este tipo de prácticas atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres y las niñas. Los análisis más recientes indican que, anualmente, unos 4 millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación en el continente africano. Casi la mitad de las afectadas se ubican en dos países: Egipto y Etiopía. Es preciso un asesoramiento jurídico a los profesionales de la salud que garantice las acciones para luchar contra estas prácticas tradicionales de mutilación de los genitales de la mujer, que constituyen una violación de los derechos humanos, en particular por su carácter discriminatorio y violento y por las consecuencias perjudiciales que conllevan para la salud. En la legislación española cualquier mutilación constituye un delito de lesiones, tipificado y sancionado. El objetivo de este trabajo es realizar una actualización sobre la MGF y sobre las recomendaciones en los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Sección: Revisión bibliográfica

Revista: Matronas Prof. 2012;13(3-4):76-82

6.Violència de Gènere

Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo

Autores: M.^a Analía Gómez-Fernández, Josefina Goberna-Tricas, Montserrat Payà-Sánchez.

La violencia de género es un grave problema social en todo el mundo, por su gravedad y su elevada prevalencia. Puede provocar patologías, incapacidad e incluso la muerte, y tiene repercusiones sobre la salud física, psíquica, social y sexual-reproductiva de la mujer. Si la violencia se ejerce durante el embarazo, puede tener consecuencias no sólo para la mujer, sino también para el feto en desarrollo y el futuro hijo. Existen una serie de funciones mínimas que los profesionales deben desarrollar, como preguntar sobre violencia de género con regularidad, informar y remitir a las mujeres

que la sufran a los recursos disponibles de la comunidad, registrar los casos y conocer la legislación vigente del país

Revista: Matronas Prof. 2015; 16(4): 124-130

Bibliografia bàsica

Donat F. Enfermería maternal y gienecología. Barcelona: Masson; 2000.

Seguranyes G. Enfermería maternal. Barcelona: Masson; 1992.

FAME. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Fame; 2007

<http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>

Generalitat de Catalunya. Protocol de les Activitats de Cribatge del Càncer de Coll Uterí a l'Atenció Primària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.

Generalitat de Catalunya. Protocolo para la Asistencia Natural al parto normal. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007.

Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.

Mateos Cachorro A. Maternidad y parto: nuestras ancestras y nosotras. Valladolid: CENIEH; 2010.

Calais-Germain B. Anatomia para el movimiento. El periné femenino y el parto. Barcelona: La liebre de marzo; 2007.

Gonzalez C. Un regalo para toda la vida. Barcelona: Temas de hoy; 2006.

Gonzalez C. Manual práctico de lactancia materna. Barcelona: ACPAM; 2008.

Bibliografia de consulta

Didona NA, Marks MG, Kumm R. Enfermería maternal. Mexico: McGraw-Hill – Interamericana; 1998

Dickason EJ, Silverman BL, Kaplan JA. Enfermería Materno-infantil. 3ª edición. Madrid: Hartcourt Brace ESP; 1999.

Borroughs A. Enfermería materno-infantil. 7ª edición. Madrid: McGraw-Interamericana; 1999.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. Consells per a l'embarassada. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1990.

Kitzinger S. Embarazo y Nacimiento. Madrid: Ed. McGraw-Hill/Interamericana, 1991.

Langman S, Ferrán JL, VauthayL. Embriología Médica con orientación clínica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001.

Reeder S, Martín LL, Koniak, D. Enfermería Materno-infantil. Madrid McGraw-Hill/Interamericana; 1995.

Venrell JA, Iglesias X, Cabero LL. Manual d'obstetrícia per a pregraduats. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona; 1996.

Torrens RM. Enfermería de la Mujer. Enfermería S21. Madrid : Difusión Avances de Enfermería; 2000.

Martínez Roche M^aE. Manual de procedimientos de enfermería materno-infantil. Murcia:Universidad de Murcia. Colección manuales y materiales didácticos, 32. 1994.

Pàgines Web d'interès

<http://www.llevadores.cat/html/frame/frame.htm>

<http://www.sego.es/>

<http://www.aeped.es/>

<http://www.gencat.cat/>

<http://94.229.161.108/BCP/> (Cochrane Plus)

<http://www.internationalmidwives.org/>

<http://www.federacion-matronas.org/>

<http://www.rcm.org.uk/>

<http://www.guardiacivil.org/mujer/domestic.jsp>

http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/manual_estilo_perio_distico.pdf

<http://www20.gencat.cat/portal/site/icdone>

http://www20.gencat.cat/docs/Adjudat/Documents/ARXIUS/lo1_2004lvq.pdf

http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf

<http://www.grupslactancia.org/es/>