

MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Reproductiva en el SNS

2. Título de la experiencia

Matronatación en gestantes

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Comunidad Valenciana
- **Nombre de la entidad:** Agencia Valenciana de Salud. Departamento de Salud de Castellón
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Avd Benicàssim s/n
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: M^a José Adsuara Molina
 - E-mail: adsuara_mjo@gva.es
 - Teléfonos: 964725030
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Ruth Tirado Ramos
 - E-mail: ruthtiradoramos78@gmail.com
 - Teléfonos: 653941893

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Isabel Pérez García	beligua@gmail.com	652656764	Matrona CA Raval Universitat Castellón.	Agencia Valenciana de Salud. Departamento de salud de Castellón

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Octubre 2017
- **Actualmente en activo:** Si
- **Prevista su finalización:** No

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	SALUD REPRODUCTIVA (EMBARAZO)

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane Library, CINAHL, Medline, Cuiden, Cuidatge y PubMed. Para realizar la búsqueda bibliográfica se consultó el índice de descriptores de la salud (Decs) edición 2019 de la Biblioteca Virtual en Salud obteniéndose las siguientes palabras claves: embarazo, ejercicio físico y deportes acuáticos y en inglés pregnancy, exercise and water sports. Se limitó la búsqueda por idioma (inglés y castellano) y por tiempo (desde 2010 hasta 2019).

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria**.



El resultado del proceso de búsqueda permitió seleccionar 18 estudios que cumplieron con los criterios de selección. La validez de los artículos seleccionados estuvo dada por el grado de evidencias demostrado, por las recomendaciones del artículo y por la aplicabilidad a nuestro contexto. La búsqueda se llevó a cabo por las autoras de la investigación.

La OMS ⁽¹⁾ establece que una tasa de cesáreas de hasta el 10% disminuye la mortalidad materna y neonatal, pero cuando dicha tasa aumenta por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observa ningún efecto sobre dicha mortalidad. La tasa de cesáreas en el departamento de salud de Castellón en 2017 fue del 27,98%. ⁽²⁾

Diversos estudios ⁽³⁻⁵⁾ afirman que realizar ejercicio físico durante la gestación ya sea iniciando a las gestantes en su práctica si eran sedentarias o manteniendo y adaptando dicha práctica al embarazo en caso de gestantes activas, aporta múltiples beneficios para la salud ya que ayuda a controlar el peso materno, reduce el riesgo de diabetes e hipertensión en mujeres obesas, aporta bienestar psicológico y disminuye el número de cesáreas y de partos instrumentados.

Las mujeres embarazadas que realizan ejercicio tres veces por semana a una intensidad moderada, tienen bebés más grandes que las sedentarias (3682 gramos frente a 3364 gramos), lo que tal vez se deba a un mayor volumen placentario que hace que el flujo sanguíneo y la nutrición del feto sean mejores. ⁽⁶⁾ En mujeres con una buena condición física y que siguen manteniendo su actividad durante el embarazo, se ha observado que el desarrollo psicomotor del feto es superior, respecto a las sedentarias. ⁽⁷⁾

La matrona de atención primaria en nuestro departamento, es la que realiza todo el seguimiento del embarazo y puerperio fisiológico por lo tanto es el profesional ideal para realizar la educación sanitaria ya sea en la consulta o en las clases de educación maternal ⁽⁸⁾ y de esta manera incidir, iniciar y aconsejar según la última evidencia científica en la práctica de actividad física durante la gestación.

Existen evidencias del aumento de las tasas de inactividad física durante el embarazo, estas oscilan entre el 64,5% y el 91,5%, con tendencia a aumentar en el tercer trimestre del embarazo ⁽⁹⁾. En diversos estudios ⁽¹⁰⁻¹³⁾ se constata que las mujeres embarazadas son menos activas que las no embarazadas, actividad que decae durante el embarazo. La inactividad física durante el embarazo se asocia con una mayor probabilidad de ingreso de los lactantes en las unidades de cuidados intensivos neonatales, de parto pretérmino, de bajo peso al nacer, de restricción del crecimiento intrauterino y, por último, como se ha afirmado anteriormente de cesárea. ⁽¹⁴⁾

Existen un consenso con fuerte evidencia científica ^(3,4) que desaconseja todo aquel ejercicio o deporte que suponga riesgo de impacto o presión-descompresión en el abdomen materno y que pueden provocar traumatismos en el feto, entre otros el fútbol, baloncesto, voleibol, boxeo y

hockey sobre hielo actividades con alto riesgo de caída como esquí, ciclismo, equitación, escalada, judo, patinaje y esgrima, también se desaconseja la práctica de submarinismo y algunos tipos de yoga y pilates como el bikram yoga y “hot pilates”.

El agua es el medio ideal para que la mujer en estado de gestación se mueva. La capacidad de flotación e ingravidez que proporciona el líquido favorecen la libertad de movimientos, de forma que la gestante puede adoptar posturas incómodas e imposibles de realizar en tierra firme. La presión del agua reduce el riesgo de lesiones tanto en la madre como en el bebé por traumatismos o movimientos bruscos, ya que impide sobrepasar los límites. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

La práctica de ejercicio físico en el agua es el medio ideal y una alternativa segura. La flotabilidad e ingravidez que se obtiene durante la práctica de ejercicio físico en el agua favorece la libertad de movimientos hecho que permite adoptar posturas imposibles de realizar fuera del medio acuático, al mismo tiempo la presión del agua permite reducir el riesgo de lesiones que podrían producirse por traumatismos y movimientos bruscos y se sugiere una disminución de los edemas periféricos por un aumento de la diuresis y la natriuresis. ⁽¹⁸⁾

En aquellos casos en que las mujeres experimentan dolor lumbar, el ejercicio acuático es una excelente alternativa. ⁽³⁾

A nivel psicológico la relación con otras mujeres o el placer de la práctica de ejercicio en piscina fomentan la relajación y favorecen una actitud psicológica más positiva. ⁽¹⁸⁾

Existen contraindicaciones médicas absolutas y relativas ⁽³⁾ a la práctica de ejercicio físico aeróbico durante la gestación. Las matronas de atención primaria del departamento de salud de Castellón son las encargadas de realizar dicha valoración y de informar a las gestantes de la señales de advertencia para interrumpir el ejercicio durante el embarazo si finalmente se le indicase. ⁽³⁾

Creemos necesario incidir en la actividad física durante la gestación como una **herramienta de promoción y mantenimiento de la salud**, que entre otros beneficios nos podría ayudar a disminuir el número de cesáreas. Nuestra propuesta es hacer un ejercicio físico moderado en el agua, aprovechando las características físicas de este medio; buscamos contrarrestar la fuerza de la gravedad con la fuerza de la flotación y con ello disminuir la carga del peso del cuerpo de la mujer, facilitar la amplitud de sus movimiento, evitar las sobrecargas en las articulaciones y reducir los impactos.

9. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer la correlación entre matronatación y partos vaginales.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Describir las características de la población que acude a matronatación.
- Conocer el número de sesiones realizadas por las participantes.
- Conocer el porcentaje de cesáreas en nuestra muestra.
- Conocer el tipo de analgesia utilizada por las gestantes en el momento del parto.
- Conocer la duración media del parto en minutos en las gestantes de la muestra.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El departamento de salud de Castellón está formado por un total de 23 centros de salud (13 en zona rural y 10 en zona urbana) y cuenta con 16 matronas en Atención Primaria.

La campaña de acción se dirigió a todos los centros del departamento de salud de Castellón lo que supuso **un nuevo e innovador enfoque** capaz de transformar la situación actual de trabajo aislado e individualizado por parte de cada uno de los centros de salud del departamento. Un enfoque tradicional de intervención al que, mediante nuestro planteamiento, se le dió un giro que posibilitó **la conexión de todos los centros de salud con los mismos objetivos vehiculados por un proyecto común.**

La **intervención de salud** se realiza sobre las **mujeres de entre 28-41 semanas de gestación del departamento de Castellón** que lleven el seguimiento del embarazo en el Sistema Público de Salud previa valoración de la matrona de su centro de salud y que no presenten contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico.⁽³⁾

Durante estos 2 años de proyecto se han beneficiado de la actividad 648 gestantes. Cada año de actividad abarca desde octubre hasta junio del siguiente año, siguiendo el mismo calendario que el año escolar.

11. METODOLOGÍA

A principios del año **2017** se **presenta el proyecto**, por parte de las matronas interesadas, a la Universitat Jaume I de Castelló y al Patronat d'Esports de Castelló (Ayuntamiento de Castelló) con el objetivo de asumir los costes que suponía **gestionar el uso de las instalaciones** de ambos

organismos y así poder proporcionar a las gestantes de nuestro departamento la posibilidad de realizar el ejercicio físico en medio acuático (matronatación) a parte del ejercicio físico que ya se estaba desarrollando en nuestros gimnasios del centro de salud (educación convencional). **El proyecto se implementa e inicia en dichas piscinas en Octubre de 2017.**

Con la intención de atender a todo el departamento de Castellón, acción que supone un **impacto en el mayor número de gestantes interesadas**, se planifica una **distribución** concreta. El departamento se distribuye en 3 grupos de entre 5-7 centros de salud respectivamente, a cada grupo se le asigna una sesión semanal en una piscina determinada. En total 2 sesiones que se realizarán en la piscina concedida por el Patronat d'Esports de Castelló (Piscina de La Salera) y una sesión en la piscina de la Universitat Jaume I, ambas ubicadas en Castelló de la Plana. **Se propone** participar como docentes **a todas las matronas** de Atención Primaria del departamento. Contamos con **9 matronas voluntarias docentes** que se distribuyen en los mismos 3 grupos antes mencionados de forma que 2 grupos se constituyen con 4 matronas cada uno y el grupo de la universidad sólo con una (la matrona que acude a estas instalaciones, al tener menos carga asistencial, asume las clases de forma global semanalmente). El proyecto se hace viable sin necesidad de contar con más **recursos humanos** ya que las matronas interesadas sólo tienen que salir de la consulta de su centro de salud para acudir a las instalaciones de la piscina una vez al mes de forma cíclica. Además la campaña de acción que configura este proyecto es coincidente **temporalmente** con el **curso escolar por razones de conciliación y organización** de las matronas.

El **material** utilizado en ambas piscinas ha sido concedido por diferentes organismos; en el caso de la piscina de la Universidad, la matrona utiliza para realizar sus clases material cedido por la propia piscina (churros, corchos, tapices, aros, pelota). En el caso de la piscina del Patronat el material fue comprado por la Conselleria de Sanitat, se compraron: 25 aros, 3 tapices, 10 pelotas polivalente de tamaño mediano, 25 tablas de natación mediana, excepto los churros que fueron comprados por el Patronat (25 churros) (anexo A1)

Las **sesiones** tienen una **duración de 50 min**, presentando todas unos puntos comunes: calentamiento previo y ejercicios de adaptación al medio acuático y de presentación de las participantes (5 min), siguiendo con un grupo de ejercicios aeróbicos de nivel moderado (25 min), donde se trabajan grupos musculares (miembros superiores, miembros inferiores, trabajo respiratorio, dorsal y abdominal) así como trabajo de la pelvis (10 min), finalizando con una fase de relajación y ejercicios lúdicos (10 min).

La actividad se realiza en una piscina donde se hace pie, con una temperatura de entre 28-30°C y en condiciones adecuadas para la seguridad de la gestante. En el desarrollo del programa se trabaja con grupos de 15-25 gestantes para asegurar un clima de trabajo adecuado.

La matrona de cada centro de salud de todo el departamento es la encargada, previa valoración física e individual de cada gestante, de informar y aconsejar la participación en esta actividad según los criterios establecidos en el protocolo basado en las últimas recomendaciones científicas de organismos internacionales.⁽³⁾

Para su **difusión** se han creado carteles publicitarios que se han distribuido en cada centro de salud con el día de la semana, hora y lugar de la actividad, entrevistas radiofónicas en emisoras locales y una nota de prensa por parte del Gabinete de Comunicación del Hospital General Universitari de Castelló a parte de la difusión mediante redes sociales promovida por nuestro departamento.

Este **proyecto** ha posibilitado la **participación de los estudiantes de enfermería** de la Universitat Jaume I de Castellón que han desarrollado un taller de matronatación en el contexto de la asignatura "Cuidados de la mujer". El realizar la matronatación en la piscina de la Universitat Jaume I ha **mejorado la colaboración** entre esta y el departamento de salud ya que se ha posibilitado la realización de rotatorios clínicos de **estudiantes de matrona de Erasmus** en los centros de Atención Primaria de Castellón, algo que se ha realizado por primera vez en nuestro departamento.

Consideramos fundamental el hecho de que el proyecto es susceptible de ser replicado y transferido a otros contextos sanitarios. Esta **potencial replicabilidad** supone pasar de un planteamiento innovador a una auténtica **transformación Innovadora perdurable en el tiempo**. De este modo podemos afirmar que el centro de salud de Benicàssim basó la implementación de su proyecto en la metodología de trabajo planteada en el texto que presentamos (proyecto base) con el objetivo de que sus mujeres no se tuvieran que trasladar a la capital. De este modo tenemos un planteamiento de implementación similar y sistémica basada en la misma memoria de proyecto con una organización y recursos similares: horarios, criterios de selección de las gestantes, recursos materiales, sistema de inscripción, plan de comunicación similar, recursos humanos, etc.

El presente proyecto ha supuesto el inicio de una nueva línea de investigación desarrollada por las matronas responsables del proyecto, donde se valora la relación entre la matronatación y el parto eutócico. Investigación de carácter analítico y cuantitativo que se inició en Enero de 2018 tras la **aprobación del protocolo (versión 1 18/01/2018) por parte del Comité de Ética e Investigación del Departamento de Salud de Castellón** y que actualmente continúa en activo.

Investigación que sigue los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. La **participación en el estudio fue libre y voluntaria**. Se facilitó a las gestantes según los criterios de inclusión y exclusión una hoja informativa y se obtuvo su permiso mediante la firma de un consentimiento informado, al mismo tiempo que se les invitaba a la realización de cualquier pregunta o aclaración sobre el mismo.

Ninguna de las matronas participantes en el estudio o en el proyecto de matronatación presentan ningún tipo de conflicto de intereses.

12. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Los datos de las características de la población de las mujeres que acuden a la matronatación se obtiene mediante el registro manual de las instalaciones donde se realiza la actividad introducidas en la hoja de cálculo de *Google Drive* para su análisis sin el uso de datos personales que permitan identificar a las participantes (número de sesiones y centro de salud de origen).

Los datos obtenidos referidos al tipo de parto, tipo de analgesia utilizada, tipo de educación maternal recibida y tiempo en minutos de duración de parto, se han obtenido de los resultados preliminares del proyecto de investigación, con la correspondiente autorización por parte del Comité Ético del Hospital. Dicha muestra está formada por mujeres primíparas o primera cesárea que acceden de forma voluntaria a participar en el estudio.

- Mediante la revisión de la historia clínica hospitalaria, utilizando el programa *ORION CLINIC* se obtienen los datos de mujeres primíparas o primera cesárea relativos al tipo de parto (vaginal o cesárea), duración en minutos del tiempo de parto y tipo de analgesia utilizada en los partos vaginales (epidural o sin analgesia).
- Mediante la revisión de la historia clínica de Atención Primaria, utilizando el programa *ABUCASIS*, se obtienen los datos de mujeres primíparas o primera cesárea relativos al tipo de educación maternal realizada durante la gestación (matronatación, convencional en medio terrestre o ninguna).

Los datos se organizaron y analizaron con el programa hoja de cálculo de *Google Drive* y con *SPSS Statistics* versión 15.1 y 22.

Para el análisis univariable se ha utilizado la media aritmética con un intervalo de confianza del 95% en las variables cuantitativas y las tablas de frecuencia para analizar las variables cualitativas. Para el análisis bivariado se ha utilizado el Chi-cuadrado y el Test exacto de Fisher.

RESULTADOS.

Recuento anual histórico

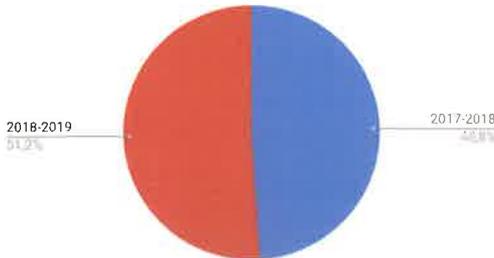


Gráfico 1. Recuento anual histórico. Fuente: Elaboración propia.

Han participado en la matronatación 648 mujeres, 317 mujeres en 2017-2018 y 331 mujeres en 2018-2019.

Recuento Total por Centro de Salud

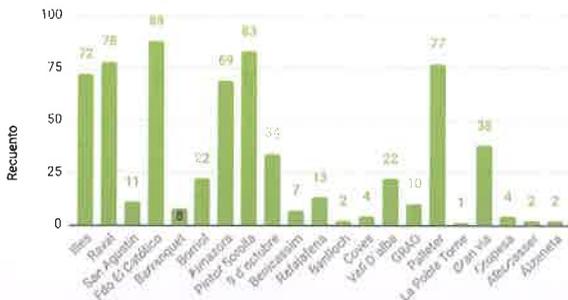
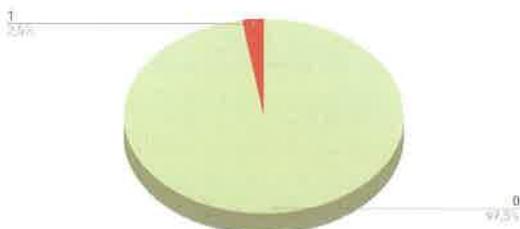


Gráfico 2. Recuento total desglosado por centros de salud. Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las participantes que acuden a matronatación pertenecen a los centros de salud de la zona urbana o zonas rurales muy próximas a Castellón. Los centros de salud con mayor participación de las gestantes son centros cuya matrona forma parte del equipo docente. (C.S Fernando El Católico, C.S Pintor Sorolla y Raval).

ZONAS MÁS DESFAVORECIDAS 2017/18



ZONAS MÁS DESFAVORECIDAS 2018/19



Gráfico 5. Porcentaje de mujeres participantes de zonas más desfavorecidas. Fuente: Elaboración propia

Se observa que existe un porcentaje de participación muy bajo de mujeres que acuden de zonas más desfavorecidas (C.S San Agustín y C.S Barranquet) a pesar de ser zonas próximas a las instalaciones donde se realiza la actividad.

Nº SESIONES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	141	21,8	21,8	21,8
2	113	17,5	17,5	39,3
3	70	10,8	10,8	50,1
4	90	13,9	13,9	64,0
5	89	13,8	13,8	77,7
6	52	8,0	8,0	85,8
7	47	7,3	7,3	93,0
8	23	3,6	3,6	96,6
9	14	2,2	2,2	98,8
10	7	1,1	1,1	99,8
11	1	,2	,2	100,0
Total	647	100,0	100,0	

Tabla 1. Número de sesiones realizadas. Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las participantes acuden a una (n=141) y dos (n=113) sesiones seguido de cuatro (n=90) y cinco (n=89) sesiones.

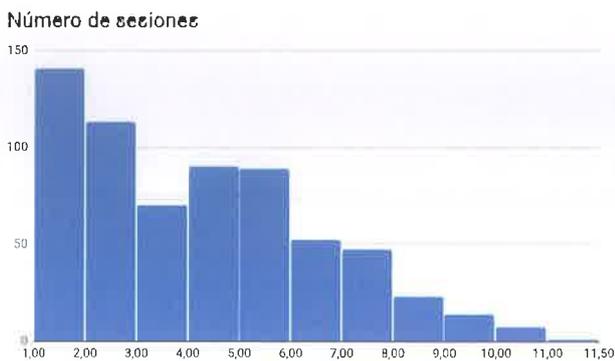


Gráfico 3. Número de sesiones realizadas. Fuente: Elaboración propia.

El análisis de los resultados obtenidos del muestreo del estudio de investigación en referencia a gestantes primíparas o primera cesárea son los siguientes:

Tabla de contingencia

			Vaginal_1_0		Total
			Cesárea	Parto vaginal	
Matronatacion_1_0	Educación maternal convencional o ninguna educación	Recuento	18	74	92
		% de Matronatacion_1_0	19,6%	80,4%	100,0%
Matronatacion		Recuento	12	55	67
		% de Matronatacion_1_0	17,9%	82,1%	100,0%
Total		Recuento	30	129	159
		% de Matronatacion_1_0	18,9%	81,1%	100,0%

Tabla 2. Tabla de contingencias matronatación y parto vaginal. Fuente: Elaboración propia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,069 ^a	1	,792		
Corrección por continuidad	,003	1	,954		
Razón de verosimilitudes	,070	1	,792		
Estadístico exacto de Fisher				,840	,480
Asociación lineal por lineal	,069	1	,793		
N de casos válidos	159				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,64.

Tabla 3. Prueba del Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher. Fuente: Elaboración propia.

Los resultados reflejan con un nivel de significación del 5% que no hay suficiente evidencia para plantear que las variables matronatación y parto vaginal están asociadas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Matronatación	8	5,0	5,0	5,0
	Educación maternal convencional	54	34,0	34,0	39,0
	Ninguna educación	38	23,9	23,9	62,9
	Matronatación y educación maternal convencional	59	37,1	37,1	100,0
Total		159	100,0	100,0	

Tabla 4. Tipo de educación. Fuente: Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que el porcentaje válido de gestantes que acuden únicamente a matronatación es del 5%, las gestantes que acuden únicamente a educación maternal convencional es del 34%, el 37,1% acuden a ambas actividades y un 23,9% no acuden a ningún tipo de educación maternal ofrecido por el centro.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Parto vaginal	129	81,1	81,1	81,1
	Cesárea	30	18,9	18,9	100,0
	Total	159	100,0	100,0	

Tabla 5. Porcentaje parto vaginal y cesárea. Fuente: Elaboración propia



El porcentaje válido de partos vaginales en la muestra de primíparas es del 81,1% y del 18,9% en caso de cesáreas, estando dicho valor por debajo del 27,98% de cesáreas realizadas en nuestro departamento en 2017.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Parto vaginal sin epidural	6	3,8	4,7	4,7
	Parto vaginal con epidural	123	77,4	95,3	100,0
	Total	129	81,1	100,0	
Perdidos	Sistema	30	18,9		
	Total	159	100,0		

Tabla 6. Tipo de analgesia utilizada en el parto. Fuente: Elaboración propia.

En la tabla se observa que el porcentaje válido de mujeres que utilizan analgesia epidural en el parto es del 95,3% frente a un 4,7% de mujeres que tienen el parto de forma natural sin precisar de analgesia.

			Estadístico	Error tip.
Duracion_parto	Media		504,654	23,8957
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Limite inferior Limite superior	457,458 551,850	
	Media recortada al 5%		482,472	
	Mediana		460,000	
	Varianza		90790,000	
	Desv. tip.		301,3138	
	Mínimo		30,0	
	Máximo		1440,0	
	Rango		1410,0	
	Amplitud intercuartil		380,0	
	Asimetría		1,000	,192
	Curtosis		1,046	,383

Tabla 7. Media aritmética de la duración del parto en minutos. Fuente: Elaboración propia.

La duración media del trabajo de parto de las mujeres de la muestra es de 504,7 minutos con un intervalo de confianza del 95%.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El porcentaje válido de cesáreas en nuestra muestra es del 18,9%, estando dicho valor por debajo del 27,98% de cesáreas realizadas en nuestro departamento en 2017 ⁽²⁾. Dicho dato ha sido obtenido con una muestra reducida, por lo que, no se puede afirmar hasta finalizar nuestra investigación que este dato sea atribuible únicamente a la introducción de la matronatación en la cartera de servicios del departamento.

Para conseguir aumentar la participación de mujeres que pertenecen a zonas más desfavorecidas se debería plantear una serie de líneas estratégicas de mejora basadas en aumentar y hacer más

eficiente la difusión de la información, crear motivación y expectativa, facilitar el desplazamiento a las instalaciones, etc.

De la misma forma para conseguir un aumento de la participación de las zonas en las que la matrona no forma parte del equipo docente sería interesante motivar a esas matronas mediante formación y otras estrategias para que se incluyesen en el mismo.

Si queremos que nuestras mujeres aumenten el número de sesiones realizadas deberíamos apostar por un aumento de recursos humanos (matronas) que nos permitiera realizar la matronatación durante todo el año y no sólo en el año escolar ya que al ser la matrona un recurso limitado en nuestro departamento no es sustituido en periodo vacacional con lo que sería inviable con los recursos que contamos actualmente poder realizarlo.

El dato del porcentaje de mujeres que tuvieron un parto vaginal con analgesia epidural en nuestro hospital en el 2017 fue del 86,22%⁽²⁾. Creemos que el resultado ofrecido por nuestros datos (95,3%) es debido a que nuestra muestra del estudio de investigación sólo recoge a gestantes primíparas y no multíparas, que son mayoritariamente las que no demandan ningún tipo de analgesia en los partos debido a su rápida evolución.

Como lección aprendida podríamos comentar que el primer año del proyecto y con el fin de que las gestantes que debían iniciar la matronatación en período vacacional pudieran beneficiarse de dichas sesiones, se adelantó la semana de inicio de la actividad a la semana 24 de gestación. Este hecho provocó una sobresaturación de las clases por lo que actualmente a ese tipo de gestantes se les realiza una instrucción de los ejercicios que tienen que trabajar en medio acuático durante la educación maternal convencional (en sus centros de salud respectivos), si la matrona de su centro de salud no es docente de la actividad, la gestante es derivada a otra matrona docente para dicha instrucción.

Respecto a los resultados obtenidos del muestreo, estamos inmersas en una primera fase de estudio en la que hemos querido experimentar instrumentos y procedimientos de recogida de información y de análisis. Para poder confirmar nuestra hipótesis de estudio se requiere de una segunda fase con una muestra mucho más amplia. Incluso podríamos tener en cuenta el aspecto cualitativo y realizar una metodología mixta de estudio analizando las emociones y/o satisfacción del proceso de parto que experimentan las mujeres mediante cuestionarios realizados a posteriori que posiblemente ayudarían a dar un enfoque más integral a la investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Ginebra: OMS; 2015. WHO/RHR/15.02
2. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Memoria de gestión de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Comunidad Valenciana: Generalitat Valenciana; 2017.
3. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion nº 650. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstet Gynecol* 2015;126:e 135-42
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid; 2015. NIPO 680-15-101-7
5. Hinman SK, Smith KB, Quillen DM, Smith MS. Exercise in pregnancy. *A clinical Review. Sporth Health.* 2015;7(6):527-31
6. López JL, Fernandez A. *Fisiología del Ejercicio.* 3a ed. Madrid: Panamericana; 2006.
7. Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F et al. Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. *Rev Andal Med Deporte.* 2010;3(2):68-79.
8. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). *Boletín Oficial del Estado*, nº 129, (28-5-2009).
9. Santos PC, Abreu S, Moreira C, Lopes D, Santos R, Alves O, Silva P et al. Impact of compliance with different guidelines on physical activity during pregnancy and perceived barriers to leisure physical activity. *J Sports Sci [Internet]* 2014 [acceso 10 de Junio de 2019];32(14). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24702128>
10. Takahasi EH, Alves MT, Alves GS, Silva AA, Batista RF, Simoes VM et al. Mental health and physical inactivity during pregnancy: a cross-sectional study nested in the BRISA cohort study. *Cad Saúde Pública [Internet]* 2013 [acceso 10 de Junio de 2019];29(8):1583-94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24005924>
11. Sui Z, Dodd JM. Exercise in obese pregnant women: positive impacts and current perceptions. *Int J Womens Health [Internet]* 2013 [acceso 10 de Junio de 2019]; 5: 389-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704399/>
12. Poston L, Briley AL, Barr S, Bell R, Croker H, Coxon K et al. Developing a complex intervention for diet and activity behaviour change in obese pregnant women (the UPBEAT trial); assessment of behavioural change and process evaluation in a pilot randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]* 2013 [acceso 10 de Junio de 2019]; 13:148. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23855708>

13. Aguilar Cordero MJ, Batran Ahmed SM, Padilla López CA, Guisado Barrilao R, Gómez García CI. Lactancia materna en bebés pretérminos; cuidados centrados en el desarrollo en el contexto palestino. *Nutr Hosp.* 2012; 27 (6): 1940-44.
14. Cortes Castell E, Rizo-Baeza MM, Aguilar Cordero MJ, Rizo-Baeza J, Gil Guillén V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. *Nutr Hosp.* 2013; 28(5): 1536-40.
15. Miranda MD, Navío C, Rodríguez V. Beneficios de la natación en el embarazo. La educación maternal en el agua. *Trances.* 2013;5(4):373-78.
16. Rauh K, Gabriel E, Kerschbaum E, Schuster T, Kries von R, Amann-Gassner U et al. Safety and efficacy of a lifestyle intervention for pregnant women to prevent excessive maternal weight gain: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet] 2013 [acceso 10 de Junio de 2019];13:151. Disponible en: <https://bmpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-151#Sec9>
17. Torres Luque G, Torres Luque L, García Chacon S, Villaverde Gutierrez C. Seguimiento de un programa de actividad física en el medio acuático para mujeres embarazadas. *Kronos.* [Internet] 2012 [acceso el 20 de Junio de 2019];11(2):84-92. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/276286690_Seguimiento_de_un_programa_de_actividad_fisica_en_el_medio_acuatico_para_mujeres_embarazadas
18. Vázquez Lara JM, Ruiz Frutos C, Rodríguez Díaz L, Ramírez Rodrigo J, Villaverde Gutiérrez C, Torres Luque G. Efecto de un programa de actividad física en el medio acuático sobre las constantes hemodinámicas en mujeres embarazadas. *Enfermería clínica.* 2018; 28(5): 316-25

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.