

TITULO DE GRADO EN ENFERMERÍA

El Consejo General de Enfermería ha puesto en marcha bajo la denominación de **Proyecto Gradua2** unos cursos que conducirán a los Diplomados en Enfermería a la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarias para abordar los retos que traerá la Prescripción farmacológica enfermera, con todas sus luces y todas sus sombras, ya que hoy por hoy dicha prescripción esta un tanto limitada.

Se trata de un programa de formación basado en una metodología adaptada al Espacio Europeo de Educación Superior y que cuenta con un total de 6 créditos académicos ECTS sobre prescripción enfermera complementados con otros 6 créditos ECTS sobre Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

La formación será semipresencial para dar las máximas facilidades a los profesionales. Para conseguirlo se apoya en las nuevas tecnologías y en el aprendizaje autónomo tutorizado, distribuyendo el programa en formación presencial, virtual y trabajo personal del alumno y tiene la siguiente distribución de carga lectiva y créditos ECTS.

	Prescripción	TIC
Formación Presencial	15h.	5h.
Formación Virtual	65h.	100h.
Trabajo Personal	70h.	45h.
Total horas	150h.	150h.
Total Créditos ECTS	6	6

En el curso se hace entrega de una licencia de uso para la instalación en nuestro ordenador de un programa informático de gestión de la prescripción.

Plataforma Prescripción Enfermera

El primer día del curso se le entrega al alumno un programa informático de gestión de la prescripción, así como las claves personales para su instalación. Esta plataforma de 'Prescripción Enfermera' es una solución informática que facilita la práctica clínica en el ámbito de la prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de los enfermeros.

Esta plataforma incorpora la gestión del conocimiento y la gestión de la prescripción enfermera, como medio para garantizar la seguridad de los pacientes y la actuación clínica de los profesionales enfermeros.

La Gestión del Conocimiento se basa en la incorporación de potentes bases de datos para permitir la actualización permanente de conocimientos tanto de los Medicamentos y los Productos Sanitarios como la metodología y lenguajes enfermeros.

Al finalizar este programa formativo, denominado Curso de Experto en Indicación, Uso y Autorización de Medicamentos y Productos Sanitarios, los enfermeros habrán adquirido las competencias necesarias en prescripción enfermera para adecuar sus conocimientos y su formación a la nueva realidad legislativa.

La segunda parte del programa formativo tiene por objetivo aprovechar los créditos en formación que van a adquirir los enfermeros con el curso de experto en prescripción, para acceder al nuevo título oficial de graduado en Enfermería.

La segunda parte del *Proyecto Gradua2* va a dotar a los enfermeros y enfermeras de los 30 créditos ECTS necesarios para obtener el grado que son distribuidos de la siguiente forma:

- 12 créditos ECTS por prácticas clínicas.

Se consiguen cuando los profesionales cuenten con un mínimo de 300 horas de práctica clínica profesional. Para ello, la Organización Colegial de Enfermería extenderá un certificado que reconozca dicha práctica y confiera los créditos.

- 12 créditos ECTS por el curso gratuito de prescripción de la Organización Colegial que será realizado en los colegios.

- 6 créditos ECTS por el trabajo de fin de Grado que consistirá en un plan de cuidados realizado gracias a la formación obtenida en el curso de prescripción y a las tecnologías que los profesionales aprenderán a utilizar allí.

Defenderán este plan de cuidados en grupos de 5 personas y ante un tribunal que organizarán los colegios de Enfermería donde estarán presentes profesores de la Universidad Complutense de Madrid.

El único coste serán las tasas oficiales de la universidad y a fecha de hoy se desconoce el costo real de dichas tasas.



Esta es la vía propuesta por el C.G. de Enfermería en colaboración con la Universidad Complutense de Madrid, pero hay otras vías de acceso al Grado, tantas como Universidades hay en el Estado, ya que corresponde a cada Universidad la elaboración de los planes de estudio y créditos necesarios para obtener dicho Grado e iniciar el camino hacia el Máster y Doctorado

¿Y esta situación en que posición deja a las Matronas?

Igualmente existen varias posturas sobre la situación que ocupa la Especialidad en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). Por lo que se desprende de la legislación vigente, las 3600 horas teórico-prácticas realizadas como Especialistas de CC de la Salud no son convalidables para el acceso al Doctorado y se deja entrever que se podría convalidar por Máster.

En todo momento solo estamos hablando de niveles ACADEMICOS y para nada de niveles retributivos, porque eso es harina de otro costal.

En algunos foros se quiere hacer ver que con el Grado se accede directamente a la categoría retributiva en la Sanidad Pública del Grupo A1, nada más alejado de la realidad ya que la actual clasificación de los niveles retributivos estará en función del nivel de responsabilidad de las funciones a desempeñar, y es ahí precisamente donde como profesionales de gran responsabilidad y cualificación tenemos que reivindicar para las Especialidades de Enfermería el nivel A1 como el mejor complemento retributivo a nuestro desempeño profesional. En esto estamos, en conversaciones con sindicatos y administraciones para hacerles ver estos planteamientos legítimos y se vean recompensados los años de estudio y trabajo responsable dedicados a nuestra profesión.

PLAN DE FORMACIÓN DE ENFERMERIA COMUNITARIA

Otro tema que ha hecho que todo el colectivo nos pusiéramos en guardia ha sido la publicación del plan de formación de la especialidad de Enfermería Comunitaria.

Cuando el BOE de, 22 de septiembre de 2010, publica la Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería, las llamadas y correos a la AAM se intensificaron. En un tiempo record Andalucía ha constituido Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria y convocado 15 plazas de Enfermeras especialistas. En España se ofertan para este año 132.

Pero eso no debería de preocuparnos si no es porque al leer el plan formativo parece invadir claramente nuestras competencias, por eso la AAM se plantea interponer un recurso al Ministerio y solicita a un abogado el estudio del caso. Al mismo tiempo y como esta situación ocurre en todas las Comunidades Autónomas, la FAME hace lo mismo.

Una vez estudiado el tema por el abogado nuestro y otro de la Comunidad de Navarra, la respuesta del abogado nuestro fue que no hay donde sustentar con garantías el posible recurso, podríamos llevar el tema a los tribunales para ejercer presión negociadora pero no solo la garantía es mínima sino incluso desaconsejable. Sus palabras textuales fueron: *"Es cierto que algunas competencias, según el programa formativo, pueden ser desempeñadas tanto por las matronas como por los especialistas de enfermería familiar, tales como promover la salud durante el embarazo, parto y puerperio y algunas otras. Pero lo que ocurre es que en el caso de enfermería familiar, la especialización va encaminada al entorno familiar y a la salud del hombre y la mujer a lo largo de toda su vida, cuando las competencias de las matronas acaban el 28 día de vida del recién nacido en el tema de parto"*.

Son profesionales de la salud y es lógico que algunas competencias puedan ser desarrolladas por ambos, pero creo que la enfermería familiar está más centrada en las familias y comunidades a lo largo de toda su vida y entorno familiar, lo que también incluye la etapa del parto, gestación y del recién nacido"

Ambos letrados coincidieron, por lo que nos mantenemos a la espera de la decisión de la FAME como miembros que somos de esta.

RESPECTO A LAS COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS EN ALGUNOS CENTROS ANDALUCES

Desde aquí queremos informaros también de otro tema candente y que hace que el otoño sea algo movido para la junta.

Algunas/os de vosotros habéis hecho llegar a la AAM, bien por correo electrónico, bien por teléfono, las quejas del agobio que tenéis en vuestro centro de trabajo, ya que no os veis con la libertad de realizar vuestro trabajo sin sentirnos cuando menos objeto de observación por parte de algunos miembros del equipo que atiende a las mujeres, sin respetar nuestras competencias y abusando de las suyas, aunque la Ley de ordenación de profesiones sanitarias y nuestro plan de formación así lo recoge, en algunos centros parecen no conocerlo.

Con respecto a las mujeres, la Administración cuenta con normativas y leyes en las que se les garantiza el respeto a su dignidad. En los Centros de Andalucía no se cumplen estos derechos, las mujeres son continuamente manipuladas y prácticamente obligadas a someterse a unos protocolos obsoletos y sin evidencia científica y sin necesidad (amniotomía prematuras y artificiales, aplicación de oxitocina sintética, inmovilización durante el parto, parto en posición de litotomía etc.) El parto se sigue tratando como patológico desde el inicio y a las gestantes como enfermas. Ni lo que indica el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio, ni el Proyecto de Humanización Perinatal en Andalucía, ofrecen a las usuarias la posibilidad de decidir dentro de las posibilidades de cada centro como quieren vivir su parto.

Pues bien, la AAM considera esto una falta de respeto que además de presionar a las matronas, atenta contra la libertad de las mujeres no dejando que estas decidan libremente la vivencia de su parto que respalda ley, las normativas, las Sociedades científicas y por supuesto la evidencia científica.

Ante esta situación se interpuso una denuncia ante el defensor del pueblo D. José Chamizo que ha pedido respuesta al SAS para esta situación, y la directora de asistencia sanitaria nos ha pedido una reunión y la identificación de los centros donde esta ocurriendo esto.

Los valores de la AAM como sabéis emanan de la propia concepción de la AAM que vela por los principios morales, éticos y de respeto hacia la Mujer, la Criatura, la Familia, su entorno, extendiéndose al colectivo de Matronas.

Junta Directiva

COMPETENCIAS DE LAS MATRONAS EN ALGUNOS CENTROS

Desde aquí queremos informaros también de otro tema candente y que hace que el otoño sea algo movido para la junta.

Algunas/os de vosotros habéis hecho llegar a la Asociación Andaluza de Matronas, bien por correo electrónico, bien por teléfono, las quejas del agobio que tenéis en vuestro centro de trabajo, ya que no os veis con la libertad de realizar vuestro trabajo sin sentirnos cuando menos objeto de observación por parte de algunos miembros del equipo que atiende a las mujeres, sin respetar nuestras competencias y abusando de las suyas, aunque la Ley de ordenación de profesiones sanitarias y nuestro plan de formación así lo recoge, en algunos centros parecen no conocerlo.

Con respecto a las mujeres, la Administración cuenta con normativas y leyes en las que se les garantiza el respeto a su dignidad. En los Centros de Andalucía no se cumplen estos derechos, las mujeres son continuamente manipuladas y prácticamente obligadas a someterse a unos protocolos obsoletos y sin evidencia científica y sin necesidad (Amniotomía prematuras y artificiales, aplicación de oxitocina sintética, inmovilización durante el parto, parto en posición de litotomía etc.) El parto se sigue tratando como patológico desde el inicio y a las gestantes como enfermas. Ni lo que indica el proceso de Embarazo, Parto y Puerperio, ni el Proyecto de Humanización Perinatal en Andalucía, ofrecen a las usuarias la posibilidad de decidir dentro de las posibilidades de cada centro como quieren vivir su parto.

Pues bien la Asociación Andaluza de Matronas considera esto una falta de respeto que además de presionar a las matronas, atenta contra la libertad de las mujeres no dejando que estas decidan libremente la vivencia de su parto que respalda ley, las normativas, las Sociedades científicas y por supuesto la evidencia científica.

Ante esta situación se interpuso una denuncia ante el defensor del pueblo D. José Chamizo que ha pedido respuesta al SAS para esta situación, y la directora de asistencia sanitaria nos ha pedido una reunión y la identificación de los centros donde esta ocurriendo esto.

Los valores de la Asociación Andaluza de Matronas como sabéis emanan de la propia concepción de la Asociación Andaluza de Matronas que vela por los principios morales, éticos y de respeto hacia la Mujer, la Criatura, la Familia, su entorno, extendiéndose al colectivo de Matronas.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Resumen de la conferencia emitida por Casilda Velasco en las V Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud "La salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género" que la Consejería de Igualdad y el IAM llevan realizando durante 4 años. Este año por fin una matrona de la Asociación Andaluza de Matronas ha sido llamada para participar en estas jornadas celebradas en Granada el día 9 de julio

Las mujeres, a lo largo de la historia, hemos sufrido discriminaciones de todo tipo, siempre se nos ha valorado la capacidad de ser madres y eso ha marcado nuestras vidas. Éramos importantes porque podíamos reproducirnos, dar vida. Sin embargo, esta misma capacidad reproductiva ha marcado nuestras vidas en lo privado y en lo público.

Sabemos que la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres 84,4 años, que en los hombres 79. Las mujeres vivimos más años pero no vivimos mejor.

La mortalidad que teóricamente se podría evitar en mujeres, es debida a varias causas. Algunas de estas causas, que originan las cifras más altas de años potenciales de vida perdidos corresponde a factores como: afecciones originadas en el periodo perinatal (47,5 años), embarazo, parto y puerperio (44,8 años), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (40,7 años), causas externas de mortalidad (27,2 años), enfermedades infecciosas y parasitarias (16,2 años)¹

Debemos saber que una de las razones que atribuyen peor salud de las mujeres es que la incorporación de la mujer al mercado laboral no ha supuesto para nosotras un alivio de las tareas domésticas, con lo que nos enfrentamos a jornadas dobles o triples.

Casi el 100% de las mujeres entre 45 y 65 años dedica casi seis horas diarias a las actividades del hogar, mientras que entre ellos sólo lo hace el 71% y su dedicación no alcanza las dos horas y media por jornada.

Esta sobrecarga de trabajo, junto a la falta de tiempo libre, a empleos repetitivos y de escaso reconocimiento social, que lleva unido en muchas ocasiones una situación de dependencia económica, van mermando la salud de las mujeres, sobre todo en las clases sociales más bajas.



Por otro lado, el 84% de los cuidadores son igualmente mujeres, cuya media de edad ronda los 52 años. Estos roles de ama de casa, cuidadora de personas dependientes y trabajadora remunerada suponen un exceso de funciones que termina teniendo efectos perjudiciales en la salud.

De la salud materno infantil a la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en Pequín en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva (SS y R), libre de presiones, discriminación y violencia»

En esta conferencia se define por primera vez y de forma explícita y con consenso de todos los países participantes lo que es la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos.

Se hace especial hincapié en el empoderamiento de las mujeres como elemento fundamental de todos los programas para que sea autónoma en todos los aspectos de su vida, especialmente en cuanto a su SS y R.

En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento ha aprobado la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados en el año 2001 y recomendó a los estados miembros poner en marcha mecanismos para poder desarrollarla. Y es ahora cuando en España aparece esta ley sobre Salud Sexual y Reproductiva, 15 años después de la conferencia de Pequín y casi 10 de la Resolución de la Unión Europea.

Derechos sexuales y derechos reproductivos en España

El preámbulo de la Ley nos dice que en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

Después habla de que nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones así como de que

el estado velará por garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios en el SNS.

Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley y garantizarán la igualdad de acceso de la salud sexual y reproductiva.

Estos poderes públicos deben garantizar en el ámbito de sus políticas sanitarias, educativas y sociales una serie de objetivos. El hecho de que enuncie que debe desarrollarse en los 3 ámbitos, nos parece relevante, esperando que pueda desarrollarse así.

- Información y educación afectivo sexual en los contenidos del sistema educativo
- Acceso universal a los servicios y programas de SS y R
- Acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad
- Eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con discapacidad
- Educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre SS y R
- Información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro.

Así mismo, se desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre SS y R, a través de los medios de comunicación con especial atención a la prevención de embarazos no deseados y prevención de ETS.

En cuanto a las medidas en el ámbito sanitario, los servicios públicos de Salud garantizarán

- La calidad de los servicios de atención en SS y R.
- Acceso universal a prácticas clínicas de Planificación de la reproducción mediante incorporación de anticonceptivos de última generación. Sabemos que hoy los anticonceptivos no son cubiertos por la seguridad social.
- Servicios de calidad para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
 - Acciones informativas y de sensibilización. Prevención de embarazos no deseados.
 - Los servicios públicos de salud también deben velar por
 - Calidad de los servicios
 - Acceso universal
 - Atención durante el embarazo, parto y puerperio
 - Atención perinatal

¹ Instituto Nacional de Estadística. Hombres y mujeres en España. 2010. www.ine.es

CONSEJOS DIETETICOS O NUTRICIÓN EN EL EMBARAZO

Introducción

La nutrición que debe realizar una embarazada tiene que aportar la energía necesaria y los elementos nutritivos suficientes como para mantener su salud, adaptarse a las modificaciones que experimenta su organismo y lograr un desarrollo y crecimiento fetal satisfactorio. La forma óptima de incorporar los nutrientes que son necesarios es realizar una alimentación equilibrada, con un aporte adecuado de proteínas, hidratos de carbono, grasa, agua, vitaminas, minerales y oligoelementos.

La ganancia de peso normal será de 9 a 12 kg a lo largo del embarazo; tendremos en cuenta posibles variaciones: la edad, la paridad, el índice de masa corporal pregestacional y actividad física que realiza.

Desde el punto de vista "práctico" se considera suficiente la ingesta de 2.200 Kcal/día para las gestantes de nuestro medio. En embarazadas obesas se debe limitar la ganancia de peso a 6-7 kg como máximo.

Hay que dar una dieta que no perjudique el desarrollo fetal y evite una cetosis.

Recomendaciones

Aunque las necesidades en la embarazada aumenten ligeramente, lo importante en la alimentación es la calidad, no la cantidad. No es cierto que en el embarazo haya que comer por dos. Veamos algunas recomendaciones en este sentido:

- Realizar 5-6 comidas al día, comer menos cantidad más veces.
- Evitar las comidas pesadas (frituras, alimentos muy condimentados, grasas, etc.)

- Evitar los alimentos de olor fuerte y penetrante.
- Evitar bebidas alcohólicas y con gas.
- Disminuir la ingesta de chocolate, café y té.
- Realizar una buena masticación.
- Reposar después de comer en posición semi-sentada.
- Además, es conveniente

beber suficiente agua (entre 1,5 y 2 litros al día), porque el líquido facilita la circulación sanguínea y la eliminación de los residuos de la digestión.

• Usar aceite de oliva virgen.

• Es conveniente hacer una dieta rica en yodo, utilizar sal

yodada en sustitución de la sal común, más un suplemento de yodo, si fuera necesario.

- En general, debe evitarse el consumo excesivo de azúcares y grasas.
- Son poco recomendables las conservas y las comidas precocinadas, así como, bollería industrial y productos salados como aceitunas, embutidos, anchoas, salazones, etc.
- Se aconseja evitar irregularidades y desórdenes en los horarios de las comidas.
- No se deben tomar drogas y/o otros tóxicos.

La gestante que no esté inmunizada respecto a la toxoplasmosis debe:

- Consumir únicamente carne muy hecha o que haya sido previamente

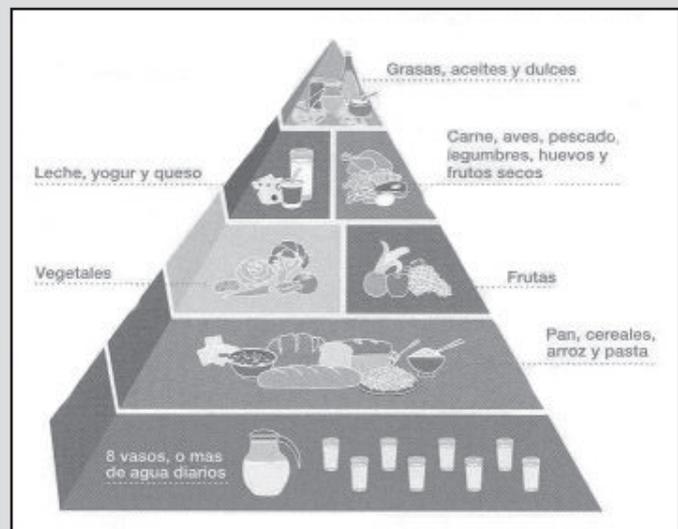
congelada.

- Evitar hamburguesas.
- No consumir productos elaborados con carne cruda.
- En caso de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda, es necesario cepillarse bien las uñas, o bien usar guantes para dicha manipulación. Evitar tocarse ojos, nariz o boca sin lavarse antes las manos.
- Limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación de carne cruda.
- No consumir chacina, ya que se considera carne cruda aunque esté curada.
- Puede comer jamón y caña de lomo después de congelarla.
- Si puede comer jamón cocido, pavo cocido...etc., ya que no están crudos.

La pirámide nutricional es un gráfico que muestra los grupos de alimentos y las cantidades necesarias de hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales que debemos tomar al día.

Primer nivel: Pan, cereales, arroz, pasta y tubérculos. Aportan hidratos de carbono y fibra. Raciones recomendadas: de 3 a 5 diarias.

Segundo nivel: Verduras. Aportan vitaminas, minerales y fibra. Raciones recomendadas: 2 diarias.



Tercer nivel: Frutas. Aportan vitaminas, minerales, fibra e hidratos de carbono. Cantidad recomendada: cuatro piezas diarias.

Cuarto nivel: Lácteos. Aportan calcio. Se recomienda tomar 2 raciones diarias.

Quinto nivel: Carne, pescado, legumbres, huevos. Aportan proteínas, grasas, vitaminas, minerales y fibra. Se recomiendan 2 raciones al día.

Sexto nivel: Azúcares y grasas. Su consumo debe ser moderado.



Grupos de alimentos

•**Proteínas:** Tienen como función aportar aminoácidos esenciales necesarios para el crecimiento y la reparación de los tejidos, permitiendo el desarrollo adecuado del feto y la placenta.

•**Hidratos de carbono:** Tienen como función esencial ser la fuente de energía del organismo.

•**Grasas:** Son las encargadas de la reserva de energía.

•**Vitaminas y minerales:** Son sustancias necesarias, pero nuestro organismo no es capaz de producirlas, sino que se adquieren a través de la alimentación.

-**Vitamina C:** Ayuda en la absorción del hierro y actúa como antioxidante. Se encuentra en la fruta fresca y verduras.

-**Vitamina D:** Se adquiere principalmente mediante la exposición de la piel a la luz solar. Además, se encuentra en los

lácteos y en la yema del huevo.

-**Vitamina B6:** Es necesaria para el desarrollo del sistema nervioso y de la piel del niño. Se encuentra en el hígado de los animales, en las legumbres y en las hortalizas de hoja verde.

-**Vitamina A:** Resulta indispensable para metabolizar las grasas y algunas proteínas. Se encuentra en el huevo, la carne, la leche y sus derivados, el hígado (sobretudo el de bacalao) y los riñones.

-**Vitamina B9 (ácido fólico):** Reduce el riesgo de malformaciones en el SNC y la columna del feto, tales como espina bífida, anencefalia y otras malformaciones relacionadas. Durante el embarazo debe duplicarse la ración. La dieta, aunque sea equilibrada, no asegura la cantidad diaria recomendada (CDR), por lo que se aconseja una profilaxis farmacológica de 400ng/día. Esta vitamina se encuentra en pan integral, cereales, germen del trigo, hígado, brócoli y espinacas.

-**Vitamina E:** Biológicamente importante como oxidante, una dieta equilibrada tiene una cantidad suficiente para el embarazo. Principales fuentes naturales de vit. E son los aceites vegetales germinales, vegetales de hojas verdes, cereales y panes integrales.

-**Vitamina K:** Es necesaria para la síntesis de protrombina y los factores VII, IX y X, de la coagulación. Se encuentra en las verduras de hojas verdes, cereales integrales, hígado y aceite de oliva.

Hablemos ahora sobre los minerales más importantes para nuestro organismo:

-**Calcio:** Permite el desarrollo saludable del feto. Se encuentra principalmente en los lácteos.

-**Hierro:** Desarrolla la sangre fetal, previene la anemia materna y fortalece los músculos. Se encuentra en carnes rojas, hígado, espinacas, cereales, uvas y ciruelas pasas. La ingesta de hierro puede producir estreñimiento y tinción de las heces.

-**Yodo:** Es el componente de las hormonas tiroideas. Se encuentra en todos productos que provienen del mar y en la sal yodada. Por la dificultad de tomar la dosis necesaria en la dieta, es conveniente tomarlo en preparado farmacológico. La cantidad diaria recomendada (CDR) es de 150-300 mcg /día.

-**Fósforo:** Se encuentra en carnes, pescados, huevos y frutos secos.

-**Zinc:** Se encuentra en carnes rojas, algunos moluscos y algunas verduras.

-**Magnesio:** Se encuentra en vegetales de hoja verde. Su déficit en la gestante puede ocasionar hipertensión.

Isabel Rodríguez Garrido
Carmen Rodríguez Soto
Matronas de Atención Primaria, Sevilla

Bibliografía

- Embarazo, parto y puerperio, guía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2006.
- Embarazo, parto y puerperio, cuarta edición. (Logos) F.C.
- Guía para la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio La aventura de ser padres, de la Comunidad Valenciana.
- Consejos para una mejor alimentación durante embarazo. Autora Paula Saiz de Bustamante, Farmacéutica Experta en Nutrición Aplicada.
- Fundamentos de Obstetricia de la S.E.G.O.
- Nice, 2008; Conselleria de Sanidade, 2008.
- Nutrición en el embarazo y lactancia, Dres, R. Gonzalez de Agüero Laborda, C.Torrijo Rodrigo, M. Sobreviela Laserrada y E. Fabre González.
- Fisterra.com. Guía clínica embarazo.

HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El ayuno establecido en muchos hospitales en gestantes en trabajo de parto se remonta a la década de los 40 cuando Curtis Mendelson, un obstetra y cardiólogo estadounidense describe el síndrome que lleva su nombre.

El Síndrome de Mendelson consiste en la aspiración de contenido gástrico como consecuencia del vómito en pacientes obstétricas sometidas a anestesia general. En 1886, Olsson revisa este síndrome con una muestra de 185.258 mujeres con anestesia general y obtiene un resultado de 1 caso por cada 2.131 gestante, es decir, un 0.05%.

La tendencia ha sido ir disminuyendo progresivamente la anestesia general a favor de la anestesia raquídea. En la actualidad la anestesia general está siendo utilizada en casos muy concretos: anestesia regional contraindicada (alteración de las pruebas de coagulación, neuropatía degenerativa), anestesia regional no efectiva, cesárea urgente, en la que por tiempo o por inestabilidad hemodinámica no se pueda realizar una anestesia regional (prolapso de cordón, rotura uterina, desprendimiento de placenta, bradicardia fetal grave, etc.).

A pesar de estar utilizando hoy día la anestesia raquídea, se ha seguido manteniendo la medida de ayuno en todas las mujeres que entran en trabajo de parto por miedo a tener que acabar haciendo uso de la anestesia general. Un volumen gástrico mayor de 25 ml o un ph menor de 2.5 son factores que aumentan la mortalidad materna por el síndrome de Mendelson.

Roberts y Shirley (obstetras neoyorquinos) en 1974 demostraron que no hay un intervalo de tiempo desde la última ingesta que garantice en una embarazada un contenido gástrico menor de 100 ml por lo que se recomienda considerar a todas las pacientes obstétricas con estómago lleno.

Las pacientes obstétricas presentan un mayor retraso en el vaciado gástrico debido a la mayor concentración sérica de progesterona propia del embarazo, con la consecuente relajación del músculo liso, lo que provoca una disminución del tránsito intestinal.

Ningún estudio demuestra que restringiendo la ingesta oral a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto disminuya la incidencia de aspiración. Mendelson en 1956 señaló que la comida podía ser vomitada 24h e incluso 48h tras su ingestión.

El trabajo de parto es un proceso que incrementa el consumo de oxígeno y glucosa, aumenta la producción de CO₂ y eleva los niveles de Lactato en sangre materna. La glucosa es la principal fuente de energía durante el trabajo de parto tanto para la mujer como para el feto. Cuando ésta disminuye por un ayuno prolongado se inicia el siguiente proceso: comienzan a disminuir las reservas de carbohidratos hasta activar el metabolismo de las grasas, que conlleva la liberación y oxidación de ácidos grasos y da lugar a la producción de cuerpos cetónicos como fuente de energía. Si éstos siguen en aumento se produce una disminución de la actividad uterina, alterando la progresión normal del parto y por lo tanto aumenta la probabilidad de partos instrumentados

provocando un mayor riesgo materno-fetal.

Según los estudios realizados sobre muerte materna en los últimos 50 años en EEUU, Australia y el Reino Unido, no se han citado nunca la ingesta oral durante el parto como causa o factor de incidencia de aspiración durante la anestesia en obstetricia.

2001-2004 Chile. Un total de 602 mujeres en trabajo de parto. Ninguna de estas mujeres requirió anestesia general. Se hicieron 3 grupos; el 1º grupo podía comer (leche, soja, jalea), el 2º grupo sólo podía tomar agua y el 3º grupo permaneció en ayuno.

Del total las que presentan mayor índice de vómitos son las que ayunan con un 56,5%, y de los grupos 1 y 2 vomitan más las que comen (23%), frente a las que tomaron sólo agua (13%).

2007 Hospital Joan XIII. INFLUENCIA DE LAS BEBIDAS ISOTÓNICAS EN EL BIENESTAR FETAL, NEONATAL Y MATERNO.

Este estudio cuenta con un total de 104 mujeres divididas en 2 grupos, a uno de ellos se les ofrece bebidas isotónicas a demanda y al otro grupo se le dejó en ayuno. No hubo diferencias en cuanto a los resultados maternos. No sólo no existieron efectos negativos sino que se cree que a las que se les ofreció bebidas isotónicas mejoraron la reactividad fetal, el ph y la glucemia neonatal (aún sin evidencia).

2008. Estudio realizado con 249 gestantes de bajo riesgo a las que se les ofertó la libre elección de ingesta: sólo líquidos 71% y sólidos 0.4%. Se obtuvo un 66.3% de partos espontáneos, 17.7% partos instrumentados, 16.1% de cesáreas, un 23% presentaron náuseas, un 15.1% vómitos y el grado de satisfacción de las puerperas fue un 98%. Se concluyó como una experiencia satisfactoria, sin evidencia que limite la ingesta.

2008 Australia. Mc Donnell en un estudio con 1097 mujeres a las que se le realizó una cesárea bajo anestesia general por diferentes motivos, obtuvo que el vómito se produjo en el 0.7%, y de éstos sólo hubo 1 caso de broncoaspiración, lo que supuso un 0.1%.

2010 Detroit. Especialistas en obstetricia y ginecología del Sistema de Salud Henry Ford estudiaron a mujeres embarazadas en trabajo de parto a las que se les indicó una dieta líquida que incluía agua, jugo de manzana y arándanos, caldo y gelatina. Si se prolongaba la inducción del parto se les permitía una dieta común. No observaron resultados adversos por la opción de tomar líquidos y/o comer durante el trabajo de parto.

RECOMENDACIONES

OMS: la nutrición durante el trabajo de parto es un asunto de gran importancia y gran variabilidad; la manera más apropiada de abarcar este asunto es NO interfiriendo en los deseos de la mujer con respecto a la comida/bebida, todo en el contexto de un proceso de parto natural.

CONSEJERÍA DE SALUD (2005): recomienda la ingesta de pequeñas cantidades de agua y/o bebidas azucaradas (no lácteos). El facultativo podrá indicar la dieta absoluta ante la posibilidad de intervención quirúrgica en un plazo igual o inferior a 1 hora.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: se debe permitir la ingestión de alimentos, principalmente líquidos, según las necesidades de las gestantes.

Recomendaciones sobre la ingesta: pequeñas cantidades a intervalos frecuentes evitan una gran distensión gástrica, bebidas isotónicas, zumos, dieta blanda baja en residuos, evitar los lácteos, preferentemente alimentos templados, respetar la regulación natural de las mujeres a medida que avanza el trabajo de parto, parar la ingesta en caso de anomalía en el curso del parto

CONCLUSIONES

Las horas de ayuno de las embarazadas que ingresan en nuestra unidad deben ser consideradas por el personal.

No existe suficiente evidencia que justifique el ayuno en las mujeres de parto de bajo riesgo por el riesgo de aspiración de contenido gástrico, ya que la restricción de comida y bebida puede derivar en deshidratación y cetosis.

Las mujeres, a medida que avanza el parto, tienen tendencia a autocontrolar la ingesta, de modo que la apetencia por los sólidos disminuye a medida que avanza el parto y entran en fase activa.

Durante los pródomos, o en caso de partos prolongados, el cuerpo necesita energía para continuar.

La restricción en la ingesta puede resultar en deshidratación y poco progreso, lo cual quiere decir que las deberíamos animar a comer y beber.

La autorregulación de la ingesta disminuye en la mujer el nivel de estrés y les crea un sentimiento de autocontrol.

La política de restricción oral en base a los hechos ocurridos en la década de los 40 no tiene sustento en la actualidad.

Profesionales del área de obstetricia de la universidad de Chile señalan que una política de "nada por boca" en trabajo de parto no es apropiada y que por lo menos agua o alimentos livianos deben ser permitidos.

Según el estudio de Detroit, 2010, las mujeres deberían poder elegir libremente si quieren comer y tomar líquidos.

La OMS afirma con seguridad que para el parto normal de bajo riesgo no existe la necesidad de restringir la ingesta, y plantea la discusión sobre si sería necesario estudiar si los efectos de intervenir en la nutrición materna durante el parto son peores que los riesgos de un síndrome de Mendelson.

Carmen María Vinelli Páez.
R2 Enfermera Obstétricoginecológica
Hospital Punta Europa. Algeciras.

BIBLIOGRAFÍA

Medline, Cinahl, Cochrane, Embase, Game
Revista Matronas Profesión
Web Matronas De Ubeda.

Se reabre este espacio y estará disponible para publicar cualquier estudio o investigación que los residentes quieran aportar.

Enviar los trabajos a anfeca@saludmultimedia.com o mafernandez@amatronas.org



PREMIO NUK

8^A EDICIÓN $\frac{10}{11}$

Se anuncia por parte de **NUK Formación** de Roche Diagnostics, S.L., y por parte de la **FAME** Federación de Asociaciones de Matronas de España, la 8^a convocatoria para la adjudicación del **Premio NUK 2010-2011**:

Dotación Global _____ **15.000 €**

Premio NUK Matronas _____ **8.000 €**
al mejor trabajo científico y/o de investigación

Premio NUK Matronas Residentes:
al mejor proyecto de investigación

Autoras Proyecto _____ **3.500 €**

Unidad Docente Titular _____ **3.500 €**
para equipamiento docente



F A M E

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA

NUK Formación

PROFESSIONAL SUPPORT

Para más información y solicitud de bases:



Roche Diagnostics S.L.
NUK Formación
Av. Generalitat 171-173
E-08174 Sant Cugat del Vallès
Barcelona

F A M E

Federación de Asociaciones de Matronas de España
fame@federacion-matronas.org
www.federacion-matronas.org