



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

CONSULTA DE ASESORÍA NUTRICIONAL POR PARTE DE UNA MATRONA

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: HOSPITAL SANT JOAN DE DEU
- Domicilio social (incluido Código Postal): PASSEIG SANT JOAN DE DEU nº 2, 08950 ESPLUGUES DE LLOBREGAT, BARCELONA
- CCAA: CATALUNYA
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:

Elisabet Palacios Holgado. epalacios@hsjdbcn.org. / 675 50 71 33

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

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

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Octubre 2014
- Actualmente en activo: SI
- Prevista su finalización: -

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6. LINEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	ATENCIÓN AL PARTO NORMAL
---	--------------------------

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Según el Libro Blanco de la Nutrición en España elaborado por la Fundación Española de la nutrición "...la alimentación de la mujer gestante y/o lactante debe cubrir los requerimientos propios de todos los nutrientes y energía en etapa no reproductiva, a la vez que asegurar el óptimo crecimiento y el mantenimiento funcional del feto, la placenta, la adaptación del organismo materno y la producción láctea, en cada caso." (1). Lo cierto es que el embarazo es un gran momento para valorar los hábitos alimentarios y mejorarlos si es necesario. Como también comenta este documento la mujer está receptiva a mejorar su estado de salud por el bienestar de su hijo y además es un periodo donde el contacto con los servicios sanitarios es frecuente por lo que aparecen múltiples oportunidades para realizar educación sanitaria al respecto.

Además de estar receptiva por las connotaciones de la situación, la mujer observa como la educación sanitaria es muy útil en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando las pautas adecuadas pueden mejorar las náuseas y vómitos. Este hecho hace que la propia mujer se dé cuenta de la importancia que tiene su dieta y sus hábitos alimentarios y de como un pequeño cambio en su vida puede afectar a medio y largo plazo su bienestar.

Además durante la gestación existe un contacto frecuente con el personal sanitario y la valoración de la alimentación de la gestante es fácil y, además, imprescindible. Tanto si hay un riesgo de malnutrición por exceso como por defecto puede afectar al embarazo, a la mujer y a su descendencia.

En esta línea, existe una guía de práctica clínica publicada por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en julio de 2010 que expone los riesgos del sobrepeso y la obesidad en las mujeres antes del embarazo y durante el mismo (2). Relata que el *Center for Maternal and child Enquiriers* y el *Royal College of Obstetrician and Gynecologists* (3) publicaron en el año 2010 que las mujeres que al quedar embarazadas son obesas tienen

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.



mayor riesgo de intolerancia a la glucosa y de diabetes gestacional, de aborto, de preeclampsia, de tromboembolismo y de muerte materno.

Otro estudio relevante fue publicado por Yu en el 2006 (4) que determinó que una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un parto inducido, largo, instrumentado, una cesárea y una hemorragia posparto. La movilidad reducida durante el trabajo de parto puede implicar mayor necesidad de anestesia locoregional que, a su vez, es más difícil de administrar a gestantes obesas con lo que se aumenta la necesidad de la anestesia general con los riesgos implícitos.

En el año 2008 el estudio que Ramachenderan (5) publicó defiende que los niños nacidos de madres obesas tienen más riesgo de muerte fetal, defecto congénito, distocia de hombros, macrosomía y posteriormente obesidad.

Por último, ya en el puerperio, Heslehurst confirmó en el año 2007 que la cicatrización es más dificultosa y aumenta el riesgo de infección, además las mujeres obesas tienen más dificultades para amamantar (6).

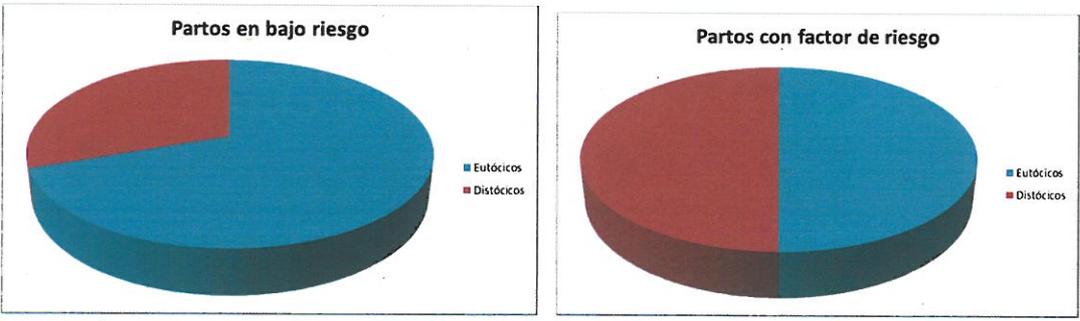
Con todos estos riesgos y complicaciones expuestos no es desdeñable la importancia de la obesidad como un factor de riesgo durante la gestación, el parto y el postparto. Por esta razón es importante conocer el índice de masa corporal al inicio del embarazo y el incremento ponderal de la población que recibimos en nuestro centro.

No se debe olvidar que en nuestro entorno, en España, la OMS ha constatado que en los años 2006-2007 el 30.8% de las mujeres españolas tenían un peso excesivo que la propia OMS tituló como pre-obesidad, mientras que el 15.8% ya se las clasifica como obesas. De estas cifras se puede destacar que la comunidad autónoma con mayor porcentaje de mujeres obesas en ese momento era Murcia con un 20.1% mientras que la de menor porcentaje era La Rioja con un porcentaje de mujeres obesas del 9% (7).

A la luz de estos valores, es importante hacer una valoración de la dieta de las gestantes de nuestra área para poder percibir riesgos de malnutrición o desequilibrios nutricionales y poder actuar en consecuencia.

Las acciones a realizar pasan por una educación sanitaria sobre nutrición pero según un estudio del año 2013 realizado a 58 gestantes la educación sanitaria recibida en relación con la alimentación era mejorable y que la mayoría de gestantes no conocían las bases de la alimentación saludable, sobretodo aquellas con sobrepeso. Por último, recuerda dicho artículo,

durante el embarazo se dan múltiples oportunidades para introducir la idea de la dieta sana (8). Se han revisado los datos correspondientes a nuestro centro y los resultados son destacables. En el caso de los partos con bajo riesgo el porcentaje de eutócicos asciende al 69.5% de los partos totales mientras que al presentar la mujer uno de los factores de riesgo asociados al peso, como son un IMC superior a 30 o un incremento ponderal inadecuado durante el embarazo, el porcentaje de partos eutócicos decae hasta el 50%.



La detección de este ámbito de mejora ha determinado que en él se elabore un proyecto que pretende mejorar la educación sanitaria respecto a la nutrición y ejercicio, evaluando la satisfacción de las usuarias, para disminuir la aparición de riesgos que puedan complicar el proceso de embarazo, parto y puerperio.

8. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Implantar una consulta de asesoría nutricional que ayude a incorporar una dieta equilibrada y una actividad física moderada en pacientes gestantes con sobrepeso.
- Reducir riesgos potenciales asociados a la gestación y parto de embarazadas con sobrepeso y mejorar los resultados maternos y perinatales

Objetivos específicos:

- Educar a la paciente en conceptos relacionados con la dieta sana y equilibrada y el ejercicio físico moderado.
- Educar a la paciente sobre los riesgos del IMC elevado durante la gestación, parto y posparto.



9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

- Gestantes con un índice de masa corporal (IMC) en el inicio de la gestación de 30 o superior.
- Gestante que tengan un incremento ponderal inadecuado durante el embarazo.
- Puérperas con un IMC de 30 o superior.
- Mujeres con deseo gestacional y un IMC de 30 o superior.

10. METODOLOGÍA

Para la correcta realización de nuestra experiencia se trazó un plan de trabajo con los diferentes profesionales sanitarios implicados. El equipo multidisciplinar está formado por matronas y obstetras, encargados de detectar la población diana y de informar a las mujeres sobre este servicio de asesoría.

Se creó una agenda EDI (educación dietética de enfermería) que lleva a cabo una comadrona y el siguiente circuito.

1. Detección de la población diana y propuesta de realización de una visita de consejo nutricional:
 - a. En el caso de las gestantes se identifica a aquellas que pertenecen a la población diana durante la primera visita en las consultas externas, realizada por la matrona u obstetra.
 - b. En las visitas realizadas en el área de fertilidad se identifica a aquellas mujeres con deseo gestacional que pertenecen a la población diana.
 - c. En caso de las puérperas que no hayan asistido a la visita durante la gestación se les ofrece este servicio al alta hospitalaria. La visita la realizan durante el posparto tardío.
 - d. En caso de las puérperas que han recibido la visita durante la gestación se les ofrece repetir dicha visita para valorar de nuevo su contexto.
2. La visita nutricional se inicia repasando la historia clínica de la usuaria para valorar los posibles riesgos.
3. Explicación de los objetivos de la visita.
 - a. Gestantes:
 - i. Comprensión de los riesgos de un IMC elevado durante el embarazo y parto.
 - ii. Comprensión de los beneficios del normopeso, la dieta equilibrada y el ejercicio físico moderado.
 - iii. Comprensión del concepto de dieta sana y equilibrada.



- iv. Identificación de los elementos de su dieta habitual que deben reducirse o eliminarse.
 - v. Comprometerse a adaptar su dieta y el ejercicio a su IMC y momento gestacional.
- b. Puérperas:
- i. Comprensión de los riesgos de un IMC elevado en su vida diaria.
 - ii. Comprensión de los beneficios del normopeso, la dieta equilibrada y el ejercicio físico moderado tanto para ella como para su recién nacido.
 - iii. Comprensión del concepto de dieta sana y equilibrada.
 - iv. Identificación de los elementos de su dieta habitual que deben reducirse o eliminarse.
 - v. Comprometerse a adaptar su dieta y el ejercicio a sus condiciones actuales.
- c. Mujeres con deseo gestacional:
- i. Comprensión de los riesgos de un IMC elevado en su vida diaria.
 - ii. Comprensión de los beneficios del normopeso relacionados con el deseo gestacional.
 - iii. Comprensión de los beneficios del normopeso, la dieta equilibrada y el ejercicio físico moderado.
 - iv. Identificación de los elementos de su dieta habitual que deben reducirse o eliminarse.
 - v. Comprometerse a adaptar su dieta y el ejercicio a sus condiciones actuales.
4. Descripción por parte de la mujer de su dieta habitual y nivel de ejercicio físico.
 5. Explicación por parte de la comadrona del concepto de dieta sana, pirámide de alimentación y ejercicio físico adecuado a la gestante.
 6. Consenso entre la mujer y la comadrona de los cambios a realizar en su vida diaria (Tabla 1).
 7. Proporcionar material de apoyo, en este momento se le ofrece información de la web infermeriavirtual.cat del Colegio de Enfermeras de Barcelona (Tabla 2).

Valoración posterior

Se realiza una llamada telefónica entre 2-3 semanas después de la visita para valoración de los cambios establecidos. Si no se han producido cambios o éstos han sido escasos se valora una



nueva consulta para reforzar los hábitos saludables. Para esta valoración se utiliza una encuesta de elaboración propia que consiste en cuatro preguntas:

1. ¿Te ha resultado útil la consulta realizada respecto a tus conocimientos sobre nutrición?
2. ¿Te ha resultado útil la consulta realizada respecto a tus conocimientos sobre los riesgos de la obesidad o del incremento de peso respecto a...
 - a. Embarazo y parto? (gestantes)
 - b. Puerperio? (puérperas)
 - c. Concepción? (mujeres con deseo gestacional)
3. ¿Se ha producido algún cambio en tus hábitos alimentarios desde la consulta?
4. ¿Se ha producido algún cambio en tus hábitos de ejercicio físico desde la consulta?

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Recogida de opinión de las pacientes mediante un cuestionario propio que recoge su grado de satisfacción respecto a:

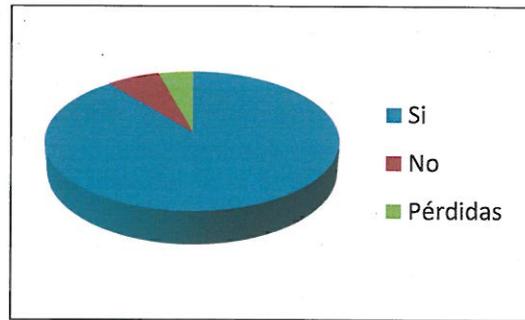
- Cambios favorables en la dieta a las 2-3 semanas.
- Nivel de actividad física a las 2-3 semanas.
- Utilidad de la consulta nutricional.
- Conocimiento de los riesgos asociados al sobrepeso y obesidad en esta etapa vital.

• RESULTADOS.

Estos son los resultados elaborados a raíz de la encuesta telefónica realizada a las usuarias de esta consulta desde octubre del 2014. La encuesta se ha realizado a un total de 46 mujeres

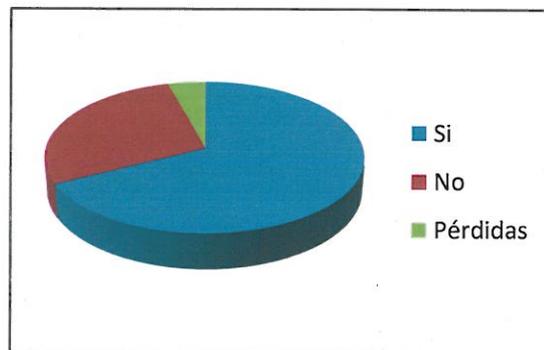
¿Le ha resultado útil la visita?

De las 46 mujeres, 41 confirmó que la visita había sido útil para ella.



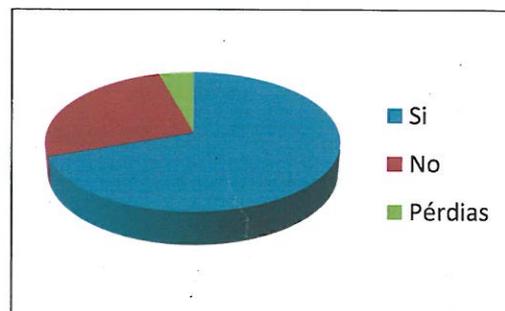
¿Ha realizado algún cambio en la dieta desde la consulta dietética?

El 67.3% de las mujeres refieren que a las dos-tres semanas han realizado cambios y se han mantenido durante este tiempo en su dieta.



¿Ha realizado algún cambio en el ejercicio físico desde la consulta dietética?

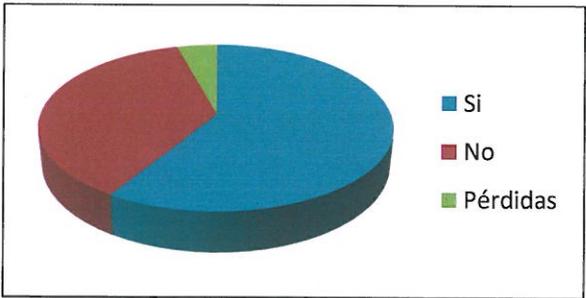
En el caso del ejercicio físico un 69.5% de las mujeres refieren un aumento de la actividad.



¿Ha aprendido algún aspecto nuevo sobre los riesgos de la obesidad y sobrepeso durante el embarazo, parto y posparto?

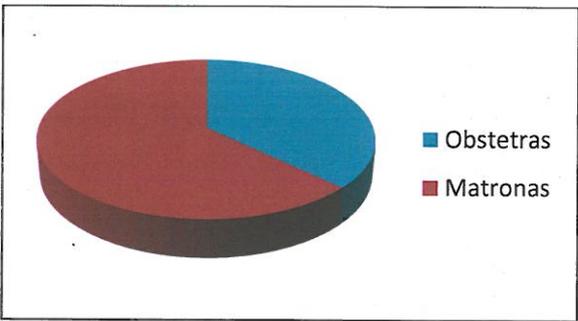


Un 58,69% de las mujeres refieren haber aprendido algún aspecto nuevo sobre los riesgos asociados.



¿Qué profesional ha derivado más mujeres a esta consulta?

De las 46 visitas realizadas un 63% fueron derivadas por matronas.



Por otro lado desde que se inició el programa ha habido en consultas externas del hospital 2554 primeras visitas y sólo un 3% aproximadamente han sido derivadas a la visita de asesoría siendo las matronas las profesionales que más han derivado.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los estudios han demostrado como la obesidad o el incremento ponderal excesivo son un factor de riesgo muy importante durante el embarazo, de cara al parto y al posparto. Este proyecto es una apuesta por parte del Hospital Sant Joan de Déu para intentar disminuir dicho factor de riesgo en nuestra población, está demostrando ser útil a las mujeres y es una herramienta para los profesionales que pueden ofrecer una visita dedicada íntegramente a un aspecto tan importante como la nutrición.



- Un gran porcentaje de las mujeres que han participado en el programa lo encuentran útil; la mayoría de las participantes refiere cambios favorables en la dieta y en el ejercicio físico y más de la mitad de las mujeres han aprendido algo nuevo sobre los riesgos de la obesidad y sobrepeso referentes al embarazo y parto.
- El circuito creado es un ejemplo de trabajo en equipo donde matronas y obstetras trabajan conjuntamente para ofrecer a las mujeres un mejor servicio. Desde el inicio del proyecto todos los profesionales se han implicado activamente ofreciendo la visita a aquellas mujeres que lo necesitaban.
- Una de las dificultades que hemos detectado en primera línea desde la instauración del circuito es que algunas mujeres desconocen el gran impacto de la nutrición en el embarazo y parto. Es un trabajo por nuestra parte que dichas mujeres entiendan la importancia y acudan a la visita de consejo nutricional al inicio del embarazo, idealmente.
- Teniendo en cuenta el número de derivaciones desde que se inició el programa es de vital importancia reforzar la derivación por parte de los profesionales.
- En este momento aún nos faltan datos para valorar el impacto positivo en los resultados maternos y perinatales de la implantación de este programa. Éste es un aspecto importante a valorar en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro Blanco de la Nutrición en España. Fundación Española de la Nutrición [Internet]. Silvestre Castelló D. Situación fisiológicas y etapas de la vida. Capítulo I.3; 2013 [Internet]. citado en diciembre 2014. Disponible en [:http://www.seen.es/docs/nutricion/areas-tematicas/otros/libroBlanco.pdf](http://www.seen.es/docs/nutricion/areas-tematicas/otros/libroBlanco.pdf)
2. National Institute for Health and Care Excellence. Weight management before, during and after pregnancy. Julio 2010. Consultado en diciembre 2014.
3. The NHS Information Centre (2008) Health survey for England 2006: CVD and risk factors adults, obesity and risk factors children. London: The NHS Information Centre
4. Yu CKU, Teoh TG, Robinson S (2006) Obesity in pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 113: 1117–25
5. Ramachenderan J, Bradford J, McLean M (2008) Maternal obesity and pregnancy complications: a review. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 48: 228–35



6. Heslehurst N, Lang R, Rankin J et al. (2007) Obesity in pregnancy: a study of the impact of maternal obesity on NHS maternity services. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 114:334–42
7. Organización Mundial de la Salud. Global Database on Body Mass Index. [Internet] 2014 [citado diciembre 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
8. Jersey S, Jan N, Callaway L, Daniels L. An observational study of nutrition and physical activity behaviors, knowledge, and advice in pregnancy. BMC Pregnancy and childbirth 2013, 13:115 [Internet] Consultado en diciembre 2014. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/115>

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimenta el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.