

EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER DE BURLADA

Autor del trabajo: Miren Abadia Guinea

Directora del trabajo: María José Galán Espinilla

Titulación: Grado en Enfermería
Curso académico 2013-2014
Convocatoria de defensa: Junio 2014

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La diabetes gestacional se considera la enfermedad metabólica más frecuente durante el embarazo. Esta patología acarrea múltiples complicaciones que afectan tanto a la madre como al hijo. El objetivo de este trabajo es, capacitar a las gestantes, que sean diagnosticadas en el CAM de Burlada de DG, en el manejo de la propia enfermedad y autocuidado. Para ello, se propone una educación para la salud grupal debido a los beneficios que ésta aporta y la inexistencia en el centro de la misma.

El trabajo concluye recalcando la importancia de dicha educación sanitaria, con la cual se espera, fomentar el desarrollo de las habilidades personales de estas mujeres.

Palabras clave: Diabetes gestacional, educación grupal, educación para la salud, autocuidados, conocimientos.

ABSTRACT:

Gestational diabetes is considered the most common metabolic disorder during pregnancy. This pathology leads to multiple complications affecting both mother and child. The goal of this work is, to enable pregnant women, diagnosed of gestational diabetes in the "CAM of Burlada", to manage the disease as well as providing them with education on how to take care of themselves. With this purpose, a group health education is proposed as it would become really beneficial and there is an absence of it in the medical centre.

The paper concludes emphasizing the importance of health education, which is expected to improve these women's personal skills.

Key words: Gestational diabetes, group education, health education, self-care, knowledge.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1-2
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA	4-5
PROPUESTA DE MEJORA	6-30
ANÁLISIS DE PROBLEMAS	6-10
Identificación del problema	6-9
Identificación de factores de riesgo.....	9-10
Identificación de las actitudes y expectativas de autoeficacia del grupo.....	10
PROGRAMA DE ACTIVIDADES	11-25
Grupo diana.....	11
Objetivos y contenidos.....	11-12
Metodología	13-22
Cronograma.....	23-24
Lugar.....	25
Agentes de salud	25
Recursos	25
EVALUACIÓN	26-28
De la estructura del programa	26-27
Del proceso de desarrollo	27-28
De los resultados.....	28
OTROS ASPECTOS DEL PROGRAMA	29-30
Adquisición de materiales.....	29
Constitución del equipo	29
Curso de formación.....	29
En caso de complicaciones.....	29
Control tras parto.....	29-30
DISCUSIÓN	31-32
CONCLUSIONES	33
AGRADECIMIENTOS	34
BIBLIOGRAFÍA	35-38

ANEXOS	39-61
ANEXO 1 Datos aportados por el Dr. Zabaleta Jurio. Epidemiología en Navarra	39-41
ANEXO 2 Búsqueda bibliográfica en bases de datos	42-44
ANEXO 3 Entrevista semiestructurada a las enfermeras del CCI y del CAM de Burlada.	45
ANEXO 4 Entrevista semiestructurada dirigida a la Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia	46
ANEXO 5 Entrevista de preguntas abiertas dirigida a las gestantes	47
ANEXO 6 Cuestionario de expectativas	48
ANEXO 7 Registro de glucemias	49
ANEXO 8 Materiales de la sesión 3	50-61
ANEXO 9 Material de la sesión 6	62

1. INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) se considera el problema metabólico más frecuente en el embarazo, se manifiesta particularmente en el tercer trimestre de la gestación y representa cerca del 90% de todos los embarazos de riesgo, es por ello que el embarazo de una mujer con DG se considera un embarazo de alto riesgo ⁽¹⁾.

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la DG está presente en un 4-8% de todos los embarazos en los países industrializados. En Estados Unidos se estima que cada año se producen 135.000 casos nuevos de DG. En España, sin embargo, se calcula que la prevalencia es de entre 2,5% y 7,3% de la población obstétrica general, entre las cuales el 10% de las gestantes padece diabetes previa al embarazo o prediabetes y en el 90% diabetes gestacional ⁽¹⁻⁴⁾. En Navarra, se ha detectado un aumento de la DG en la última década, aproximadamente un 19,5% de las gestantes ha presentado un test de O'Sullivan positivo en los últimos años, de las cuales un 6,5% han sido diagnosticada posteriormente de DG y un 2,5% de intolerancia a la glucosa oral ^{*}.

La diabetes mellitus (DM), es un conjunto de trastornos metabólicos que se caracterizan por presentar hiperglucemia, ya que se trata de un aumento de los niveles de glucosa en sangre como resultado de defectos en la secreción de insulina o en las funciones de la misma. Esta enfermedad puede manifestarse de diferentes formas, entre las que se encuentra la diabetes gestacional, que se inicia o se detecta por primera vez durante el embarazo. Normalmente, la diabetes gestacional suele remitir cuando termina el embarazo ⁽⁵⁾.

Sin embargo, la importancia de la diabetes gestacional una vez diagnosticada, reside en las múltiples complicaciones obstétrico-fetales que ésta pueda acarrear, como; muerte intrauterina, partos por cesárea, macrosomía, sufrimiento fetal y problemas neonatales que afectan directamente al feto, o la Diabetes Mellitus (DM) que afecta, en este caso, a la mujer. Con el objetivo de prevenir estas y otras complicaciones derivadas del incumplimiento del tratamiento ^(4,6), resulta necesario advertir de la importancia del seguimiento del tratamiento, que está compuesto por una adecuada alimentación, manejo de glucemia y ejercicio físico.

En los estudios realizados por Albareda en 2001-2002 y por Fernández y Pascual en 2006, se relacionó la DG con el incremento de la morbimortalidad fetal y la presencia de factores de riesgo vasculares a corto, medio y/o largo plazo para la gestante.

La evidencia reafirma además, que la DG es un factor predictor importante para el desarrollo posterior de la DM ⁽⁷⁾. Jovanovic ha añadido que la incidencia de la evolución hacia la DM se da entre el 6 y 70% de los casos ⁽⁸⁻⁹⁾. Así como el porcentaje de desarrollar de nuevo la DG en los próximos embarazos es del 50%. Por ello, es muy importante reconocer y tratar la diabetes gestacional lo antes posible para minimizar los riesgos de las complicaciones ⁽⁸⁾.

El Center for Disease Control of Atlanta, en los últimos estudios realizados, manifiestan que cuando se supera el primer año de vida la proporción de la mortalidad determinada por los estilos de vida aumenta considerablemente, acercándose a un 50%.

* Datos cedidos por el Dr. Jesús Zabaleta Jurio recogidos en las historias clínicas de 2002-2012, ver anexo 1

Es tanta la influencia de los estilos de vida, que resulta imprescindible educar a estas mujeres en los hábitos de vida saludable ^(6,10).

La necesidad de información cobra aún más importancia cuando se observa que mediante ella se protege y promueve la salud de todos, logrando así el objetivo que la OMS estableció en 1978 en la Conferencia de Alma Ata; alcanzar la “salud para todos en el año 2000”. En ella se fijaron estrategias que en materia de salud se desarrollarían en todas las naciones ^(6,10).

La promoción de la salud es una estrategia que involucra a toda la población con y/o sin riesgo específico de enfermar. Mediante esta estrategia se actúa en diferentes niveles; individual, familiar, comunitario y/o social. Para llegar a estos ámbitos de acción, se considera la educación como una herramienta imprescindible que puede ser a su vez, individual y/o grupal.

En relación al tipo de educación, la evidencia señala ⁽¹¹⁾ que existen beneficios de la educación para la salud grupal (EpSG) en mujeres con DG. Las principales ventajas que esta educación manifiesta en las mujeres con DG, son tales como el control de la glucemia, el aumento de los conocimientos de la enfermedad y la mejora en la calidad de vida de las gestantes. Además, ha de señalarse que tanto la intervención individual como la grupal no son excluyentes entre ellas; la primera, está dirigida hacia los primeros momentos del diagnóstico y enfermedad, mientras que la segunda, se recomienda realizarla en los momentos posteriores al diagnóstico.

El trabajo se centrará en el Centro de Atención a la Mujer (CAM) de Burlada donde actualmente la única intervención existente es una educación individual de 15 minutos. Viendo la trascendencia de la patología y la capacidad de los profesionales de enfermería en estrategias de educación, se realizará una EpSG dirigida a las mujeres con DG. En ella se abordan temas como el conocimiento de la enfermedad, ejercicio físico, importancia de la alimentación y el manejo del glucómetro, con el objetivo de capacitar a estas mujeres en los autocuidados de su propia enfermedad.

2. OBJETIVOS

Los **objetivos** se resumen de la siguiente manera incluyendo un objetivo general y cuatro específicos:

Objetivo general:

- Capacitar a las mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional en el CAM de Burlada en el autocuidado de su salud.

Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento de las gestantes sobre DG y su control.
- Favorecer la adquisición de habilidades para el manejo de glucómetro.
- Proporcionar conocimiento sobre la alimentación adecuada en la DG.
- Fomentar la realización de ejercicio físico adecuado a su proceso.

3. METODOLOGÍA /MATERIAL/ES Y MÉTODOS

El trabajo se ha centrado en una búsqueda de información en varias bases de datos, tesis doctorales, libros, buscadores y en diferentes entidades del Servicio de Salud Navarro, Osasunbidea.

La pregunta principal con la que se ha trabajado para poder realizar la búsqueda ha sido la pregunta PIO (Población diana, Intervención, Objetivos). Con la que se ha determinado la población diana; las mujeres diagnosticadas de DG en el CAM de Burlada. La intervención será la realización de una educación para la salud grupal y el objetivo que se pretende lograr mediante la intervención es, capacitar a estas mujeres en el autocuidado y autocontrol de su salud y enfermedad.

La búsqueda de información que sustenta los resultados y conclusiones de este trabajo fin de grado proviene principalmente de:

- ❖ Bases de datos: Fisterra, UpToDate, DIALNET, PubMed, CSIS-IME, google académico. (Ver ANEXO 2)
- ❖ Páginas web sobre ciencias de la salud: Osakidetza, Sociedad Española de Epidemiología, International Diabetes Federation.
- ❖ Libros
- ❖ Tesis doctorales

Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado los Descriptores de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) de los cuales se han obtenido las siguientes palabras claves tanto en inglés; diabetes gestacional, postpartum care, education y care, como en castellano; diabetes gestacional, diabetes mellitus gestacional, cuidados, nutrición, educación y tratamiento. Estos términos se han combinado con la utilización de los operadores booleanos (AND, NOT, OR) e (Y/ NO/ O).

Se han elaborado dos entrevistas semiestructuradas de elaboración propia, una de ellas (Ver ANEXO 3), dirigida a las enfermeras del Centro de Especialidades Príncipe de Viana-Consultas externas (CCI) de Endocrinología de Pamplona por un lado, y a la matrona del Centro de Atención a la Mujer (CAM) de Burlada en colaboración con la enfermera del centro por otro. El objetivo de esta entrevista ha sido conocer la actuación que se lleva a cabo en Pamplona en relación al objeto de estudio. Mientras que la segunda entrevista semiestructurada ha ido dirigida a la jefa del Servicio de Obstetricia y Ginecología, la Dra. M^ª Victoria Goñi Yanguas y Dr. Jesús Zabaleta Jurio, con el objetivo de conocer mejora la actuación realizada en Navarra y la epidemiología de la DG en esta comunidad (Ver ANEXO 4).

La razón por la que se realizan las entrevistas semiestructuradas es debido a que el carácter semiestructurado permite determinar de antemano la información que se pretende conseguir. Además, este tipo de entrevistas permite ir entrelazando temas y recibir más matices de las respuestas, y no centrarnos únicamente en las preguntas planteadas.

De las entrevistas semiestructuradas realizadas se procura recopilar información relevante sobre;

- La actuación específica que se lleva a cabo en Pamplona con las mujeres diagnosticadas de DG.
- Agentes de salud responsables del seguimiento de este grupo.

- Quien deriva a las mujeres al CAM, a donde pueden ser derivadas desde el CAM.
- Impacto de la educación sanitaria grupal en este grupo en relación a la salud pública.
- Beneficios de una educación sanitaria grupal.
- Necesidades o aspectos a mejorar que perciben los agentes de salud sobre la actuación que proporcionan al grupo diana.
- Incidencia en Navarra de la DG.
- Funciones que tiene la enfermera en el CAM de Burlada.

La metodología principal utilizada para la elaboración del programa ha sido la **educación grupal para salud** (EGpS). La EGpS, se basa en una serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud ⁽¹⁰⁾.

Se plantea una educación para la salud grupal por la inexistencia de ésta en el CAM de Burlada, ya que solamente se interviene a nivel individual. Así, se pretende ofrecer las ventajas que proporcionan ambas intervenciones educativas, como por ejemplo ⁽¹²⁻¹³⁾;

- Es más eficiente; en el mismo tiempo se llega a más personas.
- Permite utilizar más cantidad de recursos.
- Permite economizar personal y tiempo.
- Favorece la sociabilización de experiencias.
- Actitud más activa respecto al autocuidado.

Es necesario realizar una captación de las participantes antes de la puesta en marcha del programa de educación. Para ello, se utilizará la educación individual realizada por la matrona como momento de captación de estas mujeres. Tras la educación, se pasará una entrevista de preguntas abiertas (Ver ANEXO 5) a las mujeres para conocer la situación real y motivación personal de cada mujer. También se contará con un cuestionario (Ver ANEXO 6) donde se obtendrá información de las expectativas que tienen las gestantes en relación al programa de educación que se va a impartir en el caso de que participen.

4. PROPUESTA DE MEJORA: EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

En este apartado se diseñará una educación para la salud grupal dirigido a las mujeres embarazadas diagnosticadas de diabetes gestacional en el centro de atención a la mujer (CAM) de Burlada.

Todo programa de educación se basa en tres pilares fundamentales; análisis del problema, programación de las actividades y evaluación del programa.

1) Análisis del problema:

Para analizar el problema presente, se identificará: el problema, los factores de riesgo y las expectativas y actitudes de autoeficacia del grupo diana.

a. Identificación del problema:

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las enfermedades metabólicas más prevalentes en nuestra sociedad, constituyendo la alteración metabólico-endocrina que con más frecuencia se asocia al embarazo. Cuando el embarazo es la causa principal del desarrollo de la DM, se denomina Diabetes Gestacional (DG).

Este problema afecta a un 2,5% y 7,3% de la población obstétrica general en España. De ese total, el 10% padece diabetes pregestacional mientras que el 90% se trata de diabetes gestacionales^(1,3-4). En Navarra, un 19,5% de las gestantes ha presentado un test de O'Sullivan positivo en los últimos años, de las cuales un 6,5% han sido diagnosticadas posteriormente de DG y un 2,5% de intolerancia a la glucosa oral[†].

La Diabetes Gestacional (DG) suele aparecer tanto por un retraso en la respuesta pancreática a la ingesta, como por un aumento de la resistencia periférica a la insulina⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Durante los meses de la gestación, el desarrollo fisiológico y metabólico de la mujer varía. La glucosa en sangre, glucemia, suele ser baja en las etapas iniciales de la gestación, por ello, en el *primer trimestre*, el apetito de las embarazadas aumenta antes de cada comida. A partir del *segundo semestre*, en cambio, el metabolismo basal de la mujer se incrementa, aumentando así la secreción de insulina. El aumento de las hormonas placentarias antagonistas de la insulina, cortisol, prolactina, progesterona y lactógeno, también se acentúan en este semestre, impidiendo que la insulina actúe adecuadamente. Todo esto lleva, a que la insulina generada por la mujer a partir del segundo semestre, sea 2-3 veces menor a las cantidades necesarias. Ante esta situación, se produce la diabetes gestacional que se acentúa, normalmente, en *el tercer trimestre*⁽¹⁴⁾.

Numerosas evidencias científicas demuestran que la prueba de tolerancia materna a la sobrecarga oral de glucosa o test de O'Sullivan (TOS), es el test más fiable para determinar el desarrollo de una posterior DG. Este cribado está establecido por el ADA desde 1997 y se puede realizar en cualquier momento del día sin necesidad de preparación dietética previa.

[†] Datos cedidos por el Dr. Jesús Zabaleta Jurio recogidos en las historias clínicas de 2002-2012, ver ANEXO 1

El TOS consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso, una hora después de la ingesta de 50g de glucosa. Se considera un TOS positivo si la cifra de glucemia es ≥ 140 mg/dl (7,8mmol/l) ⁽¹⁾.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda que este cribado sea selectivo realizándose únicamente a las mujeres de alto riesgo; sobrepeso (IMC > 25 kg/m², falta de ejercicio físico, edad avanzada (mayor de 35 años), presencia de antecedentes familiares de diabetes, alta paridad, raza no blanca, síndrome de ovario poliquístico o bajo peso de la madre al nacer ⁽¹⁶⁾. Mientras que el American Collage of Obstetrician and Gynecologists, opta por un cribado universal ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. En el Centro de Atención a la Mujer (CAM) de Burlada, se siguen las pautas establecidas por el American Collage of Obstetrician and Gynecologists (Ver figura1).

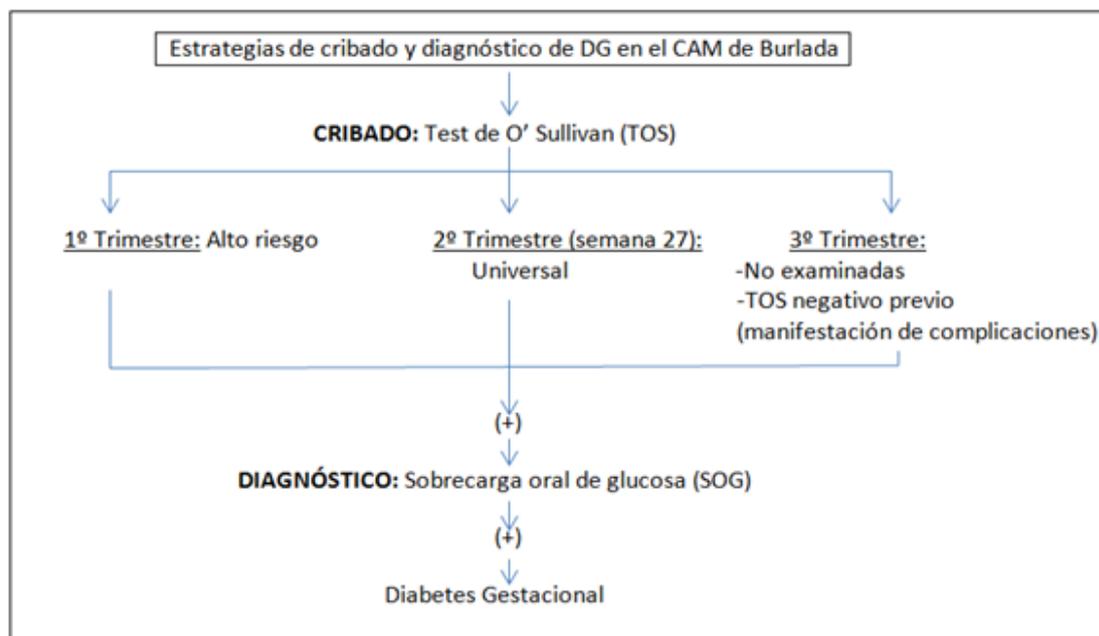


Figura 1: Algoritmo de actuación en el CAM de Burlada

Para la realización del TOS, las mujeres son derivadas a las matronas del centro de Burlada quienes realizan el seguimiento de las mismas.

Este test está dirigido y/o se realiza en los siguientes casos;

- El primer trimestre: a todas las gestantes de alto riesgo; edad ≥ 35 años, obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²), antecedentes personales de DG u otras alteraciones del metabolismo de glucosa, resultados obstétricos previos que hagan sospechar una DG no diagnosticada (p.ej. macrosomía) e historia familiar de DM en familiares de primer grado.
- El segundo trimestre: a todas las gestantes que no estén diagnosticadas previamente se les realiza el despistaje en la semana 27 de gestación. En este trimestre se realiza el despistaje de forma universal.
- En el tercer trimestre: en gestantes que no han sido estudiadas en el 2º trimestre y en aquellas en las que el estudio resultara negativo pero posteriormente desarrollan complicaciones que se asocian a la DG (macrosomía fetal, polihidramnios). En estos casos, se obvia el test de

O'Sullivan y se acudiría directamente a la realización de una sobrecarga oral de glucosa (SOG).

Una vez confirmado el TOS positivo, se procede al diagnóstico y detección de la DG. Para ello, se realiza una sobrecarga oral de glucosa (SOG) siguiendo las recomendaciones de la IV Conferencia Internacional de DG de la ADA celebrada en marzo de 1997, que apoya el uso de criterios diagnósticos de Carpenter y Constan. En ella, se determina que la medición de la glucemia sea al inicio, a la hora, a las dos horas y a las tres horas de la SOG.

Sin embargo, pese a las diversidades de opiniones sobre los límites de cohortes del diagnóstico, desde el CAM de Burlada se siguen los criterios establecidos por la National Diabetes Data Group (NDDG) que define que la SOG sea de 100g de glucosa y no de 75g (Ver tabla 1)⁽⁴⁾.

DIFERENCIAS DE CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DG			
		NDDG	ADA
Sobrecarga oral de glucosa de:		100g de glucosa	75g de glucosa
Medición de glucemia	Al inicio	≥ 105 mg/dl	≥ 95 mg/dl
	A la hora	≥ 190 mg/dl	≥ 180mg/dl
	A las 2 horas	≥ 165mg/dl	≥ 155mg/dl
	A las 3 horas	≥ 145mg/dl	≥ 140mg/dl

Tabla 1: Diferencias de criterios diagnósticos de DG⁵

Tras el Test de O'Sullivan se procede a realizar la sobrecarga oral de glucosa (SOG), que será la prueba que diagnostique la enfermedad. En el CAM de Burlada es responsabilidad de la matrona realizar esta prueba diagnóstica al igual que el TOS. La prueba de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) consiste en la medida de la glucosa en suero o plasma tras una sobrecarga oral de glucosa. En el caso de 2 o más valores mayores a los descritos se considera una SOG positiva. Si sólo un valor excede estos límites, se considera intolerancia a la glucosa (ITG) y se vuelve a realizar la prueba a las 3 o 4 semanas⁽¹⁾.

La ITG se considera un estado patológico en el que el nivel de glucemia en ayunas es ≥100mg/dl pero <126mg/dl y a las 2 horas de una SOG de 75g, ≥140mg/dl pero ≤200mg/dl⁽¹⁾.

Antes de realizar la SOG debe prestarse atención a las siguientes consideraciones:

1. Dos glucemias basales ≥ 126 mg/dl, en días diferentes, o al azar ≥200 mg/dl, ratifican el diagnóstico de DG y excluyen la necesidad de realizar una SOG.
2. Se recomiendan los criterios diagnósticos del NDDG y el 3rd Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus.

Además de estas consideraciones, para la realización de la SOG se precisa una preparación previa;

- Tres días antes de la prueba, se recomienda a las embarazadas la ingesta de una dieta que no sea restrictiva en carbohidratos o por lo menos con un aporte diario > a 150g de carbohidratos.
- El día previo a la prueba, tras ayuno de 8-14 horas, se extraerá sangre y acto seguido se administrará por vía oral 100g de glucosa (la SOG). Los 100g de glucosa se administran en un vehículo acuoso de 300 ml en el transcurso de 5 minutos.
- Posteriormente, tras la SOG, la mujer debe permanecer sentada y sin fumar, tomándose muestras de sangre venosa cada 1,2 y 3 horas.
- Se determinará la glucemia en plasma venoso y se considerará diagnóstico de DG el hallazgo de 2 o más puntos \geq a los valores; 105mg/dl al inicio, 190mg/dl a la hora, 165mg/dl a las 2 horas y 145mg/dl a las 3 horas.

Cuando una mujer es diagnosticada de DG desde el CAM de Burlada se realiza el seguimiento del embarazo y de la enfermedad. En el mismo momento del diagnóstico, es cuando interviene la matrona para realizar una educación individual.

La educación individual dura 15 minutos y en ella se educa sobre el manejo del glucómetro, la alimentación adecuada y el ejercicio físico. Los tres pilares fundamentales que forman el tratamiento de la diabetes gestacional junto con la educación sanitaria. En un principio se espera que con estas tres acciones y con la educación la gestante controle su DG. Sin embargo, no todas las gestantes llegan a controlar su enfermedad con estas tres acciones y por ello, a veces, precisan insulina como tratamiento farmacológico para el correcto control de la diabetes. En este caso también son informadas desde el CAM sobre el tratamiento farmacológico existente.

Con intención de complementar esta educación individual que realiza la matrona, se propone realizar una educación para la salud grupal impartido por las enfermeras del CAM de Burlada.

b. Identificación de los factores de riesgo:

Los factores de riesgo tradicionales para el desarrollo de la DG son; la edad materna elevada (mayor de 35 años), sobrepeso (IMC >25 kg/m²), la alta paridad, antecedentes de un parto previo con niño macrosómico, antecedentes familiares de diabetes, raza no blanca, falta de ejercicio físico, síndrome de ovario poliquístico o bajo peso de la madre al nacer^(3,19).

Por muy presentes que estén los factores de riesgo, la enfermedad no se manifiesta si no existe una predisposición a desarrollar un estado de resistencia a la insulina⁽¹⁹⁾.

En un principio, la DG no se acompaña de manifestaciones materno-fetales, pero una vez que se manifiesta la enfermedad se incrementan las complicaciones tanto maternas como fetales. Las repercusiones que la DG puede acarrear pueden afectar directamente a varios niveles (Ver Tabla 2). Dentro de todas ellas, la repercusión materna más importante a destacar es la predisposición de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 tras la gestación⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

REPERCUSIONES DE LA DG EN ⁽¹⁾ :		
LA MADRE	EL EMBRIÓN Y FETO	EL RECIÉN NACIDO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome metabólico ▪ Hipertensión ▪ Polihidramnios ▪ Tocurgia (cesáreas, traumatismos) ▪ Desarrollo de DM2 ▪ Angustia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborto ▪ Prematuridad ▪ Mortalidad perinatal ▪ Malformaciones ▪ Macrosomía ▪ Traumatismo obstétrico ▪ Retraso en el crecimiento ▪ Miocardiopatía hipertrófica ▪ Retraso madurativo pulmonar, hepático y SNC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poliglobulia ▪ Hipoglucemia neonatal ▪ Hipocalcemia e hipomagnesemia ▪ Alteraciones neurológicas ▪ Inmadurez funcional (hiperbilirrubinemia, distrés respiratorio, etc.)

Tabla 2: Repercusiones de la DG a diferentes niveles

c. Identificación de las actitudes y expectativas de autoeficacia del grupo diana:

El grupo diana está formado por mujeres embarazadas. El embarazo puede resultar un período estresante para muchas mujeres, es un estado donde se producen muchos cambios a nivel fisiológico y emocional, y esto, se ve exacerbado cuando la diabetes se añade a la ecuación ⁽²⁰⁾. La mujer embarazada desea lo mejor para su hijo y por lo tanto, toda acción dirigida a la mejora del estado del bebé será beneficioso también para el bienestar de la mujer.

El hecho de acudir a los talleres es una forma de compartir inquietudes y experiencias con personas que padecen la misma enfermedad. Estas sesiones tratan de conseguir que las gestantes adquieran conocimientos y habilidades tanto para el autocuidado de las mismas como para conocer los beneficios directos que ello produce en el bebé ⁽²¹⁾. Por ello, se espera una buena actitud por parte del grupo con una elevada participación.

Para conocer las expectativas de las gestantes respecto a la educación grupal se procederá a realizar un cuestionario (Ver ANEXO6) el mismo día de la captación, haciendo un posterior análisis de las mismas. Así, se conocerá de antemano la situación real en la que se encuentra cada una de ellas.

Este cuestionario será realizado por la matrona, quien posteriormente se lo entregará a la enfermera responsable del programa para que ésta lo analice. Así, podrá identificar las actitudes y expectativas de las gestantes para poder adaptarse y adelantarse a posibles cambios en el programa de educación diseñada.

2) Programa de las actividades:

a. Grupo diana:

La educación grupal para la salud irá dirigida a **las mujeres embarazadas con diabetes gestacional del CAM de Burlada**, quienes formarán el grupo diana del programa.

Los motivos por los que se propone una educación grupal son, por un lado, los beneficios que aporta este tipo de educación respecto a la educación individual ^(19,22) y por otro, la inexistencia de un programa de educación grupal en el CAM de Burlada en relación al grupo diana.

Como he explicado en apartados anteriores, una vez que las gestantes son diagnosticadas de DG se les derivada a la matrona correspondiente del centro para realizar en todo momento el seguimiento del embarazo y la enfermedad.

La captación del grupo para el programa, se realizará desde el mismo centro después de que la matrona realice la educación individual. A las gestantes se les ofertará participar en un programa de educación para la salud grupal. En caso de que acepten participar en el mismo, se les pasará un cuestionario (Ver ANEXO 6), en el que se recogerán sus expectativas respecto al programa de EpSG. Este cuestionario será realizado por la matrona quien posteriormente se lo entregará a la enfermera responsable del programa.

Uno de los principales beneficios de la educación grupal es que en un mismo momento se llega a más de una persona, es decir, que es más eficiente que una intervención individual ^(12-13,23). Para conseguir que un programa grupal sea eficaz la evidencia dice que los programas deben estar formados por un total de 8-12 participantes. A pesar que la evidencia señale un total de 8-12 participantes por programa, la incidencia de la DG en Navarra es de un 6,5%, por lo que se considera aceptable un mínimo de 4 participantes para desarrollar este programa de educación para la salud grupal.

Una vez constituido el grupo con el número adecuado de participantes informaremos telefónicamente a cada una de ellas sobre los detalles del programa (inicio, nº de sesiones, temas a tratar...)

En el caso de que la incidencia sea alta como para formar otro grupo, se dividirá a las mujeres en dos grupos diferentes y se impartirá el mismo programa de educación en horarios diferentes.

En el caso de que la diabetes gestacional se complique por diversas razones se derivará a las matronas del centro ya que son las matronas las encargadas de realizar el seguimiento de las mujeres con DG.

b. Objetivos y contenidos:

Objetivo general: Formar a las mujeres con DG en los hábitos de vida saludables para capacitarlas en el autocuidado de su enfermedad.

Objetivos específicos y contenidos:

1º SESIÓN

Objetivo	Valorar el afrontamiento de la enfermedad
Contenido	Conocimiento del afrontamiento Manejo de las gestantes sobre los factores

2º SESIÓN

Objetivo	Aumentar el conocimiento que tienen sobre la DG
Contenido	Cómo afecta al bebé y manejo de la enfermedad

3º SESIÓN

Objetivo	Desarrollo de habilidades para un correcto manejo del glucómetro
Contenido	Funcionamiento del glucómetro

4º SESIÓN

Objetivo	Reorganizar sus conocimientos y desarrollar habilidades para una alimentación adecuada durante la DG
Contenido	Conceptos básicos de la nutrición adaptados a la DG

5º SESIÓN

Objetivo	Fomentar la realización de ejercicio físico adecuado a su estado
Contenido	Beneficios del ejercicio físico en gestantes con DG

6º SESIÓN

Objetivo	Reorganizar los conocimientos sobre las medidas de autocuidado
Contenido	Analizar los cambios que han realizado Reflexionar sobre posibles cambios

7º SESIÓN

Objetivo	Elaborar un Plan Personal de Autocuidados
Contenido	Iniciar un plan personal de manejo de la enfermedad

c. Metodología:

Para concretar mejor la metodología que se va a realizar, es importante analizar aspectos del grupo diana como la motivación. Para ello, se analizará la motivación de cada una de las gestantes mediante una entrevista con preguntas abiertas (Ver ANEXO 5), que se procederá a realizar tras la educación individual, junto con un cuestionario de expectativas (Ver ANEXO 6) que irá dirigido a aquellas mujeres que participen en el programa. Se espera que la motivación sea alta, respecto al aprendizaje ya que ello conllevaría una mejora en su estado de salud y el de su hijo.

La metodología educativa en la que se basa es grupal, en la que la exposición de problemas se realizará de una manera práctica a través de métodos de información, análisis y de desarrollo de habilidades, y la solución a los mismos se abordará de forma colectiva. De esta manera, se intercambiarán ideas, sentimientos y experiencias, reforzando el afrontamiento de la propia enfermedad.

- ✓ Métodos y técnicas utilizadas en el programa ⁽²⁴⁾:

Técnicas utilizadas:

Técnicas de encuentro; recibir y acoger, presentar al equipo:

Acogemos y saludamos al grupo. Les pedimos que se presenten por ronda, nos presentamos y presentamos el curso con sus siete bloques de contenidos (ver apartado de objetivos y contenidos). Acordamos el programa (temas a trabajar, metodología), horarios y funcionamiento. Comentamos que se inicia la primera sesión, la presentamos y acordamos esta sesión.

Tormenta de ideas:

Se pide al grupo que en una o dos palabras expresen una idea o significado que para ellas y ellos tiene una palabra o frase dada: "cuidarse", "diabetes gestacional" "autocuidado" "alimentación" "ejercicio" "glucemia" "parto" "corresponsabilidad en salud"... Se recoge fielmente y se devuelve al grupo un resumen.

Exposición con discusión- reflexión:

Se presenta y expone un tema, teniendo en cuenta la situación y necesidades del grupo. Se discute de forma libre o estructurada (las y los participantes a nivel individual, parejas, grupos... piensan y plantean dudas, comentarios, etc.)

Discusión:

Se plantea al grupo una discusión (libre, estructurada, en bandas...), centrada en cuestiones o preguntas y generalmente en agrupaciones más pequeñas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones.

Demostración con entrenamiento:

Se explica y a la vez se realiza una determinada habilidad psicomotora. Posteriormente se pide al grupo que la realice. El docente monitoriza su realización.

Simulación operativa:

Se explica una habilidad social. Se trabaja su aplicación en una o varias situaciones reales o ficticias, valorando su realización conforme a los criterios explicados

Ayuda a la toma ración de decisiones:

Se explica la habilidad de toma de decisiones. Se plantea su aplicación en diferentes situaciones.

Ejercicios:

Material escrito estructurado (casos, análisis de texto...) con cuestiones para reflexionar, profundizar sobre un tema y discutir sobre distintos aspectos relacionados con el tema. Puede realizarse de forma individual, en tríos, grupos pequeños... con intergrupo y resumen final.

Cuestionario:

Se les pide que en trabajo individual, en parejas o en grupos pequeños trabajen un cuestionario de respuestas abiertas o cerradas. Se pone en común, si procede. Se sistematiza y devuelve al grupo lo trabajado.

*Métodos utilizados:***Método de investigación en aula:**

Se utilizan fundamentalmente al inicio de una actividad educativa y al comenzar un nuevo bloque de contenidos. Facilitan al grupo la expresión, organización y colectivización de sus puntos de partida: experiencias, vivencias y conocimientos previos.

Sirven en general como punto de partida para trabajos posteriores de análisis, contrastar con otras informaciones, etc.

Abordan sobre todo los objetivos y contenidos del área emocional de la persona, aunque también la cognitiva (conocimientos, creencias...) y la de habilidades.

Método expositivo/informativo:

Son útiles fundamentalmente para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Abordan sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas.

Método de análisis:

Se utilizan sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Abordan sobre todo las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos.

En este grupo se incluyen distintos tipos de casos, así como análisis de textos (paneles, frases, refranes, canciones o publicidad), análisis de problemas y de alternativas de solución, discusiones de distintos tipos: en grupo pequeño o

grande, abiertas o estructuradas, discusión en bandas (el grupo se divide en dos subgrupos y discuten entre ellos), ejercicios diversos, etc.

Métodos de desarrollo de habilidades:

Son esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabajan fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales.

Método de valoración/evaluación:

Obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real en la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados.

Respecto a la tipología de los métodos, el programa de educación grupal estará compuesto tanto de métodos unidireccionales (carteles, folletos, diapositivas,...) como de métodos bidireccionales (charla, debate, simulación, discusión en grupos, demostraciones...).

Ha de recalcarse principalmente la utilización de la metodología bidireccional. Por un lado, porque este tipo de metodología ayuda a evaluar el grado de comprensión de los participantes mientras se les educa. Y por otro, porque la relación directa en el tiempo y en el espacio existente, puede dar pie a cambios en el programa.

A pesar de que el diseño del programa durará diez meses, el programa de educación sanitaria grupal se ceñirá sólo a dos meses. Las sesiones se impartirán durante 7 semanas consecutivas. Dependiendo de la demanda y la incidencia se formarán los grupos de educación.

Para que la comunicación sea correcta, todos los contenidos y temarios que se vayan a exponer, se realizarán con un vocabulario neutro, frases cortas y con una entonación adecuada, de tal forma que se eviten problemas en el aprendizaje ⁽²⁴⁾.

El trabajo en grupo facilita la comunicación interpersonal y la relación social, haciendo sentirse a su vez más integrados en el grupo que comparten un mismo problema. De esta manera se refuerza la adquisición por parte de las mujeres de una actitud activa y responsabilidad respecto al autocuidado y la salud de sus hijos. Por último, otro de los beneficios en la educación grupal es que los objetivos conseguidos son más perdurables en el tiempo.

SESIÓN 1º

- Valorar el afrontamiento de la enfermedad

❖ METODOLOGÍA:

- Presentación de las personas y del curso. Contrato educativo.
 - La enfermera explicará el programa (10') en Power Point. Propuesta de la sesión.
 - Power point:
 - Información sobre el programa: días, horas, duración, actividades, lugar, agentes de salud, recursos.
- Expresión y organización de sus vivencias y experiencias (30')
 - Tormenta de ideas sobre pequeñas reflexiones de la situación(10')
 - Tipo de sentimientos
 - Barreras encontradas
 - Sentimientos de afrontamiento
- Técnicas utilizadas:
 - Técnicas de encuentro; recibir y acoger, presentar al equipo.
 - Tormenta de ideas.
 - Exposición (Power point)
 - Discusión- reflexión
- Métodos utilizados:
 - Método de investigación en aula (expresión de situación/emoción)
 - Método informativo (Power point)
 - Método de análisis (reflexión de la información impartida)

❖ DURACIÓN TOTAL: 50min**SESIÓN 2º**

- Aumentar el conocimiento que tienen sobre la DG
- Información sobre el proceso patológico: Diabetes gestacional y beneficios de la educación sobre el feto.

❖ METODOLOGÍA:

- La enfermera procederá a exponer el proceso patológico en Power Point
 - Power point sobre la diabetes gestacional (15'):
 - Definición
 - Signos y síntomas en el embarazo
 - Definición de carbohidratos y sus funciones.
 - Los autocuidados en la diabetes gestacional.

- Tormenta de ideas de los beneficios que creen ellas que puede dar la educación (10`)
- Power point sobre los beneficios de la educación en el feto (15'):
 - Necesidad de conocer la situación.
 - Beneficios de un buen control da la DG sobre el feto.
 - Prevención de complicaciones fetales
- El grupo realizará preguntas en base a aspectos que han podido surgir durante la exposición y se responderá a las dudas surgidas (10-15')
- Técnicas utilizadas:
 - Tormenta de ideas (sobre los beneficios en el feto)
 - Exposición (Power point)
 - Discusión- reflexión
- Métodos utilizados:
 - Método de investigación en aula (expresión de situación/emoción)
 - Método informativo (Power point)
 - Método de análisis (reflexión de la información impartida)

❖ DURACIÓN TOTAL: 55min

SESIÓN 3ª

- Desarrollo de habilidades para un correcto manejo del glucómetro

❖ METODOLOGÍA:

- La enfermera explicarán el funcionamiento del glucómetro, la exposición se realizará en voz alta con ayuda de glucómetro para que sea visualizado (15').
 - Tras la explicación se procederá a la práctica de su uso (15').
- Explicación-aclaración sobre los valores de normalidad de la glucemia y su interpretación (30')
 - Divididas en grupos pequeños se presentarán diferentes situaciones donde deben razonar las cifras de glucemias presentadas y la actuación que llevarían a cabo según estos valores.
 - En estas situaciones se procederá a exponer momentos de diferentes periodos: ayunas, antes de cada comida y después de éstas.
 - Tras realizar los ejercicios se corregirán ayudándoles a que adquieran capacidades para decidir si se encontrasen en uno de esos momentos. Se pretende ayudar a decidir qué harían en cada situación.

- Técnicas utilizadas:
 - Técnicas de exposición
 - Demostración con realización de glucómetro y prueba de glucemia.
 - Simulación operativa mediante los casos clínicos.
 - Ayuda para decidir.

- Métodos utilizados:
 - Métodos expositivos
 - Métodos de análisis
 - Métodos de desarrollo de habilidades.

- *Tarea para casa:* registro de glucemias (Ver ANEXO 7), se analizará en la 4ª sesión.

❖ DURACIÓN TOTAL: 1h

SESIÓN 4ª

- Reorganizar sus conocimientos y desarrollar habilidades para una alimentación adecuada durante la DG.

❖ METODOLOGÍA:

- Analizar el registro de las glucemias de la última semana (15-20')
 - Comentar en voz alta dudas y analizar en grupo los registros de glucemias de las participantes (Tarea que se mandó en la sesión anterior).

- Exposición de Power point sobre la importancia de la nutrición (50').
 - Preguntas abiertas/tormenta de ideas sobre el conocimiento en este ámbito (15')
 - Power point (15'):
 - Definición de los carbohidratos.
 - Necesidades metabólicas según las características de cada mujer.
 - Dietas para gestantes con diabetes.
 - Recomendaciones nutricionales.
 - Creación de dietas (20')
 - Con láminas de alimentos se les pedirá que creen dietas acorde a la situación fisiológica y de enfermedad

- Al final de la sesión se les repartirá dietas establecidas según las necesidades metabólicas proporcionada por la matrona en la consulta individual (5')

- Existen modelos de dietas según las calorías necesarias que proporcionan desde el CAM de Burlada (Ver ANEXO 8)
- Técnicas utilizadas:
 - Tormenta de ideas
 - Exposición (Power point sobre la importancia de la dieta)
 - Discusión-ejercicios (registro de glucemias, tarea de la 2º sesión)
 - Demostración con entrenamiento (registro de glucemias, valorar las habilidades adquiridas)
- Métodos utilizado:
 - Método de investigación en aula (qué conocen sobre la relación dieta-diabetes gestacional)
 - Método de análisis (ejercicios plasmados en la medición de la glucemia en la vida diaria; práctica diaria)
 - Método de desarrollo de habilidades (registros de glucemias, valorar las habilidades adquiridas)
- *Tarea para casa:* Registro de las comidas que han realizado y dificultades con las que han tenido que hacer frente. *Reflexionar sobre aspectos que cambiarían respecto a la dieta proporcionada en la sesión (Ver ANEXO 8)*

❖ DURACIÓN TOTAL: 1,15h

SESIÓN 5º

- Fomentar la realización de ejercicio físico adecuado a su estado

❖ METODOLOGÍA:

- Analizar el registro de las comidas que han realizado y las dificultades con las que han tenido que hacer frente (15').
- La enfermera expondrá un Power Point (15') sobre la relación que existe entre ejercicio físico y la diabetes.
 - Power Point:
 - Beneficios del ejercicio físico en la DG.
 - Razones fisiológicas de la importancia del ejercicio físico en la diabetes gestacional.
 - Relación ejercicio físico-DG.

- La enfermera realizarán algunos ejercicios físicos prácticos que pueden realizar las gestantes con DG.
 - Explicarán ejercicios prácticos capaces de realizar en casa: estilo a los estiramientos. A la vez que se expliquen los ejercicios se les demostrarán cómo se hacen dichos ejercicios, con el fin de que puedan entenderlo mejor (15').
 - Tras la demostración, se les pedirá a las participantes que en grupos de 2 personas, vuelvan a explicarse los ejercicios entre ellas y lo vuelvan a hacer (15').

- Técnicas utilizadas:
 - Exposición
 - Ejercicios (práctica de los ejercicios físicos)
 - Demostración con entrenamiento de algunos ejercicios
 - Simulación operativa en algunos ejercicios

- Métodos utilizados:
 - Método expositivo
 - Método de análisis
 - Método de desarrollo de habilidades

- *Tarea para casa:* realizar los ejercicios y comentar las sensaciones que han tenido en la próxima sesión.

❖ DURACIÓN TOTAL: 1h

SESIÓN 6ª

- Reorganizar los conocimientos sobre las medidas de autocuidado

❖ METODOLOGÍA:

- Se les pide a las participantes que en grupos pequeños anoten qué dificultades y beneficios han percibido en los ejercicios explicados en la sesión anterior. Qué tipo de ejercicios han practicado y cómo se han sentido. Se anotarán las experiencias y emociones en la pizarra (15')

- Se les pasará una hoja en blanco para que reflexionen y escriban sobre los cambios que creen que han realizado en sus vidas desde el comienzo del programa de educación hasta este momento (20').

- Se comentarán en voz alta las reflexiones realizadas por las participantes y partiendo de las reflexiones se llegará a un esquema común, donde se resalten las capacidades que han desarrollado a lo largo del programa sobre el manejo de la DG.
- En grupos de 3 personas, se les pedirá que resuman en 5 puntos las recomendaciones que harían a una mujer que recientemente ha sido diagnosticada de DG (15').
- Técnicas utilizadas:
 - Tormenta de ideas
 - Cuestionario (hoja blanca donde deben escribir los cambios realizados desde que están participando en la educación grupal, cuestionario sobre los cambios que creen que han dado)
 - Exposición
 - Ejercicios
 - Ayuda para decidir
- Métodos utilizados:
 - Método de investigación en aula
 - Método expositivo/informativo
 - Método de análisis
 - Método de desarrollo de habilidades

❖ DURACIÓN TOTAL: 50 min.

SESIÓN 7ª

- Elaborar un Plan Personal de Autocuidados
- Evaluar el proceso de aprendizaje de las participantes

❖ METODOLOGÍA:

- Plan personal sobre los autocuidados de la DG (30-40')
Mi plan personal: Se les pedirá que cada una realice brevemente un plan personal de autocuidados y lo presente al resto de las mujeres.
- Discusión sobre “si la educación sanitaria grupal aporta beneficios prácticos en la vida diaria”
Gracias a la educación grupal he aprendido a.... De la educación grupal me quedo con.... Cambiaría... (15').

- Evaluación: Se les pasará un cuestionario (Ver ANEXO 9) para evaluar las técnicas de automanejo que realmente han conseguido mediante la educación (15’).

Con el cuestionario se pretende evaluar realmente qué habilidades han desarrollado para hacer frente a situaciones como:

- Hipoglucemias
- Hiperglucemias

Y qué hábitos de vida han tenido que cambiar desde que se les ha diagnosticado de DG.

- “Antes pensaba que.... Y ahora hago..... porque.....”
- “Antes de la DG el ejercicio que realizaba era:..... Ahora con la diabetes el ejercicio que tengo que realizar es: porque.....”

- Evaluación del programa: Se facilitará un cuestionario para evaluar el programa (Ver ANEXO 9) (10’).

- Técnicas utilizadas:

- Cuestionario
- Discusión

- Métodos utilizados:

- Método de investigación en aula
- Método de análisis
- Método de valoración/evaluación

❖ DURACIÓN TOTAL: 1.10-1.20h

d. Cronograma:

El programa de educación para la salud grupal se realizará durante 7 semanas consecutivas. Las sesiones semanales serán los viernes de cada semana a partir de la 13h-13.30h del mediodía, variará la duración de la sesión dependiendo de la metodología y contenidos que se impartan en cada sesión.

Mes 1

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
x	x	x	x	SESION 1	x	x
x	x	x	x	SESIÓN 2	x	x
x	x	x	x	SESIÓN 3	x	x
x	x	x	x	SESIÓN 4	x	x
x	x					

Mes 2

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
x	x	x	x	SESIÓN 5	x	x
x	x	x	x	SESIÓN 6	x	x
x	x	x	x	SESIÓN 7	x	x
x	x	x	x	x	x	x
x	x	x				

A pesar de que el programa de educación se ciña a dos meses, hay ciertas actividades que son necesarias realizarlas previas al programa, otros sin embargo, se realizarán una vez terminado el programa de educación. Es por ello que se prevé que este trabajo dure 10 meses desde la constitución del equipo sanitario hasta la puesta en marcha del programa y la posterior evaluación del proyecto. Para ello, se expone un cronograma en el que se señala las actividades que se llevarán a cabo antes, durante y después de dicha educación.

Cronograma del programa de educación sanitaria grupal:

		AÑO XXXX											
		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6		Mes 7		Mes 8	Mes 9	Mes 10
							X	X	X	X	X	X	
Adquisición de material		X											
Constitución del equipo			X										
Curso de formación para profesionales				X									
Entrevista individual con la Matrona					X								
Cuestionario de expectativas sobre la educación grupal						X							
Captación del grupo diana							X						
Programa de educación para la salud	Sesión 1							X					
	Sesión 2								X				
	Sesión 3									X			
	Sesión 4										X		
	Sesión 5											X	
	Sesión 6												X
	Sesión 7												
Evaluación	Estructura												
	Proceso							X	X	X	X	X	
	Resultado												X
Informe del proyecto final													X

En las posteriores realizaciones del programa se ajustará el cronograma reduciéndose los meses de la misma, ya que se contará con las experiencias previas y no hará falta los diez meses para la realización de la misma

e. Lugar:

El lugar donde se realizará la educación sanitaria grupal será en el Centro de Atención a la Mujer (CAM) de Burlada.

En el caso de que no se pueda realizar la educación en el centro, se contará con la biblioteca pública de Burlada, sin embargo, debido a la situación fisiológica en la que se encuentran las mujeres embarazadas, siempre se intentará dar la educación en un centro sanitario para poder proporcionar la atención y cuidados necesarios en caso de que alguna de las mujeres lo precise.

f. Agentes de salud/ colaboración multidisciplinar:

Los profesionales de salud que es van a encargar de la impartición de esta educación para la salud serán la enfermera correspondiente del centro, junto con el apoyo de la matrona del centro de atención a la mujer. Se pretende que sea una profesional de enfermería la responsables del programa de educación. Adaptándose al horario de la impartición de la sesión y a las circunstancias, puede que alguna sesión lo dé otro profesional de enfermería.

El CAM de Burlada cuenta con 3 enfermeras por lo que se les formará a las tres enfermeras para que puedan dar la educación en caso de que la enfermera responsable no pueda hacerlo.

g. Recursos:

Para la elaboración de las sesiones del programa de educación se contará con diferentes tipos de recursos didácticos:

- Material impreso: emplea en mayor proporción la comunicación escrita.
 - o Cuestionarios (Ver ANEXO 5, ANEXO 6, ANEXO 9)
- Material audiovisual: combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos.
 - o Pen drive o disquetes con las presentaciones (Power point)
 - o Dietas (Ver ANEXO 8)
 - o Registro de glucemias (Ver ANEXO 7)
- Otros recursos materiales:
 - o Aula
 - o Ordenador
 - o Proyector y pantalla (cañón y pantalla)
 - o Papel y bolígrafos
 - o Pizarra y rotuladores
 - o Sillas con mesas
 - o Láminas de alimentos
 - o Glucómetro

3) Evaluación:

El sistema de evaluación es una parte muy importante del programa de educación para la salud. La importancia radica en saber qué se debe evaluar para que la evaluación constituya un elemento de avance, de cambio o de progreso. El objetivo primordial de la evaluación es comprobar en términos cuantitativos y positivos el progreso en salud conseguido por la acción.

En definitiva, la evaluación sirve para recabar la información necesaria, para saber si mediante la intervención que hemos realizado se han conseguido los objetivos que nos hemos propuesto o no.

Para la evaluación de este proyecto, se realizarán valoraciones que engloben tres aspectos diferentes del programa; la estructura del programa, el proceso de desarrollo y los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos propuestos. Realizando las valoraciones sobre estos tres aspectos llegaremos a una evaluación final del proyecto.

a. De la estructura del programa:

En la última sesión del programa, se facilitará un cuestionario de evaluación para que las gestantes puedan dar su opinión y evaluación en relación al programa de educación.

En dicho cuestionario se va a analizar los siguientes aspectos;

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

¿CÓMO HA IDO EL CURSO?

¿Qué le ha parecido este curso?

Sobre los temas tratados ¿Le han sido útiles? ¿En qué situaciones?

Tras la asistencia a este curso ¿en qué aspectos cree que le ayudará a llevar mejor su situación?

Estaría dispuesta en participar y organizar un grupo de autoapoyo:

En participar: SI NO

En organizar: SI NO

¿Cómo valoraría la organización del curso?

Horarios: Adecuados No adecuados

Locales: Adecuados No adecuados

Nº de horas: Pocas Suficientes Excesivas

Puntuación de 1 al 5 (máx.)

	1	2	3	4	5
Opinión general					
Grado de satisfacción (su implicación)					
Forma de trabajo					
Temas de trabajo					
Adecuado a sus necesidades (útil para su vida)					

3 cosas que le han gustado:

3 cosas que cambiaría:

Tabla 3: Cuestionario de satisfacción. Fuente elaboración propia

Para complementar esta evaluación se procederá a realizar 3 llamadas por vía telefónica a 3 de las gestantes que hayan participado en el programa 1 meses después de la finalización de la misma para valorar la perdurabilidad de los conocimientos adquiridos.

b. Del proceso de desarrollo:

El programa también será evaluado por los profesionales que lo impartan, con el propósito de localizar los puntos débiles y de mejora del programa para una implantación futura. Los profesionales que participen en el programa, evaluarán al final de cada sesión aspectos que se analizan en el siguiente cuestionario (Fuente elaboración propia);

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN POR PARTE DEL PROFESIONAL

PROFESIONAL QUE LO REALIZA:

Nº DE LA SESIÓN:

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
Actitud percibida del grupo					
Ambiente de la clase					
Material/ métodos utilizados					

	SI	NO	¿Cuáles?
Preparación previa de la sesión			
Dificultades percibidas			
Mejoras percibidas			

Tabla 4: Cuestionario de evaluación de los profesionales. Fuente elaboración propia

c. De los resultados:

Al final de la realización del programa se realizará una evaluación completa de los tres aspectos. La evaluación se realizará el mes siguiente a la finalización del programa y se realizará en conjunto con los profesionales que hayan participado. Respecto a los resultados, se evaluarán los siguientes aspectos;

- Los objetivos planteados:
 - Consecución de los objetivos: Valoración mediante las respuestas obtenidas en el ANEXO 6 y de las llamadas telefónicas realizadas al mes de terminar el programa.
- Desarrollo de las habilidades de las gestantes:
 - Recogida de las tareas para casa de las participantes y posterior evaluación de los resultados.
 - Observación directa en los talleres.
- Valoración de la motivación y satisfacción de las participantes:
 - Se recogerán los resultados mediante el cuestionario de evaluación del programa en la última sesión (Ver ANEXO 9).

4) Otros aspectos del programa:

En este apartado se concretan otros aspectos que se han tenido en cuenta para la realización del programa de educación:

a. Adquisición de materiales:

La adquisición de materiales se realizará en el “mes 1”. Se realizará un inventario de los materiales existentes en el centro y partiendo de eso, se realizará un pedido del material necesario al personal que gestione los materiales en el CAM.

Respecto al lugar de realización de la educación, se pretende impartirlo en el mismo Centro de Atención a la Mujer de Burlada. Es preferible realizar en un centro sanitario debido a la situación de embarazo en la que se encuentran las participantes, para así poder proporcionar una atención y cuidados adecuados en relación a las necesidades que puedan percibir.

b. Constitución del equipo:

Toda educación para la salud necesita de agentes que lo realicen. En este caso se contará con enfermeras. Para decidir la constitución del equipo se realizará una reunión en el “mes 2”, informando a los profesionales del centro sobre la propuesta de mejora. Posteriormente se propondrán otras reuniones en las que se llegará a la constitución del equipo. Se pretende que el equipo esté formado para el final de ese mismo mes.

c. Curso de formación para profesionales:

Una vez constituido el equipo, en el “mes 3” se impartirán cursos de formación a las enfermeras que participen en el programa. Las horas y lugares de impartición de este curso se concretarán en las mismas reuniones en las que se decida el equipo.

d. En caso de complicaciones:

Mediante este programa de educación se pretende dar más conocimientos a estas mujeres. En ningún momento se pretende delegar las actividades propias de la matrona en los profesionales de enfermería. La matrona del CAM de Burlada es la que se responsabiliza de los embarazos de riesgos y por lo tanto, de las diabetes gestacionales. Así, en el caso de percibir que una de las gestantes no está siendo controlada adecuadamente, se derivará directamente a la matrona para que ésta pueda seguir controlando su embarazo y la diabetes más estrictamente. Se pretende que el programa de educación grupal sea complementario a la educación individual y al trabajo que realiza la matrona en el centro.

e. Control tras el parto ^(1,16):

La propuesta de mejora está dirigida a aumentar los conocimientos de las mujeres con DG durante la gestación. Sin embargo, no se ha hecho ninguna mención respecto a los cuidados tras el parto que deben realizarse. Algunos estudios ⁽²⁵⁻²⁶⁾ han

comprobado que un cribado precoz junto con una atención inmediata de la mujer, disminuyen las complicaciones del diagnóstico y añaden la necesidad de un seguimiento adecuado incluso después de dar a luz. Por eso, se pretende que las mujeres que hayan participado en el programa de educación, una vez finalizada ésta sigan las recomendaciones individuales que les dé la enfermera y la matrona del centro de Burlada. Incidiendo en que un control post-parto también es importante y necesario.

Alguna de las recomendaciones después del parto que suelen proporcionar son las siguientes:

- Realización de controles puerperales habituales. En las revisiones de las mujeres con antecedentes de DG se deben valorar además una somatometría completa (IMC y cintura), tensión arterial y perfil lipídico, dada la frecuente asociación de la DG con otros componentes del síndrome metabólico.
 - Las mujeres con alto riesgo de desarrollar DM deben beneficiarse de hábitos de vida saludables: dieta, pérdida de peso, practica de alguna actividad física de manera regular, abstención de tabaco.
 - Realizar un adecuado tratamiento para los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, etc.).
 - Se procederá a la reclasificación metabólica de la DG. Para ello, a partir de las 6-8 semanas tras el parto y/o una vez finalizada la lactancia, se llevará a cabo una SOG 75g, según la metodología empleada en la población no gestante. Los resultados se valorarán de acuerdo a los criterios del Comité de Expertos de la ADA.
 - Glucemia basal alterada (GBA): glucemia basal $\geq 100\text{mg/dl}$ ($5,6\text{mmol/l}$) y $<126\text{mg/dl}$ (7mmol/l)
 - Tolerancia alterada a la glucosa (TAG): glucemia a las 2 horas de administrar 75g de glucosa $\geq 140\text{mg/dl}$ ($7,8\text{mmol/l}$) y $<$ de 200mg/dl ($11,1\text{mmol/l}$).
 - Diabetes mellitus (DM):
 - Sintomatología clínica de diabetes y glucemia al azar $\geq 200\text{ mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$)
 - Glucemia basal $\geq 126\text{mg/dl}$ (7mmol/l)*
 - Glucemia a las 2 horas de administrar 75g de glucosa $\geq 200\text{mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$)*
- *Estos valores deben ser confirmados en una segunda sesión, un día diferente.*
- Se recomienda revisión metabólica anual en los casos de GBA o de ITG, y cada tres años en las situaciones de tolerancia normal.
 - Aquellas mujeres con antecedentes de DG, se recomienda que utilicen un método de anticoncepción efectivo con el objetivo de minimizar la posibilidad de resultar embarazada y presentar una hiperglucemia no tratada que incrementaría el riesgo de malformaciones en sus hijos.

5. DISCUSIÓN

La instauración de una propuesta de mejora en el CAM de Burlada para mujeres embarazadas con DG reforzará estilos de vida más saludables en las pacientes que participen en el programa de educación grupal, de las que podemos reseñar; aumento del conocimiento de la alimentación saludable, en especial conocimiento sobre los carbohidratos y la relación de éstas con la DG. Así como el fomento del ejercicio físico y el manejo adecuado de la glucemia.

Esta propuesta de mejora supone un eslabón más de intervenciones en el Centro de Atención a la Mujer de Burlada. En ella, se llevará a cabo diferentes charlas y/o talleres grupales sobre diversos temas de interés de la Diabetes Gestacional, fomentando la asistencia y participación de las mujeres que padecen esta enfermedad.

En el CAM de Burlada actualmente sólo existe una educación individual dirigida a este grupo diana. Por ello, se espera apreciar una clara mejora combinando la educación grupal con la individual que está establecida en el centro.

Algunas investigaciones parecen demostrar que las iniciativas grupales son más eficientes y efectivas frente a las individuales, y por ende, generadoras de mayor satisfacción personal entre los profesionales sanitarios. Sin embargo, ambos tipos son complementarios ya que la individual es más adecuada realizarla para conseguir un primer acercamiento del paciente a su propio diagnóstico, mientras que la grupal, se suele realizar en fases posteriores al diagnóstico como importante motivadora y reforzadora de las habilidades personales ⁽²⁷⁾.

Asimismo, mediante la EpSG los conocimientos perduran más en el tiempo. Esto puede mejorar a largo plazo la incidencia de la DG, debido a que las mujeres que han recibido una educación sanitaria sobre la DG prevendrían los riesgos y complicaciones en los próximos embarazos y así se reduciría la incidencia de la DG.

Los valores que establecen diversos autores para el diagnóstico de esta enfermedad son diferentes. Para el diagnóstico de la DG Carpenter y Coustan establecen unos cohortes en los valores límites inferiores a los establecidos por el National Diabetes Data Group (NDDG). Este fenómeno produce cambios en la incidencia de la DG. Teniendo en cuenta que con los valores de Carpenter y Coustan la incidencia de la DG será mayor que la realizada mediante los valores del NDDG.

Apoyándome en un estudio de *Toronto Trihospital Gestational Diabetes Project*, se demostró que la aplicación de los criterios de la NDDG incrementaba en un 50% la prevalencia inicial. Por lo tanto, queda claro que la incidencia es mayor con los criterios de Carpenter y Coustan, pero la prevalencia inicial aumenta o se mantiene con los criterios de la NDDG, verificando así, la fiabilidad de estos últimos criterios diagnósticos.

El plan de mejora va a disminuir la carga de la matrona trasladándola a las enfermeras que proporcionen la EpSG. Sin embargo, el trabajo de las enfermeras no aumentará tanto debido al beneficio que aporta una educación grupal de acceder en un mismo momento a más de un paciente. Este fenómeno provoca además una disminución en los gastos sanitarios ⁽²⁸⁾.

Creo oportuno que la educación para la salud grupal sea labor de la disciplina enfermera porque están capacitadas profesionalmente para hacerlo. Igualmente

considero, que la educación grupal debe estar formada por más de una enfermera, porque la implicación de más de un profesional capacitado para dar el programa de educación puede ayudar a organizar mejor las sesiones entre los profesionales.

En los estudios revisados en relación a la educación en pacientes diabéticos, se ha señalado que la educación diabetológica, es la medida terapéutica que con mayor impacto reduce los comas diabéticos, los días de hospitalización y las complicaciones⁽²⁷⁾. Asimismo, se reducen los costes sanitarios ya que mediante un programa de educación se logra llegar a más de un paciente, con su correspondiente disminución en el tiempo y en la carga de trabajo del profesional. Por ello, no cabe duda alguna de la importancia que tiene la educación en la salud.

Teniendo en cuenta la incidencia de la DG en Navarra por un lado y las características principales de la situación de gestación por otro, se considera el grupo diana como la principal limitación del trabajo.

El embarazo es un estado fisiológico donde la mujer presenta cambios prácticamente en todos los sistemas y aparatos del cuerpo. A estos cambios ha de sumarse la propia situación emocional de cada mujer, que en el caso de presentar DG, está presente también la incertidumbre por la propia salud y la del bebé.

De igual forma, hay que tener en cuenta que no todas las mujeres presentan la DG en el mismo periodo del embarazo. Siguiendo el protocolo, sólo a las mujeres de alto riesgo se les realiza el test de O' Sullivan y la sobrecarga oral de glucosa en el primer trimestre. El screening universal en el CAM de Burlada, se realiza en la semana 27 de gestación, y muchos otros casos se llegan a conocer ya cuando la gestantes se encuentra en el último trimestre. Por ello, a pesar de que en un mismo momento puedan hallarse mujeres que se encuentren en los diferentes trimestres de embarazo, cabe la posibilidad también de que en el momento de realizar el programa no haya ninguna gestante diagnosticada de DG, es decir, que mientras algunas son diagnosticadas en el primer semestres muchas otras no lo son hasta el tercero. Todo ello dificulta la puesta en marcha del programa.

En último lugar, mencionar, que se espera que la valoración de este programa sea positiva tanto en las mujeres gestantes que participen en la misma, como por parte del Centro de Atención a la Mujer de Burlada.

6. CONCLUSIONES

Mediante la presente propuesta de mejora se espera fomentar la corresponsabilidad en salud de las mujeres embarazadas con diabetes gestacional que acuden al Centro de Atención a la Mujer de Burlada.

La implementación de este plan de mejora supone un complemento a la educación individual que ya se imparte en el CAM, reforzando así los conocimientos adquiridos de las gestantes. La educación para la salud grupal, nos va a servir de herramienta para capacitar a las gestantes en el manejo de su enfermedad mediante el aumento de conocimientos y desarrollo de habilidades, lo que va a suponer un mejor control de la misma. Además, la intervención grupal, conlleva una reducción de la carga asistencial de las matronas del centro así como una disminución de los costes sanitarios, ya que se optimizan tanto los recursos materiales como personales.

Por último, al proponer que sean las enfermeras del CAM las responsables de llevar a cabo este proyecto debido a su vasto conocimiento y experiencia en el ámbito de la educación para la salud, se potencia y visibiliza el trabajo de la enfermera en el CAM.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar he de agradecer a mi Directora Académica María José Galán Espinilla por el acompañamiento y seguimiento durante todo el proceso de elaboración.

En segundo lugar, agradecer a dos de las profesionales del CAM de Burlada, enfermera y también profesora de la Universidad Pública de Navarra Milagros Ros García de Azilu, y a la matrona del centro Sara Rosell Ugalde, por ayudarme y orientarme en la propuesta de mejora del trabajo.

En tercer lugar, agradecer también a las enfermeras del CCI-Consulta de endocrinología, María Rosario Berraondo Ramírez, Cristina Criado Blanco y Maite Galdeano Goicoa, así como a la jefa de la unidad de obstetricia y ginecología del complejo hospitalario de Navarra, la Doctora M^a Victoria Goñi Yanguas y al Doctor Jesús Zabaleta Jurio, por la ayuda proporcionada para poder realizar el trabajo.

Y por supuesto, a la Universidad Pública de Navarra y a todos los profesores que han contribuido en mi desarrollo tanto profesional como personal.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Bugallo F. Diabetes Gestacional oculta por incumplimiento [Tesis doctoral]. Departamento de Ciencias y Tecnologías Universidad de la Laguna, San Cristóbal de la Laguna, Tenerife; 2010-2011.
2. Arteagoitia Axpe JM, Piniés Raposo JA. Diabetes mellitus tipo 2: impacto en la salud pública y estrategias de prevención [monografía en Internet]. Sociedad Española de Epidemiología; 2009 [acceso el día 27 de Febrero de 2014] Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/Monograf%C3%ADa%20S EE.pdf>.
3. Lombardía J, Fernández M. Ginecología y obstetricia: Manual de consulta rápida. 2ªed. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
4. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede web]. España; fisterra.com; 2008 [actualizada en abril de 2011; acceso el 24 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>
5. DMedicina. [sitio web] Elmundo.es. [consultado el 19 mayo 2014] Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes>
6. Arizmendi J, Pertuz VC, Colmenares A, Hoyos DG, Palomo T. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. Revista Med [revista en Internet] 2012 [acceso el 17 de abril de 2014]; 20(2): [50-59]. Disponible en: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562012000200006&lng=es&nrm=iso
7. Albareda Riera MM. Diabetes gestacional: riesgo de desarrollar diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular a medio plazo [Tesis doctoral]. Barcelona; Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Medicina; 2001-2002.
8. Jovanovic L. Patient information: Gestational diabetes mellitus (Beyond the Basics). [Monografía en internet]. Waltham (MA): UptoDate; [revisado en marzo de 2014; acceso el 23 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-beyond-the-basics?source=search_result&search=gestacional+diabetes+mellitus&selectedTitle=4~38
9. Fernández Fernández I, Pascual de la Pisa B. Valor predictivo del síndrome metabólico en la gestación para el desarrollo de diabetes mellitus. [Monografía en Internet]: CSIS-IME [Base de datos en internet]. Atención Primaria: Elsevier; 2006; [consultado el 14 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/valor-predictivo->

[sindrome-metabolico-gestacion-desarrollo-diabetes-13089079-proyectos-investigacion-2006](#)

10. Hernando Sanz M.A. Los proyectos y los programas en EpS. En: Perea Quesada R. directora. Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.; 2004.
11. López Rodríguez, J. Adhesión terapéutica del paciente con diabetes: ¿educación grupal o individual? [Trabajo fin de grado] Universidad de Almería. Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia. Grado en Enfermería. Curso Académico: 2012 - 2013
12. Paulí Cabezas A. La conducción de grupos en educación para la salud. Formación continuada. Matronas Prof. [revista en internet] 2005 [Acceso el 1 de Mayo de 2014]; 6(1): [23-29].
13. Cleries. El Paciente tiene la palabra: la comunicación con los profesionales de la salud. Barcelona: Viguera; 2009. [14-15].
14. Hadden D. Diabetes gestacional: lo que toda madre debe saber. Diabetes Voice [revista en internet] 2002 [acceso el 1 de febrero de 2014]; 47: [18- 21]
15. Cabero i Roura LI, Sánchez Durán M.Á. Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Perinatología) 3ª ed. Cátedra de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Materno-Infantil Vall d'Hebron, Barcelona: Ergón; 2009; [147-158].
16. Bellart J. Curso intensivo en medicina maternofetal: Cursos Clínic de Formación continuada en obstetricia y ginecología. Cardona (Barcelona); Grupo Menarini. 2009; p. 175-183.
17. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La diabetes gestacional. El Embarazo SP177. Patient Education; 2011 [Consultado el 14 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_-_Spanish/Files/La_diabetes_gestacional
18. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational diabetes [monografía en Internet] 2013 [Consultado el 14 de Marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq177.pdf?dmc=1&ts=20140525T1259537963>
19. Dalmau Llorca M.R., García Bernal G, Aguilar Martín C y Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. Atención primaria [revista en Internet] 2003 [consultado el día 20 de Abril de 2014]; 32(1): [36-41]. Disponible en:

- http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13048853&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=14&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v32n01a13048853pdf001.pdf
20. Sara Meltzer. Control diabético y prevención de complicaciones durante el embarazo y parto. Diabetes Voice [revista en internet] 2009 [acceso el 1 de febrero de 2014]; 54: [29- 32]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/files-diabetesvoice-files-attachments-2009_SI%20Women_ES.pdf
 21. Osakidetza. Euskadi.net [sede Web].Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco; Osasun saila. ; [actualizada en febrero de 2013, accedido el 15 de febrero de 2014] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/osapa_diab/es_embarazo/index.html#a2
 22. Carrillo Fernández L. Educación diabetológica [Monografía en Internet]. Diabetes práctica. Actualización y habilidades en Atención Primaria; 2010 [Consultado el 20 de Abril de 2014] www.diabetespractica.com
 23. Hospital Universitari Clinic de Barcelona. Protocolo: Diabetes gestacional [monografía en internet]. Barcelona: Hospital Universitari Clinic de Barcelona [actualizado en enero de 2011, accedido el 4 de Marzo] Disponible en: http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf
 24. Pérez Jarauta M.J., Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martin J. Manual de educación para la salud. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2006 [accedido el día 8 de marzo de 2014]
 25. Tovar A, Chasan-Taber L, Eggleston E, Oken E. Postpartum screening for diabetes among women with a history of Gestational Diabetes Mellitus [Monografía en Internet] PubMed [bases de datos de Internet]; 2011 [Acceso el 4 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221566/>
 26. Ferrara MD, Hedderson M, Albright C, Ehrlich S, Quesenberry P, Peng T, Feng J, Ching J, Crites Y. A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with Gestational Diabetes Mellitus reduce diabetes risk factors [Monografía en Internet] PubMed [bases de datos de Internet]; 2011 [Acceso el 4 de Mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120183/>
 27. Hernando A., Minchón J. A., Domínguez-Zamorano Y., Gil-Delgado. "Educación para la salud en centros penitenciarios: evaluación de una experiencia en personas con diabetes. Revista española de Sanidad Penitenciaria [Revista en Internet] 2012 [acceso el 27 de abril de 2014]; 11(3):73-79. Disponible en:

<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/61>

28. W.Cockerham P. Sociología de la medicina. 8ª ed. Pearson España.2001.
29. Quintero M. A. R., Alfonso A. P., Torres J. T., del Pozo P. A. Guía de Actuación Clínica en AP Comunidad de Valencia [Acceso el 17 de Febrero de 2014] Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap012diabetes.pdf>
30. Salamanca AB. Fase conceptual de la investigación. En: Fundación para el desarrollo de la enfermería. El aeiou de la investigación en enfermería. 1ª ed. Madrid: Fuden; 2013. [79-160].
31. Google académico. <http://scholar.google.es/>
32. Cordero Rodríguez Y, Peláez Puente M, De Miguel Abada M, Perales Santaella M, Barakat Carballo R. ¿Puede el ejercicio físico moderado durante el embarazo actuar como un factor de prevención de la Diabetes Gestacional? Revista internacional de ciencias del deporte [revista en Internet] 2012 [acceso el 17 de mayo de 2014]; 8(27): [3-19]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/710/71024521002.pdf>
33. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo. "Guía asistencial" [monografía en Internet]. 3ª Edición. Madrid; 2005; [consultado el 10 de Febrero de 2014] [35-43]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf
34. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. Nutrición clínica y dietética hospitalaria. 2005 [actualizado en febrero 2006, consultado el 13 de Marzo de 2014] 25(2), 39-57.

9. ANEXOS

ANEXO 1: Datos proporcionados por el Dr. Jesús Zabaleta Jurio de las historias clínicas de 2002-2012. Epidemiología en Navarra.

- ❖ TEST DE O`SULLIVAN: *Test de O`Sullivan en relación a los años realizados y resultados obtenidos:*

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
O`Sullivan * Año del parto	23826	73,6%	8544	26,4%	32370	100,0%

Tabla de contingencia O`Sullivan * Año del parto

			Año del parto						Total
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	
O`Sullivan	Normal	Recuento	2206	3059	3524	3507	3336	3511	19143
		% dentro de Año del parto	83,6%	82,8%	79,8%	78,6%	78,4%	80,5%	80,3%
	Patológico	Recuento	433	634	893	953	920	850	4683
		% dentro de Año del parto	16,4%	17,2%	20,2%	21,4%	21,6%	19,5%	19,7%
Total	Recuento	2639	3693	4417	4460	4256	4361	23826	
	% dentro de Año del parto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,703	5	,000
Razón de verosimilitudes	52,577	5	,000
Asociación lineal por lineal	23,757	1	,000
N de casos válidos	23826		

❖ SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA: *Resultados de la SOG según los años:***Resumen del procesamiento de los casos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Tipo de curva * año del parto	4481	13,8%	27889	86,2%	32370	100,0%

Tabla de contingencia Tipo de curva * Año del parto

			Año del parto						Total
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Tipo de curva	Normal	Recuento	198	222	361	443	385	406	2015
		% dentro de Año del parto	45,3%	39,6%	43,0%	47,5%	43,6%	49,1%	45,0%
	Intolerante	Recuento	63	94	172	143	110	103	685
		% dentro de Año del parto	14,4%	16,8%	20,5%	15,3%	12,4%	12,5%	15,3%
	Patológica	Recuento	132	227	294	328	350	278	1609
		% dentro de Año del parto	30,2%	40,5%	35,0%	35,2%	39,6%	33,6%	35,9%
	Vomita	Recuento	15	7	9	13	20	19	83
		% dentro de Año del parto	3,4%	1,2%	1,1%	1,4%	2,3%	2,3%	1,9%
	No realizada	Recuento	29	11	3	6	19	21	89
		% dentro de Año del parto	6,6%	2,0%	0,4%	0,6%	2,1%	2,5%	2,0%
	Total	Recuento	437	561	839	933	884	827	4481
		% dentro de Año del parto	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	127,344	20	,000
Razón de verosimilitudes	116,523	20	,000
Asociación lineal por lineal	6,341	1	,012
N de casos válidos	4481		

ANEXO 2: BÚSQUEDA BIBLIOGRAFICA EN BASES DE DATOS

- ❖ **Fisterra (Atención primaria en la red) :** (<http://www.fisterra.com/>)
 - Inicio
 - Guías clínicas
 - Diabetes gestacional:
 - ✓ Guía clínica de Diabetes Gestacional (2011). Fecha última de revisión 16/04/2011
 - Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-gestacional/>

- ❖ **UpToDate:** (<http://www.uptodate.com/es/home>)
 - Search UpToDate: Gestational diabetes
 - 38 resultados obtenidos
 - Revisión de los años de los artículos.
 - 1 artículo del año 2014 acorde al tema de estudio
 - ✓ Patient information: Gestational diabetes mellitus (Beyond the Basics) (2014)
 - Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-beyond-the-basics?source=search_result&search=gestacional+diabetes+mellitus&selectedTitle=4~38

- ❖ **DIALNET:** (<http://dialnet.unirioja.es/>)
 - Buscar documentos: Diabetes gestacional
 - Datos encontrados: 95
 - Filtros: tipo de documento: tesis
 - 9 resultados
 - Texto completo: 8 resultados
 - Orden: año de publicación
 - Artículo seleccionado del año 2002. No es el más actual pero si la que más se asemeja al objeto de estudio.
 - ✓ Diabetes gestacional: riesgo de desarrollar diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular a medio plazo (2001-2002)
 - Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/4377>

- ❖ **PubMed:** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)
 - Search: Gestational diabetes
 - 11917 resultados
 - Search: (gestational diabetes) AND puerperal care
 - 156 resultados
 - Filtros:
 - Text availability: free full text available

- 37 resultados
- Publication date: 5 years
 - 27 resultados
- ✓ Postpartum screening for diabetes among women with a history of Gestational Diabetes Mellitus (2011)

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3221566/>
- ✓ A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with Gestational Diabetes Mellitus reduce diabetes risk factors (2011)

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120183/>

❖ **CSIS-IME (biomedicina):** (<http://bddoc.csic.es:8080/>)

- Sumarios IME- Biomedicina
- Búsqueda simple: Diabetes gestacional
- 209 resultados
- Salida:
 - Completa
- Ordenar
 - Año. Pub.
 - Des.
- Filtros:
 - Texto completo
 - 52 resultados
- ✓ Diabetes gestacional: cribado, diagnóstico y seguimiento en el centro de salud (2005)

Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/diabetes-gestacional-cribado-diagnostico-seguimiento-centro-salud-13072793-series-2005>
- ✓ Valor predictivo del síndrome metabólico en la gestación para el desarrollo de diabetes mellitus (2006)

Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/valor-predictivo-sindrome-metabolico-gestacion-desarrollo-diabetes-13089079-proyectos-investigacion-2006>

❖ **Descriptor de salud (DeCS):** (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>)

- Consulta al DeCS:
 - Gestational diabetes
 - Postpartum care
 - Education
 - Care

- Diabetes gestacional
- Diabetes mellitus gestacional
- Cuidados
- Nutrición
- Educación
- Tratamiento

ANEXO 3: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA A LAS ENFERMERAS DEL CCI Y CAM DE BURLADA

1. ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento de las mujeres diagnosticadas de diabetes gestacional? (¿Qué cuidados se les presta antes del embarazo, durante y después del parto?)
2. ¿Quién participa en el seguimiento de este colectivo?
3. ¿Quién les deriva a las consultas de CCI/CAM de Burlada?
4. ¿Qué cuidados se ofrecen a este colectivo una vez dado a luz? ¿Existe algún plan de cuidados de enfermería?
5. ¿Supone un problema importante para la salud pública?
6. ¿Qué mejoras piensan que pueden darse con la implantación de un programa de educación sanitaria grupal en Pamplona?
7. ¿Hay algo que les gustaría cambiar de la manera de intervenir con este colectivo desde el punto de vista de Enfermería?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 4: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LA JEFA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

1. ¿Cuál es la incidencia de diabetes gestacional en Navarra en los últimos 6 meses?
2. ¿Cuál es la incidencia de la diabetes gestacional en el CAM de Burlada?
3. ¿Piensa que una educación grupal en este grupo es más beneficioso que una intervención individual?
4. Y qué opina de combinar las dos intervenciones, ¿la individual con la grupal?
5. ¿Qué debilidades o amenazas piensa que tienen los CAM de Navarra para que se realice una educación grupal?
6. ¿Porque no existe todavía un programa de educación grupal dirigida a estas mujeres?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 5: ENTREVISTA DE PREGUNTAS ABIERTAS DIRIGIDA A LAS GESTANTES

Realizado tras la educación individual

1. ¿Conoce los recursos que tiene para mejorar su estado de salud?

2. ¿Qué necesidad ve usted con relación a la diabetes gestacional?

3. Explique, por favor, las barreras o dificultades con las que vive/ cree que tendrá que vivir.

4. En el caso de que acudiese al programa de educación sanitaria, ¿qué actitudes y expectativas tiene en relación al programa que se va a desarrollar? En el caso de que no acudiese, ¿qué le hace negarse a participar en este programa?

5. ¿Le gustaría realizar algún comentario al respecto? ¿Tiene alguna duda?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 6: CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS

1. ¿Qué expectativas tiene respecto al programa de educación? ¿Qué quiere lograr? ¿Qué piensa que puedes lograr?

2. Según su opinión, ¿cuáles son las ventajas principales que tiene una educación grupal? ¿En qué aspectos cree que le puede ayudar este programa?

3. Define las actitudes que piensa que tiene ante este programa.

4. ¿Piensa realmente que la educación grupal mejorará su estado de salud?
¿Piensa que será beneficioso para tu hijo?

Fuente: elaboración propia

ANEXO 8: MATERIAL DE LA SESIÓN 3

Fuente: Manual de recomendaciones nutricionales del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Sección de Nutrición Clínica y Dietética. Cedido en la entrevista semiestructurada realizada a la matrona del CAM de Burlada

6.1 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA DIABETES GESTACIONAL

INDICACIONES GENERALES

- El objetivo de este plan dietético es suministrar los nutrientes necesarios para la madre y el feto, facilitando a la vez un buen control de la glucosa. Debe complementar la dieta con los suplementos de vitaminas y minerales recomendados por su Ginecólogo. Asimismo, trate de mantener una correcta ganancia ponderal. No está indicado perder peso durante este periodo.
- Para prevenir la formación de cuerpos cetónicos, perjudiciales para el feto, es importante que reparta la ingesta en **6 comidas** al día: desayuno, almuerzo, comida, merienda, cena y recena, llevando un horario regular. No omita ninguna comida ni ningún plato de los indicados. Así mismo, no deje pasar más de 8 horas desde la última comida de la noche (que debe incluir pan, cereales o galletas junto con un lácteo) hasta el desayuno.
- Trate de tomar la cantidad y el tipo de alimentos indicado en cada comida para conseguir una dieta equilibrada y saludable.

LÁCTEOS: LECHE, YOGURES Y QUESOS

- Para asegurar un aporte adecuado de **calcio** es importante consumir diariamente **3-4 raciones de lácteos**. Son preferibles los lácteos semidesnatados o desnatados que aportan los mismos nutrientes limitando el aporte de grasa. Si toma menos lácteos de los recomendados, es aconsejable que consuma leche enriquecida o suplementos de calcio y vitamina D según criterio médico.

FIBRA

- Consuma 5 raciones al día de verduras y frutas para cubrir las necesidades y favorecer el tránsito intestinal.

HIDRATOS DE CARBONO COMPLEJOS: PAN, LEGUMBRES, PATATAS, PASTA Y ARROZ

- Es importante tomar alguno de ellos **en cada comida, controlando la cantidad**.
- Se recomienda tomar **legumbres** (lentejas, garbanzos, alubias secas, guisantes secos, habas secas y soja seca) tres o más veces por semana.
- Las **patatas, arroz o pasta**, deben tomarse cocidas al dente y acompañadas de verduras o precedidas de ensalada (ricas en fibra), para que se absorban más despacio.
- No son recomendables los purés ni las sopas por su escaso poder saciante y por su rápida absorción.

AZÚCARES DE ABSORCIÓN RÁPIDA: AZÚCAR, MIEL, ZUMOS, REFRESCOS, ETC.

- Debe **limitar** su consumo en general y si los toma alguna vez, en pequeñas cantidades y nunca con el estómago vacío. Tenga **precaución** con los productos para diabéticos.
- **Edulcorantes artificiales:** evite el consumo de **sacarina** ya que esta atraviesa la barrera placentaria. **Puede utilizar:** acesulfamo K (apto para cocinar) aspartamo (puede calentarse hasta 120 °C), o sucralosa (no apta para cocinar).

FRUTAS

- Es preferible tomarlas como postre y enteras (no en zumo), bien limpias y/o peladas. Si va a tomarlas en ayunas son preferibles las frutas carnosas: manzana, pera, melocotón, albaricoque, pavia, ciruelas, etc.
- La **vitamina C** favorece la absorción del hierro por lo que es aconsejable tomar algún cítrico o kiwi junto con el hierro medicamentoso o de postre en las comidas.
- Evite o reduzca la cantidad si va a tomar: uva, plátano, aguacate, higos, chirimoyas, coco, etc.

VERDURAS O ENSALADAS

- Puede utilizar cualquier tipo de verdura u hortaliza de manera libre (excepto la patata): acelga, alcachofa, alubia verde, apio, berro, berza, borraja, brécol, calabacín, calabaza, cardo, cebolla, endivia, escarola, espárrago, espinaca, lechuga, nabo, pella, pepino, pimiento, puerro, tomate, zanahoria, etc. Setas y champiñones.
- Debe tomarlas a diario, en comida y en cena como primer plato y/o como guarnición.
- El **ácido fólico** se encuentra en cereales, hígado y verduras (acelga, lechuga, escarola, berros, espinacas). Los métodos de cocción lo destruyen, de manera que es importante consumir vegetales crudos al menos una vez al día, teniendo precaución de limpiarlos correctamente.

CARNES, PESCADOS, HUEVOS

- Debe tomar **carne, pescado o huevo** como segundo plato **en comida y en cena**. Las carnes rojas, la yema de huevo, algunos mariscos y pescados azules son ricos en **hierro "hemo"**, de fácil asimilación. Trate de tomarlos varias veces por semana. Evite tomar estos alimentos crudos o poco cocinados.
- Puede tomar **pescados** de cualquier tipo o **mariscos** (crustáceos sin la cabeza o moluscos), incluyendo en su dieta 2 - 3 veces por semana **pescado azul**.
Pescado blanco: bacalao fresco, besugo, breca, cabracho, gallo, lenguado, lubina, merluza, mero, pescadilla, platija, rape, raya, rodaballo, etc.
Pescado azul: congrio, chicharro, palometa, pez espada, salmonete, arenque, atún, bonito, caballa, salmón, sardina, trucha, etc.

Mariscos: crustáceos sin la cabeza (gamba, langostino, centollo, etc.) o moluscos (mejillón, berberecho, almeja, etc.)

- Elija **carnes magras:** ternera, pollo sin piel, lomo de cerdo magro, paletilla o pierna de cordero de leche, caballo, potro, hígado, cabrito, codorniz, conejo, liebre, pavo, jamón cocido extra, etc. Debe retirar la grasa visible de la carne.
- El consumo de **carnes grasas** (cordero, cortes grasos de cerdo, pato, etc.), **embutidos grasos** (salchichas, chistorra, morcilla, etc.), debe ser **ocasional y en poca cantidad**.
- Tome 4-5 **huevos** por semana.

GRASAS Y ACEITES

- Es muy beneficioso utilizar **aceite de oliva** para cocinar y aliñar los alimentos. Es importante **medir bien la cantidad de aceite** recomendada en la dieta y no sobrepasarla.
- Debe **evitar las grasas animales:** mantequilla, manteca, tocino, panceta, paté, chistorra, quesos grasos, etc. Y las **grasas vegetales saturadas e hidrogenadas** ("trans"): aceite de coco o de palma, margarinas, productos de bollería industrial, etc.
- Puede incluir ocasionalmente frutos secos (ricos en ácidos grasos saludables) como parte del total de grasas (por ejemplo, cambiando 1 cucharada de aceite por 3 nueces).

COCINADO RECOMENDADO

- Es preferible: hervido, al vapor, al horno, a la plancha, al microondas, estofado con poco aceite, en wok o en papillote. Conviene utilizar sartenes y cazuelas antiadherentes para cocinar. Evite: frituras, empanados, guisos con salsas grasas, etc.
- Utilice **sal yodada** para cocinar, en cantidad moderada y no añada sal a los alimentos en la mesa. Limite la ingesta de alimentos salados (conservas, ahumados, etc.). Puede añadir como condimentos: limón, vinagre, perejil, hierbas aromáticas y especias.

ALCOHOL Y BEBIDAS

- El consumo de **alcohol** puede ser un riesgo para el feto y está **desaconsejado**.
- Los refrescos convencionales tienen gran cantidad de azúcares de absorción rápida (incluyendo el biter y la tónica a pesar de su sabor amargo).
- Puede tomar: agua, infusiones de menta, manzanilla, tila, caldos de verdura sin aceite, caldos de carne desgrasados, caldos de pescado, gaseosa blanca y refrescos sin calorías y sin cafeína.

- **Limite** el consumo de café, té o bebidas con cafeína (como máximo dos tazas diarias de café o té poco cargados).

EJERCICIO

El mejor complemento de una alimentación sana es que mantenga, en la medida de sus posibilidades, una **actividad física regular** (por ejemplo, caminar al aire libre todos los días al menos durante 30 minutos), nunca en ayunas. También son recomendables los ejercicios de preparación al parto.

EN CASO DE HIPOGLUCEMIA

Siempre que se pueda, confirme con el medidor de glucosa que se trata de una hipoglucemia y no de un malestar debido a otras causas (ansiedad, etc.).

Si la glucosa está por debajo de 60 debe tomar:

1º. Azúcares de absorción rápida. Una de las siguientes opciones:

- 10-15 g. de azúcar o 2-3 terrones pequeños disueltos en agua o infusión tibia o 2-3 pastillas de glucosa.
- 100-150 cc. de zumo de fruta natural, de bebida isotónica o de refresco azucarado (no light), mejor a temperatura ambiente.
- Una cucharada sopera de miel sola o con agua o con infusión tibia.

2º. Pasados unos minutos tomar hidratos de carbono de absorción lenta.

Una de las siguientes opciones:

- 3 galletas maría
- 20 de pan con jamón o queso...
- 1 vaso de leche
- 1 pieza de fruta

Si la hipoglucemia ocurre justo antes de la hora de comer, deberá tomar el azúcar de absorción rápida y asegurarse de que ha subido la glucosa antes de comenzar a comer. Puede comenzar la comida por una fruta para que no se produzca una bajada mientras está comiendo.

EN CASO DE NÁUSEAS Y VÓMITOS: evite las grasas, los sabores fuertes, los alimentos que desprendan mucho olor al cocinarse, bebidas con gas, tabaco y alcohol. Elija alimentos sólidos y fríos. Disminuya el volumen de las comidas, aumentando la frecuencia de las mismas y tome los líquidos fuera de las comidas. Para evitar las náuseas matutinas tome alguna galleta o biscote antes de levantarse de la cama.

EN CASO DE REFLUJO: disminuya el volumen de las comidas, aumentando la frecuencia de las mismas. Evite las grasas, los condimentos fuertes y las bebidas con gas. Evite acostarse después de haber comido.

EN CASO DE ESTREÑIMIENTO:

- Intente aumentar el contenido de **fibra** en su dieta tomando mayor cantidad de **cereales integrales** (pan integral, avena, muesli, galletas integrales, maíz, etc.), **verduras** (alcachofas, acelga, espinacas, espárragos, puerros,

alubias verdes, berza, pella, lechuga, escarola, setas, champiñones, etc.), **legumbres** (lentejas, garbanzos, alubias secas, etc.), **frutas crudas y con piel** (pera, ciruelas, frambuesas, moras, kiwi, etc.), **frutas secas** (ciruelas, dátiles, pasas, etc.), y **frutos secos** (almendras cacahuetes, nueces, etc.)

- Es fundamental beber la cantidad de **líquido** recomendada para que la fibra contenida en los alimentos se "hinche" y aumente el volumen del bolo fecal.
- También puede incluir en su alimentación habitual lácteos comerciales (leches fermentadas) que contengan **bifidobacterias o lactobacilos** con o sin fructooligosacáridos.
- Trate de mantener una **actividad física** regular.
- No posponga el momento de **ir al baño** cuando tenga ganas. Intente crear un hábito horario yendo al baño todos los días a la misma hora (por ejemplo, después de desayunar), aunque no sienta la necesidad.
- **No utilice laxantes sin consultarlo previamente con su Médico.**

PREVENCIÓN DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS

Durante el embarazo es especialmente importante la prevención de determinadas infecciones transmisibles por alimentos y/o animales que pueden afectar al desarrollo fetal.

Es conveniente que siga los siguientes consejos:

Evite comer los siguientes alimentos:

- Leche cruda (sin pasteurizar o esterilizar), quesos o yogures elaborados con este tipo de leche, corteza de quesos curados y quesos azules.
- Huevos poco cocinados, postres o mayonesas que lleven como ingrediente huevo crudo (puede tomar mayonesa comercial o utilizar huevo pasteurizado).
- Carnes, pescados o mariscos crudos o poco cocinados.
- Verduras o frutas crudas mal lavadas. Es conveniente añadir lejía apta para alimentos (de venta en supermercados) en el agua de remojo de las ensaladas, aclarándolas bien bajo el grifo de agua posteriormente. Procure no comer estos alimentos si no le consta que han sido lavados convenientemente. Puede tomar ensaladas comerciales, envasadas y listas para consumir.
- Embutidos artesanales y patés no pasteurizados. Es preferible consumirlos en conserva que servidos "al corte" en los comercios.
- Comidas preparadas (elaboradas en casa o comerciales) mantenidas en el frigorífico más de 24 - 48 h. Es importante recalentar bien los platos cocinados hasta que alcancen 72 ° C. en su interior durante unos minutos.

Procure

- Conservar los alimentos a las temperaturas adecuadas.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de comer o de manipular alimentos y después de tocar animales o plantas.
- Lavar y desinfectar los utensilios y las superficies que se hayan utilizado en la preparación o almacenamiento de los alimentos: cuchillos, encimeras, baldas, nevera, etc.

SI PRECISA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL TOXOPLASMA consulte el documento "MEDIDAS HIGIÉNICO DIETÉTICAS PARA EVITAR TOXOPLASMOSIS"

DIETA DE 1800 CALORÍAS PARA DIABETES GESTACIONAL:

DESAYUNO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche desnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Fruta 150g. (una pieza mediana o dos pequeñas) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pan 20g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 14g. (2) ➢ Cereales de desayuno sencillos 15g. (una y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 15g. (2-3) 	MERIENDA (puede intercambiarla con el almuerzo) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche desnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pan 20g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 14g. (2) ➢ Cereales de desayuno sencillos 15g. (una y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 15g. (2-3)
ALMUERZO (puede intercambiarse con la merienda) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pan 40g. (dos rebanadas de 2cm. de pan de barra) o biscotes 28g. (4) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 30g. de jamón cocido o pechuga de pavo (una loncha) o de jamón serrano sin tocino (2 lonchas finas). ➢ 20g. de queso semicurado (dos lonchas finas) o 3 quesitos desnatados. 	CENA <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada a la que debe añadir la cantidad indicada en la COMIDA de patata, guisantes, maíz dulce, pasta, sémola o tapioca. 2. Segundo plato: elija una de las opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Carne magra 125g. o pescado blanco 150g. o pescado azul 125g. ➢ <u>Dos o tres veces por semana:</u> dos huevos duros, revueltos o en tortilla o bien un huevo con 45g. de: jamón cocido (una loncha y media) o jamón serrano sin tocino (3 lonchas finas) o atún al natural (una lata pequeña) o gambas. (En total 4-5 huevos por semana) ➢ Estos días es conveniente tomar pescado en la comida. ➢ <u>Ocasionalmente:</u> 90g. de jamón cocido o pechuga de pavo sin grasa (3 lonchas) o de jamón serrano sin tocino (5-6 lonchas finas) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➢ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 20g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 14g. (2)
COMIDA <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada a la que debe añadir: <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>2 ó 3 días por semana:</u> patata 150g. (una patata mediana) o maíz dulce 100g. (4 cucharadas soperas) o guisantes cocidos 175g. (dos cazos medianos de 80-90 g.) ➢ <u>3 días por semana:</u> legumbre 40g. en crudo (un cazo mediano de 80-90g. en cocido) ➢ <u>1 ó 2 días por semana:</u> pasta o arroz o sémola o tapioca 30g. en crudo (un cazo mediano de 80-90. en cocido) 2. Segundo plato: elija una de las opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Carne magra 125g. (un filete mediano de ternera o ¼ de pollo mediano sin piel o 4 filetes finos de lomo o una pechuga mediana de pollo o ¼ de conejo o dos codornices sin piel, etc.) ➢ Pescado blanco 150g. (un filete o dos ruedas de: merluza, fletan, bacalao o mero, etc. una pescadilla, gallo, lenguado o lubina de ración, etc.) ➢ Pescado azul 125g. (6 anchoas medianas o 4-5 sardinas medianas o una rueda mediana de salmón, atún o emperador o medio chicharro o una trucha de ración, etc.) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➢ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 20g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 14g. (2) 	RECENA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos yogures desnatados o un vaso de leche desnatada (200cc.) ▪ Biscotes 14g. (2) o galletas maría o tostada 15g. (3) o cereales de desayuno sencillos 15g. (una y media cucharadas soperas)
	ACEITE Y CONDIMENTOS <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cantidad de aceite diaria recomendada para cocinar y aliñar los alimentos es de 40g. (4 cucharadas soperas) ▪ Es preferible el consumo de aceite de oliva. ▪ Puede añadir como condimentos: limón, vinagre y especias. ▪ Conviene utilizar sal yodada, en cantidades moderadas.
	NOTA <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pesos indicados corresponden al peso en crudo y limpio (sin piel, huesos, espinas, etc.) salvo cuando se indica lo contrario.

SUSTITUCIONES (Dieta Diabetes gestacional de 1800 calorías)

Lácteos: Puede cambiar un vaso de leche desnatada (200cc.) por:

- Dos yogures desnatados (250 g.)
- Tres quesitos desnatados (45 g.)
- Una tarrina de queso fresco entero (75 g.) o dos tarrinas de queso fresco desnatado (150 g.)
- Dos lonchas finas (20 g.) de queso de bola o semicurado (45 % materia grasa): Urbasa, Roncal, Camembert, Brie, Manchego, etc.

Desayuno y merienda: Puede intercambiar:

- Una rebanada de 2 cm. de pan de barra (20 g.)
- Dos biscotes (14 g.)
- Dos-tres galletas tipo tostada o maría (15 g.)
- Una y media cucharadas soperas de cereales de desayuno (15 g.)

Comida y cena: Puede cambiar una rebanada de pan (20 g.) por:

- Media patata mediana (75 g.)
- Medio cazo mediano (40-50 g. cocido) de pasta, sémola, tapioca o arroz (15 g. en crudo)
- Medio cazo mediano (40-50 g. cocido) de legumbre (20 g. en crudo)
- Dos cucharadas soperas de maíz dulce (50 g.)
- Un cazo mediano (80-90 g.) de guisantes cocidos.

Y viceversa: patata, pasta, sémola, etc. por pan.

DIETA DE 2100 CALORÍAS PARA DIABETES GESTACIONAL:

<p>DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche semidesnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Fruta 150g. (una pieza mediana o dos pequeñas) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pan 40g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 28g. (4) ➢ Cereales de desayuno sencillos 25g. (dos y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 25g. (4-5) 	<p>MERIENDA (puede intercambiarla con el almuerzo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche semidesnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pan 40g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 28g. (4) ➢ Cereales de desayuno sencillos 25g. (dos y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 25g. (4-5)
<p>ALMUERZO (puede intercambiarse con la merienda)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pan 40g. (dos rebanadas de 2cm. de pan de barra) o biscotes 28g. (4) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ 30g. de jamón cocido o pechuga de pavo (una loncha) o de jamón serrano sin tocino (2 lonchas finas). ➢ 20g. de queso semicurado (dos lonchas finas) o 3 quesitos desnatados. 	<p>CENA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada a la que debe añadir la cantidad indicada en la COMIDA de patata, guisantes, maíz dulce, pasta, sémola o tapioca. 2. Segundo plato: elija una de las opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Carne magra 150g. o pescado blanco 150g. o pescado azul 150g. ➢ <u>Dos o tres veces por semana:</u> dos huevos duros, revueltos o en tortilla o bien un huevo con 60g. de: jamón cocido (una loncha y media) o jamón serrano sin tocino (3 lonchas finas) o atún al natural (una lata pequeña) o gambas. (En total 4-5 huevos por semana) ➢ Estos días es conveniente tomar pescado en la comida. ➢ <u>Ocasionalmente:</u> 120g. de jamón cocido o pechuga de pavo sin grasa (4 lonchas) o de jamón serrano sin tocino (7-8 lonchas finas) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➢ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 40g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 28g. (4)
<p>COMIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada: <ul style="list-style-type: none"> ➢ <u>2 ó 3 días por semana:</u> patata 150g. (una patata mediana) o maíz dulce 100g. (4 cucharadas soperas) o guisantes cocidos 175g. (dos cazos medianos de 80-90 g.) ➢ <u>3 días por semana:</u> legumbre 40g. en crudo (un cazo mediano de 80-90g. en cocido) ➢ <u>1 ó 2 días por semana:</u> pasta o arroz o sémola o tapioca 30g. en crudo (un cazo mediano de 80-90. en cocido) 2. Segundo plato: elija una de las opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Carne magra 150g. (un filete mediano de ternera o ¼ de pollo mediano sin piel o 5 filetes finos de lomo o una pechuga mediana de pollo o ¼ de conejo o tres codornices sin piel, etc.) ➢ Pescado blanco 150g. (un filete o dos ruedas de: merluza, fletan, bacalao o mero, etc. una pescadilla, gallo, lenguado o lubina de ración, etc.) ➢ Pescado azul 150g. (6-7 anchoas medianas o 5-6 sardinas medianas o una rueda de salmón, atún o emperador o medio chicharro o una trucha de ración, etc.) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➢ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 40g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 28g. (4) 	<p>RECENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos yogures desnatados o un vaso de leche semidesnatada (200cc.) ▪ Biscotes 14g. (2) o galletas maría o tostada 15g. (3) o cereales de desayuno sencillos 15g. (una y media cucharadas soperas) <p>ACEITE Y CONDIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cantidad de aceite diaria recomendada para cocinar y aliñar los alimentos es de 40g. (4 cucharadas soperas) ▪ Es preferible el consumo de aceite de oliva. ▪ Puede añadir como condimentos: limón, vinagre y especias. ▪ Conviene utilizar sal yodada, en cantidades moderadas.
	<p>NOTA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pesos indicados corresponden al peso en crudo y limpio (sin piel, huesos, espinas, etc.) salvo cuando se indica lo contrario.

SUSTITUCIONES (Dieta Diabetes gestacional 2100 calorías)

Lácteos: Puede cambiar un vaso de leche semidesnatada (200cc.) por:

- Dos yogures desnatados (250 g.)
- Tres quesitos desnatados (45 g.)
- Una tarrina de queso fresco entero (75 g.) o dos tarrinas de queso fresco desnatado (150 g.)
- Una loncha mediana (30 g.) de queso de bola o semicurado (45 % materia grasa): Urbasa, Roncal, Camembert, Brie, Manchego, etc.

* Si toma la leche y los lácteos desnatados puede añadir a la dieta una cucharada sopera de aceite.

Desayuno y merienda: Puede intercambiar:

- Dos rebanadas de 2 cm. de pan de barra (40 g.)
- Cuatro biscotes (28 g.)
- Cuatro-cinco galletas tipo tostada o maría (25 g.)
- Dos y media cucharadas soperas de cereales de desayuno (25 g.)

Comida y cena: Puede cambiar dos rebanadas de pan (40 g.) por:

- Una patata mediana (150 g.)
- Un cazo mediano (80-90 g. cocido) de pasta, sémola, tapioca o arroz (30 g. en crudo)
- Un cazo mediano (80-90 g. cocido) de legumbre (40 g. en crudo)
- Cuatro cucharadas soperas de maíz dulce (100 g.)
- Dos cazos medianos (80-90 g.) de guisantes cocidos (175 g.)

Y viceversa: patata, pasta, sémola, etc. por pan.

DIETA DE 2400 CALORÍAS PARA DIABETES GESTACIONAL:

<p>DESAYUNO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche semidesnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Fruta 150g. (una pieza mediana o dos pequeñas) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pan 40g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 28g. (4) ➤ Cereales de desayuno sencillos 25g. (dos y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 25g. (4-5) 	<p>MERIENDA (puede intercambiarla con el almuerzo)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leche semidesnatada 200cc. (un vaso), sin azúcar. ▪ Infusión, café suave, descafeinado o achicoria soluble, a su gusto. ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pan 60g. (una rebanada de 2cm. de pan de barra) o biscotes 40g. (6) ➤ Cereales de desayuno sencillos 35g. (dos y media cucharadas soperas) o galletas maría o tostada 35g. (4-5)
<p>ALMUERZO (puede intercambiarse con la merienda)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pan 60g. (dos rebanadas de 2cm. de pan de barra) o biscotes 40g. (6) ▪ Una de las siguientes opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 45g. de jamón cocido o pechuga de pavo (una loncha) o de jamón serrano sin tocino (3 lonchas finas). ➤ 30g. de queso semicurado (dos lonchas finas) o 3 quesitos desnatados. 	<p>CENA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada a la que debe añadir la cantidad indicada en la COMIDA de patata, guisantes, maíz dulce, pasta, sémola o tapioca. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Segundo plato: elija una de las opciones: 2. Carne magra 150g. o pescado blanco 150g. o pescado azul 150g. <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Dos o tres veces por semana:</u> dos huevos duros, revueltos o en tortilla o bien un huevo con 60g. de: jamón cocido (una loncha y media) o jamón serrano sin tocino (3 lonchas finas) o atún al natural (una lata pequeña) o gambas. (En total 4-5 huevos por semana) ➤ Estos días es conveniente tomar pescado en la comida. ➤ <u>Ocasionalmente:</u> 120g. de jamón cocido o pechuga de pavo sin grasa (4 lonchas) o de jamón serrano sin tocino (7-8 lonchas finas) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➤ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 60g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 40g. (6)
<p>COMIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primer plato: La cantidad que desee de verdura o ensalada: <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>2 ó 3 días por semana:</u> patata 150g. (una patata mediana) o maíz dulce 100g. (4 cucharadas soperas) o guisantes cocidos 175g. (dos cazos medianos de 80-90 g.) ➤ <u>3 días por semana:</u> legumbre 40g. en crudo (un cazo mediano de 80-90g. en cocido) ➤ <u>1 ó 2 días por semana:</u> pasta o arroz o sémola o tapioca 30g. en crudo (un cazo mediano de 80-90. en cocido) 2. Segundo plato: elija una de las opciones: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Carne magra 150g. (un filete mediano de ternera o ¼ de pollo mediano sin piel o 5 filetes finos de lomo o una pechuga mediana de pollo o ¼ de conejo o tres codornices sin piel, etc.) ➤ Pescado blanco 150g. (un filete o dos ruedas de: merluza, fletan, bacalao o mero, etc. una pescadilla, gallo, lenguado o lubina de ración, etc.) ➤ Pescado azul 150g. (6-7 anchoas medianas o 5-6 sardinas medianas o una rueda de salmón, atún o emperador o medio chicharro o una trucha de ración, etc.) <p>Puede añadir guarniciones vegetales de tomate natural, lechuga, setas, pimiento, cebolla, ajo, calabacín, berenjena, etc.</p> 3. Postre: elija una de las opciones, alternando con la cena: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fruta 150g (una pieza mediana o dos pequeñas) ➤ Yogur desnatado 125g. (1) sin azúcar o edulcorado. 4. Pan: 60g. (una rebanada de 2cm.) o biscotes 40g. (6) 	<p>RECENA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos yogures desnatados o un vaso de leche semidesnatada (200cc.) ▪ Biscotes 14g. (2) o galletas maría o tostada 15g. (3) o cereales de desayuno sencillos 15g. (una y media cucharadas soperas) <p>ACEITE Y CONDIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La cantidad de aceite diaria recomendada para cocinar y aliñar los alimentos es de 40g. (4 cucharadas soperas) ▪ Es preferible el consumo de aceite de oliva. ▪ Puede añadir como condimentos: limón, vinagre y especias. ▪ Conviene utilizar sal yodada, en cantidades moderadas. <p>NOTA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los pesos indicados corresponden al peso en crudo y limpio (sin piel, huesos, espinas, etc.) salvo cuando se indica lo contrario.

SUSTITUCIONES (Dieta Diabetes gestacional 2400 calorías)

Lácteos: Puede cambiar un vaso de leche semidesnatada (200cc.) por:

- Dos yogures desnatados (250 g.)
- Tres quesitos desnatados (45 g.)
- Una tarrina de queso fresco entero (75 g.) o dos tarrinas de queso fresco desnatado (150 g.)
- Una loncha mediana (30 g.) de queso de bola o semicurado (45 % materia grasa): Urbasa, Roncal, Camembert, Brie, Manchego, etc.

*** Si toma la leche y los lácteos desnatados puede añadir a la dieta una cucharada sopera de aceite.**

Desayuno: Puede intercambiar:

- Dos rebanadas de 2 cm. de pan de barra (40 g.)
- Cuatro biscotes (28 g.)
- Cuatro-cinco galletas tipo tostada o maría (25 g.)
- Dos y media cucharadas soperas de cereales de desayuno (25 g.)

Merienda: Puede intercambiar:

- Tres rebanadas de 2 cm. de pan de barra (60 g.)
- Seis biscotes (40 g.)
- Seis-siete galletas tipo tostada o maría (35 g.)
- Tres y media cucharadas soperas de cereales de desayuno (35 g.)

Comida y cena: Puede cambiar tres rebanadas de pan (60 g.) por:

- Dos patatas pequeñas (200 g.)
- Uno y medio cazo mediano (80-90 g. cocido) de pasta, sémola, tapioca o arroz (45 g. en crudo)
- Uno y medio cazo mediano (80-90 g. cocido) de legumbre (60 g. en crudo)
- Seis cucharadas soperas de maíz dulce (150 g.)
- Tres cazos medianos (80-90 g.) de guisantes cocidos (250 g.)

Y viceversa: patata, pasta, sémola, etc. por pan.

