



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Conocimiento de la Obstetra Partera sobre el manejo de la enfermedad  
celíaca en mujeres durante la edad reproductiva**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Vanina Fuentes

Br. María Eugenia Sosa

Br. Ana Sepergo

Br. Ana Presentado

TUTORA: Prof. Adj. Obst. Part. Kety Rodriguez

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodrigues

Montevideo, Marzo 2022

## **AGRADECIMIENTO**

A la Escuela de Parteras, donde fortalecimos nuestros valores como personas, para ser mejores profesionales.

A cada Obstetra Partera docente, y no docente, por el aporte no solo académico, sino también el cálido apoyo humano, que nos ayudó a definir quienes queremos ser.

A las Tutoras, guías y pilares fundamentales en este proceso.

A nuestras familias, por el apoyo y el amor incondicional de siempre.

A nuestras amigas y amigos, que han estado en cada paso.

A compañeras de la carrera, que sembraron vínculos de amistad que hasta el día de hoy perduran.

A la vida, por ponernos en este maravilloso camino.





# ÍNDICE

**RESUMEN /ABSTRACT** **pág.7**

**INTRODUCCIÓN** **pág.11**

**CAPITULO 1** **pág.14**

**Marco teórico**

1.1 Rol de la Obstetra Partera ..... pág.15

1.1.2 Ética de la profesión ..... pág.15

1.1.3 Edad Reproductiva de la Mujer ..... pág.16

1.1.4 Planificación Familiar ..... pág.17

1.1.5 Control de embarazo ..... pág. 17

1.1.6 Nutrición en el embarazo ..... pág. 19

1.2. Celiaquía y Embarazo ..... pág. 22

1.2.2 Clasificación de la Enfermedad Célica ..... pág. 25

1.2.3 Sintomatología ..... pág. 25

1.2.4 Diagnostico ..... pág.26

1.2.5 Factores predisponentes ..... pág. 27

1.2.6 Tratamiento ..... pág. 27

1.2.7 Complicaciones ..... pág. 29

**1.2.8 Nutrientes cruciales para el embarazo ..... pág. 29**

1.2.9 Accionar de la Obstetra Partera .....pág. 32

**CAPITULO 2**

|  |                |
|--|----------------|
| <b>Antecedentes</b>                                | <b>pág. 33</b> |
| <b>CAPITULO 3</b>                                  |                |
| <b>Objetivos</b>                                   | <b>pág. 38</b> |
| General .....                                      | pág. 39        |
| Específicos .....                                  | pág. 39        |
| <b>CAPITULO 4</b>                                  |                |
| <b>Metodología</b>                                 | <b>pág. 40</b> |
| 4.1 Diseño y Enfoque Metodológico .....            | pág. 41        |
| 4.2 Universo Muestral .....                        | pág. 41        |
| 4.3 Característica de la Muestra .....             | pág. 42        |
| 4.4 Datos de la Muestra .....                      | pág. 42        |
| 4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión .....       | pág. 42        |
| 4.6 Técnica de recolección de Datos .....          | pág. 43        |
| 4.6.1 Procesamiento de Datos .....                 | pág. 43        |
| 4.6.2 Definición de Entrevista .....               | pág. 44        |
| 4.6.3 Tipos de Preguntas .....                     | pág. 45        |
| 4.6.4 Autorización y consentimiento de Datos ..... | pág. 45        |
| 4.6.5 Formato Definitivo .....                     | pág. 46        |
| <b>CAPITULO 5</b>                                  |                |
| <b>Cronograma de Ejecución</b>                     | <b>pág. 47</b> |
| <b>CAPITULO 6</b>                                  |                |
| <b>Consideraciones Éticas</b>                      | <b>pág. 49</b> |

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS** **pág. 52**

**ANEXOS** **pág. 56**

**Anexo 1:** *Tabla Manifestaciones clínicas según Edad de Presentación ...pág.57*

**Anexo 2:** *Algoritmo Sospecha Clínica de Enfermedad Celiaca ..... pág.58*

**Anexo 3:** *Algoritmo Diagnostico de Enfermedad Celiaca ..... pág. 59*

**Anexo 4:** *Listado alimentos ACELU ..... pág.60*

**Anexo 5:** *Nutrientes esenciales ..... pág. 61*

**Anexo 6:** *Derechos de los Titulares, Artículo 13 ..... pág. 62*

**Anexo 7:** *Consentimiento informado ..... pág. 63*

**Anexo 8:** *Encuesta ..... pág. 65*



## RESUMEN / ABSTRACT

Este protocolo ha sido elaborado con el fin de conocer el manejo que poseen las Obstetras Parteras sobre la Enfermedad Celíaca (EC), en mujeres en edad reproductiva.

El tema fue elegido teniendo en cuenta la experiencia personal con la patología mencionada y el interés por profundizar nuestro conocimiento.

Como futuras parteras nos preguntamos: ¿Estamos preparadas para una consulta con una mujer embarazada con Enfermedad Celíaca?, ¿Qué responsabilidad le compete a la partera frente a la enfermedad de la paciente, que puede mejorar con tratamiento nutricional? ¿Por qué nos resulta necesario realizar una evaluación del conocimiento de la Obstetra Partera sobre la Enfermedad Celíaca?

Visualizando nuestro futuro profesional, nos preguntamos si las Obstetras Parteras egresadas cuentan con herramientas para el manejo de la situación, no solo desde el punto de vista nutricional, sino también aspectos de cuidado de la mujer y administración de medicamentos.

El objetivo principal y general de este trabajo es determinar el nivel de conocimiento y el manejo que realiza la Obstetra Partera en usuarias con enfermedad celíaca. Dentro de este identificamos cuatro objetivos específicos: Indagar el nivel de conocimiento que poseen las obstetras parteras respecto a las posibles complicaciones del embarazo que conlleva la patología, pesquisar si se reconoce la importancia del uso de los medicamentos exentos de gluten, conocer qué acciones realiza la obstetra partera frente a pacientes portadoras de la Enfermedad Celíaca y determinar si la obstetra conoce y utiliza las redes de referencia, a nivel social, ante una paciente con la patología.

La recolección de bibliografía referente para la confección de la propuesta se realizó en diversas instituciones nacionales, así como internacionales, además de artículos y páginas académicas web, colectivos y asociaciones. Desde allí, comenzamos la selección y procesamiento de la información, vinculándola con nuestros objetivos de estudio.

La metodología empleada para la recolección de datos para dar respuesta a estas interrogantes, partirá de la realización de entrevistas individuales, de característica semi estructurada, a Obstetras Parteras que se encuentren en ejercicio de la profesión, tanto en el ámbito público como privado, comprendidas dentro del Territorio

Nacional, que accedan voluntariamente a participar de la investigación, y que cumplan con determinados criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos de las mismas se pondrán en cotejo con los antecedentes mencionados en este trabajo.

Con este protocolo de trabajo de investigación, pretendemos generar conocimiento sobre el estado de situación de la temática, con el propósito de fortalecer la formación profesional en forma permanente y en primera instancia en las etapas iniciales de la formación académica, con el objetivo de brindar en nuestro ejercicio profesional una atención de calidad a la usuaria portadora de enfermedad celíaca.

### ***Abstract***

This protocol has been developed in order to know the management of Celiac Disease by Obstetricians Midwives in woman who are in reproductive age.

The topic was chosen taking into account personal experience with the aforementioned pathology and the interest in deepening our knowledge.

As future midwives we ask ourselves: Are we prepared for a consultation with a pregnant woman with Celiac Disease? What responsibility falls to the midwife in the patient's disease, which can improve with nutritional treatment?

Why is it necessary for us to carry out an evaluation of the knowledge of the Obstetrician Midwife about Celiac Disease?

Visualizing our professional future, we wonder if the graduated Obstetrician Midwives have tools to manage the situation, not only from the nutritional point of view, but also aspects of women's care and administration of medications.

The main and general objective of this work is to determine the level of knowledge and management performed by the Obstetrician Midwife in users with Celiac Disease. Within this, we identify four specific objectives: To investigate about the level of knowledge that obstetrician midwives have regarding the possible complications of pregnancy that the pathology entails, to investigate if the importance of the use of gluten- free medications is recognized, to know what actions the Midwife Obstetrician in front of patients with Celiac Disease and

determine if the obstetrician knows and uses the reference networks, at a social level, in the presence of a patient with the patient with the pathology.

The collection of reference bibliography for the preparation of the proposal was carried out in multiple national as well as international institutions, in addition to articles and academic web pages, groups and associations. From there, we begin the selection and processing of the information, linking with our study objectives.

The methodology used for data collection, to answer these questions, will start from conducting semi-structured interviews with Midwife Obstetricians who are in the exercise of the profession, both in the public and private, included within of the National Territory, who voluntarily agree to participate in the research, and who meet certain inclusion and exclusion criteria. The results obtained from them will be compared with the antecedents in this work.

With this research work protocol, we intend to generate knowledge about the status of the issue, in order to strengthen professional training permanently and in

the first instance in the initial stages of academic training, with the aim of providing in our professional practice provides quality care for the user with Celiac Disease.



# INTRODUCCIÓN

La iniciativa del tema para el trabajo final de grado surge a partir de una experiencia personal relacionada a la patología. Debido a los casos emergentes, es de nuestro interés comenzar a indagar sobre la misma, los aspectos de la vida cotidiana que afecta, el tratamiento que se requiere, las complicaciones que traería esta enfermedad a una mujer, etc.

Desde el punto de vista profesional, las parteras son capaces y responsables de proporcionar una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo vital, haciendo promoción y prevención, rehabilitación de los procesos patológicos, realizar diagnóstico y control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio fisiológico, incluida la asistencia al recién nacido sano y al lactante. Asimismo, desarrollar asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y comunidad, proporcionando cuidados para las mujeres y sus familias con un abordaje Bio-Pisco-Social.

La enfermedad celíaca (EC) es una patología autoinmune multiorgánica que consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten. Es la enfermedad inflamatoria crónica intestinal más frecuente, estimándose que más de 1 de cada 100 recién nacidos vivos van a padecerla a lo largo de su vida.

En Uruguay hay aproximadamente 34.000 celíacos (dato de Comunidad Celiaca del Uruguay), siendo mucho más los casos no diagnosticados que los casos diagnosticados. Puede irrumpir como una forma clínicamente severa durante el embarazo o durante el puerperio en hasta 17% de las pacientes. El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una dieta estricta exenta de gluten durante toda la vida. Con ello se consigue la mejoría de los síntomas a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años de iniciado el tratamiento. Dicho esto, nuestro rol se fundamenta en el apoyo emocional y la promoción de hábitos nutricionales saludables. En este protocolo de investigación sobre el manejo de la EC en mujeres en edad reproductiva, informaremos sobre la patología en cuestión, así como también el rol de la partera, control de embarazo, la importancia del cumplimiento de la dieta libre de gluten, y las correctas derivaciones, para obtener una óptima nutrición y disminución de potenciales riesgos vinculados a la patología celíaca

En el marco de la investigación se realizarán entrevistas semiestructuradas a Obstetras Parteras, con el fin de indagar sobre el conocimiento de las mismas en cuanto a enfermedad celíaca, qué acciones le compete y qué herramientas utiliza.

### ***Formulación breve del problema a estudiar***

Como futuras parteras nos preguntamos: ¿Estamos preparadas para una consulta con una mujer embarazada con Enfermedad Celiaca?, ¿Qué responsabilidad le compete a la partera frente a la enfermedad de la paciente, que puede mejorar con tratamiento nutricional?

¿Por qué nos resulta necesario realizar una evaluación del conocimiento de la Obstetra Partera sobre la Enfermedad Celíaca?

Visualizando nuestro futuro profesional, nos preguntamos si las Obstetras Parteras egresadas cuentan con herramientas para el manejo de la situación, no solo desde el punto de vista nutricional, sino también aspectos de cuidado de la mujer y administración de medicamentos.



# Capítulo 1

## MARCO TÉORICO

### **1.1. Rol de la Obstetra Partera**

Es el o la profesional idóneo/a con formación científica para realizar una atención integral a la mujer a lo largo de su vida. De libre ejercicio tanto en ámbitos públicos como privados; teniendo el derecho a negarse a prácticas que sean consideradas inmorales o falta de ética profesional. Esto no quiere decir que se deje de brindar atención esencial en salud.

Dentro de esta atención podemos destacar acciones como: promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías, participa del cuidado de la madre y el hijo durante el proceso de embarazo realizando el seguimiento mediante controles pautados según el MSP, así como también en el parto y puerperio fisiológico, también brinda atención al recién nacido y al lactante; para ello utiliza distintas herramientas tanto clínicas como tecnológicas.

Participa de los tratamientos clínicos habituales, como infecciones urinarias, infección genital, y de emergencias, tales como crisis hipertensiva, hemorragias post parto, entre otras.

Además, brinda consejería y enseñanza integral a la mujer enfocada principalmente en salud sexual y reproductiva, familia y comunidad.

Esta consejería abarca la educación prenatal, clases de preparación para el parto, puerperio, lactancia y crianza.

#### **1.1.2 Ética de la Profesión**

Dentro de la ética profesional se encuentra brindar cuidados para las mujeres y sus familias respetando la variedad cultural, con visión de género y perspectiva de riesgo, con un abordaje Bio-Pisco-Social.

Por otro lado, el conocimiento científico debe ser aplicado en las buenas prácticas para el nacimiento seguro, con el fin de beneficiar a la mujer y su familia en su integridad.

Preservar la confidencialidad, cumpliendo con lo inherente al criterio de secreto profesional.

Negarse a participar en ocupaciones que vayan en contra de sus principios morales y/o ideológicos, sin dejar de brindar asistencia en salud, atender al desarrollo tanto en el ámbito personal como en el profesional, realizando distintas actividades que promuevan lo anteriormente mencionado, como por ejemplo participar de actualizaciones, congresos, ateneos, etc.

### ***1.1.3 Edad Reproductiva de la Mujer***

Según la Organización Mundial de la Salud, la etapa reproductiva de la mujer se define entre los 15 y los 49 años de edad, dicha delimitación no incluye sin embargo la adolescencia temprana.

Se debe aclarar que el rango de edad anteriormente mencionado no es el que se define como ideal para la reproducción, siendo este el que transcurre desde los 19 hasta los 35 años de edad.

Se considera edad reproductiva óptima, dado que dentro de ese rango de edad la evidencia científica informa que disminuye la tasa de patologías maternas y alteraciones fetales.

Según la American Society for Reproductive Medicine, el comienzo de la vida reproductiva se da cuando se produce la primera ovulación y como consecuencia de esto la primera menstruación, denominada menarca.

La responsable de que esto ocurra es la glándula pituitaria, la cual se aloja en el cerebro y libera la hormona folículo estimulante (HFE). Esta estimula los folículos que se encuentran dentro de los ovarios con el fin de mejorarlos y hacerlos crecer rápidamente. Solo uno de ellos alcanzará la madurez necesaria para ser liberado, aquellos folículos que no logren madurar dejarán de crecer y comenzarán declinar.

Se dará lugar a un embarazo si el óvulo se fecunda y posteriormente se implanta en el endometrio. Si lo mencionado anteriormente no se produce, el endometrio se desprende del útero produciendo la menstruación y así el comienzo de un nuevo ciclo.

Los mismos durante los primeros años de la adolescencia pueden ser irregulares, pero se espera que para los 16 años esto se normalice y comiencen a ser regulares. La duración de los ciclos varía de 26 a 35 días, pero esto se va modificando con el transcurso de los años ya que se comenzará a producir menos ovulaciones, por ende, menos ciclos menstruales hasta que desaparezcan en su totalidad. Cuando esto último se produce y se mantiene durante un año dará lugar a la menopausia, la cual es el final del ciclo reproductivo.

En conclusión, podemos decir que la fertilidad de la mujer se ve afectada con el paso de los años.

#### ***1.1.4 Planificación Familiar***

Como profesionales de la salud tenemos el derecho y el deber de informar y empoderar a las mujeres en lo que respecta sobre los métodos de planificación familiar, de manera adecuada y efectiva. Todas las personas tienen el derecho a la información de calidad, planificación, y elección del método anticonceptivo. Ello comprende la libre elección de tener hijos, o no, en qué momento de su vida, y cuantas veces lo desee.

Las Guías del Ministerio de Salud Pública, recomiendan una consulta pre-concepcional, con anamnesis y examen físico, dirigido a identificar condiciones que pueden favorecer la aparición de patologías en el embarazo, parto y puerperio, y/o identificar aquellas mujeres que necesitan cuidados adicionales.

Tenemos el privilegio y la responsabilidad de ayudarlas a tomar esas decisiones y a llevarlas a cabo.

Todas las instituciones deben contar con un servicio de planificación familiar, al cual sus usuarios pueden acceder libremente, y los profesionales de la salud como las Obstetras Parteras deben respetar, proteger y hacer efectivos los Derechos Humanos de los usuarios.

#### ***1.1.5 Control de Embarazo***

Un aspecto fundamental es transmitir a la mujer la importancia que tiene el control del embarazo por profesionales, ya que este ayuda a prevenir complicaciones mediante el diagnóstico temprano y tratamiento de posibles patologías oportunamente, que pueden impactar de manera desfavorable en la salud materno-fetal y neonatal.

La OMS aconseja puntos fundamentales para el seguimiento de la mujer embarazada. Uno de ellos se basa en la educación, consejería y sostén tanto para la embarazada, su pareja y entorno familiar.

Hacer énfasis en la prevención es otro de los puntos, para ello se sugiere la realización de distintas medidas como son la suplementación de ácido fólico, realización de citología de Papanicolaou y vacunación si corresponde.

Otro de los puntos, es interpretar signos y síntomas de alarma tanto clínico como paraclínico y realizar tratamiento si está dentro de nuestras competencias y realizar derivación oportuna a centros de mayor complejidad si es necesario.

Siempre se prioriza el seguimiento del embarazo y/o tratamiento en centros de primer nivel de atención, de fácil acceso para la usuaria con el fin de no causar distorsión dentro del entorno familiar.

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), la atención de seguimiento a la gestante sin patologías consiste en una serie de intervenciones de salud con el propósito de informar sobre las condiciones fisiológicas, prevenir, detección precoz y tratamiento de patologías.

Con respecto al número de consultas obstétricas para mujeres con un embarazo fisiológico, existe evidencia científica de que el número debe ser de al menos cinco, ya que realizando un mayor número de consultas no mejora el resultado perinatal.

Sin embargo, estos estudios también muestran que muchas mujeres consideran que es insuficiente y les hubiera gustado concurrir a más consultas.

El MSP recomienda que la frecuencia de consultas en un embarazo fisiológico sea de manera mensual hasta las 32 semanas de gestación, cada quince días hasta las 36 semanas y semanalmente hasta el parto o la semana 41.

Esta frecuencia puede cambiarse a discreción de la mujer y/o del equipo de atención médica si las circunstancias lo justifican.

### **1.1.6 Nutrición y embarazo**

La alimentación previa y durante el embarazo juega un importante papel, no sólo para la madre, sino también y especialmente para el futuro hijo, para la formación y desarrollo del feto. La dieta de la madre influye en la salud del bebé, a corto y a largo plazo.

Durante el embarazo el estado nutricional de la mujer se ve afectado ya que aumentan los requerimientos de nutrientes, debido a la producción de tejidos maternos fetales. Durante el tercer trimestre de embarazo es cuando se produce el mayor déficit, y esto se puede acentuar si el estado nutricional preconcepcional de la mujer no era el óptimo.

El crecimiento fetal se podría ver afectado al igual que la salud materna si estos requerimientos nutricionales no son proporcionados, y en la situación de las embarazadas que sufren celiaquía, el déficit de nutrientes críticos se ve aún más afectado dado que dicha enfermedad dificulta la absorción de micronutrientes.

Por los motivos mencionados anteriormente es de suma importancia que la mujer que esté planificando un futuro embarazo realice una consulta preconcepcional para conocer su estado nutricional para así poder cambiar su alimentación o ajustar peso corporal y eliminar hábitos tóxicos como lo son el fumar y consumo de alcohol. Así como también es un momento ideal para garantizar que la mujer se informe acerca de aquellos nutrientes esenciales que debe consumir para que la gestación transcurra sin inconvenientes, haciendo especial hincapié en el ácido fólico.

En nuestro país, el MSP, en el Programa Nacional de Nutrición del año 2005, establece que la población lleva adelante una dieta altamente calórica, ya que los alimentos que contienen cloruro de sodio, ácidos grasos saturados y trans, son los más consumidos, sumándole la ingesta de alcohol. Además, informa que no presentamos una dieta rica en frutas, verduras y lácteos. Por lo tanto, la población uruguaya tiende a tener sobrepeso y obesidad por la falta de hábitos saludables y sedentarismo.

Según Barros año 1992 y la OMS año 1995, el aumento ponderal va a variar de acuerdo a el estado nutricional preconcepcional, la talla y la edad de la mujer, a menor

talla menor ganancia de peso y a menor edad se recomienda mayor ganancia ponderal. Dicho esto, es preciso realizar el cálculo de IMC a cada mujer.

El mismo se calcula dividiendo el peso expresado en Kg entre la talla al cuadrado expresada en metros. (IMC:  $\text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (M)}$ ).

Si una mujer presenta un IMC menor a 18.5 previo al embarazo o durante el primer trimestre, nos habla de un bajo peso materno. Si esto sucede se debe realizar un plan nutricional con el fin de corregir esta situación y descartar otras causas. Estas mujeres deberán tener un aumento ponderal entre 12.5 y 18 kg durante el embarazo para evitar complicaciones fetales y neonatales como por ejemplo bajo peso al nacer (BPN) y restricción de crecimiento intrauterino. Además, prevenir o corregir complicaciones maternas que se pueden presentar en dicha situación como, por ejemplo, anemia, hemorragias post parto, aumento riesgo de infecciones, etc. (Atalah, 1995; OMS, 1995)

En cambio, si el IMC va de 18.5 a 24.9 esto nos habla de una mujer saludable, por ende, menor riesgo de presentar complicaciones, como BPN o macrosomía. El aumento de peso recomendado para estas mujeres va de 11.5 a 16 kg (Atalah, 1995; OMS, 1995)

Por otro lado, las mujeres que presentan un IMC entre 25 y 29,5, decimos que tiene sobrepeso, siendo esto un factor de riesgo para desarrollar complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, este riesgo se ve aumentado si la ganancia ponderal durante el embarazo es alta, es decir mayor a 11.5 kg, ya que lo estipulado se encuentra en el rango de 7 a 11.5 kg. (Atalah, 1995; OMS, 1995)

Decimos que una mujer es obesa cuando su IMC es mayor a 30. Dado a las complicaciones que la misma puede presentar se debe realizar un estricto seguimiento nutricional aclarando que no deben realizar dieta para bajar de peso, ya que esto aumenta el riesgo de que se produzca un óbito. Otras complicaciones que se pueden presentar son la diabetes gestacional, hipertensión, eclampsia, macrosomía fetal entre otras. Estas mujeres deben aumentar durante el embarazo entre 6 y 7 kg durante la gestación. (Atalah, 1995; OMS, 1995)

A partir del segundo trimestre de embarazo aumentan los requerimientos energéticos siendo necesario el consumo de 300 a 475 calorías extras por día, esto se cubre con

la ingesta de una fruta, un pan de aproximadamente 50g y una taza de leche. De esta manera se derriba el mito de que durante el embarazo se debe "comer por dos".

Cabe destacar que la nutrición durante la gestación debe ser equilibrada para cubrir los requerimientos de nutrientes esenciales. Los alimentos que deben de ingerirse diariamente deben ser ricos en hierro, folatos, ácidos grasos esenciales y calcio.

Los requerimientos de energía, proteínas y algunos micronutrientes, entre los que conviene destacar:

-Aporte extra de calcio: +600 mg/día (3-4 raciones de lácteos al día). Las principales fuentes de calcio de la dieta son la leche y sus derivados.

-Aporte extra de ácido fólico: +200 mcg/día (total 600 mcg/día), en este caso durante toda la gestación y especialmente en los meses previos a la concepción, para disminuir el riesgo de tener niños con

defectos de cierre del tubo neural como, por ejemplo, espina bífida.

-Mayores ingestas de hierro: +0,9 mg/día, necesarios para el crecimiento de la placenta y del feto.

-Cuidar el aporte de yodo, zinc, magnesio y potasio.

-Existen también mayores necesidades de vitaminas, especialmente de las del grupo B.

Según el PNUD año 2007 en Uruguay el 20% de las mujeres no alcanzan un aumento ponderal adecuado durante el embarazo. Para mejorar esta estadística, lo ideal sería realizar consulta preconcepcional, un buen control obstétrico acompañado de una dieta basada en las Guías alimentarias (MSP, Programa Nacional de Nutrición, 2005) y además fomentar la realización de actividad física adecuada a la edad gestacional y posibilidades de la mujer.

Durante la lactancia la mujer necesita mayores cantidades de prácticamente todos los nutrientes (energía, proteína, todas las vitaminas, calcio, fósforo, magnesio, cinc, cobre y selenio) para la producción de leche. Esta debe aportar la energía, los nutrientes y el líquido que el bebé necesita.

En conclusión, lo primordial es brindar información y herramientas acordes a cada situación, para que la mujer pueda llevar un estilo de vida saludable, y así obtener resultados favorables a lo largo de su vida.

En pacientes con EC, hay mayor predisposición a deficiencias nutricionales, por mala absorción de los nutrientes debido a la patología (cuando no se realiza adecuadamente la DLG), por lo cual es de suma importancia realizar énfasis en el correcto tratamiento.

## **1.2 Celiaquía y embarazo**

La enfermedad celíaca (EC) es un proceso autoinmune que consiste en una intolerancia permanente a las proteínas del gluten. Se presenta en individuos genéticamente predispuestos y cursa como una enteropatía grave de la mucosa del intestino delgado superior, lo que favorece una malabsorción de nutrientes. "La enfermedad celíaca es la enfermedad inflamatoria crónica intestinal más frecuente, estimándose que más de 1 de cada 100 recién nacidos vivos van a padecerla a lo largo de su vida.

La epidemiología de la patología se asemeja a un iceberg: son mucho más los casos no diagnosticados (por debajo de la línea de flotación) que los casos diagnosticados (por encima de la línea de flotación).

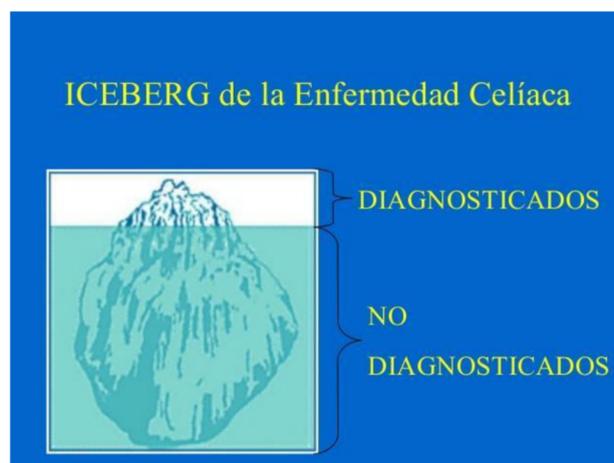


Figura 1: Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, Enfermedad Celíaca, 2012.

El riesgo de padecer enfermedad celíaca es mucho mayor en los familiares de primer grado (hasta 10%) y en menor medida en los familiares de segundo grado.

En cuanto a la relación mujer-hombre, es de 2: 1.

La enfermedad puede irrumpir como una forma clínicamente severa durante el embarazo o durante el puerperio en hasta 17% de las pacientes.

En el caso de los recién nacidos afecta a 1 de cada 100.

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una dieta estricta exenta de gluten durante toda la vida. Con ello se consigue la mejoría de los síntomas a partir de las dos semanas, la normalización serológica entre los 6 y 12 meses y la recuperación de las vellosidades intestinales en torno a los 2 años de iniciado el tratamiento.

Actualmente en Uruguay hay aproximadamente 34.000 celíacos, (dato: Comunidad Celíaca del Uruguay).

En personas con enfermedad celíaca puede existir deficiencia nutricional, por baja ingesta y mala absorción.

Cuando existe daño en el intestino delgado, la absorción de ciertos nutrientes puede ser anormal. Las vitaminas y minerales que pueden ser mal absorbidos incluyen hierro, calcio, folato, vitamina B12 y todas las vitaminas liposolubles (vitamina A, vitamina D, vitamina E y vitamina K)

Gestaciones con defectos del tubo neural: esta anomalía congénita fue detectada en 6,6% de mujeres celíacas sin tratamiento dietético. Es común encontrar niveles séricos bajos de ácido fólico en mujeres recién diagnosticadas con EC. En las mujeres celíacas en edad reproductiva que no pueden ingerir los tradicionales cereales fortificados con ácido fólico y vitamina B12, es imperativo la suplementación de estos nutrientes en formulaciones farmacéuticas libres de gluten.

Se recomienda la búsqueda activa de EC en toda madre que concibe un feto con este defecto.

Malformaciones congénitas

En un estudio poblacional sueco a gran escala se halló mayor riesgo de malformaciones congénitas en hijos de madres o padres celíacos. Las

malformaciones más frecuentemente descritas fueron el paladar hendido y los defectos cardíacos, aunque se sabe que existen factores genéticos predisponentes. Abortos a repetición: algunos investigadores han hallado una frecuencia de 8% y el riesgo de abortos fue elevado.

Restricción del crecimiento intrauterino: varios estudios han demostrado la asociación entre EC no diagnosticada y esta complicación obstétrica. La frecuencia según Shah S Et Al, es 15%.

El peso medio de los recién nacidos de madres celíacas con ATG positivo y con gen HLA DQ2-DQ8 es en promedio 159 g menos que el peso de recién nacidos de madres no celíacas.

Ante la aparición de RN de bajo peso, algunos autores recomiendan el tamizaje de EC en toda gestante, aún en las asintomáticas.

Parto de pre término: en una gran serie danesa se halló asociación significativa entre EC no diagnosticada y parto de pre término, mientras que, en otro estudio, se encontró que entre los celíacos había 4,2% de posibilidades de haber nacido de pre término, en comparación con no celíacos.

En el mismo estudio se halló que la cesárea de emergencia se asocia el mayor riesgo de desarrollo de EC en el futuro de esos recién nacidos, posiblemente por alteraciones en la micro biota intestinal.

El defecto en la colonización intestinal de estos niños puede persistir por años e influir en la respuesta inmune del intestino y la función de barrera de esa mucosa.

Bajo peso al nacer: el riesgo de tener recién nacidos de bajo peso asociado a la EC no diagnosticada fue muy alto, según estudio población. Notablemente, sólo 20% de ellas tenía síntomas gastrointestinales. Otro estudio de casos y controles halló un riesgo similar.

Síndrome antifosfolípídico: la asociación entre EC y este síndrome fue descrita en muchas referencias. Entre casi 1000 sujetos con este síndrome se halló la presencia de marcadores para EC en 6,1%, mucho más que en sujetos sanos (1%) que actuaron de control.

En un estudio de celíacos y controles sanos, el anticuerpo IgA anti cardiolipina es el más frecuentemente detectado (26%), en comparación con los anticuerpos IgA e IgG anti beta 2 glicoproteína. Estos celíacos no presentaban al momento del estudio ninguna manifestación clínica del síndrome antifosfolípídico.

En otra investigación realizada en 50 sujetos con síndrome antifosfolipídico, se detectó EC silente en 14%.

Por lo tanto, ante mujeres con abortos a repetición, trombosis arterial y/o venosa y anticuerpos antifosfolipídico presentes, debería buscarse la presencia de EC.

Disminución en la lactancia: es 2,5 veces más frecuente en celíacas no tratadas que en no celíacas.

### **1.2.2 Clasificación de la Enfermedad Celíaca**

Los pacientes se pueden clasificar en tres tipos, esto dependerá de las manifestaciones y parámetros clínicos.

-Enfermedad celíaca clásica: enteropatía severa ocasionada por la ingesta de gluten con anticuerpos séricos positivos. Los pacientes pueden presentar síntomas digestivos, extra digestivos o no presentarlos.

-Enfermedad celíaca latente: pacientes con anticuerpos séricos positivos que presentan mucosa yeyunal sin alteraciones con alimentación libre, pero en algún momento evolutivo de la enfermedad presentan alteración vellositaria provocada por el gluten lo cual se revierte realizando dieta sin TACC (Trigo, Avena, Cebada y Centeno).

-Enfermedad celíaca potencial: el concepto "potencial" se refiere a la etapa de la patología previa a que los pacientes desarrollen la enfermedad. Los mismos presentan una mucosa yeyunal normal con alimentación libre hasta el momento de realizarse el estudio, pero con características inmunológicas concomitantes a patrones HLA parecidos a los encontrados en la enfermedad celíaca.

### **1.2.3 Sintomatología**

Según la Guía de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca del Ministerio de Salud Pública se reconocen múltiples signos y síntomas.

Los cuales se describen como: diarrea crónica, continua o intermitente, retraso de crecimiento, pérdida de peso, aplazamiento de la pubertad, amenorrea, infertilidad y/o

esterilidad, anemia ferropénica, náuseas o vómitos, dolor crónico a nivel abdominal, distensión abdominal, estreñimiento, fatiga crónica, estomatitis frecuentes, dermatitis herpetiforme, fracturas óseas desproporcionadas al traumatismo, osteopenia osteoporosis, aumento de las transaminasas si otra justificación.

El libro blanco de la enfermedad celíaca describe otros signos y síntomas además de los mencionados anteriormente, como: anemia ferropénica refractaria, dispepsia, intestino irritable, cefaleas, irregularidad menstrual, parestesias, abortos recurrentes y malnutrición.

### **1.2.4 Diagnóstico**

Es de difícil diagnóstico debido a la gran multiplicidad de signos y síntomas clínicos.

Según la Guía de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca del Ministerio de Salud Pública, todo paciente que presente signos, síntomas y/o forme parte de grupo de riesgo compatible con EC deben de ser estudiados.

Inicialmente para realizar el diagnóstico se llevará a cabo el test de anticuerpos específicos, antitransglutaminasa (tGT) y antiendomio (EMA) de tipo inmunoglobulina A (IgA), para el cual es muy importante que los pacientes realicen una dieta libre (dieta no celíaca) hasta confirmar el diagnóstico EC. Siendo el tGT el más sensible utilizando técnica de ELISA y expresando el resultado cuantitativamente.

El EMA es el más específico y se detecta por inmunofluorescencia indirecta.

Si los test mencionados anteriormente son positivos se debe derivar a gastroenterólogo para la realización y posterior análisis de biopsias duodenales (video gastroscopia) confirmatoria.

Se aconseja la toma de cuatro muestras de la segunda porción del duodeno y al menos dos del bulbo duodenal; ya que el 10% de los pacientes tienen únicamente este último afectado.

El "Gold estándar" para el diagnóstico de la EC es la biopsia de intestino delgado.

El examen histológico nos lleva al reconocimiento de cambios estructurales y citológicos, en el marco de un cuadro clínico y serológico, lo cual inicialmente permite hacer diagnóstico de EC.

El libro blanco de la enfermedad celíaca describe según Marsh que la mucosa intestinal puede presentar diversos cambios los cuales van de sana a hipoplásica. Dependiendo de los cambios se clasifica en:

Tipo 0: Mucosa sana.

Tipo 1: Lesión infiltrativa con incremento de linfocitos intraepiteliales.

Tipo 2: Lesión hiperplásica con incremento de linfocitos intraepiteliales y distensión de las criptas.

Tipo 3: Lesión destructiva que presenta además de los anteriormente mencionados una atrofia vellositaria. Esta puede ser parcial, subtotal o total.

Tipo 4: Lesión hipoplásica que presenta atrofia total con hipoplasia de las criptas.

### ***1.2.5 Factores predisponentes***

Esta patología autoinmune se puede ver asociada a otras patologías de etiología inmunológica como por ejemplo diabetes mellitus insulina-dependiente, hipotiroidismo, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, polimiositis, miastenia gravis y artritis reumatoidea. Además, se asocia con síndrome anti fosfolípido, el cual puede producir trombosis, infartos y óbitos fetales.

La Guía de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca del Ministerio de Salud Pública describe otros factores predisponentes como, por ejemplo, Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome de Williams, Déficit selectivo de IgA, Enfermedad hepática autoinmune y familiar de primer grado con EC.

### ***1.2.6 Tratamiento***

Según la Guía de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca del Ministerio de Salud Pública, el único tratamiento para la EC es la dieta libre de gluten (DLG), la cual debe realizarse de manera rigurosa y de por vida. La misma debe de ser indicada por el médico tratante en conjunto con el Licenciado en Nutrición, luego de la realización del diagnóstico.

Esta dieta se basa en la restricción total de los cereales como el trigo, avena, cebada y centeno (TACC) cualquier derivado y productos que contengan los mismos.

En el caso de la avena el riesgo de su consumo estaría vinculado a la contaminación cruzada y no por el propio alimento.

Es importante que la persona celíaca reciba la información y educación con el fin de poder reconocer los productos aptos para su consumo, ya que algunos alimentos pueden contaminarse en la elaboración otros pueden aditivos con gluten. Es de suma importancia que los productos tengan el logo de “libres de gluten”, “Sin TACC” (espiga barrada).

Para esto el profesional debe informar sobre cómo consumir, manipular y conservar los alimentos ya que puede ocurrir contaminación cruzada.

En nuestro país se encuentra un listado realizado por el Ministerio de Salud Pública, donde se detallan los alimentos aptos para celíacos. La misma se actualiza constantemente dando así confiabilidad para el consumo de los mismos.

Debido a que este tipo de dieta es de difícil adhesión, el apoyo con planes sociales y grupos de contención emocional son de vital importancia.

Referente a lo anteriormente mencionado Uruguay cuenta con el acceso a una canasta básica para pacientes celíacos brindada por el Instituto Nacional de Alimentación (INDA) y aprobada por ACELU (Asociación de Celíacos del Uruguay).

Además, el Banco de Previsión Social (BPS) proporciona una asignación familiar doble a trabajadores con hijos menores de edad y celíacos a cargo, beneficiarios del Plan de Equidad, el cual varía según los ingresos del hogar.

La Organización Mundial de Gastroenterología, recomienda que un nutricionista experto sea consultado para: Valorar el estado nutricional del paciente.

- Identificar la ingesta de macronutrientes y / o micronutrientes y detectar deficiencias y/o excesos. Es importante que los pacientes con enfermedad celíaca consuman cantidades adecuadas de calorías, tiamina, riboflavina, niacina, folato, hierro, calcio y fibra.
- Analizar los hábitos alimentarios y los posibles factores que afecten el acceso a la dieta.
- Proveer información e iniciar una dieta libre de gluten.
- Proveer educación nutricional.
- Seguir y evaluar el cumplimiento y reforzar el asesoramiento alimentario.

Si se cumple con una dieta correcta y estricta, los síntomas comienzan a revertirse a partir de las dos semanas, con respecto a la normalización serológica podemos decir que se dará entre los 6 y 12 meses y en cuanto a la recuperación de las vellosidades del intestino luego de dos años después de comenzar con la DLG.

### ***1.2.7 Complicaciones***

Según la cartilla educativa para embarazadas con enfermedad celíaca, estas se pueden dar sino se realiza DLG, las más frecuentes son: hipoesplenismo, insuficiencia pancreática exocrina, osteoporosis, crisis celiacas, yeyunoileítis ulcerativa crónica, colitis microscópica, aumento de la proliferación bacteriana, "celíaca refractaria", linfoma no Hodgkin y carcinomas digestivos de faringe, esófago, estómago y recto.

En este caso nos enfocaremos en mujeres en etapa reproductiva y la repercusión que puede tener según en el periodo que se encuentre la misma.

A nivel ginecobstétrico los trastornos de absorción causan anemia ferropénica, disminución de los niveles de ácido fólico, hipoalbuminemia, hipocalcemia. Las consecuencias van a ser: amenorrea, infertilidad, menopausia temprana, abortos espontáneos y restricción de crecimiento intrauterino. Cabe destacar que la Vitamina K, el ácido fólico y el hierro son primordiales para la organogénesis.

Dado al problema enterocitario propio de la EC, puede provocar escasez de vitaminas liposolubles como lo es la Vitamina K, esto produce un déficit de los factores que dependen de ella, como lo son las proteínas C y S lo que conlleva a un estado de hipertrombicidad, también los factores II, VII, IX y X lo que provoca manifestaciones hemorrágicas.

### ***1.2.8 Nutrientes cruciales para el embarazo***

Ácido fólico: Este micronutriente disminuye el riesgo de malformaciones congénitas, principalmente defectos del cierre del tubo neural (DTN) de los cuales se destacan dos: la anencefalia y la espina bífida.

La biodisponibilidad y estabilidad de esta vitamina es baja por eso se debe garantizar el consumo necesario, esto se realiza de tres maneras diferentes.

Mediante el consumo de alimentos ricos en esta vitamina como, por ejemplo: vegetales verdes oscuros, leguminosas y naranja.

Otra forma es la ingesta de alimentos fortificados como lo son las harinas y panificados ya que en Uruguay existe una ley donde todas las harinas deben estar fortificadas con hierro y ácido fólico.

Ácido Fólico: Ley N° 18.071 "Artículo 2º. (Fortificación de harinas). - Toda harina de trigo, con excepción del salvado y la harina integral, destinada al consumo humano que se comercialice en el mercado nacional, deberá estar fortificada con ácido fólico y hierro en los términos que establezca la reglamentación."

En el caso de las harinas para el consume de personas con EC (sin TACC), no encontramos evidencia de que sean contempladas dentro de esta ley.

Por último, sería la suplementación, según el MSP se ha demostrado que el consumo de ácido fólico previo al embarazo y hasta el primer trimestre de embarazo (0,4 a 1 mg/día) disminuye considerablemente el riesgo de tener un hijo con Defectos del Tubo Neural (DNT).

Se prescribirá 4 mg/día en mujeres embarazadas que tengan antecedente obstétrico de DTN.

Vitamina A: es esencial para la proliferación y diferenciación celular, además contribuye en el desarrollo de las vértebras, médula espinal, corazón, ojos, extremidades, etc.

También contribuye a la regulación de la expresión génica.

La suplementación debe darse mediante dieta ya que los suplementos contienen esta vitamina en exceso para el primer trimestre de embarazo, siendo esto teratogénico.

El déficit de vitamina A se asocia a ceguera nocturna.

Vitamina K: Como se mencionó posteriormente en antecedentes, esta vitamina es esencial para la síntesis de los factores de coagulación II, VII, IX y X, importantes para que se produzca la cascada de coagulación y así evitando posibles procesos hemorrágicos.

El pasaje de esta vitamina a través de la placenta es bajo, por lo tanto, es importante que la misma se administre al neonato.

Calcio:

Una embarazada debe consumir aproximadamente 1000 a 1200 mg por día de calcio. Si el aporte es escaso debe suplementarse mediante la dieta, realizando ingestas de 3 porciones de lácteos al día ya que dicho mineral es esencial para la formación ósea del feto. Este desarrollo se dará con normalidad ya que utilizará las reservas de calcio de la madre, para que esto se lleve a cabo debe de disponer de suficiente vitamina D. Dado lo anteriormente mencionado es importante cubrir estos requerimientos ya que a largo plazo se pueden presentar complicaciones maternas un ejemplo de ello es la osteoporosis.

En Uruguay el MSP recomienda la suplementación de 1,5 g a 2 g de Calcio elemental por día solo si la mujer presenta como antecedente obstétrico síndrome de pre eclampsia/eclampsia.

Vitamina D: Es esencial para la absorción del calcio.

La forma de obtener esta vitamina es mediante la alimentación o por la exposición al sol que debe de ser al menos tres veces por semana de 10 a 15 minutos.

Hierro: El déficit de este mineral provoca anemia, la cual puede tener consecuencias nocivas tanto para la madre como para el feto y el neonato. La mortalidad materna se ve incrementada en mujeres con anemia severa ya que no toleran la pérdida hemática del parto.

La incidencia de la anemia en el feto tiene como consecuencia la prematurez y bajo peso al nacer. Durante el embarazo el requerimiento de este micronutriente varía según el trimestre de gestación. Dicho requerimiento aumenta en el segundo trimestre ya que se produce un aumento del volumen sanguíneo materno y la masa de glóbulos rojos se expande provocando anemia fisiológica.

El Ministerio de Salud Pública recomienda que se suplemente a toda embarazada con hierro elemental durante todo el embarazo con 30 mg días alternos y en embarazadas con anemia 60 mg día hasta mejorar el cuadro clínico.

Dado a lo mencionado anteriormente es de suma importancia el seguimiento de la mujer en la edad reproductiva y el rol de la Obstetra Partera en el control integral de la mujer en las diferentes etapas de su vida.

Es importante el control de embarazo de la paciente con EC para evitar complicaciones que se pueden desencadenar con esta patología y realizar las interconsultas en forma oportuna.

Saber qué medicación, anticonceptivos no contiene gluten y pueden indicarse.

Mujer embarazada interconsulta con medicina general (sí relata signos y síntomas que puedan ser compatible con la enfermedad) en el caso de mujer embarazada derivar a ginecología, nutricionista y psicología.

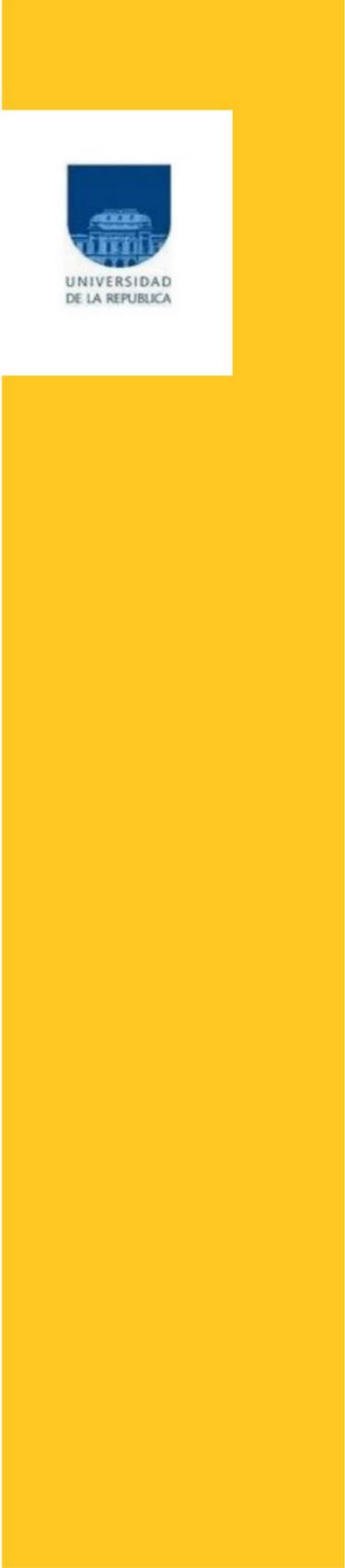
### ***1.2.9 Accionar de la Obstetra Partera***

Desde el punto de vista profesional, debemos brindar, responsablemente, una atención integrada a la mujer a lo largo de su ciclo vital, haciendo promoción, prevención en salud, rehabilitación de los procesos patológicos, atención dirigida hacia la mujer y al hijo/a, diagnóstico y control de embarazo, asistencia durante el embarazo, parto y puerperio normal, asistencia al recién nacido sano y al lactante. Asimismo, desarrollar asesoramiento y educación para la salud, dirigidos a la mujer, familia y comunidad, proporcionando cuidados para las mujeres y sus familias con un abordaje Bio-Psico-Social.

En el caso específico de pacientes con EC es muy importante nuestra intervención: extendiendo sus redes, contactando con asociaciones específicas, (ACELU; Comunidad Celíaca del Uruguay).

Facilitar las consultas con nutricionista, gastroenterólogo, psicólogo, asistente social, para que la paciente concluya la visita con todas sus dudas resueltas, con el fin de agilizar los trámites y/o tratamientos que se deban realizar.

Debemos tener presente cuando indicamos medicación, que sea adecuada, libre de gluten, para facilitar la adherencia al tratamiento.



# Capítulo 2

## ANTECEDENTES

- En un estudio de casos y controles de Smecuol E, "et al" (1996) realizado en la Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina., se compararon los antecedentes ginecológicos y obstétricos de 130 pacientes celíacas y 130 mujeres sanas (mujeres control) de la misma edad. En comparación con las pacientes control, las pacientes con enfermedad celíaca no tratadas exhibieron una menarquia significativamente más tardía, una menopausia más temprana, una mayor prevalencia de amenorrea secundaria y una mayor incidencia de abortos espontáneos. Las pacientes que se habían adherido, a largo plazo, a una dieta sin gluten tenían antecedentes ginecológicos y obstétricos indistinguibles con pacientes control. Se observó deterioro clínico de la enfermedad celíaca en pacientes no tratadas durante el 17% de sus embarazos. En el 14% de las pacientes embarazadas no tratadas, los síntomas relacionados con la enfermedad celíaca se manifestaron por primera vez durante el embarazo (n = 7) o el puerperio (n = 4). Nueve de estos pacientes tenían características subestimadas que sugerían enfermedad celíaca. El diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad celíaca pueden evitar complicaciones ginecológicas y obstétricas importantes en las mujeres afectadas. La enfermedad celíaca siempre debe tenerse en cuenta entre las pacientes que desarrollan diarrea y pérdida de peso durante el embarazo y / o el puerperio.

-Tursi A "et al" (2008) realizó en Adria, Italia, un estudio de casos y controles sobre el efecto de la Dieta Libre de Gluten en el embarazo entre 1995 y 2006, en el que participaron 13 mujeres, con una edad media de 32 años, donde refleja la relación negativa entre el incumplimiento de la DLG y los abortos recurrentes, concluyendo que la Enfermedad Celiaca es una causa frecuente de abortos espontáneos recurrentes. Las mismas realizaron la DLG y fueron reevaluadas dentro del periodo del estudio. El resultado del mismo refleja que estas mujeres concibieron un embarazo dentro de los siguientes 1 a 4 años.

Seis de trece quedaron embarazadas (46,15%) de la siguiente manera:

1 paciente (7,69%) 1 año después de que se inició la DLG,

3 pacientes (23,07%) 2 años después de que se inició la DLG,

1 paciente (7,69%) después de 3 años,

1 paciente (7,69%) 4 años después del inicio de la DLG.

Además, dos pacientes (16,66%) tuvieron embarazos múltiples (una había tenido dos partos y otra había tenido tres partos dentro de un período de seguimiento de 7 años bajo DLG).

-Un estudio de cohorte poblacional danés realizado por Khashan A.S, "et al" (2010), demuestra el impacto de la Enfermedad Celíaca materna en el peso al nacer y el parto prematuro, entre el 1 de enero de 1979 y el 31 de diciembre de 2004. Como resultado se observó que las mujeres embarazadas con EC tratada obtuvieron resultados similares a mujeres embarazadas sin EC. Las mujeres con EC no tratada dieron a luz bebés más pequeños, lactantes con peso al nacer menor al percentil 5 y parto prematuro, en comparación con mujeres sin EC. El diagnóstico y tratamiento de la EC materna con una dieta libre de gluten parecieron dar como resultado un peso al nacer y una tasa de nacimientos prematuros similares a los de las mujeres sin EC. Se observó deterioro clínico de la enfermedad celíaca en pacientes no tratadas durante el embarazo. En el 14% de las pacientes embarazadas no tratadas, los síntomas relacionados con la enfermedad celíaca se manifestaron por primera vez durante el embarazo o el puerperio. Nueve de estos pacientes tenían características subestimadas que sugerían enfermedad celíaca. En este estudio se concluyó que el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad celíaca puede evitar complicaciones ginecológicas y obstétricas importantes en las mujeres afectadas.

-En un estudio clínico de caso, en Facultad de Medicina, Udelar; Montevideo, Carrizo C. y Servini I. (2009), presentaron y estudiaron las complicaciones tromboticas y hemorrágicas en la gestación.

Debido al compromiso eritrocitario, puede producirse el déficit de vitaminas liposolubles como la Vitamina K, lo que determina un déficit de los factores dependientes de esta vitamina: proteína C y S determinando estados de hipertrombicidad, así como de los factores II, VII, IX y X produciendo manifestaciones hemorrágicas. Debemos recordar que las proteínas C y S son factores vit. K dependientes, inhibidores fisiológicos de la coagulación, que presentan una vida media corta en relación a los otros factores vit. K dependientes, a lo que se asocia su disminución fisiológica durante la gestación. Se puede producir así un desbalance entre el pro coagulante y anticoagulantes fisiológicos, por descenso prematuro de los

mismos, favoreciendo los eventos trombóticos maternos, como su repercusión a nivel obstétrico como el caso de esta paciente.

La Fibrogastroscofia y biopsia realizada finalizado el embarazo fueron positivas para el diagnóstico planteado: lámina propia con infiltrado linfoplasmocitario de grado moderado, atrofia vellositaria severa, Marsh III.

Luego de lograr un buen control dietético la paciente no requirió más apoyo de vitamina K manteniéndose su crasis normal hasta la fecha. Se destacar que la dosificación de la proteína S (factor vitamina K dependiente) se presentó descendida en un 48% (60-150%), no así la proteína C, realizados al finalizar el puerperio cuyo valor seguramente fue más bajo en el momento de empuje y aumento de los D-dímeros. La proteína S normalmente desciende durante el embarazo de allí que su determinación al finalizar el puerperio tenga más valor para la sospecha etiológica planteada.

Debido al compromiso enterocitario puede producirse el déficit de vitaminas liposolubles como la Vitamina K lo que determina un déficit de los factores dependientes de esta vitamina: proteína C y S determinando estados de hipertrombicidad, así como de los factores II, VII, IX y X produciendo manifestaciones hemorrágicas. En la literatura están descrito complicaciones ginecobstétricas en esta patología vinculadas fundamentalmente a todos los trastornos disabsortivos que provoca: anemia por ferropenia o déficit de ácido fólico, hipoalbuminemia, hipocalcemia con las consecuencias pertinentes: amenorrea, infertilidad, menopausia precoz, abortos espontáneos y RCIU teniendo en cuenta que el ácido fólico, el hierro, la vit. K son además esenciales para la organogénesis. El desarrollo de enfermedad trombóticas arterial y/o venosa, su repercusión a nivel obstétrico se ha vinculado en esta enteropatía en la mayoría de los casos a la presencia de anticuerpos anticardiolipina y anti fosfolipídicos como patología autoinmune asociada, no siendo el caso de nuestra paciente. Debemos recordar que las proteínas C y S son factores vit. K dependientes, inhibidores fisiológicos de la coagulación que presentan una vida media corta en relación a los otros factores vit. K dependientes, a lo que se asocia su disminución fisiológica durante la gestación. Se puede producir así un desbalance entre los pro coagulantes y anticoagulantes fisiológicos por descenso prematuro de los mismos favoreciendo los eventos trombóticos maternos como su repercusión a nivel obstétrico como el caso de nuestra paciente. Es de destacar la asociación de déficit de proteína S con MTHFR heterocigoto, lamentablemente no pudimos realizar

homocisteinemia basal donde una hiperhomocisteinemia asociada aumentaría el riesgo trombótico. Esta alteración tiene complicaciones trombóticas y hemorrágicas en la gestación: forma de presentación de la enfermedad celíaca se agrava al tener déficit de ácido fólico como se observa en esta enteropatía, motivo por el cual se indicó Ac. fólico al tratamiento de esta paciente. El control seriado con los D-dímeros puso de manifiesto en forma precoz esta complicación que se corrigió con el aumento de la HBPM. Si bien en la literatura están descritos casos de complicaciones trombóticas y hemorrágicas como forma de presentación de esta enteropatía por déficit de los factores vit. K dependientes, no encontramos estas complicaciones que se presentarán en forma sucesiva en una misma paciente cursando una gestación. Esto constituyó un verdadero desafío para los médicos tratantes logrando con éxito un embarazo a término con feto vivo, de buen peso y sin complicaciones hemorrágicas y trombóticas durante la cesárea y el puerperio.



## Capítulo 3

# OBJETIVOS

### ***Objetivo General***

- Determinar el nivel de conocimiento y el manejo que realiza la Obstetra Partera en usuarias con enfermedad celíaca.

### ***Objetivos Específicos***

- Indagar el nivel de conocimiento que poseen las obstetras parteras respecto a las posibles complicaciones del embarazo que conlleva la patología
- Pesquisar si se reconoce la importancia del uso de los medicamentos exentos de gluten.
- Conocer qué acciones realiza la obstetra partera frente a pacientes portadoras de la Enfermedad Celíaca.
- Determinar si la obstetra conoce y utiliza las redes de referencia, a nivel social, ante una paciente con la patología.



## Capítulo 4

# METODOLOGÍA

## **4.1 Diseño y Enfoque Metodológico**

Según Sampieri H, (2014), la investigación es un conjunto de procesos ordenados, sistemáticos, empíricos, críticos y controlados que se aplicarán al estudio de un fenómeno natural o problema.

Para Pineda et al, (1994), existen diferentes tipos de investigación y diseños metodológicos propuestos y conformados, entre ellos las investigaciones cuantitativas y cualitativas.

La metodología a utilizar en este trabajo de investigación, tendrá un enfoque cualitativo, prospectivo, transversal y descriptivo.

Será de tipo cualitativo ya que obtendremos datos no numéricos, donde se privilegiará el análisis profundo y reflexivo de las realidades estudiadas, donde la variable de estudio será el conocimiento que tienen acerca de la temática.

Adquiere el carácter prospectivo ya que primero se planea la actividad a realizar y luego se recogerá la información de acuerdo con los criterios de investigación planificados.

Decimos que es transversal ya que las variables serán medidas una sola vez, en un determinado momento del tiempo.

Esta investigación es de naturaleza descriptiva, dado que apunta a reunir conocimiento sobre el objeto del estudio.

## **4.2 Universo Muestral**

Toda investigación debe ser transparente, así como estar sujeta a crítica y réplica, y este ejercicio solamente es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de su muestra. (Hernández-Sampieri 2014).

La elección de la muestra, debe cumplir una serie de criterios predeterminados, además del contexto espacial y el límite temporal. Es necesario aclarar que cuando se habla de población de estudio, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos, sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas,

expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.; para estos últimos, podría ser más adecuado utilizar un término análogo, como universo de estudio.

La población de estudio será Obstetras Parteras egresadas de la Escuela de Parteras de la Universidad de la República, en ejercicio profesional dentro del territorio nacional. Accederemos a las mismas, a través de colectivos o referentes gremiales, a quienes informaremos sobre el trabajo de investigación a realizar.

Posteriormente, les convocamos a participar en forma voluntaria en el mismo, haciendo énfasis en el aporte de este trabajo a la profesión, procurando establecer contacto con el mayor número posible de participantes

El tamaño muestral, estará definido por la saturación de la muestra, lo cual refiere al momento en que la información se comienza a repetir sistemáticamente, donde es momento de cerrar la muestra.

### ***4.3 Características de la Muestra***

Obstetras Parteras en ejercicio profesional formadas en la Escuela de Partera de la Facultad de Medicina UDELAR.

### ***4.4 Datos de la Muestra***

Obstetras Parteras que se encuentren en ejercicio, tanto en el ámbito público como privado, comprendido dentro del Territorio Nacional.

### ***4.5 Criterios de Inclusión y Exclusión***

Criterios de inclusión serán obstetras partera:

- en ejercicio de la Profesión al momento de la entrevista.
- en ejercicio de la profesión dentro de la ROU.
- que accedan voluntariamente a participar de la entrevista.

Criterios de Exclusión, serán para las obstetras parteras:

- con diagnóstico de EC.
- que no se encuentren dentro del territorio nacional.
- que no estén en Ejercicio de la Profesión.
- que no acepten participar.

## **4.6 Técnica de recolección de datos**

Al momento de la recolección y procesamiento de datos, nos basaremos en la Ley de Protección de Datos Personales (N°18331).

Recolectar datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. (Sampieri).

Como herramienta para la recolección de datos, usaremos una entrevista semi-estructurada, para obtener datos que se convertirán en información para la construcción de conocimiento.

Estas tienen como características que presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades, reducir formalismos y a la vez que mantienen la suficiente uniformidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio.

Dichas entrevistas se realizan personalmente, buscando interpretar más allá del lenguaje verbal.

### **4.6.1 Procesamiento de datos**

El procesamiento de datos se llevará a cabo a partir de la información obtenida de las entrevistas, las cuales serán desgravadas y procesadas, con el fin de determinar elementos que contribuyan al entendimiento de la situación.

Se desglosará y analizará la información, con la finalidad de construir categorías de análisis que nos permitan construir determinado conocimiento de la temática abordada.

El análisis y discusión de datos que se obtendrá de las entrevistas realizadas a los sujetos de estudio, será en relación a los estudios citados en este trabajo.

#### **4.6.2 Definición de entrevista**

La entrevista es un diálogo planificado e intencionado con el propósito de obtener información sobre el punto de vista y la experiencia de las personas o grupos de personas.

“... Es una forma de recoger opiniones, percepciones, ideas y sentimientos de otros sobre problemas, hechos y situaciones. Se compone de una serie de preguntas que permiten alcanzar respuestas abiertas por parte del entrevistado ...” (Boggino y Rosekrans, 2004).

Existen tres tipos de entrevistas, estructurada, no estructurada y semiestructurada, y las mismas brindan al entrevistador distintos grados de libertad o amplitud en el diálogo.

En este proyecto se utilizará la entrevista semiestructurada, donde a las participantes entrevistadas, se le plantea una lista de preguntas abiertas, ordenadas y con el mismo formato, con el fin de orientar sobre el eje temático en cuestión.

Las mismas son más flexibles que las entrevistas estructuradas ya que se va a dar un intercambio entre el entrevistado y el encuestador dando la posibilidad de expresarse libremente sobre el tema.

Este tipo de herramienta es la más utilizada para la investigación cualitativa, siendo el objetivo obtener datos o información en relación al tema. Por otro lado, existen diferentes medios para realizar la entrevista, la misma puede ser personal, telefónica y vía email o página web.

En este caso la entrevista se realizará en forma personal ya que se hace de manera directa al encuestado. Esta forma de entrevista tiene como ventaja que si el

encuestado no entiende las preguntas se pueden reformular para que sean más comprensibles, así obtener respuestas más completas y de mayor relevancia.

Como desventaja destacamos que este tipo de entrevista puede presentar inconvenientes al momento de contactar a los participantes. Por otra parte, la entrevista puede durar más del tiempo estipulado.

Otro obstáculo para obtener información relevante es que el entrevistado sienta desconfianza o se cohíba, dando como resultado respuestas no veraces. Aquí es muy importante generar un ambiente de bajo riesgo, donde la empatía con el entrevistado, se establezca desde un primer momento.

### ***4.6.3 Tipos de Preguntas***

Las preguntas se clasifican en diferentes tipos, de acuerdo a la información que se quiera recabar.

Pueden ser cerradas o abiertas. Si las posibles respuestas se especifican de antemano y además son excluyentes entre sí, decimos que es una encuesta cerrada. Por otro lado, si las posibles respuestas no tienen opciones preestablecidas, es decir que el entrevistado responde libremente en función de su propio criterio o experiencia decimos que es una pregunta abierta.

Esta última descrita es la que se utilizará en este trabajo.

### ***4.6.4 Autorización y Consentimiento Informado***

Será de suma importancia que los encuestados autorice el uso de datos recabados y eso se llevará a cabo mediante un consentimiento informado. Anexo 2.

Dicho consentimiento debe contar con información relevante, clara y sin ambigüedades. Además, debe contener información acerca del proyecto, explicar procedimientos utilizados, beneficios y perjuicios de los mismos, asegurar la confidencialidad y voluntariedad del encuestado y siempre se deben evacuar todas las dudas que se presenten.

#### **4.6.5 Formato Definitivo**

Finalmente, todo cuestionario debe incluir los siguientes apartados antes de presentar las preguntas objeto de estudio:

1. Identificación de la Institución que lleva a cabo el estudio.
2. Título completo del trabajo que enmarca el cuestionario.
3. Declaración explícita del tratamiento confidencial de la información.
4. Espacio para la fecha de realizada la encuesta.
5. Instrucciones para la realización de la encuesta
6. Frase de agradecimiento para el encuestado por su colaboración.



## Capítulo 5

# CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

### **Cronograma de Actividades**

| <b>Actividades</b>                         | <b>Mes 1</b> | <b>Mes 2</b> | <b>Mes 3</b> | <b>Mes 4</b> | <b>Mes 5</b> | <b>Mes 6</b> | <b>Mes 7</b> | <b>Mes 8</b> | <b>Mes 9</b> | <b>Mes 10</b> | <b>Mes 11</b> | <b>Mes 12</b> |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
| Elaboración del Protocolo de Investigación |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Autorización del Comité de Ética           |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Realización de Encuestas                   |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Procesamiento de Datos                     |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Análisis de Resultados                     |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Conclusiones                               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |
| Elaboración de Informe Final               |              |              |              |              |              |              |              |              |              |               |               |               |



## Capítulo 6

# CONSIDERACIONES ÉTICAS

Aquellas investigaciones en las que participan seres humanos tienen que contar con los cuatro principios básicos que son: el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Una de las principales consideraciones éticas a tener presente desde el punto de vista académico, es la confidencialidad de los participantes de las entrevistas, para lo cual luego de informar en qué consiste el estudio, se debe garantizar la no divulgación de los datos personales, para lo cual se implementarán mecanismo de codificación en la identificación de cada una de las entrevistas.

Es de orden, luego de informar sobre el estudio a realizar, el uso de un consentimiento informado, el cual consta de una declaración de voluntad para la participación en el mismo.

Una vez leído el consentimiento podrán aceptar o negarse a participar en el presente trabajo. En caso de aceptar, podrán revocar su consentimiento, antes y/o durante el desarrollo de la entrevista o proyecto.

Los autores de este trabajo se comprometen a informar sobre los resultados obtenidos del estudio realizado a los participantes; quienes no han de recibir ningún tipo de remuneración por su participación.

Este estudio apunta a fortalecer el conocimiento de las obstetras parteras, sobre la enfermedad celíaca, sin perjuicio del nivel de conocimiento que posean sobre el tema, sin que esto genere algún perjuicio a nivel académico y/o profesional.

El beneficio que obtendrá el colectivo de Obstetras Parteras, es generar conocimiento sobre el estado de situación de la temática, con el propósito de fortalecer la formación profesional en forma permanente y en primera instancia en las etapas iniciales de la formación académica, con el objetivo de brindar en nuestro ejercicio profesional una atención de calidad a la usuaria portadora de enfermedad celíaca

Los proyectos de investigación en términos generales, deberán aportar mayores beneficios en relación a los riesgos, esto es necesario para que se cumpla el requisito ético, es decir, que la relación riesgo/beneficio sea favorable, siempre en relación al sujeto de estudio.

En relación al principio de justicia, los sujetos participantes del estudio deberán estar en igualdad de condiciones, ser libre de manifestar su forma de pensar y acciones, que su participación no esté sometidos a algún tipo de condicionante o que la coacción sea un elemento presente para la participación en el estudio.

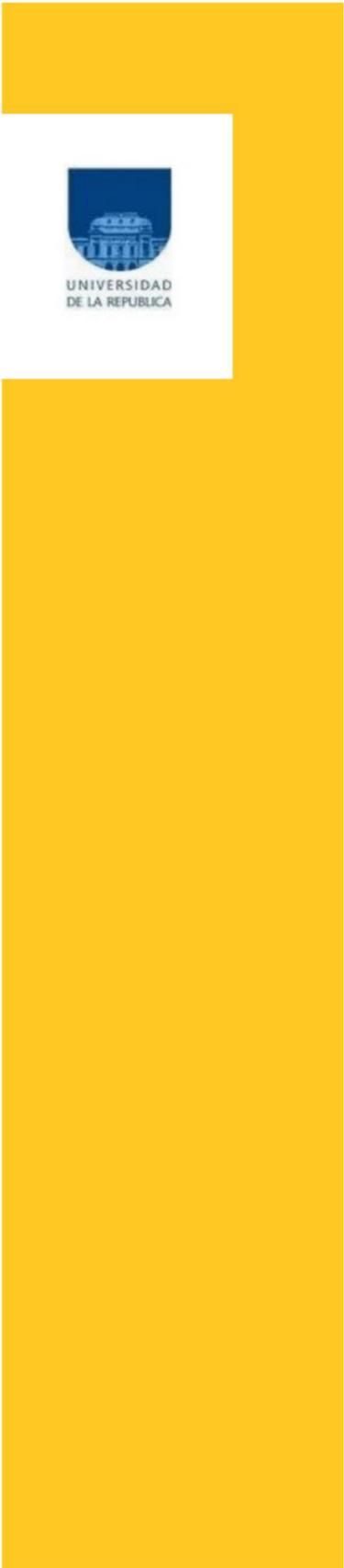


## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, D. E. (2017). Explorando el balance de riesgos/beneficios en la investigación biomédica: algunas consideraciones. *Revista Bioética*, 25, 320-327. <https://www.scielo.br/j/bioet/a/zJ6V6y7B9MWPvfCb6WykstF/?lang=es>
- Allué, I. P. (2015). Actualización en enfermedad celíaca: diagnóstico y actuación clínica y dietética. *Nutr Clin Med*, 9, 145-156.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Novales, M. G. M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.
- , Á. C. (2013). Manual de nutrición y dietética. Departamento de Nutrición-M-008157. Madrid.
- Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Principios Generales de Ética, Universidad de Chile. <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>
- Cerruti, F., Bove, M. I., Golovchenko, N., Vidiella, M. P., & Dacal, G. (2008). 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo.
- Complicaciones trombóticas y hemorrágicas en la gestación: forma de presentación de la enfermedad celíaca. Carrizo, C., & Sevrini, I. (2009). Complicaciones trombóticas y hemorrágicas en la gestación: forma de presentación de la enfermedad celíaca. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 113-115. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2009/vol31/no4/6.pdf>
- Decreto N° 158/019 <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>
- Efecto de la dieta sin gluten sobre el resultado del embarazo en pacientes celíacas con abortos espontáneos recurrentes. Tursi, A., Giorgetti, G., Brandimarte, G., & Elisei, W. (2008). Effect of gluten-free diet on pregnancy outcome in celiac disease patients with recurrent miscarriages. *Digestive diseases and sciences*, 53(11), 2925-2928. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18368491/>

- El impacto de la enfermedad celíaca materna en el peso al nacer y el parto prematuro: un estudio de cohorte poblacional danés. Khashan, A. S., Henriksen, T. B., Mortensen, P. B., McNamee, R., McCarthy, F. P., Pedersen, M. G., & Kenny, L. C. (2010).
- The impact of maternal celiac disease on birthweight and preterm birth: a Danish population-based cohort study. Human Reproduction, 25(2), 528-534. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19939833/>
- Guía de detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celíaca, del Ministerio de Salud Pública del Uruguay año 2017.
- Guía de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública del Uruguay año 2014
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación sexta edición compressed (sexta edición).
- <https://gluten.org/category/diet-nutrition/>
- Hutchinson, A. L. O. (2016). TEMA-2016: Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos. Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 6(4), 11-23.
- Jorge, O., Jorge, A., & Camus, G. (2008). Enfermedad celíaca asociada a síndrome anti fosfolípido. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 100(2), 102-103.
- Méndez Ramírez, I., Namihira Guerrero, D., Moreno Altamirano, L., & Sosa de Martínez, C. (1990). El protocolo de investigación: Lineamientos para su elaboración y análisis. Trillas.

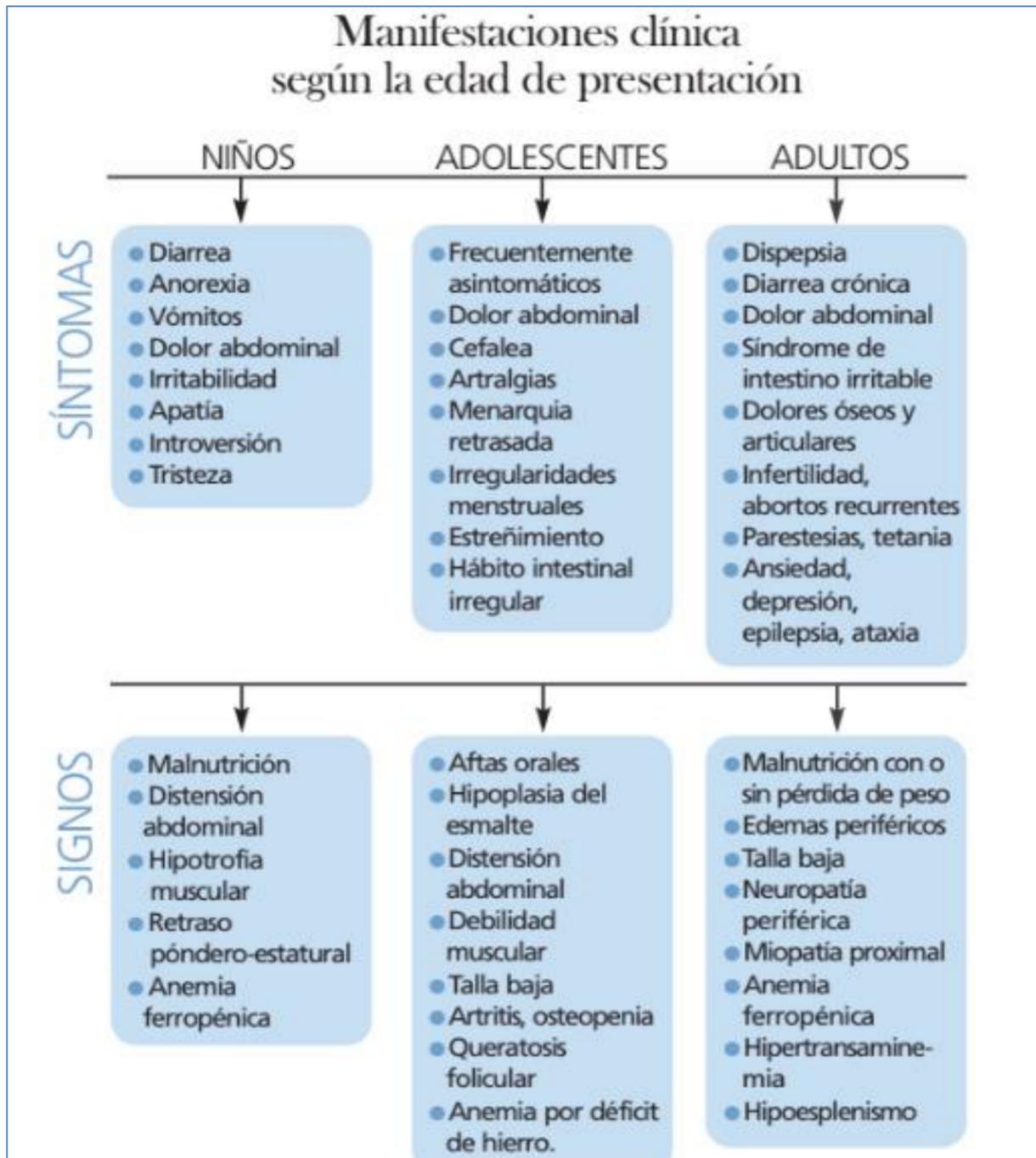
- Mery Bulnes, N. A. (2014). Cartilla educativa para embarazadas con enfermedad celíaca. Bai, J. C., Vázquez, H., Smecuol, E., Bonorino Udaondo, C., & Planzer, M. (2012). Enfermedad celíaca. Guías mundiales de la organización mundial de gastroenterología.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores.
- Perfil y competencias de la/ del Obstetra Partera/o <https://udelar.edu.uy/portal/2021/02/obstetra-partera/>
- Piazza, M. J. P., Urbanetz, A. A. U. Carvalho, N. S. D. C., Peixoto, A. P. L. P. (2011). Doença celíaca e infertilidade. *Fémima*.
- Pineda, E. B., De Alvarado, E. L., & de Canales, F. H. (1994). Metodología de la investigación: manual para el desarrollo del personal de salud. OPS.
- Polanco, I. (2008). Libro Blanco de la Enfermedad Celiaca. Madrid (Spain): Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid and Editorial ICM. Cerruti, F., Bove, M. I., Golovchenko, N., Vidiella, M. P., & Dacal, G. (2008). 33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo.
- Protocolo de consentimiento informado para encuestas <https://investigacion.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2019/04/ejemplos-de-los-pci-desarrollados-todos-los-casos.pdf> .
- Real Delor, R. E. (2014). Influencia de la enfermedad celíaca en el ciclo vital de la mujer. *Tendencias en Medicina*, 9(9), 41-51.
- Trastornos ginecológicos y obstétricos en la enfermedad celíaca: aparición clínica frecuente durante el embarazo o el puerperio Smecuol, E., Mauriño, E., & Vázquez, H. (1996). during pregnancy or the puerperium. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 8(1), 63-69. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8900911/>



**ANEXO**

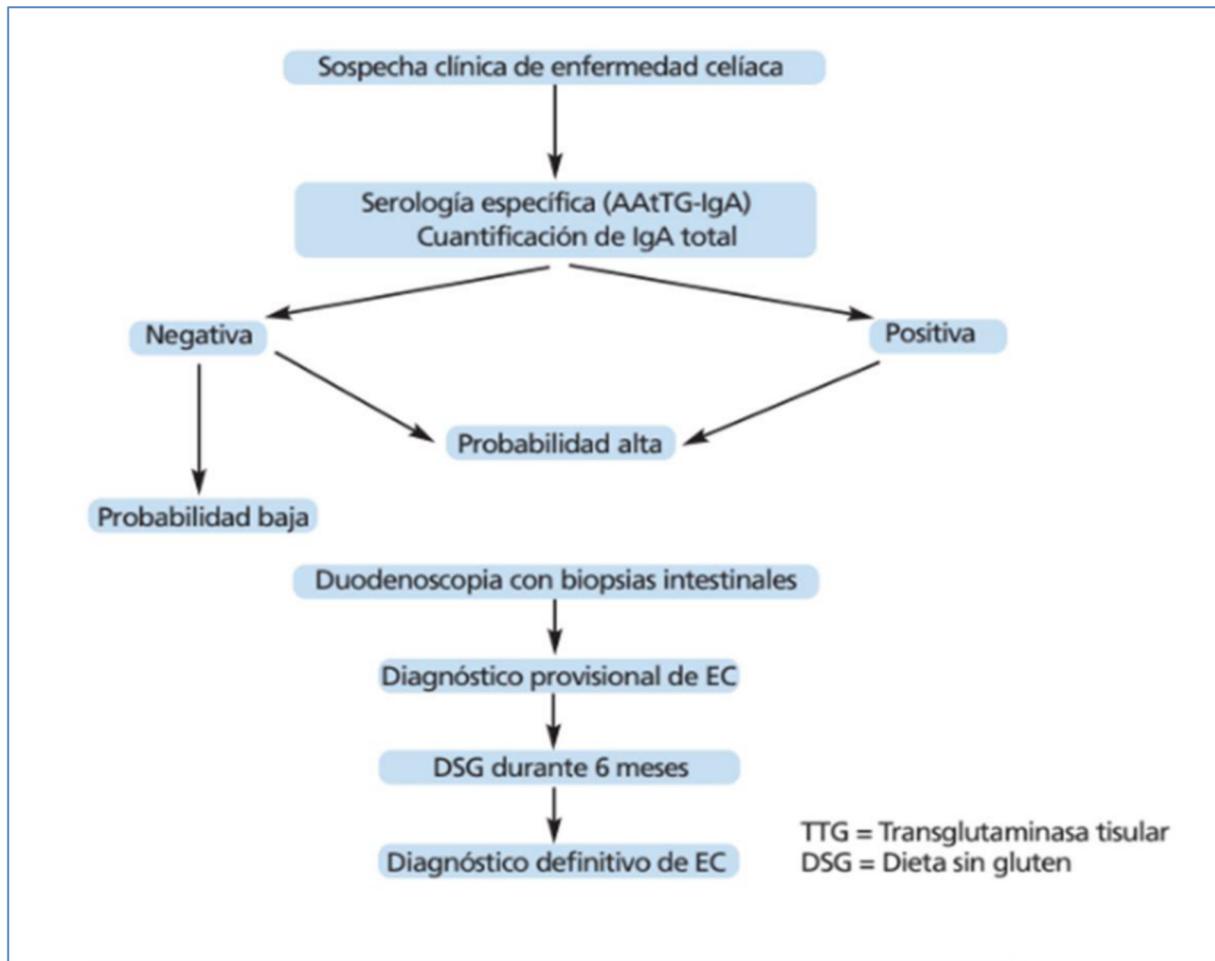
## ANEXO 1

### Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad Celíaca, según edad de presentación



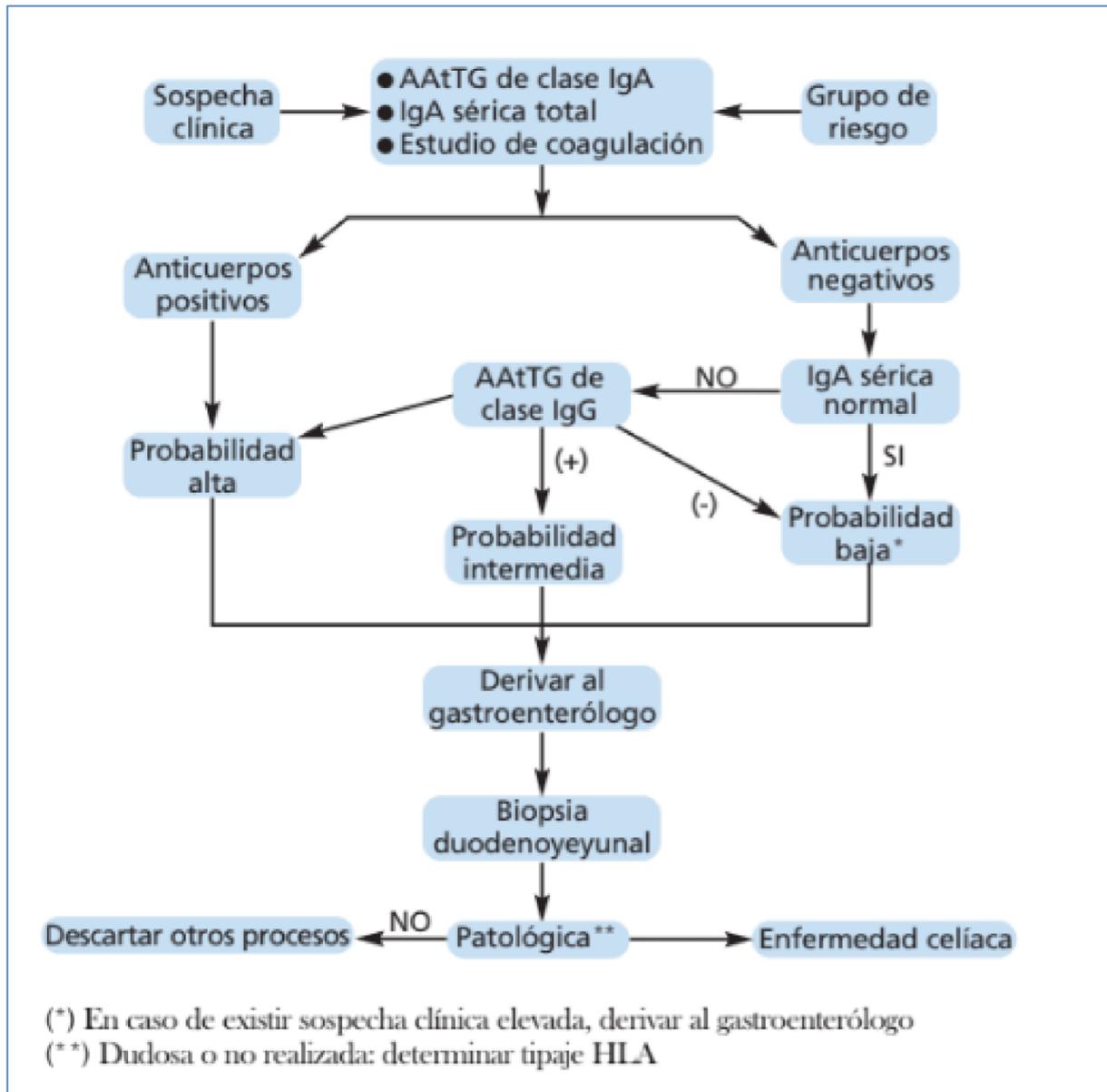
## ANEXO 2

### Algoritmo de Sospecha Clínica de Enfermedad celíaca



### ANEXO 3

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD CELÍACA



## **ANEXO 4**

### **Archivo PDF**

#### **Listado de medicamentos libre de Gluten**

<https://www.scribd.com/document/523765228/LISTADO-ACELU-julio-2017-3>

## ANEXO 5

### Nutrientes esenciales durante el Embarazo

- La suplementación debe ser combinada con una dieta rica en hierro que incluya carnes de todo tipo, productos panificados y pastas (ya que desde el año 2006 la harina de trigo está fortificada), leguminosas —lentejas, porotos, garbanzos— y las verduras verde oscuro, como la espinaca y la acelga. En las comidas sin carne que tengan hierro no hemínico se puede mejorar su asimilación incluyendo al menos una fuente de vitamina C, como cítricos, frutas de estación, tomate, brócoli.

- Las necesidades de calcio en el embarazo se estiman entre 1000 y 1200 mg por día. Si la mujer no consume suficientes alimentos fuente de este mineral, el esqueleto del bebé se formará de todas maneras (siempre y cuando haya suficiente vitamina D disponible), pero el calcio se obtendrá de las reservas óseas maternas. En etapas posteriores de la vida, esto predispondrá a la mujer a trastornos como osteoporosis.

- La cantidad de calcio necesaria durante el embarazo se cubre con tres porciones de lácteos al día (leche, queso, ricota, yogur), lo cual resulta difícil de alcanzar con los hábitos de la mujer uruguaya. Algunas estrategias para lograrlo comprenden:

- Adicionar leche en polvo a las comidas (tres cucharadas de leche en polvo contienen la misma cantidad de calcio que una taza de leche fluida).
- Usar leche en preparaciones como budines, salsa blanca, polenta, sopas, canelones, panqueques, cremas, flanes, arroz con leche, licuados.
- Consumir lácteos adicionados con este mineral (extracalcio), que además tienen vitamina D.

- La vitamina D es fundamental para la absorción del calcio. La mejor forma de favorecer la presencia de esta vitamina es por medio de los alimentos o a través de la exposición al sol, al menos tres veces por semana, entre 10 y 15 minutos, aunque evitando hacerlo entre las 11 y las 15 horas, según lo recomendado por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer.

- El ácido fólico es especialmente importante durante el primer trimestre de embarazo, por lo que debe asegurarse su consumo en todas las mujeres en edad fértil. Las mujeres deben continuar tomando un suplemento de 400 microgramos por día durante el embarazo (MSP, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, 2006) y consumir alimentos fuente —verduras de color verde oscuro, leguminosas, jugo de naranja— y alimentos fortificados —harina de trigo y productos elaborados con ella, como pastas secas y panes envasados.

- Los ácidos grasos esenciales se encuentran en los aceites vegetales y en el pescado. Las mujeres durante el embarazo deben incluir fuentes de ácidos grasos esenciales ricos en omega 3, como el aceite de soja, y consumir pescado como mínimo una vez por semana.

- Las mujeres deben limitar el consumo de alimentos fritos y productos panificados ricos en grasa, como bizcochos, masitas, masas industrializadas y snacks.

33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo. Page 21

## **ANEXO 6**

### ***Derechos de los Titulares de Datos, Artículo 13***

Derecho de información frente a la recolección de datos. - Cuando se recaben datos personales se deberá informar previamente a sus titulares en forma expresa, precisa e inequívoca:

- A) La finalidad para la que serán tratados y quiénes pueden ser sus destinatarios o clase de destinatarios.
- B) La existencia de la base de datos, electrónico o de cualquier otro tipo, de que se trate y la identidad y domicilio de su responsable.
- C) El carácter obligatorio o facultativo de las respuestas al cuestionario que se le proponga, en especial en cuanto a los datos sensibles.
- D) Las consecuencias de proporcionar los datos y de la negativa a hacerlo o su inexactitud.
- E) La posibilidad del titular de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos.

## **ANEXO 7**

### **Consentimiento Informado**

Estimada/o Participante

El presente protocolo de investigación titulado " Conocimiento de la Obstetra Partera sobre el manejo de la Enfermedad Celíaca en mujeres durante la edad reproductiva" ha sido elaborado como trabajo final de Grado por Vanina Fuentes, Lucia Presentado, Ana Sepergo y Eugenia Sosa.

El mismo está dirigido a Obstetras parteras que estén ejerciendo la profesión dentro del territorio nacional al momento de realización de la encuesta y que no padezcan Enfermedad Celíaca.

El propósito de la investigación es el relevamiento de datos, sobre el conocimiento y manejo de la Enfermedad Celíaca por parte de las Obstetras Parteras.

Para ello se le solicitará participar de una encuesta que le tomará aproximadamente de 20 a 30 minutos la cual será grabada y luego transcrita.

La modalidad podrá ser: de manera presencial o virtual, según la preferencia del o la participante.

Su colaboración es completamente voluntaria y usted puede decidir suspender la encuesta en cualquier momento, sin que ello le genere ningún daño a nivel académico ni profesional.

Si durante la investigación se presentaran interrogantes sobre la misma, podrá plantearlas en cualquier momento al encuestador.

La encuesta es completamente anónima.

La información recabada mediante la encuesta será analizada conjuntamente con la de sus colegas.

Dicha información será utilizada únicamente con fines académicos.

Los datos obtenidos serán conservados por 5 años, contando desde la publicación de los resultados, en la computadora personal del investigador responsable, a la cual también podrá tener acceso el grupo de investigadores.

Al finalizar la investigación si Ud. desea, se le hará llegar un resumen de los datos obtenidos, mediante correo electrónico. A sí mismo, Ud. podrá ponerse en contacto con el equipo de investigación mediante el siguiente correo electrónico: ..., ante cualquier eventualidad o duda etc.

Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del investigador (o encargado de recoger información): \_\_\_\_\_

## **Encuesta**

1. ¿Está ejerciendo actualmente?

1.0 ¿Está ejerciendo dentro del territorio nacional?

1.1 ¿Usted padece de Enfermedad Celíaca?

2. ¿Qué conocimientos posee de la Enfermedad Celíaca (EC)?

2.0 ¿Considera que, desde el punto de vista social, esta patología se ha hecho más visible o más frecuente?

3. ¿Conoces alguna mujer con EC?

4. ¿Ha tenido pacientes con EC?,

4.0 ¿Embarazada?

5. ¿Conoces las complicaciones asociadas a la salud sexual y reproductiva?

5.0 ¿Cuáles?

6. ¿Conoces el manejo y/ o tratamiento de esta enfermedad?

7. ¿Con qué herramientas cuentas para la asistencia de estas usuarias? (Recursos Humanos)

8. ¿Has trabajado con grupos, redes de apoyo y/ o equipos multidisciplinarios de referencia?

9. En los casos de pacientes portadores de esta enfermedad, ¿cuáles han sido las acciones que ha implementado?

10. En dichos casos, ¿una vez implementadas las acciones cuáles han sido los resultados?

10.0 ¿Ha evidenciado algún nivel de dificultad en la implementación de las acciones sugeridas?

11. ¿Consideras que esta patología debe tener un abordaje más profundo en la formación de las Obstetras Parteras?
12. ¿Crees estar capacitada para la asistencia del proceso de embarazo, parto y puerperio de pacientes con esta patología?
13. ¿Ha evidenciado algún nivel de dificultad en la implementación de las acciones sugeridas?
14. ¿Consideras que esta patología debe tener un abordaje más profundo en la formación de las Obstetras Parteras?
15. ¿Crees estar capacitada para la asistencia del proceso de embarazo, parto y puerperio de pacientes con esta patología?
16. En caso de prescripción de medicamentos, ¿Conoce la existencia y la importancia de medicamentos sin gluten?
17. ¿Considera importante que los laboratorios identifiquen sus productos aptos para pacientes con EC?