



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERÍA**

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL
PESO DEL PRODUCTO FETAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN.
LA LIBERTAD 2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADAS DE ENFERMERÍA**

AUTOR(ES)

BORBOR ECHEVERRÍA JESSICA NOEMI

ORTÍZ BOBADILLA REBECCA LIZBETH

TUTOR

LIC. ELSIE ANTONIETA SAAVEDRA ALVARADO

PERIODO ACADÉMICO

2019

TRIBUNAL DE GRADO



Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



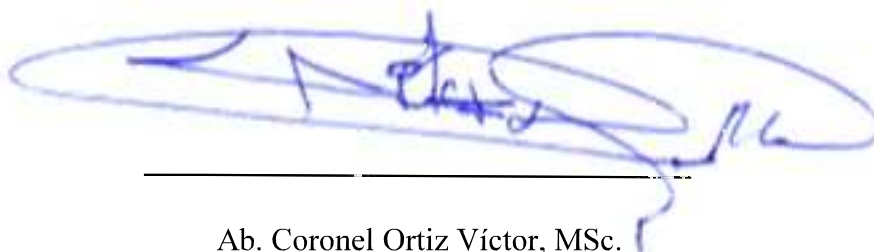
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Aida García Ruíz, MSc.
PROFESOR DE ÁREA



Lic. Elsie Saavedra Alvarado, Mgs.
TUTORA



Ab. Coronel Ortiz Víctor, MSc.
SECRETARIO GENERAL (E)

La Libertad, 22 de Junio del 2020

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de tutora del proyecto de investigación, titulado: **“EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DEL PRODUCTO FETAL.CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN LA LIBERTAD 2019 .”**, elaborado por la Srta. **Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth** y la Srta. **Borbor Echeverría Jessica Noemí**, estudiantes de la Carrera de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del Título de **LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, **APRUEBO** en todas sus partes.

Atentamente.



Lic. Saavedra Alvarado Elsie Antonieta Mgs
TUTORA

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, sacrificio y ser nuestro apoyo a lo largo de toda nuestra carrera universitaria en estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

Agradezco a todos los docentes que con su sabiduría, conocimientos y apoyo, nos motivaron a desarrollarnos como persona y profesional.

De manera especial a mi tutor de tesis, por habernos guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de nuestra carrera universitaria.

Borbor Echeverría Jessica Noemi

Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

DECLARACIÓN

El contenido del presente trabajo de investigación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

C.I: 2450877820

ortizrebecca@gmail.com

Cell: 0996518291



Borbor Echeverría Jessica Noemí

C.I: 2450175985

jesy_be@hotmail.com

Cell: 0979647979

INDICE

TRIBUNAL DE GRADO.....	II
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	IV
DECLARACIÓN.....	VI
RESUMEN	III
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1. El problema.....	3
1.1 Descripción del problema.....	3
1.2 Formulacion de problema.....	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo General	5
1.3.2 Objetivos Específicos.....	5
1.4 Justificación	6
CAPÍTULO II.....	7
2 Marco teórico.....	7
2.1 Marco referencial	7
2.2 Marco teórico	8
4.3 Marco legal.....	25
2.5 Formulacion de la Hipótesis.....	28
2.6 Identificacion y clasificacion de variables	28
2.7 Operacionalización de Variable	29
CAPÍTULO III.....	31
3. Diseño metodológico	31
3.1 Tipo de investigación	31
3.2 Metodo de investigacion	31

3.3 Población y Muestra.....	31
3.4 Técnica recolección de datos.....	32
3.5 Instrumento de recolección de datos.	32
3.6 Aspectos ético	33
CAPÍTULO IV	34
4. Presentacion de resultados	34
4.1 Analisis e interpretación de resultados.....	34
4.2 Conclusiones	45
4.3 Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	50

RESUMEN

El estado nutricional en gestantes es un factor determinante tanto para el desarrollo del proceso de gestación y en el peso del producto final; la investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Virgen del Carmen ya que cuando se presenta de forma inadecuada puede causar alteraciones en el crecimiento y desarrollo y anemia para la madre. Se realizó mediante un estudio con enfoque cuantitativo descriptivo – deductivo, entre los métodos y técnicas utilizadas fueron la observación y la encuesta. Las participantes fueron 105 madres en periodo de gestación, entre los 15 y 40 años de edad, se analizaron las variables de estado nutricional de la madre mediante el IMC gestacional y final. Además se evaluó la calidad de la dieta y el número de veces que ingiere alimentos durante el día, así como también se incluyó algunos factores socioeconómicos para obtener información que ayude en el proyecto. Los datos se tabularon en Microsoft Excel, y se realizó un análisis e interpretación de resultados de forma descriptiva, estos revelan que el 38% de gestantes son entre 20 a 25 años, de la población de estudio un 30% presenta un peso conveniente para la edad gestacional y el 59% representa un estado nutricional adecuado. Concluyendo que el estado nutricional de la madre está directamente influenciado por sus hábitos alimenticios e ingesta de nutrientes durante todo su proceso de gestación. El control prenatal, un diagnóstico oportuno de cómo se encuentra su estado de salud, junto con la información correcta llevados de la mano con la atención eficaz de los profesionales de salud se puede disminuir el riesgo de enfermedad materno infantil y de tal manera conseguir que el peso del niño al nacer sea el más idóneo.

Palabras claves: Gestantes, estado nutricional, alimentación, peso, recién nacido

ABSTRACT

The nutritional status in pregnant women is a determining factor both for the development of the gestation process and for the weight of the final product; The objective of the research was to establish the relationship between dietary practices and the nutritional status of pregnant women who are cared for at the Virgen del Carmen Health Center, since when it is presented improperly it can cause alterations in growth and development and anemia for mother. It was carried out through a study with a descriptive-deductive quantitative approach, among the methods and techniques used were observation and survey. The participants were 105 mothers in the gestation period, between 15 and 40 years of age, the variables of the mother's nutritional status were analyzed by means of gestational and final BMI. In addition, the quality of the diet and the number of times that food was eaten during the day were evaluated, as well as some socioeconomic factors were included to obtain information that would help in the project. The data were tabulated in Microsoft Excel, and the results were analyzed and interpreted in a descriptive way. These reveal that 38% of pregnant women are between 20 and 25 years old, of the study population 30% present a suitable weight for the gestational age and 59% represent an adequate nutritional status. Concluding that the nutritional status of the mother is directly influenced by her eating habits and nutrient intake throughout her gestation process. Prenatal control, a timely diagnosis of how your health is, together with the correct information taken hand in hand with the effective care of health professionals can reduce the risk of maternal and child disease and in such a way achieve that the weight of the child at birth is the most suitable.

Keywords: Pregnant, nutritional status, food, weight, newborn

INTRODUCCIÓN

Una alimentación adecuada durante el embarazo es de vital importancia por todos los cambios que ocurren durante esta etapa tanto para ella como para el producto en desarrollo. Un inadecuado estado nutricional en el proceso del embarazo, impactará de forma negativa en la salud de la madre y el producto. Por ende una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de nacer con bajo peso y prematuros, así como también la madre tendrá una salud óptima según los cuidados que tenga en este proceso.

En los últimos años se ha observado un interés creciente relacionado con los efectos que tiene el estado nutricional materno sobre el producto de la gestación y el desarrollo infantil. El mismo radica en el hecho de que la desnutrición materna (tanto pre como gestacional) tiene consecuencias graves para el neonato dadas por la elevada incidencia de peso bajo al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior.

Entre los múltiples factores de riesgo que interfieren con el crecimiento fetal intrauterino, se ha determinado que los nutricionales, representados tanto por el peso preconcepcional como por la ganancia de peso gestacional de la madre y fundamentalmente la duración del embarazo, son los factores que mayor influencia tienen sobre el peso del producto de la concepción.

El vínculo entre la salud nutricional materna y la calidad del producto de la concepción es un tema importante de estudio. En nuestro País están definidas políticas y estrategias que, de manera consciente y planificada, permiten la proyección de acciones en favor de la seguridad, salud y nutrición de la madre y el recién nacido.

El Centro de Salud Virgen del Carmen emplea tradicionalmente índices antropométricos a la captación y en el transcurso del embarazo para evaluar el estado nutricional de la gestante, así mismo como métodos dietéticos y bioquímicos. Para los fines del presente documento, solo nos referiremos a la antropometría con el objetivo de determinar el estado nutricional de las gestantes y su influencia en el peso del producto fetal mediante el control y monitorización del peso y la ganancia del mismo en forma conjunta sobre el peso de los recién nacidos.

Según Francia, Ramos, Correa, & Jhony (2018), Durante el embarazo para la evaluación nutricional de las gestantes se utilizan los factores que más influyen en este problema los cuales son de orden materno, fetal y ambiental. A nivel materno se han identificado factores como la estatura y el peso antes del embarazo, la ingesta energética durante la gestación, la edad y el número de hijos/as.

La evaluación del estado nutricional de las embarazadas en la captación y durante toda la etapa del embarazo es importante para detectar a tiempo sus alteraciones y contribuir a que los recién nacidos nazcan con un peso adecuado.

En base a lo mencionado anteriormente, el presente trabajo de investigación atribuye este tema de suma importancia para el área de la salud, el cual se encuentra centrado en determinar el estado nutricional de la gestante, muy importante para obtener un embarazo óptimo, un desarrollo y crecimiento del producto de la concepción logrando un nacimiento a término con un peso adecuado sin riesgo ni complicaciones para el binomio madre hijo. Por este motivo es de vital importancia que todas las gestantes asistan a los controles prenatales planificados y orientados por el ministerio de salud.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1 Descripción del problema

Uno de los grupos más vulnerables de la población corresponde a las mujeres embarazadas, ya que los problemas alimentarios y nutricionales que vive gran parte de estas mujeres en el país, compromete no solo sus condiciones fisiológicas, sino que más grave, ya que atenta en su vientre, donde se está formando un nuevo ser, en forma irreversible con desnutrición en su crecimiento y desarrollo.

El estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer.

Las alteraciones del estado nutricional en la embarazada se han convertido en un gran problema a nivel mundial, en muchos casos para la Organización Mundial de la Salud el problema se presenta fundamentalmente en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, por sus condiciones económicas y la dificultad por el exceso en la atención a los servicios de salud.

América Latina no está exenta de estos problemas, según la organización de estados americanos un 25% de la población gestante, presenta alteraciones relacionadas con el estado nutricional. Las causas son diversas, en muchas ocasiones no se ha logrado evidenciar la causa específica, sin embargo, algunas bibliografías coinciden en algunos factores, entre ellos los más nombrados son: deficiencias por macro y micronutrientes, anemias, diabetes mellitus o alteraciones de las glucemias; por otro lado los hábitos alimenticios.

La mortalidad y morbilidad materna son problemas multicausales asociados a situaciones complejas y diversas, entre ellas los hábitos alimentarios y nutricionales, determinados en un aumento insuficiente del peso gestacional o por el incremento excesivo de calorías y nutrientes durante una dieta inadecuada.

Es importante recordar que la mujer embarazada debe subir de peso gradualmente, conforme vayan aumentando las semanas de gestación y durante el último trimestre que es uno de los más importantes para el cuidado nutricional; en si lo que necesitamos lograr en las

embarazadas es que obtengan un peso adecuado para la edad gestacional y una alimentación que en lo posible sea balanceada y cumpla con los requerimientos; para que el feto tenga un buen desarrollo y madurez al momento del parto.

El cuidado nutricional en las mujeres durante la etapa de embarazo, evita que muchas presenten problemas alimenticios y que estos acarreen otros problemas de salud tales como la anemia, hipertensión, diabetes gestacional. Por ello es necesario los controles óptimos, periódicos, y la valoración nutricional por parte del personal de salud; sobre todo la educación sobre los hábitos alimenticios que deben tener mientras se encuentran en la etapa más importante de sus vidas.

Ecuador a lo largo de los años ha demostrado un alto índice de gestantes con déficit nutricional, el bajo peso pre-gestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación, han aumentado las muertes maternas causadas por el incremento del riesgo de insuficiencia cardíaca para la madre y el feto, partos prematuros, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer; este último se evidencia en etapas posteriores de la vida consecuencias como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento; además la existencia de un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta. El exceso de peso nos lleva a al desarrollo de enfermedades hipertensivas o el desarrollo de Diabetes gestacional.

Una serie de factores desencadenantes prevenibles pueden ser llevados a cabo a través del control nutricional pre-gestacional, es decir una buena valoración por parte del personal de salud a cargo en la etapa del embarazo, a través de los controles prenatales. En Ecuador, debido a condiciones socioculturales, el tipo de alimentación, costumbres y hábitos en el hogar conllevan a las embarazadas a descuidar su nutrición. También el desconocimiento sobre el cuidado de la salud, han hecho que las mujeres no se realicen el control mensual, permitiendo ser otro factor predisponente de la alteración del estado nutricional tanto por exceso y defecto; que al no ser evaluado correctamente logra una serie de complicaciones posteriores para el binomio madre - hijo.

Además, en el Ecuador las primeras causas de mortalidad materna son: hemorragia posparto (17,01%), hipertensión gestacional (12,45%) y eclampsia (12,86%), las cuales están relacionadas o se cree que su origen es por deficiencias nutricionales.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013 (ENSANUT), existe doble carga de malnutrición en Ecuador, el 8.5% de la mujeres en edad reproductiva presentan anemia y a la vez el mismo porcentaje tienen sobrepeso u obesidad”

Según Noreña & González (2016), Si bien es cierto que el 6.4% de los ecuatorianos presentan un consumo inadecuado de proteína, muestra mayor prevalencia en mujeres (7.3%) con respecto a hombres (5.5%) ; esto tendría relación con la presencia simultánea de anemia y sobrepeso- obesidad en las gestantes.

Para Luna (2016), Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal.

En el Centro de Salud Virgen del Carmen de La Libertad, en el servicio de consulta externa acuden gestantes al cual se le realizan los respectivos controles prenatales; logrando evidenciar problemas en la ganancia de peso de las embarazadas, lo que aumenta el riesgo de complicaciones en el desarrollo fetal, bajo peso al nacer, complicaciones nutricionales y carencia de nutrientes.

1.2 Formulacion de problema

En base a lo antes mencionado se enlaza el siguiente problema de investigación:

- ¿La alimentación idanecuada influye negativamente en el peso del recién nacido?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el estado nutricional de las gestantes y su influencia en el peso del producto fetal Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad 2020

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra de estudio según edad.

- Identificar el estado nutricional de las madres, mediante la valoración antropométrica al grupo de estudio.
- Evaluar el estado nutricional al inicio de su control y la ganancia del mismo en forma conjunta sobre el peso de los recién nacidos.
- Implementar el plan educativo a la gestante y familiares relacionado a los requerimientos nutricionales que promuevan hábitos saludables.

1.4 Justificación

La malnutrición en la etapa de gestación repercute en dos problemas como la desnutrición y el sobre peso representando consecuencias desfavorable para la salud tanto para la madre como para el producto de la concepción, se ha demostrado en estudios que la malnutrición materna incide en la presencia de enfermedades ya sea agudas o crónicas que pueden afectar al binomio madre-hijo.

Las evidencias nos indican que un bajo peso de la gestante directamente contribuye a la restricción del crecimiento fetal, puesto que aumenta el riesgo de morbilidad neonatal y para los que sobreviven y logran nacer, trae con consecuencia retraso en el crecimiento y su desarrollo, y relacionándolo con una lactancia materna inadecuada por ende se va a incrementar el riesgo de mortalidad en los primeros dos años de vida, ya que el niño no recibiría los nutrientes adecuados para su organismo.

Las consecuencias también afectan a la madre pues en el Ecuador, una de las primeras causas de muerte materna son las hemorragias posparto, hipertensión gestacional y eclampsia las cuales en diversos estudios indican que su origen es por el déficit de nutrientes y fundamentalmente la anemia.

Esta investigación está encaminada principalmente a las mujeres gestantes, puesto que se pretende conocer la situación nutricional y predecir como afrontará las exigencias de la gestación y la lactancia.

Los resultados de las evaluaciones que se realizarán permitirán identificar los problemas que las propias embarazadas perciben como prioritarios en base a sus conocimientos previos, percepciones y actitudes y de esta manera aportar en la formulación de futuras intervenciones nutricionales para así ayudar a mejorar en un buen porcentaje las condiciones de alimentación y el estado nutricional en este grupo poblacional.

CAPÍTULO II

2 Marco teórico

2.1 Marco referencial

Según Gangotena M & Lamerá G (2009), Nutrición durante el Embarazo en la Ciudad Madrid, España, En un estudio que realizo cuyo propósito fue; analizar la importancia de la dieta en el período de gestación para que de esta forma se pueda conocer la relación existente entre la alimentación realizada y la adecuada. Cuya conclusión fue que el período de gestación de la mujer es una fase importante, tanto para la madre como para el feto, ya que si no existe el cuidado especial que amerita, ambos corren riesgos de transmisión de enfermedades o hasta la muerte.

Paredes y Calle (2011), realizaron un estudio en Ambato, Ecuador, cuyo objetivo fue medir la relación entre la talla materna y el peso del recién nacido, además de indicadores complementarios. Encontraron que el bajo peso al nacer (< de 2,500 g) fue del 7,1%. El menor peso ponderal se encontró en el grupo de adolescentes ($p < 0,009$), comparándolos con los dos grupos restantes (adultas y añosas) y concluye la existencia de la asociación positiva entre variables antropométricas maternas y el peso neonatal promedio en nacimientos a término y que existe una tendencia significativa ($p < 0,05$) con la edad materna, que se interpreta como que a mayor edad de la madre, mejor es el peso del recién nacido.

Es de suma importancia evaluar el estado nutricional de la gestante, numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado de nutrición de la madre con el peso del producto fetal, incremento de la morbilidad neonatal y retardo del crecimiento.

El estado nutricional se da como un resultado de una serie de interrelaciones de tipo biológico, psicológico y social. Desde una perspectiva individual es el resultado del balance entre la ingesta de alimentos y el requerimiento de energía y nutrientes, de tal forma obtiene lo que se requiere la medición de aspectos antropométricos, clínicos y bioquímicos.

Por otra parte en la salud pública se considera que los indicadores objetivos de estado nutricional de la mujer gestante influyen en los resultados del feto y de la madre; son las deficiencias calóricas y de micronutrientes como la vitamina A, el hierro y el calcio las que se asocian a resultados de salud negativos para la madre y causa complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro tanto su vida como la del niño. De esta forma el aumento insuficiente del

peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumentará el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

Sabemos gracias a un estudio realizado a gestantes, nos indica que aproximadamente el 60% de las madres que fueron evaluadas no conocían acerca de cómo debería ser su alimentación, muchas son las madres que no tienen conocimiento alguno sobre la importancia e identificación de los alimentos que brindan el aporte necesario de micronutrientes.

Y también influye el bajo nivel educativo porque tienen a ingerir en bajo consumo frutas y verduras y esto tuvo un incremento del 50%, un 40% aquellos alimentos que son fuentes de hierro y alimentos que son fuente de calcio con un 20%. (Torres Tl, 2015)

(Escobedo TL, 2012) Realizaron una encuesta a 115 gestantes, sobre los requerimientos nutricionales que son necesarios durante todo el proceso de gestación, en el cual el 40% tuvo un nivel de conocimiento medio, el 36% un conocimiento de nivel alto, y el 24% un bajo nivel de conocimiento. También se constató que el 71% pudo escoger de forma correcta cuales son aquellos alimentos ricos en calcio, un 65% alimentos ricos en hierro y el 70% en ácido fólico. Se evidenció que el nivel de actitud sobre el requerimiento nutricional un 70% tuvo un nivel de actitud adecuado, el 25% un nivel neutral y el 5% mostraron una actitud inadecuada.

2.2 Marco teórico

Nutrición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice “Que es la ingesta de alimentos de acuerdo a las necesidades dietéticas de cada organismo”.

La pirámide nutricional: Educación en nutrición

La pirámide nutricional es una herramienta de educación y promoción de salud que se muestra de manera gráfica y sencilla a través de dibujos o fotografías de los alimentos e indica qué cantidades han de consumirse para seguir una alimentación saludable.

La forma triangular de la pirámide nutricional nos orienta sobre la frecuencia y las cantidades que debemos consumir de diferentes alimentos. En los primeros eslabones, se sitúan los alimentos que más peso han de tener en la alimentación diaria. A medida que

vamos subiendo de niveles, aparecen otros alimentos que hay que consumir en menor cantidad.

En el vértice se sitúan alimentos de consumo opcional y que en caso de consumirse, ha de ser ocasionalmente. Está conformada por recomendaciones para mantener un estilo de vida saludable.

Alimentos en diferentes niveles

A partir del segundo nivel, se clasifican todos los alimentos de consumo habitual. Encontramos los alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, como las harinas o la pasta, cereales o tubérculos. Se recomienda que se consuman en su versión integral, y en el caso de los derivados como el pan o las pastas se elaboren también con harinas de grano entero.

Según Bartrina (2016), Estos alimentos que constituyen la base de la dieta mediterránea y que deben estar presentes en cada comida principal, lo recomendable es que haya entre cuatro y seis raciones al día. La cantidad recomendada dependerá de la actividad física que realicemos.

En el tercer nivel de la pirámide alimentaria encontramos frutas, verduras y hortalizas. Se recomienda consumir fruta fresca entre tres o cuatro veces al día, y verduras y hortalizas de dos a tres veces al día. La suma entre estos dos grupos, las frutas y verduras y hortalizas debe ser mínimo de cinco raciones al día.

En el cuarto nivel se incluyen alimentos de consumo diario. Alimentos proteicos como lácteos, carnes magras, pescados, huevos, legumbres, y también los frutos secos. Los lácteos se muestran como un grupo aparte porque además de proteínas son la mejor fuente de calcio en nuestra dieta y hay que consumirlos diariamente, entre dos y tres raciones. Y preferiblemente semidesnatados.

En el nivel superior, están aquellos alimentos de consumo ocasional u opcional. No es necesario consumirlos y en caso de hacerlo se recomienda que sea de una forma ocasional (no más de una vez a la semana) y moderada. En esta cúspide de la pirámide tenemos carnes rojas procesadas, productos ricos en azúcar añadido, (bollería industrial helados, bebidas azucaradas, y las grasas untables como la mantequilla o la margarina.

Las bebidas alcohólicas también están en este nivel y aunque la recomendación general es la de evitarlas, un consumo moderado de bebidas de baja graduación como el vino o la cerveza pueden consumirlas adultos sanos. La recomendación es no superar las dos copas de vino al día en hombres y una copa al día en mujeres.

En la cúspide de la pirámide se incluye una bandera con un mensaje relativo al consumo de suplementos nutricionales o alimentarios como vitaminas, minerales, alimentos funcionales. La recomendación es establecer pautas individualizadas y siempre bajo el asesoramiento de un profesional de la salud que evalúe si realmente existe una necesidad, así como la frecuencia.

Cantidad de calorías que debe ingerir la gestante según su IMC

Unas 75.000 calorías extra de media es lo que requiere una mujer para un desarrollo óptimo del feto, según la Sociedad Americana del Embarazo. Lo que supone un promedio de 300 calorías más por día, sobre todo, durante el último trimestre del embarazo, que es cuando el bebé crece y gana peso más rápidamente, lo importante no es cuanto se come, sino lo que se debe comer.

Por tanto, esas calorías deben venir de alimentos altamente nutritivos, que aporten a tu bebé todos los nutrientes que necesita para desarrollar sus estructuras celulares y no de alimentos con calorías vacías.

Otra recomendación importante es no saltarse ninguna comida ni ayunar. Conviene hacer cinco pequeñas comidas al día, si es posible, es decir, tres comidas principales con dos pequeños tentempiés, para mantener un suministro de glucosa óptimo para el feto. Fraccionar más las comidas y comer en pequeñas cantidades, te facilitará las digestiones.

Según el IMC

No existen fórmulas magistrales que determinen lo que debe comer una mujer a lo largo de la gestación. La clave la tiene el índice de masa corporal (IMC), el peso partido por la talla al cuadrado.

Una gestante delgada con un IMC menor a 20, debe ganar entre 12 y 18 kg. Si el índice es normal -entre 20 y 24,9- se recomienda que aumente entre 11 y 16 kg y si tiene sobrepeso -con un IMC mayor a 25- ha de limitar el incremento entre 5 y 9 kilos. Son cifras

globales que han de conseguirse a lo largo de todo el embarazo y sabiendo que a medida que avanza el tiempo, son mayores las necesidades del feto.

Malnutrición

Es la alteración en las etapas de la nutrición, tanto por déficit que conlleva a la desnutrición, como por el exceso de alimentos poco favorables para el organismo que son ingeridos, lo que trae consigo la obesidad. Quiere decir que es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales de cada ser humano y la ingesta de nutriente que tenga a diario.

Estado Nutricional

Este es el reflejo del estado de salud en que se encuentra una persona, una mezcla de la cantidad de energía que genere el cuerpo y los nutrientes que este requiere y a su vez de los que consume. Se puede valorar de manera objetiva y de forma subjetiva. La mejor forma de saber es realizando una valoración antropométrica, para ellos existen varios indicadores que se podrían usar, pero el más utilizado y ampliamente recomendado es el Índice Masa Corporal.

Índice de masa corporal (IMC)

Es un método que se utiliza para calcular con base en el peso y la estatura de la persona, este se usa para identificar las categorías de peso que pueden llevar a problemas de salud si no se encuentran dentro del rango normal.

Evaluación del Estado nutricional al inicio de la gestación

Para Fabián (2017), La atención prenatal de calidad implementa acciones de promoción y prevención de salud, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de posibles complicaciones que pudieran ocurrir, entre las principales acciones se encuentran la evaluación del estado nutricional inicial y la ganancia de peso gestacional, así como la evaluación del nivel de hemoglobina en cada trimestre de gestación.

Esta evaluación es importante ya que podemos hacer un diagnóstico precozmente con la participación de la nutrióloga donde se valora la cantidad de caloría que cada gestante debe de consumir para mantener un equilibrio nutricional entre la madre y el feto para garantizar un buen desarrollo y crecimiento intrauterino y después del nacimiento

Según el (IOM) Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias, adapto para la evaluación nutricional antes del embarazo, el índice de masa corporal IMC, recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la evaluación nutricional de adultas no embarazadas.

Con la evaluación del estado nutricional materno al inicio de la gestación se logra detectar oportunamente pacientes en riesgo nutricional los cuales son bajo peso, sobre peso y obesidad; gracias a esto se puede observar algún riesgo de resultados gestacionales adversos; determinar recomendaciones y realizar orientación a la madre referente a todo el proceso de gestación y su alimentación que favorece tanto a ella como el desarrollo del producto.

Los valores del IMC que se recomienda por la OMS:

- Bajo peso <18.5kg
- Peso normal entre 18.5 – 24.9 kg
- Sobrepeso entre 25 – 29.99 kg
- Obesidad grado I 30 – 34,9 kg
- Obesida grado II 35 – 39,9 Kg
- Obesidad grado III > 40 Kg

La ganancia de peso optima adoptada universalmente en un gran número de países es 11,5 kg, cifra que es independientemente al peso y talla en el periodo de pregestacional.

En caso de que no existan datos acerca del peso y talla preconcepcional, se toma como referencia el peso y talla de la madre hasta las primeras 14 semanas de embarazo para poder así valorar el estado nutricional materno preconcepcional asumiendo que exista un incremento menor a 1 kg durante esa etapa.

Aumento de peso materno durante la gestación

El monitoreo del aumento de peso es fundamental para establecer intervenciones nutricionales adecuadas. La disponibilidad de los nutrientes para el desarrollo y crecimiento del producto fetal depende en gran medida de cómo se encuentra el estado nutricional de la madre, no importa la concurrencia de otros factores ya que también pueden influenciar sobre el bajo peso al nacer.

En la ganancia de peso por trimestres, indica una mayor ganancia de peso entre las semanas 18 y 25 de aproximadamente 400 g cada semana. El IMC ha sido recomendado por

la OMS como un indicador básico para poder evaluar el estado nutricional durante el proceso de gestación.

Importancia de la evaluación nutricional de la embarazada

El seguimiento del estado nutricional de la gestante es algo primordial pues este afecta el resultado del embarazo sino está en un rango saludable.

A continuación, se describe los factores que interfieren en el desarrollo prenatal:

➤ Periodo de gran vulnerabilidad nutricional

En esta etapa se aumentan las necesidades nutricionales, porque a más de cubrir las necesidades nutritivas innatas, también todo lo requerido el crecimiento y desarrollo fetal, la formación de nuevas estructuras maternas.

➤ Identificar el estado nutricional durante el embarazo

El desarrollo nutricional de la madre influye netamente sobre el desarrollo fetal el cual se mide por indicadores como la altura uterina y el peso del recién nacido, el cual es el principal predictor del estado nutricional futuro del mismo, por esta razón cuando más pronto se realice la evaluación nutricional mejor resultado se podrá obtener.

➤ Importancia de la antropometría durante el embarazo

La evaluación antropométrica del estado nutricional durante el embarazo es un procedimiento muy usado que no necesita tanta tecnología pero que genera información valiosa. La diferencia de la evaluación nutricional entre los otros periodos de vida, son las mediciones que arrojan en qué estado nutricional se encuentra la mujer e indirectamente el crecimiento fetal y después con los meses la cantidad de la leche materna.

Se debe considerar en la evaluación antropométrica un aspecto metodológico el cual es tener un dato real de la edad gestacional, ya que una información falsa interfiere con la interpretación de resultados y la aplicación práctica. El periodo de observación de una gestante es relativamente corto porque los índices antropométricos se modifican con rapidez a medida que transcurren las semanas durante el proceso de embarazo.

Indicadores antropométricos utilizados para controles evolutivos y cambios en la composición corporal

Peso preconcepcional

Tener un peso preconcepcional insuficiente ha demostrado que es un indicador de riesgo de tener un parto prematuro y a su vez retrasar el crecimiento fetal. Una mayor parte de las investigaciones indican que el peso preconcepcional es la mejor manera de saber el peso del niño al nacer y lo correlacionan significativamente con el peso fetal.

Por otro lado, la obesidad preconcepcional también es considerado como un factor de riesgo sobre el producto de concepción por una mayor mortalidad perinatal, un feto macrosómico puede producir alguna alteración en el trabajo de parto y enfermedades maternas como pueden ser hipertensión y preeclampsia. Estos problemas son visibles especialmente cuando existe un aumento excesivo de peso.

Muchas veces se es difícil obtener el peso previo a la concepción, la OMS propone utilizar el peso medio hasta la semana 10, como peso al inicio del embarazo ya que en ese tiempo no ha aumentado muchos kg. El peso adecuado para la talla al inicio del embarazo es el índice más útil para evaluar el estado nutricional gestacional o a través del IMC.

Estatura

La Organización Mundial de la Salud (OMS) presenta la talla materna como un predictor de riesgo de retardo de crecimiento intrauterino cuando se encuentra entre los valores de 140 a 150 cm.

Sin embargo, el valor de la talla materna evidencia diferentes pronósticos dependiendo si se trata de talla baja por genética o es el resultado de una historia nutricional deficiente.

Según Berrini (2014), En poblaciones que viven inadecuadas condiciones cuando una madre presenta una talla como consecuencia de un historial nutricional deficiente esta tiene el riesgo de hacer que el proceso de crecimiento y desarrollo fetal sea lento el cual da como resultado un recién nacido pequeño para la edad gestacional.

En caso de que cuya talla baja sea de origen genético, el riesgo se centra en complicaciones durante el trabajo de parto debido a una desproporción céfalo pélvica.

Cuando la talla materna es usada como un indicador del estado nutricional es importante considerar el contexto en el que se produjo el crecimiento.

Peso Gestacional

➤ **Ganancia de peso durante el embarazo**

El incremento de peso durante todo el proceso de la gestación se ha asociado principalmente con el parto pre termino y con retardo en el crecimiento uterino. Aumentar el peso durante el embarazo es sumamente diferente a engordar, aumentar de manera significativa se refiere a comer determinados alimentos que ayuden a la nutrición del organismo y al desarrollo del producto.

Engordar es comer en cantidades excesivas cualquier tipo de alimento y depositar grasas sin ningún valor nutricional en el cuerpo.

Las investigaciones han demostrado que el peso fetal incrementa 55g con cada kilo de aumento de la madre, pero el incremento de peso no es lineal durante toda la gestación ya que es mayor en el segundo que en el tercer.

Durante el proceso de gestación el aumento de peso representa aproximadamente entre el 15 y 18% del peso normal de la mujer, por ejemplo si comenzó su embarazo con 60 kg, el peso promedio al finalizar seria entre 69 a 71 kg, es decir existe un aumento aproximado de 9 a 11 kg.

En los tres primeros meses, el peso se estabiliza o quizás exista un leve aumento de peso, especialmente en las primeras semanas de gestación; es posible que durante este periodo exista una disminución en el apetito en lugar de incrementarse, pues esto se debe a las alteraciones por los malestares en las primeras semanas del embarazo.

Pero en los tres meses siguientes existe un moderado ascenso en la curva de aumento de peso y es muy importante tener una excelente alimentación rica en nutrientes ya que en este periodo del embarazo el apetito aumente significativamente.

Pero esto quiere decir que la madre deberá tener un equilibrio, porque para los últimos meses de embarazo, se debe prevenir trastornos posteriores y se empieza hacer reservas alimenticias así como tambien para el parto y la lactancia, esto quiere decir que acumula energía y genera estas reserva de proteínas para la parte final de la gestación que es cuando más se las necesita.

Pero hay que saber que los componentes del aumento de peso también difieren según el periodo de la gestación en que se encuentre. En el primer y segundo trimestre el incremento de peso se compone de los depósitos maternos. Lo que va del tercer trimestre este aumento de peso se concentra específicamente en el feto y la placenta.

Patrón óptimo de evolución ponderal

Durante el embarazo la ganancia de peso promedio es de 11.3 a 15.8 kg. En el primer trimestre del embarazo, hay una ganancia de peso promedio de sólo 0.9 a 1.3 kg. Es durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo donde casi toda la ganancia de peso se presenta, el promedio es de 0,45kg por semana. A las veinte semanas el aumento ponderal es de 3,5 a 4 kg. A partir de entonces la media de la ganancia de peso es de 400 a 500 g por semana, alcanzando al final de las cuarenta semanas de gestación un incremento de 9 a 12,5 kg aproximadamente.

Si se pierde peso, pueden provocar deficiencias nutricionales en la madre y en el bebé. La ganancia de peso indicada, corresponde a distintas estructuras maternas y fetales, tales como:

- Reserva de grasa y proteínas
- Sangre
- Líquidos tisulares
- Útero
- Líquido amniótico
- Placenta y cordón umbilical
- Mamas

Evaluación de ganancia de peso y estado nutricional de la mujer embarazada

Evaluación de ganancia de peso

Es indispensable en cada control prenatal realizar la evaluación de ganancia de peso, acorde con las normas de atención en salud integral por ello, se debe evaluar la ganancia

de peso a través de la medición de la circunferencia media del brazo (CMB). Para lo cual se ha tomado de referencia como punto clave 23 centímetros

Ganancia de peso mínimo esperado en embarazadas utilizando circunferencia de brazo

- En el primer y segundo mes de embarazo las madres con una circunferencia de brazo mayor o igual a 23 cm deberán aumentar 0.5 kg y las que posean una circunferencia menor a 23 cm deberán aumentar 1kg.
- En el tercer mes de embarazo las que tengan una circunferencia mayor o igual a 23 cm deben aumentar 1kg y las que tengan menos de 23 cm deberán aumentar 2kg.
- Del cuarto al séptimo mes de embarazo las que tengan mayor o igual a 23 cm deberán aumentar 3kg y las que tienen menor a 23 cm aumentaran 5kg.
- En el octavo mes los que tengan igual o mayor a 23 cm aumentarán 2,5kg y los que tengan menos a 23 cm tendrán un incremento de 4kg.
- El noveno mes las de igual o mayor a 23 cm su aumento de peso será de 1kg y menos de 23 cm el aumento era de 2kg.

La curva de peso gestacional es una de las formas más usadas para evaluar el estado nutricional en las mujeres embarazadas. Es importante que de acuerdo las etapas de embarazo, las mujeres vayan aumentando de peso, para así obtener resultados gestacionales óptimos tanto para la madre como para el recién nacido

Según Rivas (2017), La curva de peso óptimo varía según el estado nutricional pre gestacional de la madre al inicio de la gestación, se ha encontrado en estudios que la curva de peso gestacional materno inadecuada se asocia a la mortalidad fetal, perinatal, y neonatal. La mujer gestante con bajo peso pre gestacional requiere aumentar más peso durante el embarazo que las de peso normal o las de sobrepeso.

Gráfica de Rosso y Mardones

Esta técnica permite evaluar la relación peso/talla en cada edad gestacional sobre la base del resultado perinatal. La relación peso/talla se expresa como el porcentaje del peso ideal o estándar (PPE) y también de acuerdo al índice de masa corporal (IMC). Los índices

PPE e IMC tienen una altísima correlación, lo que demuestra que ambos están midiendo la misma variable

$PPE = \text{peso observado (kg)} \times 100 / \text{peso (kg) deseable para la talla}$

$IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$

Clasificación del estado nutricional según IMC para las semanas de gestación de la mujer embarazada

- Rojo - Bajo Peso (BP)
- Verde – Normal (N)
- Amarillo – Sobrepeso (SP)
- Anaranjado - Obesidad

Una alimentación adecuada durante el embarazo es de esencial importancia tanto para ella misma como para su bebe. Un incorrecto estado nutricional, tanto preconcepcional como durante la gestación, impactara de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante el embarazo y sobre la salud de ambos. Por lo cual es de suma importancia tener una correcta alimentación ya que ayudara a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer del bebé, la prematurez, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.

Por qué se gana peso

La causa del incremento de peso durante la gestación es debido a que se produce la síntesis de nuevos tejidos: glándulas mamarias, engrosamiento del tejido uterino, aumento del tejido adiposo y desarrollo del feto y de la placenta. También es necesaria la acumulación de masa grasa para sustentar el crecimiento del bebé durante el embarazo y la lactancia, que, en general, se localiza en el pecho, los muslos y el abdomen. Sin embargo, aunque el aumento de peso es necesario, este debe ser adecuado y controlado.

Cuánto peso se debe ganar

Según Patón (2018), Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo. Si es así, durante los 9 meses de gestación se debe aumentar de media entre 9 y 12 Kg, pero depende mucho de cada situación y de cada persona

En el primer trimestre, la subida de peso medio es entre 1-3 kg, por el aumento de reservas. Aunque hay mujeres que incluso adelgazan debido a las náuseas y los vómitos que aparecen. Durante el segundo y tercer trimestre es cuando se produce la mayor subida de peso, por el crecimiento mayor del feto y los tejidos, así como los depósitos de grasa de cara a la lactancia materna. El Índice de masa corporal (IMC) es una fórmula muy sencilla para determinar el grado de peso de la mujer en función de su estatura, pero no es determinante porque no nos dice el porcentaje de grasa.

Alimentación antes del embarazo

Es importante tener una alimentación sana siempre, pero sobre todo si se busca quedarse embarazada. Una dieta equilibrada aporta la suficiente cantidad de vitaminas y minerales necesarios para el organismo, lo que facilita y previene futuras complicaciones durante el embarazo. También es esencial eliminar tóxicos como el tabaco o el alcohol antes del embarazo, para evitar malformaciones en el feto y futuras patologías en el bebé adulto.

El consumo de estos alimentos debe ser en cantidades moderadas y con una frecuencia de consumo adecuada. Para ello, acude a un nutricionista para que te diseñe un plan nutricional equilibrado.

Recomendaciones de la oms sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo

- Se recomienda brindar asesoramiento a las embarazadas sobre la importancia de una alimentación saludable y la actividad física durante el embarazo, con el fin de que se mantengan sanas y no aumenten excesivamente de peso durante el embarazo.
- En poblaciones desnutridas se recomienda proporcionar a las embarazadas información nutricional sobre la importancia de aumentar la ingesta calórica y de proteínas para reducir el riesgo de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal.
- En poblaciones desnutridas se recomienda que las embarazadas tomen suplementos dietéticos energéticos y proteicos equilibrados para reducir el riesgo de muerte prenatal y de nacimiento de niños de tamaño pequeño para su edad gestacional.

- Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental² y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico
- En poblaciones con una dieta baja en calcio, se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario de calcio (1,5–2,0 g de calcio elemental por vía oral) para reducir el riesgo de preeclampsia.

Una dieta sana durante el embarazo es aquella que contiene una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales obtenidos mediante el consumo de diversos alimentos, entre ellos verduras, hortalizas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta.

Alimentación durante el embarazo

Según Castro (2017), Para que el embarazo se desarrolle con éxito, las mujeres embarazadas deben prestar especial atención a su alimentación, pues durante este período las demandas nutricionales aumentan. Esto hace necesario que el personal de salud oriente sobre los ajustes y los cambios que deberá realizar a su dieta habitual.

A medida que la mujer embarazada se nutre a sí misma también nutre al niño en formación, por lo que al brindar una alimentación adecuada, en cantidad y calidad, se asegura que se disponga de todos los nutrientes que necesitan ambos.

Nutrición en el embarazo: conceptos básicos de la alimentación saludable

- **Hidratos de carbono**

Los cereales y derivados suponen la principal fuente de energía de la dieta, y como tal, es importante asegurar su consumo ya que en el embarazo el gasto energético es mayor. Al estar aumentadas las necesidades de micronutrientes, el consumo de carbohidratos te ayudará a llegar al aporte de vitaminas del grupo B y calcio, entre otros minerales. Es importante adecuar las cantidades, y sobre todo, distribuir las bien a lo largo del día, tomando un mínimo en las 5 tomas diarias. Pero siempre consulta con un nutricionista, ya que las necesidades de cada persona pueden ser diferentes.

- **Frutas y vegetales**

Las frutas y los vegetales son los principales componentes de la alimentación durante el embarazo, debido a que aportan distintas vitaminas y minerales, así como fibra para contribuir a la digestión. La vitamina C, que se encuentra en muchas frutas y vegetales, te ayuda a absorber el hierro. Los vegetales de color verde oscuro tienen vitamina A, hierro y folato, que son otros de los nutrientes importantes durante el embarazo

- **Productos lácteos**

El calcio en los productos lácteos y en la leche de soja fortificada con calcio ayuda a que se formen los huesos y dientes de tu bebé. Además, los productos lácteos tienen vitamina D y proteínas

- **Proteínas**

Los requerimientos de proteínas aumentan en el segundo y tercer trimestre porque éstas son necesarias para crear tejidos nuevos. Se encuentra en alimentos de origen animal, pero también en lácteos y en legumbres. Para asegurar un consumo adecuado debemos incluir proteína siempre en comida y cena.

- **Grasas, aceites y azúcares**

Elige alimentos con grasas saludables, como frutos secos, semillas o aguacates. Utiliza aceite y vinagre como aderezo para las ensaladas. Está bien darse un gusto de vez en cuando, siempre que obtengas los nutrientes que necesitas y el aumento de peso se encuentre dentro de los límites. Para evitar los excesos, controla el tamaño de las porciones de alimentos con alto contenido de grasa y azúcar.

- **Hierro**

- Es un componente de la sangre, la cual transporta el oxígeno al cerebro y a todos los tejidos.
- Previene la anemia favoreciendo la adecuada capacidad física y mental de la madre.
- Permite mantener reservas y niveles adecuados de sangre en el niño en formación.
- Disminuye el riesgo de que el niño nazca con bajo peso y antes de tiempo.

- Ayuda a compensar las pérdidas de sangre durante el parto.

- **Ácido fólico**

- Es un componente de la sangre, cuya deficiencia provoca anemia.
- Previene malformaciones del tubo neural² y paladar hendido o labio leporino.
- Favorece la formación adecuada del niño en el vientre materno.

- **Vitamina A3**

- Ayuda en el desarrollo y formación de los tejidos y funciones del niño evitando malformaciones de pulmones, tracto urinario, corazón y córnea.

- **Vitamina C**

- Encías, dientes y huesos sanos; ayuda a absorber el hierro

- **Vitamina B6**

- Desarrollo de glóbulos rojos, utilización efectiva de las proteínas, grasas y carbohidratos

- **Vitamina B12**

- Desarrollo de glóbulos rojos, mantenimiento de la salud del sistema nervioso

- **Vitamina D**

- Huesos y dientes sanos; ayuda a la absorción del calcio

- **Zinc**

- Permite el crecimiento y la formación de tejidos del niño en formación.
- Previene complicaciones en el parto y que el niño nazca con bajo peso y antes de tiempo.

- **Yodo**

- Previene trastornos serios en el crecimiento físico y desarrollo mental de los niños recién nacidos.

- Forma parte de las hormonas tiroideas

- **Calcio**

- Huesos y dientes fuertes, contracción de los músculos, funcionamiento de los nervios

Peso Fetal

El peso fetal estimado por ultrasonografía es considerado hoy el mejor predictor del crecimiento fetal, permitiendo diagnosticar oportunamente patrones de crecimiento fetal normales y anormales.

Peso para la edad gestacional

Para determinar el estado nutricional del recién nacido utilizando el indicador peso para la edad gestacional se debe comparar el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional (Test de Capurro) y de acuerdo a tabla.

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso para la edad gestacional se clasifica en:

- **<P 10:** Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
- **P 10 a P90:** Adecuado para la edad gestacional
- **>90:** Grande para la edad gestacional

De acuerdo a (Contreras, Castillo, & Álvarez, 2017) Relacionar el peso del recién nacido con la edad gestacional al nacer es una medida usada para determinar si el neonato se encuentra en un peso adecuado para la edad gestacional

- **Hipotrófico:** Cuando el recién nacido es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación
- **Eutrófico:** Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

- **Hipertrófico:** Cuando el peso corporal es mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación

Peso al nacer

A lo largo del embarazo, el obstetra o el especialista que realiza las ecografías puede confirmar a los padres el peso aproximado que va teniendo el bebé a medida que se desarrolla durante los tres trimestres de embarazo. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para el neonato.

El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en:

- **< 1000 gramos:** Extremadamente bajo
- **1000 a 1499 gramos:** Muy bajo peso al nacer
- **1500 a 2499 gramos:** Bajo peso al nacer
- **De 2500 a 4000 gramos:** Normal
- **>4000 gramos:** Macrosómico

Los bebés no pesan todos lo mismo al nacer, y esto es porque hay varios factores que afectan al peso y estatura del bebé que está por nacer. Vamos a ver a continuación cuáles son estos factores:

- **La duración del embarazo:**

Cuanto más tiempo está un bebé gestándose en el vientre de su madre, más grande será. Un bebé nace a término cuando sale al exterior a partir de las 37 semanas de gestación, y se considera post término a partir de las 42. Entre la semana 37 y la 42 hay un mes de diferencia. Para un bebé no es lo mismo salir a las 37 semanas que a las 42, así que, pese a que nace a término en ambas, a las 42 semanas seguro que es más grande que si naciera a las 37.

- **La dieta de la madre durante el embarazo:**

Una mujer estando embarazada es el peor momento para iniciar una dieta de adelgazamiento o para eliminar algunos alimentos que tanto ella como él bebe necesitan. Lo que pone el riesgo de parto prematuro sea mayor, puede nacer con labio leporino entre otras más.

- **El consumo de sustancias nocivas para el bebé:**

El tabaco, el alcohol o las drogas durante el embarazo afectan al tamaño del bebé.

- **El tamaño de los padres:**

Esta idea no es exacta, porque a veces se ven niños que son pequeños y tienen padres altos, pero suele suceder. Si la madre y el padre son bien altos, los niños nacen grandes; así mismo si los padres son bajitos, los niños suelen ser pequeños.

4.3 Marco legal

Entre los aspectos legales que sustentan el objeto de estudio y el campo de acción de esta investigación se mencionan a continuación

Constitución de la República del Ecuador 2018

(Capítulo tercero) Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Sección cuarta/ Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.

2. La gratuidad de los servicios de salud materna
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Sección/ Seguridad Alimentaria

Art. 281.- La soberanía alimentaria constituye un objetivo estratégico y una obligación del Estado para garantizar que las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades alcancen la autosuficiencia de alimentos sanos y culturalmente apropiados de forma permanente.

1. Prevenir y proteger a la población del consumo de alimentos contaminados o que pongan en riesgo su salud o que la ciencia tenga incertidumbre sobre sus efectos.
2. Adquirir alimentos y materias primas para programas sociales y alimenticios, prioritariamente a redes asociativas de pequeños productores y productoras.

Sección Segunda/ Salud

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector

Ley orgánica de la salud

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con su salud

Art.7. Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República

g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito

j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos.

D) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Plan Toda una Vida:

- Misión Ternura

Esta intervención se enfoca en la atención del niño o la niña desde los primeros meses de gestación en el vientre de la madre, hasta su desarrollo dentro de los primeros 5 años de vida, para lo cual es necesario instaurar y mantener una cultura de nutrición adecuada a lo largo del ciclo vital, promoviendo la implementación de hábitos saludables en la población. La garantía de este derecho se logrará con acciones coordinadas y articuladas entre: el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, los Gobiernos Autónomos Descentralizados, el Ministerio de Educación, la Secretaría del Agua y el Ministerio de Agricultura y Ganadería.

- Misión mujer

Misión Mujer, constituye una intervención emblemática para enfrentar las principales problemáticas que atentan contra la autonomía integral de las mujeres, siendo la violencia por razones de género, el embarazo en niñas y adolescentes y la falta de acceso a recursos económicos las problemáticas priorizadas, por la afectación que estos tienen en el ejercicio del conjunto de derechos. Se fundamenta en el reconocimiento de las mujeres, en todo el ciclo de vida como sujetos plenos de derechos.

- Programa Acción Nutrición

Art. 43 establece que el Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los siguientes derechos: a) no ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral; b) la gratuidad de los servicios de salud materna; c) la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto; d) a disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Plan Nacional de Desarrollo

Política: 3.3.- Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud.

Política 3.6.- Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

2.5 Formulación de la Hipótesis

El estado nutricional de la madre influye en el peso del producto fetal

2.6 Identificación y clasificación de variables

Evaluación nutricional de las gestantes y su influencia en el peso del producto fetal.

Variable Independiente:

Influencia en el peso del producto fetal

Variable Dependiente:

Evaluación nutricional de las gestantes

2.7 Operacionalización de Variable

A. Edad de la Madre

Cada vez son más las mujeres que deciden postergar su maternidad, ya sea por decisión personal, por motivos laborales o por otros factores. A veces, el deseo de dar a tus hijos el futuro que se merecen no te permite embarcarte en la aventura de ser madre a una edad temprana. A medida que los tiempos avanzan, también cambia tanto nuestra mentalidad como el estilo de vida y esto tiene una repercusión clara en la edad para tener hijos.

B. Estado Nutricional de la Madre

El cuidar por el buen estado nutricional de la gestante es muy importante, dado los problemas que puede ocasionar a la madre como al recién nacido; además el estado nutritivo materno como su alimentación pueden influir en la composición de la leche y, por lo tanto, en el aporte de nutrientes al lactante.

C. Peso del Recién Nacido

La vigilancia del crecimiento en el recién nacido, a través de la evaluación antropométrica, reviste gran importancia en términos de detección de riesgos de morbi-mortalidad y deterioro del estado nutricional, permitiendo la toma de decisiones oportunas y convenientes.

Tabla 1

CARACTERISTICAS GENERALES		
VARIABLE	CATEGORIA/ESCALA	INDICADOR
Edad de la madre	Continua	Años
ESTADO NUTRICIONAL		
Peso de la madre al inicio y final del embarazo	Continua	Kg
Talla de la Madre	Continua	M

IMC de las Madres al inicio y final del embarazo	Continua	Kg / m ²
	Ordinal	Obesidad
		Sobrepeso
		Normal
		Bajo peso
Peso del recién nacido	Continua	G
	Ordinal	Sobre peso > 3800g
		Peso normal = 2600 g a 3800 g
		Peso bajo < 2500 g

- Elaborado por: Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth.

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

Tipo descriptiva: Es aquella investigación que es utilizada para detallar las cualidades y características de un fenómeno o grupo de personas, con el objetivo de profundizar las variables del estudio, este alcance se da mediante una encuesta que son idóneos para medir la muestra. Además ayuda a buscar rasgos importantes de cualquier fenómeno, describir las tendencias que la población, medir conceptos, definir variables, entre otros (Daniel 2015)

3.2 Metodo de investigacion

Tipo cuantitativa: Porque la recolección de datos fue de forma numérica ya que consiste en buscar, indagar, medir, contar y experimentar datos numéricos sobre las variables de una investigación. Es importante conocer que el enfoque cuantitativo ayuda a desarrollar teorías para la descripción de las variables del estudio, evaluar las relaciones entre las variables y determinar el origen y efecto de las interacciones con las variables (López, N., & Sandoval 2016).

3.3 Población y Muestra

La **población** estuvo conformada por 105 gestantes del Centro de Salud Virgen del Carmen identificadas durante el periodo de Febrero a Julio 2020. Participando el total del grupo objetivo en la presente investigación. La **muestra** seleccionada a estudiar representó el 100% de la población total.

Criterios de inclusión:

- Gestante que realice como mínimo 4 atenciones perinatales en el centro de salud
- Gestantes con edad mayor de 15 años.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no deseen participar del estudio.

- Gestantes con algún tipo de discapacidad que no permita la comunicación durante la encuesta (retardo mental, sordo muda).
- Gestante con patologías asociadas al embarazo (diabetes, preeclampsia, trastornos hematológicos).

Tipo de muestreo

Para nuestra investigación, por medio del muestreo no probabilístico se escoge el muestreo por conveniencia.

Muestreo por Conveniencia.

Es un tipo de muestreo en el que las unidades tienen un carácter de representatividad de la población que se desea analizar, el cual están disponibles y son fáciles de localizar, en el que se realiza una selección conveniente de varias unidades. (López & Fachelli, 2015). En el estudio se escogió la totalidad de la población como muestra.

3.4 Técnica recolección de datos

Se utilizó fuentes primarias como la observación que nos permitió adquirir información crucial para contextualizar y explicar varias situaciones y características planteadas en el proyecto, enriqueciendo el análisis e interpretación de la información, además se utilizó fuentes secundarias como las bibliografías, como apoyo referencial de este trabajo investigativo.

Para la recolección de los datos de esta investigación se elaboró una encuesta, en la que se presentó una serie de preguntas de manera estructurada que responde a los objetivos específicos del estudio.

3.5 Instrumento de recolección de datos.

Encuesta

La herramienta de la investigación fue la encuesta porque es una herramienta que surge en el área de la sociología y fue trascendiendo en la investigación científica, con el objetivo de transformarse en una actividad cotidiana en donde todas las personas son partícipes de la misma. La encuesta consiste en un encuentro físico entre el encuestador y el

encuestado del estudio y cada una de las personas debe de responder de manera individual, el principal propósito de la encuesta es evaluar y analizar los resultados de las variables del estudio (Martínez, 2015).

3.6 Aspectos ético

Para la recolección de la información utilizada, se realizo una carta de confidencialidad dirigida a la institución, donde se específico un compromiso a la no divulgación de los datos brindados con fines de lucro a otras instituciones o personas con el fin de mantener en entera reserva los nombres e información de los usuarios para no vulnerar sus derechos.

CAPÍTULO IV

4. Presentacion de resultados

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos mediante el procesamiento de datos tras la aplicación del instrumento de investigación, en el que se han considerado los gráficos estadísticos relevantes y que permiten el alcance de los objetivos propuestos; Nuestro estudio se estableció con una muestra de 105 pacientes donde se determinó lo siguiente:

4.1 Analisis e interpretación de resultados

Figura 1

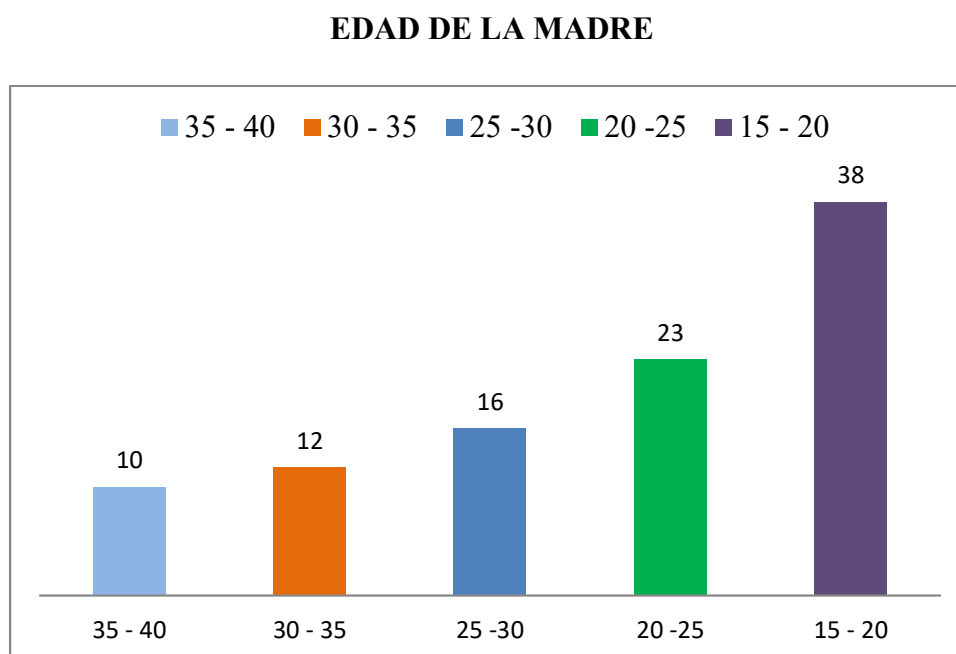


Gráfico N° 1 Distribución de las gestantes según el rango de edad

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Con relación a la edad de las personas encuestadas, se aprecia que las edades comprendida entre 15 - 20 años poseen un 38%, donde se concentra la mayor cantidad de gestantes, en segundo lugar con un 23% el grupo de edades que oscilan entre 20 - 25 años; luego encontramos el grupo de personas que comprenden las edades entre 25 a 35 años con 4% de diferencia entre ambas, por último están las gestantes adultas de 35 - 40 años con un 10%.

Figura 2

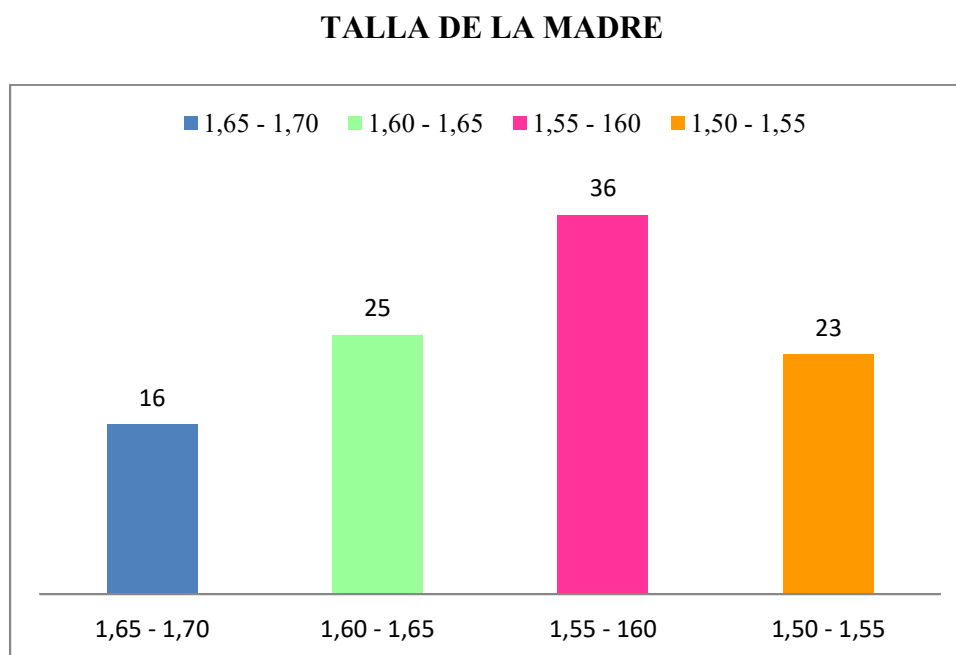


Gráfico N° 2 Distribución de las gestantes segun la talla

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

A través de las mediciones que realizamos a las madres para saber su talla; 38 mujeres contestaron tener una talla entre 1,55 -160 arrojando un valor del 36%, 26 gestantes respondieron tener 1,60-1,65cm dando como resultado un 25%, dicho porcentaje es casi igual al de madres de 1,50- 1,55 con un 23% por último están las madres de 1,65-1,70 con total de 16%.

Figura 3

PESO INICIAL DE LA MADRE

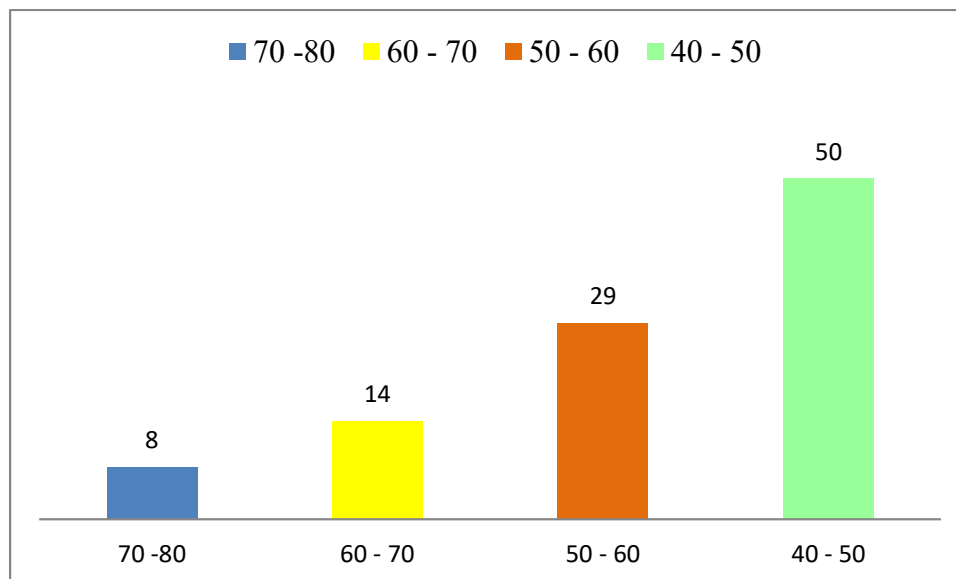


Gráfico N° 3 Distribución de las gestantes según peso inicial

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Podemos observar que al tomar el peso de las madres encontramos que un 49% corresponde a las gestantes que poseen un peso de 40 – 50 kg, que es el porcentaje mas elevado, luego con un 29% encontramos a las gestantes con un peso de 50 – 60kg, en un 14% tenemos gestantes de 60 – 70 kg y por último están las gestantes con pesos entre 70 – 80 kg el cual se evidencia con un 8%

Figura 4

IMC INICIAL DE LA MADRE

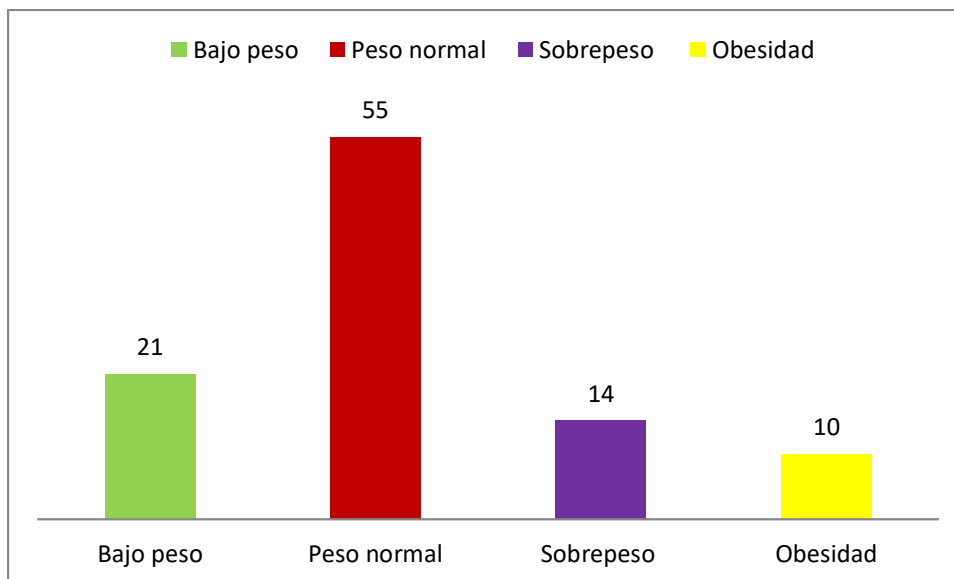


Gráfico N° 4 Distribución de las gestantes según IMC inicial

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En esta encuesta podemos observar que realizando el cálculo de IMC el 21% del porcentaje de gestantes se encuentran en la etapa de bajo peso, seguido encontramos con un 55% a las gestantes con un índice de masa corporal normal, quiere decir que están acorde a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la escala, luego encontramos el estado de sobrepeso con un 14% de gestantes y un 10% que corresponde a Obesidad.

El estado nutricional materno ya sea por déficit o exceso es un factor determinante en el crecimiento fetal y peso del recién nacido, las gestantes con un IMC normal presentan bajo riesgo de presentar morbilidad y mortalidad, aquellas gestantes con un IMC de sobrepeso y obesidad presentan un alto riesgo de comorbilidad, principalmente de enfermedades no transmisibles, así mismo existe la posibilidad de presentar complicaciones durante el parto si la ganancia de peso no es la adecuada.

Figura 5

PESO FINAL DE LA MADRE

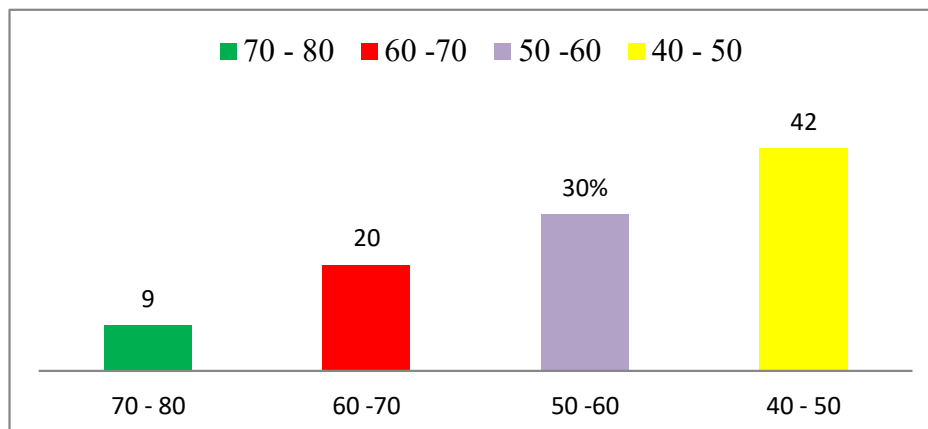


Gráfico N° 5 Distribución de los pacientes según peso final

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al realizar la medición del peso de las madres encontramos gestantes con un peso de 40 - 50kg que corresponde al 42%, seguido están las gestantes con un peso de 50 - 60 Kg que arroja un 30%, luego con un 20% las gestantes con peso entre 60 a 70 kg y finalmente con un 9% las que tienen pesos de 70 – 80 kg.

La alimentación de la mujer embarazada debe ser balanceada y debe de presentar un aumento gradual en la ingesta de calorías, ya que todo el consumo tiene una distribución en el organismo de la gestante. Las mujeres que ganan insuficiente peso durante el embarazo tienden a presentar complicaciones maternas como amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso al nacer por otro lado la excesiva ganancia de peso está asociada con complicaciones como diabetes gestacional y dificultades durante el parto debido a recién nacidos macrosómicos.

Figura 6

IMC FINAL DE LA MADRE

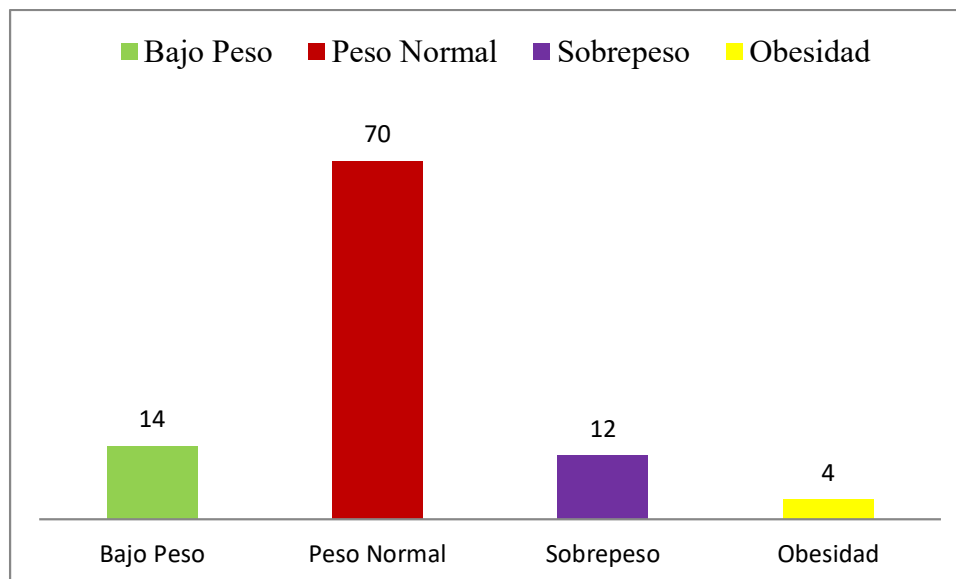


Gráfico N° 6 Distribución de los pacientes según IMC final
 Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad
 Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En estos datos estadísticos podemos evidenciar el cumplimiento del tercer objetivo específico evaluar el estado nutricional al inicio de su control y la ganancia del mismo en forma conjunta. Al proporcionar la prácticas alimentarias durante el embarazo, se pudo constatar que al recolectar los datos y al aplicar la fórmula de Índice de Masa Corporal el 70% de las madres encuestadas presentaron un Índice de Masa Corporal normal acorde a los valores de referencia establecidos por la Organización Mundial de la Salud, seguido del 14% perteneció a gestantes con bajo peso, el 12% que se realizó a 13 encuestadas perteneció a gestantes con un Índice de Masa Corporal entre 25 – 29,9%, dicho porcentaje se a reducido ya que aumentaron mujeres en Índice de Masa Corporal normal y por ultimo tenemos a las mujeres en estado de obesidad con un 4 %

Figura 7

ESTADO NUTRICIONAL FINAL DE LA MADRE

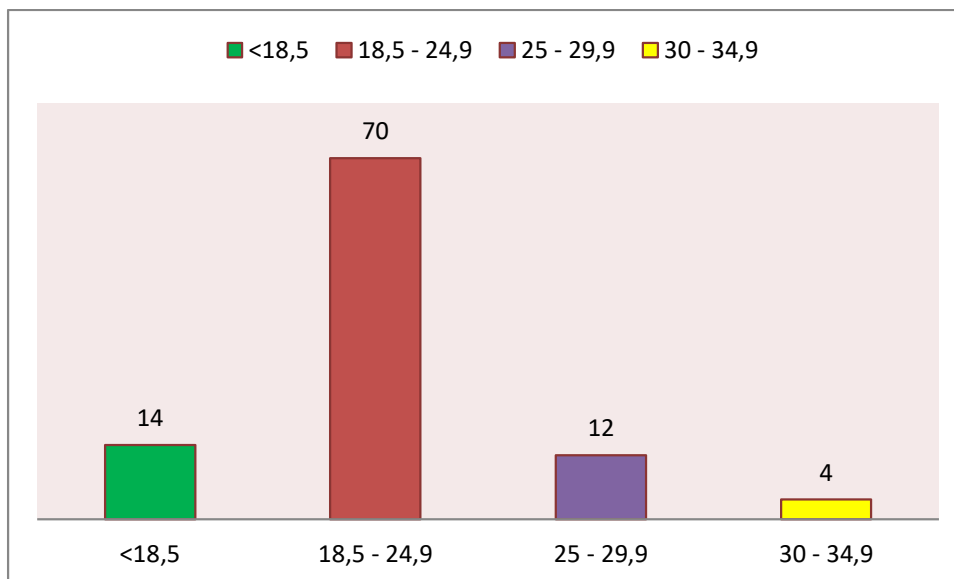


Gráfico N° 7 Distribución de las gestantes según estado nutricional final

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al analizar la información actual se pudo constatar que el Índice de Masa Corporal de la última recolección de datos, nos demuestra que un 70% de madres culminaron su embarazo con un índice de masa corporal normal que indica que tiene un estado nutricional saludable, en aquellas madres con bajo peso, siguiendo el plan educativo impartido a las gestantes y familiares, sobre los requerimientos nutricionales que necesitan las gestantes, se logró cumplir el cuarto objetivo, se disminuyó el porcentaje de mujeres con bajo peso evidenciado con un 14% así mismo disminuyó la cantidad de embarazadas con sobrepeso el cual se evidencia con un 12 y finalmente un 4 gestantes terminaron su embarazo con obesidad.

Se observó que hubo un incremento en el peso adecuado según para la edad gestacional, eso quiere decir que la mayoría de las madres siguieron las indicaciones por parte de los profesionales de la salud.

Figura 8

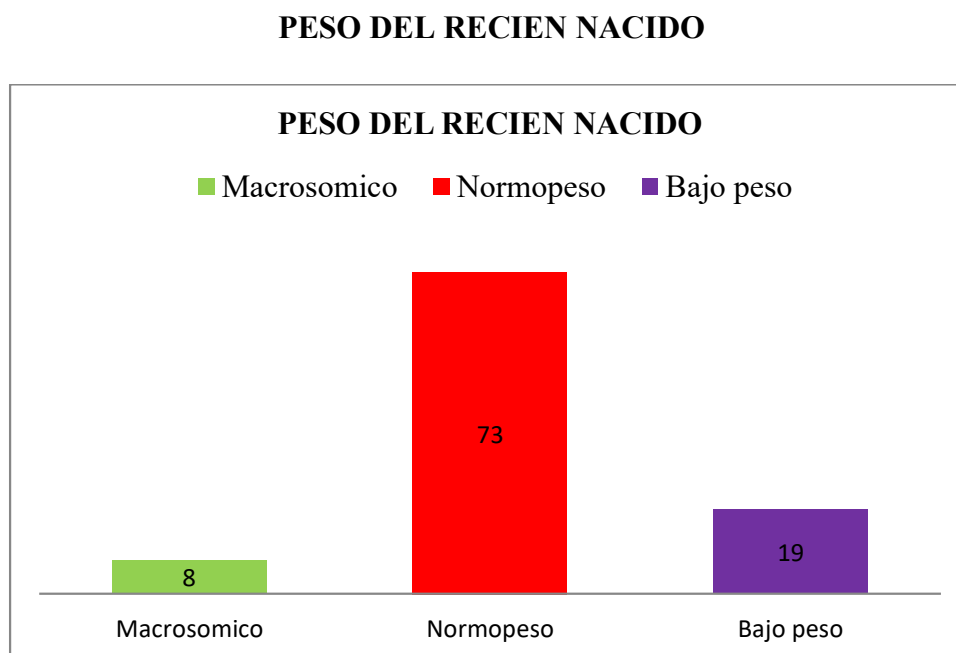


Gráfico N° 9 Distribución del Peso del Recién Nacido

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En el gráfico se observa la distribución del peso al nacer, donde el 73% de recién nacidos tuvieron un peso entre 2500 a 4000 kg lo que significó que está dentro del peso normal o normopeso, el 19% de bebés equivale a un peso por debajo de 2500 kg lo que indica que tuvo bajo peso y un 8% representó al grupo macrosómico que son los recién nacidos que tiene un peso mayor a 4000 kg, de esta manera se demostró que el aumento de peso materno fue favorable demostrando que un buen estado nutricional influye en el desarrollo del producto fetal y de esta forma al recién nacido.

Tabla 2

**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS EN RELACIÓN CON LA GANANCIA
DE PESO MATERNO**

GANANCIA DE PESO KG	NIÑOS BAJO PESO		NIÑOS NORMOPESO		NIÑOS MACROSOMICO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
Menor de 9	8	80	11	28,9473684	0	0	19
9 o más	2	20	27	71,0526316	4	100	33
Total	10	100	38	100	4	100	52

Tabla N° 2 Distribución de los recién nacidos en relación con la ganancia de Peso Materno

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Se representa la distribución de los recién nacidos con la ganancia de peso materno y se observa que de 19 gestantes con peso insuficiente, solo 8 niños fueron bajo peso que representa un 80 %; 11 recién nacidos tienen normopeso se observa en un 28,9% y un 0% de recién nacidos macrosómico. De 33 gestantes con una ganancia de peso de 9 o más kg, solo 2 recién nacidos tuvieron bajo peso que representa un 20%, 27 recién nacidos tuvieron normopeso en un 71,05%, y 4 bebés nacidos con un peso macrosómico que representa un 100%.

Evidentemente, al analizar las medidas del peso por grupos de estudio, el menor peso en las gestantes que tuvieron una ganancia de peso menor a 9 kg, lo que establece una diferencia de ganancia de peso que pone a favor a los recién nacidos con normopeso.

Figura 9

NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA

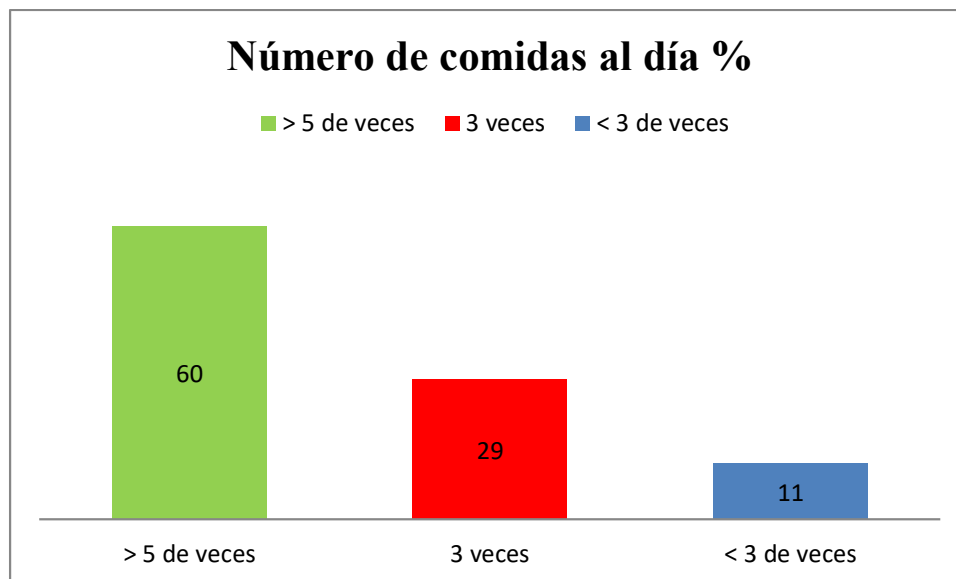


Gráfico N° 9 Distribución de número de comidas al día.

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

El cuadro indica que en esta pregunta encontramos que 63 gestantes respondieron que el número de comidas que reciben en 24 horas es de más de 5 veces al día lo cual representa un 60%, el 29% que corresponde a 30 encuestadas comen únicamente 3 veces al día y en un porcentaje del 11% lo que representa a 12 encuestadas, estas respondieron tener una alimentación menor de 3 veces al día lo que implica déficit de alimentos.

La alimentación de la mujer embarazada debe ser balanceada y debe de presentar un aumento gradual en la ingesta de calorías, ya que todo el consumo tiene una distribución en el organismo de la gestante. Las mujeres que ganan insuficiente peso durante el embarazo tienden a presentar complicaciones maternas como amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso al nacer por otro lado la excesiva ganancia de peso está asociada con complicaciones como diabetes gestacional y dificultades durante el parto debido a recién nacidos macrosómicos.

Tabla 3**GÉNERO DEL NIÑO CON DIAGNOSTICO DE PESO AL NACER**

GÉNERO	BAJO PESO	%	NORMAL	%	MACROSOMICO	%	TOTAL
FEMENINO	3	30	22	57,8947368	3	75	28
MASCULINO	7	70	16	42,1052632	1	25	24
TOTAL	10	100	38	100	4	100	52

Gráfico N° 13 Genero del niño con diagnóstico de peso al nacer

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al relacionar el peso al nacer y el género se arrojó un 70% de bajo peso en neonatos de sexo masculino versus el 30% de bajo peso en neonatos de sexo femenino. Al analizar la variable de peso normal podemos observar que existe 22 Rn de sexo femenino con un peso acorde a los estándares de la Organización Mundial de la Salud el cual se evidencia con un 57% a diferencia de los Rn de sexo masculino con un 42%, así mismo analizamos la relación de los bebés macrosómicos donde el sexo femenino predominó con tres recién nacidos que significan un 75% y un recién nacido de sexo masculino el cual representa el 25%.

4.2 Conclusiones

Mediante el análisis e interpretación de los datos obtenidos en la aplicación del instrumento (encuesta) en el presente estudio realizado a 105 embarazadas que acudieron al Centro de Salud Virgen del Carmen se demostró que el estado nutricional durante esta etapa es un factor fundamental tanto para la madre, para el feto y el recién nacido.

En este estudio pudimos caracterizar la muestra según el rango de edad de las gestantes, y también se evaluó el estado nutricional de las madres por medio de su IMC (Índice de Masa Corporal) al inicio y al final del embarazo y su influencia con el peso del niño al nacer.

En el IMC (Índice de Masa Corporal) de la madre se evidenció que el mayor porcentaje fue al inicio de la gestación que correspondió al bajo peso y al final de la gestación luego de la evaluación el mayor porcentaje lo representó el peso normal con un 62%.

Así mismo para tener un buen diagnóstico nutricional realizamos preguntas en base a la dieta de las madres embarazadas, para determinar qué tipo de dieta está consumiendo en los cuales valoramos carbohidratos, ácido fólico, hierro, calcio y proteínas a la vez analizamos sus niveles de glucosa en sangre.

La complementación de estos indicadores a evaluar nos ayudara a conocer el estado nutricional verdadero de la madre embarazada, ya que el IMC y su influencia en el peso del producto final influye ya que una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto.

Se representa la distribución de los recién nacidos con la ganancia de peso materno y se observa que de 19 gestantes con peso insuficiente, solo 8 recién nacidos fueron bajo peso que representa un 42,1%; 11 recién nacidos tienen normopeso que se observa en un 57,9% y un 0% de niños macrosómicos. De 33 gestantes con una ganancia de peso de 9 o más kg, solo 2 recién nacidos tuvieron bajo peso que representa un 6,1%, 27 niños tuvieron con un normopeso lo que representa un 83,9%, y 4 recién nacidos con un peso macrosómico que representa un 12,2%.

Evidentemente, al analizar las medidas del peso por grupos de estudio, el menor peso recayó en las gestantes que tuvieron una ganancia de peso menor a 9 kg, lo que establece una diferencia de ganancia de peso que pone a favor a los recién nacidos con normopeso.

En este trabajo de investigación se implementó un plan educativo para las gestantes y sus familiares, en el cual están los requerimientos nutricionales que promueven hábitos saludables, gracias a esto se pudo dar a conocer los puntos importantes que debe tomar en cuenta la gestante al momento de su alimentación para su beneficio y del bebé, las gestantes receptaron la información de una manera positiva y cooperaron para ser parte de esta actividad, estuvieron de acuerdo con las indicaciones que se les dio y obtuvimos los resultados esperados.

4.3 Recomendaciones

En base al análisis de resultados y de las conclusiones sugerimos las siguientes recomendaciones:

Tomar en cuenta y hacer un seguimiento del estilo de vida y salud de las gestantes, para así realizar un estudio y saber cuáles son las condiciones en las que se encuentra al momento de iniciar su período de lactancia, ya que en los primeros 6 meses del niño es muy importante su alimentación porque ayuda en su desarrollo y genera anticuerpos, así que es recomendable que sigan pendiente de la madre y el niño durante ese tiempo.

El personal de salud, más aún el profesional en enfermería y aquellos que atienden y siguen el proceso de embarazo de las mamás, tienen la obligación de incentivar a que asistan constantemente a los controles prenatales en el tiempo adecuado, para así prevenir cualquier complicación y para que tomen conciencia de la importancia que tiene ganar peso durante el proceso de gestación.

Motivar a las mujeres a que hagan una correcta planificación familiar, dar la respectiva información de todo lo que conlleva planificar y aclarar cualquier duda que la mujer presenta para que así pueda iniciar con un estado nutricional pre-gestacional idóneo de tal manera que el peso del niño al nacer sea normal.

El médico a cargo de los controles durante el proceso de embarazo debe poner un énfasis en realizar una completa evaluación nutricional de manera integral, esto comprende a un estudio de factores de riesgo nutricional, las condiciones dietéticas, su estado médico y pruebas bioquímicas estrictamente necesarias cada cierto tiempo, y así como también en caso de ser necesario que la gestante tenga que ir al área psico-social.

El profesional de salud debe interactuar más amenudo con los usuarios sobre temas relacionados a la nutrición en el embarazo y sus cuidados, estos puntos relevantes deben ser impartidos por medio de actividades para obtener la atención y acogida de un buen número de usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Bartrina, J. A. (2016). La nueva pirámide de la alimentación saludable. *Guías alimentarias para la población española*, Madrid.
- Cauas, D. (2015). *Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación*. Bogota.
- IOM, I. d. (s.f.). *Evaluación Nutricional antes del embarazo*. Estados Unidos.
- Torres Tl, A. J. (2015). *Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del Departamento de Antioquía*. Colombia.

REVISTAS CIENTÍFICAS

- Araújo, G. G., Soares, F. T., Da Silva, R. P., & Melo, C. A. (2016). HEALTH PROMOTION IN PREGNANCY: ENFORCEMENT OF NOLA PENDER THEORY ON PRENATAL CARE. *ournal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10.
- Berrini, G. B. (2014). Malnutrición en el embarazo y complicaciones gestacionales y del recién nacido. *Archivo Médico Camagüey*, 10(4).
- Burneo, O. M. (2015). Valoración del estado nutricional del recién nacido a término por el método Metcuff, en el servicio de neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico.
- Castro Sandon, V. (2017). Prácticas sobre alimentación en el embarazo y su relación con la anemia ferropénica en gestantes a término. *Alimentacion y salud*.
- Contreras, H. S., Castillo, A. L., & Álvarez, A. A. (2017). Confort neonatal del recién nacido pre-término. *Index de Enfermería*, 26.
- D, D., N, M., Luna, & L., P. (2016). Las acciones sistemáticas en salud mejoran el control y seguimiento ponderal de las embarazadas. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 40(1).
- Escobedo TL, L. B. (2012). *Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I Trimestre.Hospital Belen de Trujillo*. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.

- Fabián, M. A. (2017). Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el instituto nacional materno perinatal. *Nutricion clinica y dietetica hospitalaria*, 37(3), 53-57
- Francia, Ramos, C., Correa, L. L., & Jhony, A. (2018). Conocimientos y prácticas de alimentación en gestantes atendidas en un hospital de lima. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 18(2).
- Hernández, D. D., Sarasa, M. N., Cañizares, L. O., Orozco, M. C., Lima, P. Y., & Machado, D. B. (2016). Antropometría de la gestante y condición trófica del recién nacido. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(5), 477-487.
- Hernández, D., N, S. M., & Luna., C. (2016). Antropometría de la gestante y condición trófica del recién nacido. *Archivo Médico de Camagüey*, 20(5), 447-487.
- Naranjo, H. Y., Concepción, P. J., & Rodríguez, L. M. (2017). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta médica espiritana*, 19(3).
- Noreña Peña, A., & González Sanz, J. (2016). Percepción de embarazadas y matronas acerca de los consejos nutricionales durante la gestación. *Nutrición Hospitalaria*, 33(5), 1205-1212.
- Patón, C. M.-R.-B.-G. (2018). El IMC durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(3), 215-224.
- Pérez, A., Custodio, A., & Arboleda, J. (2016). Período de gestación, talla y peso en recién nacidos de madres dominicanas y haitianas, Hospital Regional Dr. Antonio Musa, San Pedro de Macorís RD. *UCE Ciencia. Revista de postgrado*, 4(1).
- Rivas, E. E.-V. (2017). Estudio de concordancia entre las Escalas de ROSSO-MARDONES y ATALAH para la evaluación nutricional en embarazadas. . *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71.
- Rojas, O. C., Salas, P. J., & Vargas, O. R. (2017). Prácticas de autocuidado en mujeres embarazadas del centro de salud "Collique III Zona". *Comas*.

ANEXOS

Anexo 1: Plan educativo utilizado en el proyecto de investigación

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

PLAN EDUCATIVO	
FEBRERO	MARZO
CHARLA EDUCATIVA	CHARLA EDUCATIVA
TEMA: Nutrición en el embarazo	TEMA: Control Prenatal
Objetivo: Determinar la importancia de una adecuada alimentación en el periodo de gestación para la madre y el producto.	Objetivo: Consientizar a las gestantes sobre la importancia del control prenatal para contribuir a la disminución de complicaciones en el embarazo.
Temas:	Temas:
Factores de riesgo nutricionales Deficiencias nutricionales Consecuencias de la mala alimentación	Signos de alarma Como lograr un embarazo y parto saludable Preparación psicológica y física para el nacimiento del bebé.
Ejercicios: Pausa activa	Aeróbicos y ejercicios de respiración

Anexo 2: Consentimiento informado



Universidad Estatal
Península de Santa Elena

Carrera de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jessica Borbor Echeverría y Rebecca Ortiz Bobadilla, internas de enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, con la finalidad de contribuir con el siguiente trabajo de investigación: **"EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DEL PRODUCTO FETAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN.LA LIBERTAD 2019"**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y encuesta, así como de una valoración general; tomándose 15 minutos de su tiempo. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria; la información que se recoja será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación, sus respuestas serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas durante su participación, así mismo puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que esto lo perjudique. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.


Jessica Borbor Echeverría


Rebecca Ortiz Bobadilla


Encuestado

Anexo 3: Encuesta

MINISTERIO DE SALUD



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
CARRERA DE ENFERMERÍA
ENCUESTA NUTRICIONAL EN GESTANTES

TEMA: EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DEL PRODUCTO FETAL. CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN. LA LIBERTAD 2019.

FECHA: ____/____/____

Objetivo: Establecer la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad: ____ años

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Procedencia: _____

Estado Civil: _____

Altura: ____ cm **Peso inicial:** ____ kg

Peso actual : ____ kg **Circunferencia del brazo:** __ cm

IMC: _____ **Ganancia de peso:** _____ **Hemoglucotest:** _____

Nº hijos nacidos: 0 1 2 3 ó más

Nivel de instrucción: Sin estudios Primarios

Bachillerato Superior

DATOS NUTRICIONALES

¿Cómo considera que es su salud actual en el embarazo?

Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

¿Cómo considera que fue su alimentación antes del embarazo?

Equilibrada Bastante equilibrada Poco equilibrada Muy desequilibrada

¿Cómo considera que es su alimentación actual en el embarazo?

Equilibrada Bastante equilibrada Poco equilibrada Muy desequilibrada

Actividad física en un día típico (horas totales):

Horas tumbada o dormida: _____

Horas de actividades sentada: _____ Horas de actividades de pie o en movimiento: _____

INFORMACIÓN OBSTÉTRICA

Tipo de embarazo: Único Gemelar Triple o más

Semana de gestación: _____ semanas (2-42)

Paridad: 1º embarazo 2º embarazo 3º embarazo o más

Proximidad entre embarazos: <1 año ≥ 1 año Abortos previos: 0 1 >1

Antecedentes de bajo peso al nacer: Sí No

HÁBITOS

Tabaquismo: No Previo Activo Pasivo

Consumo de No Previo Puntual Frecuente

alcohol:

Consumo de **No** **Previo** **Puntual** **Frecuente**

drogas:

ESTADO FISIOPATOLÓGICO

Diabetes gestacional actual (con diagnóstico médico confirmado): **Sí** **No**

Enfermedades: **Problemas leves** **Una enfermedad grave** **Más de una enfermedad grave**

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Cuántas veces se alimenta al día:

menos de 3 veces **3 veces** **más de 5 veces**

Suplementación de la dieta:

Leche enriquecida en calcio/vitaminas **Fibra/Prebióticos**

Probióticos **Yodo/Sal yodada**

Ácido fólico/Vitamina B₁₂ **Hierro** **Polivitamínicos y minerales**

Ninguno

INFORMACIÓN DEL RECIEN NACIDO

Género:

Femenino **Masculino**

Peso del niño al nacer

2000-2500 **2500-3000** **3000-3500** **Otro:** _____

Anexo 4: Tablas y Gráficos estadísticos

Análisis e interpretación de resultados

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos mediante el procesamiento de datos tras la aplicación del instrumento de investigación, en el que se han considerado los gráficos estadísticos relevantes y que permiten el alcance de los objetivos propuestos; Nuestro estudio se estableció con una muestra de 105 pacientes donde se determinó lo siguiente:

Tabla y gráfico de la distribución de las gestantes según el rango de edad

EDAD DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración	f	%	
1	5	35 - 40	11	10
	4	30 - 35	13	12
	3	25 -30	17	16
	2	20 -25	24	23
	1	15 - 20	40	38
	Total		105	100

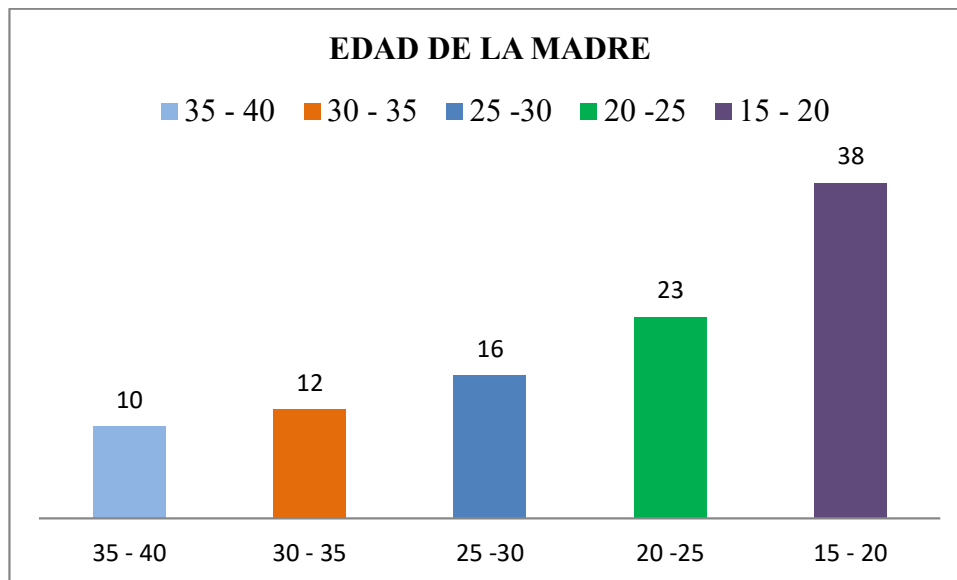


Gráfico N° 1 Distribución de las gestantes según el rango de edad

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Con relación a la edad de las personas encuestadas, se aprecia que las edades comprendidas entre 15 - 20 años poseen un 38%, donde se concentra la mayor cantidad de gestantes, en segundo lugar con un 23% el grupo de edades que oscilan entre 20 - 25 años; luego encontramos el grupo de personas que comprenden las edades entre 25 a 35 años con un 16%, por último están las gestantes adultas de 35 - 40 años con un 10%.

Tabla y grafico de la distribución de las gestantes según talla

TALLA DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
2	4	1,65 - 1,70	17	16
	3	1,60 - 1,65	26	25
	2	1,55 - 160	38	36
	1	1,50 - 1,55	24	23
	Total		105	100

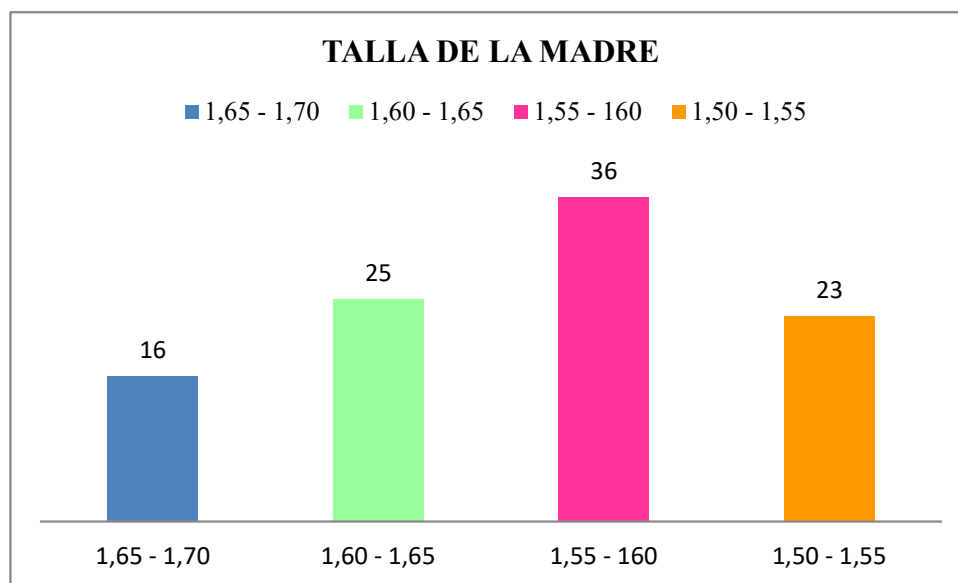


Gráfico N° 2 Distribución de las gestantes según la talla

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al aplicar la encuesta a las gestantes y preguntarles sobre su talla; 38 mujeres contestaron tener una talla entre 1,55 -160 arrojando un valor del 36%, 26 gestantes respondieron tener 1,60-1,65cm dando como resultado un 25%, dicho porcentaje es casi igual al de madres de 1,50- 1,55 con un 23% por último están las madres de 1,65-1,70 con total de 16%.

Tabla y Gráfico de la distribución de gestantes según peso inicial

PESO INICIAL DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
3	4	70 -80	8	8
	3	60 – 70	15	14
	2	50 – 60	30	29
	1	40 – 50	52	50
	Total		105	100

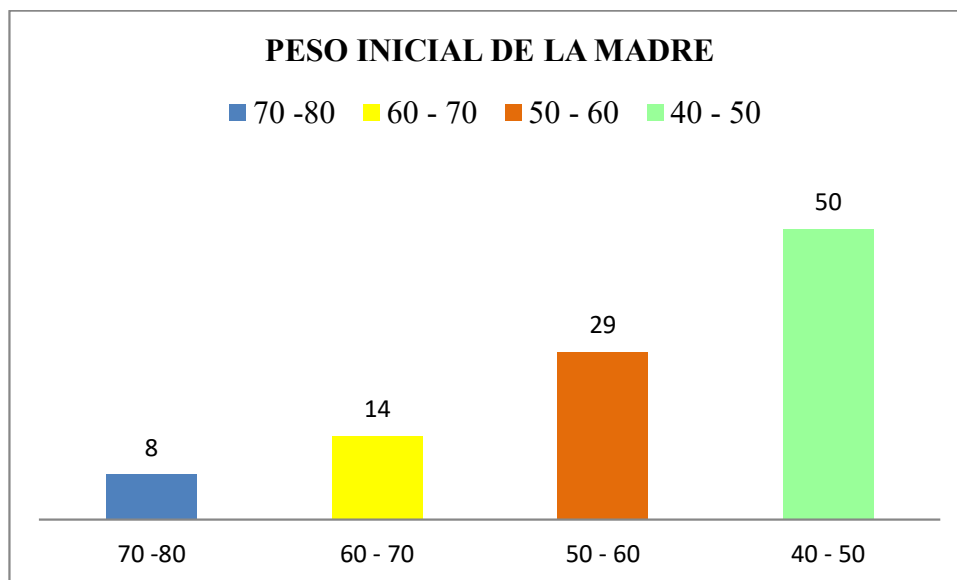


Gráfico N° 3 Distribución de los pacientes según peso inicial

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Podemos observar que un 49% corresponde a las gestantes que poseen un peso de 40 – 50 kg, luego con un 29% en la encuesta realizada encontramos a las gestantes con un peso de 50 – 60kg, en un 14% tenemos gestantes de 60 – 70 kg y por último están las gestantes con pesos entre 70 – 80 kg.

Tabla y Gráfico de la distribución de gestantes según IMC inicial

IMC INICIAL DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
4	4	Bajo peso	22	21
	3	Peso normal	58	55
	2	Sobrepeso	15	14
	1	Obesidad	10	10
	Total		105	100

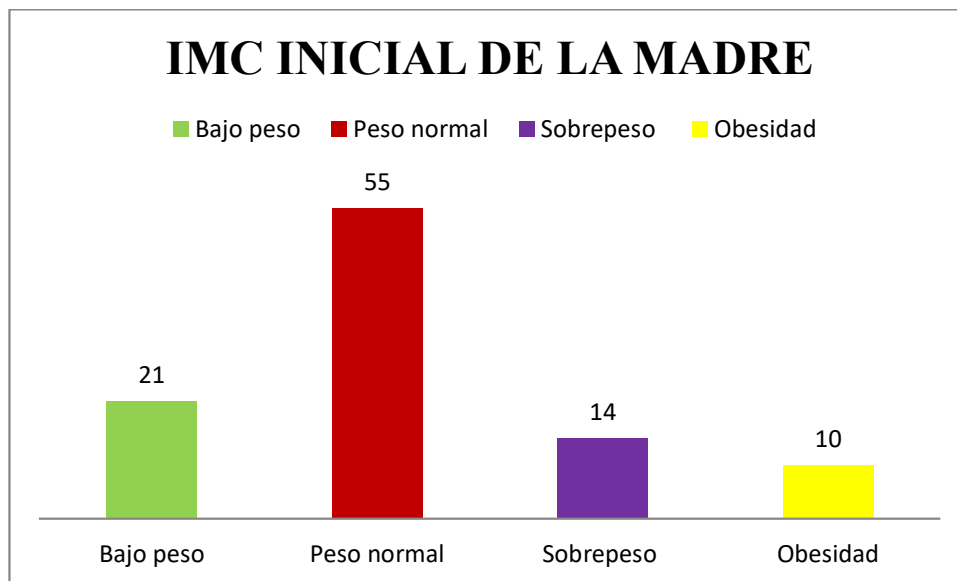


Gráfico N° 4 Distribución de los pacientes según IMC inicial

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En esta encuesta podemos observar que realizando el cálculo de IMC el 45% del porcentaje de gestantes se encuentran en la etapa de delgadez aceptable, seguido encontramos con un 25% a las gestantes con un índice de masa corporal normal, quiere decir que están acorde a los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud en la escala, luego encontramos el estado de sobrepeso con un 18% de gestantes y un 11% que corresponde a delgadez moderada. Así mismo observamos que hay un bajo porcentaje entre delgadez severa y pre obesidad.

Tabla y Gráfico de la distribución de gestantes según peso final de la madre

PESO FINAL DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
5	5	70 - 80	9	9
	4	60 -70	21	20
	3	50 -60	31	30
	2	40 - 50	44	42
	Total		105	100

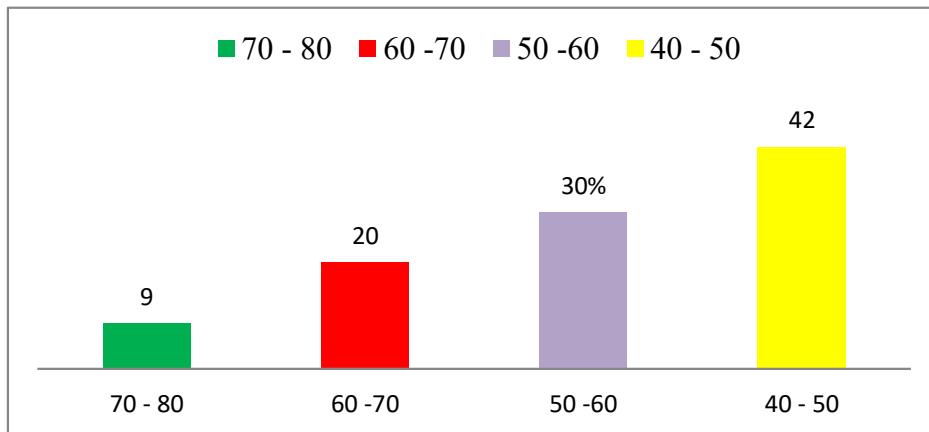


Gráfico N° 5 Distribución de los pacientes según peso final

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En la encuesta realizada analizamos que en esta pregunta encontramos gestantes con un peso de 40 - 50kg por parte de los encuestados que corresponde al 42%, seguido están las gestantes con un peso de 50 - 60 Kg que arroja un 30%, luego con un 20% las gestantes con peso entre 60 a 70 kg y finalmente con un 9% las que tienen pesos de 70 – 80 kg.

Tabla y Gráfico de la distribución de gestantes según IMC final de la madre

IMC FINAL DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
6	4	Bajo Peso	15	14
	3	Peso Normal	73	70
	2	Sobrepeso	13	12
	1	Obesidad	4	4
	Total		105	100

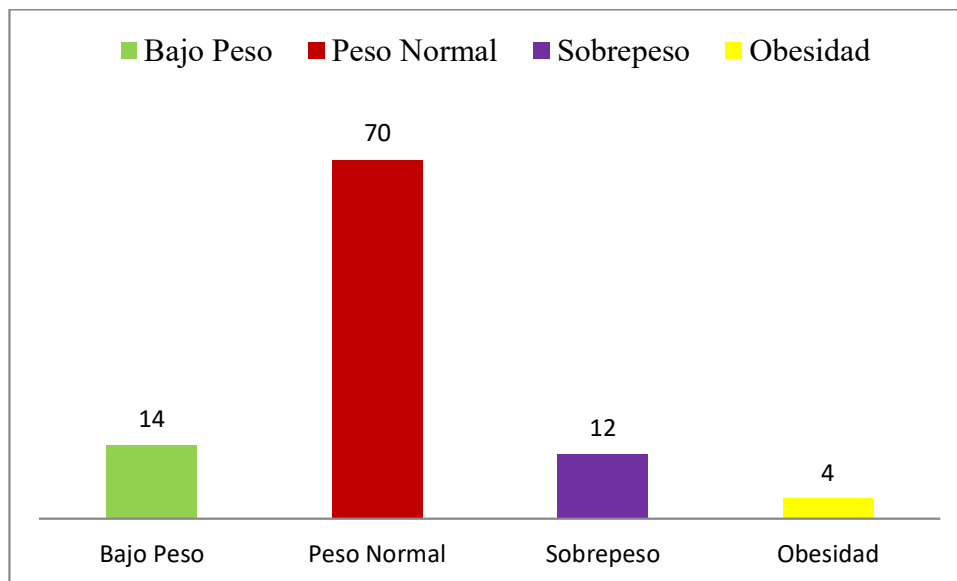


Gráfico N° 6 Distribución de los pacientes según IMC final

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En estos datos estadísticos podemos evidenciar el cumplimiento del segundo objetivo específico al proporcionar la prácticas alimentarias durante el embarazo, se pudo constatar que al recolectar los datos y al aplicar la fórmula de Índice de Masa Corporal el 59% de las madres encuestadas poseen un Índice de Masa Corporal normal acorde a los valores de referencia establecidos por la Organización Mundial de la Salud, seguido del 18%, pertenece a gestantes son sobrepeso, el 16% que pertenece a 19 encuestadas pertenece a gestantes con un Índice de Masa Corporal entre 17 – 18,49, dicho porcentaje se a reducido ya que aumentaron mujeres en Índice de Masa Corporal normal, el 4% y el 3% corresponde a sobrepeso y a delgadez moderada y se evidencia ni un caso de pre obeso.

Tabla y Gráfico de la distribución de gestantes según estado nutricional final de la madre

ESTADO NUTRICIONAL FINAL DE LA MADRE				
Pregunta	Valoración		f	%
7	5	<18,5	15	14
	4	18,5 - 24,9	73	70
	3	25 - 29,9	13	12
	2	30 - 34,9	4	4
	Total		105	100

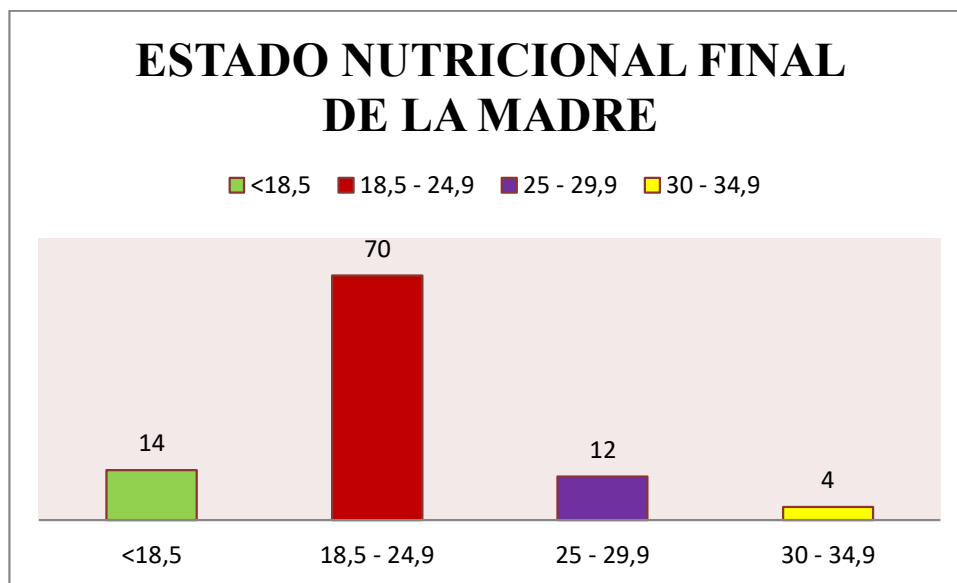


Gráfico N° 7 Distribución de las gestantes según estado nutricional final
 Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad
 Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al recolectar la información actual pudimos constatar que el Índice de Masa Corporal de la última recolección de datos, nos demuestra que un 59% de madres culminaron su embarazo con un índice de masa corporal normal que indica que tiene un estado nutricional saludable, un 18% finalizaron con un ligero sobrepeso, un 16% con delgadez aceptable, un porcentaje de 4% presentó pre obesidad, un 3% con delgadez moderada y un 0% delgadez severa al término de su embarazo. Se observó que hubo un incremento en el peso adecuado según para la edad gestacional, eso quiere decir que la mayoría de las madres siguieron las indicaciones por parte de los profesionales de la salud.

Tabla y Gráfico del peso del recién nacido

PESO DEL RN				
Pregunta	Valoración		f	%
8	5	Macrosomico	4	8
	4	Normopeso	38	73
	3	Bajo peso	10	19
	Total		52	100

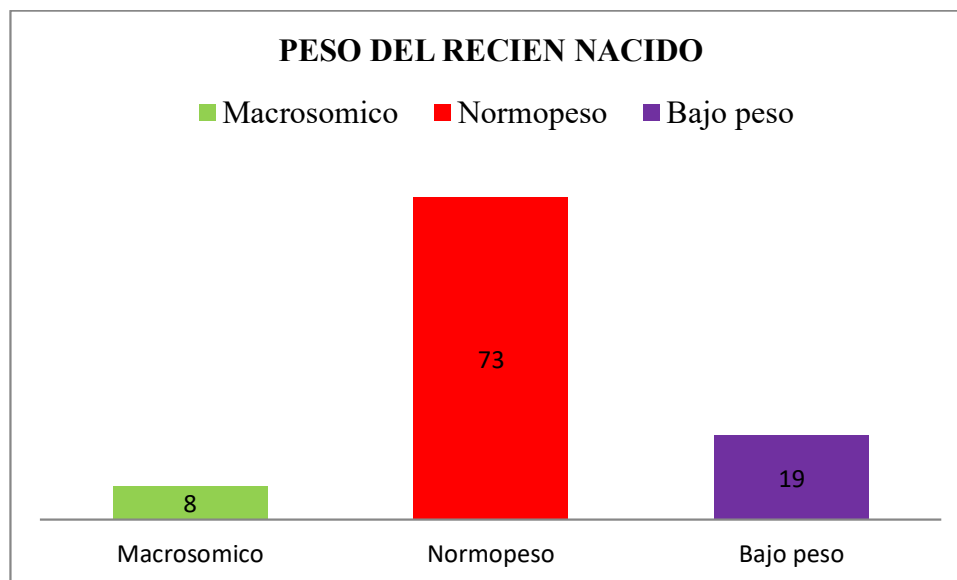


Gráfico N° 8 Distribución del Peso del Recién Nacido

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

En el gráfico se observa la distribución del peso al nacer, donde el 73% de recién nacidos tuvieron un peso entre 2500 a 4000 kg lo que significa que está dentro del peso normal o normopeso, el 19% de bebés equivale a un peso por debajo de 2500 kg lo que indica que tienen bajo peso y un 8% representa al grupo macrosómico que son los recién nacidos que tiene un peso mayor a 4000 kg, de esta manera se demuestra que el aumento de peso materno fue suficiente para así favorecer un buen desarrollo del producto.

Tabla de distribución de recién nacidos en relación con la ganancia de peso materno

GANANCIA DE PESO KG	NIÑOS BAJO PESO		NIÑOS NORMOPESO		NIÑOS MACROSOMICO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	
Menor de 9	8	80	11	28,9473684	0	0	19
9 o más	2	20	27	71,0526316	4	100	33
Total	10	100	38	100	4	100	52

Gráfico N° 10 Distribución de los recién nacidos en relación con la ganancia de Peso Materno

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Se representa la distribución de los recién nacidos con la ganancia de peso materno y se observa que de 19 gestantes con peso insuficiente, solo 8 niños fueron bajo peso que representa un 80 %; 11 recién nacidos tienen normopeso se observa en un 28,9% y un 0% de recién nacidos macrosómico. De 33 gestantes con una ganancia de peso de 9 o más kg, solo 2 recién nacidos tuvieron bajo peso que representa un 20%, 27 recién nacidos tuvieron normopeso en un 71,05%, y 4 bebés nacidos con un peso macrosómico que representa un 100%.

Evidentemente, al analizar las medidas del peso por grupos de estudio, el menor peso en las gestantes que tuvieron una ganancia de peso menor a 9 kg, lo que establece una diferencia de ganancia de peso que pone a favor a los recién nacidos con normopeso.

Tabla de distribución de los números de comidas al día

Número de comidas al día				
Pregunta	Valoración		f	%
10	3	> 5 de veces	63	60
	2	3 veces	30	29
	1	< 3 de veces	12	11
	Total		105	100

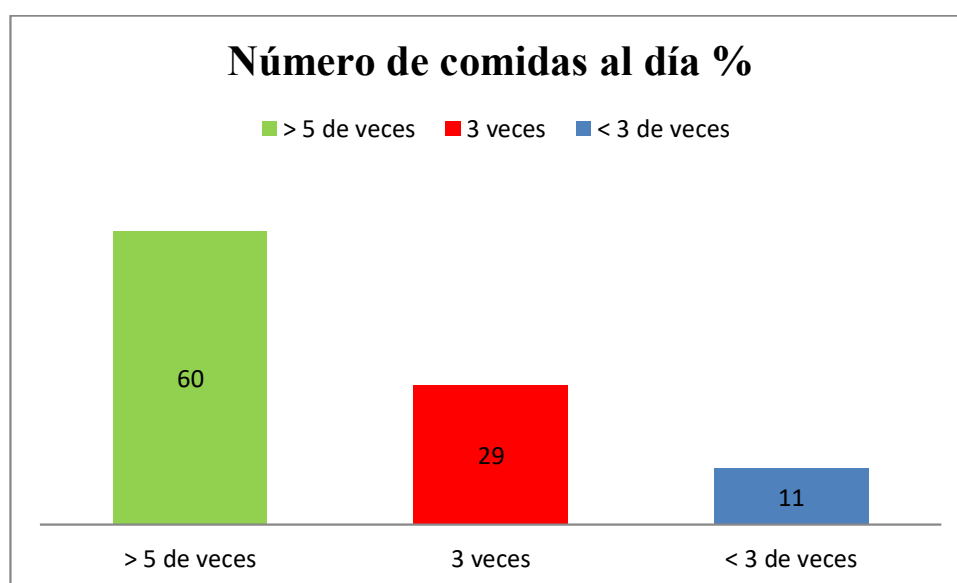


Gráfico N° 10 Distribución de número de comidas al día.

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

El cuadro indica que en esta pregunta encontramos que 63 gestantes respondieron que el número de comidas que reciben en 24 horas es de más de 5 veces al día lo cual representa un 60%, el 29% que corresponde a 30 encuestadas comen únicamente 3 veces al día y en un porcentaje del 11% lo que representa a 12 encuestadas, estas respondieron tener una alimentación menor de 3 veces al día lo que implica déficit de alimentos.

Tabla de distribución de recién nacido por género con diagnóstico de peso al nacer

GÉNERO DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE PESO AL NACER

GÉNERO	BAJO PESO	%	NORMAL	%	MACROSOMICO	%	TOTAL
FEMENINO	3	30	22	57,8947368	3	75	28
MASCULINO	7	70	16	42,1052632	1	25	24
TOTAL	10	100	38	100	4	100	52

Gráfico N° 13 Genero del niño con diagnóstico de peso al nacer

Fuente Centro de Salud Virgen del Carmen La Libertad

Elaborado por Borbor Echeverría Jessica Noemi; Ortiz Bobadilla Rebecca Lizbeth

Al relacionar el peso al nacer y el género se arrojó un 70% de bajo peso en neonatos de sexo masculino versus el 30% de bajo peso en neonatos de sexo femenino. Al analizar la variable de peso normal podemos observar que existe 22 Rn de sexo femenino con un peso acorde a los estándares de la Organización Mundial de la Salud el cual se evidencia con un 57% a diferencia de los Rn de sexo masculino con un 42%, así mismo analizamos la relación de los bebés macrosómicos donde el sexo femenino predominó con tres recién nacidos que significan un 75% y un recién nacido de sexo masculino el cual representa el 25%.

Anexo 7: Cronograma de presupuesto

ACTIVIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Bolígrafo	2	\$0,35	\$0,70
Lápiz	2	\$0,25	\$0,50
Borrador	2	\$0,30	\$0,60
Resma de hojas A4	2	\$3,50	\$7
Carpetas plásticas	2	\$0,40	\$0,80
Pen drive	2	\$10	\$20
Fotocopias	500	\$0,02	\$10
Anillado	2	\$1,25	\$2,50
Internet	5 meses	\$66	\$330
Impresiones	1000	\$0,10	\$100
Empastado	2	\$5	\$10
Transporte	180	\$0,30	\$45
Laptop	2	\$400	\$800
TOTAL			\$1,327.10

Anexo 8: Evidencia fotográfica

FOTO N°1 Aplicación del instrumento de estudio (encuesta)



FOTO N°2 Antropometria en embarazadas



FOTO N°3 Realización de Plan Educativo a las gestantes del Centro de Salud Virgen del Carmen.



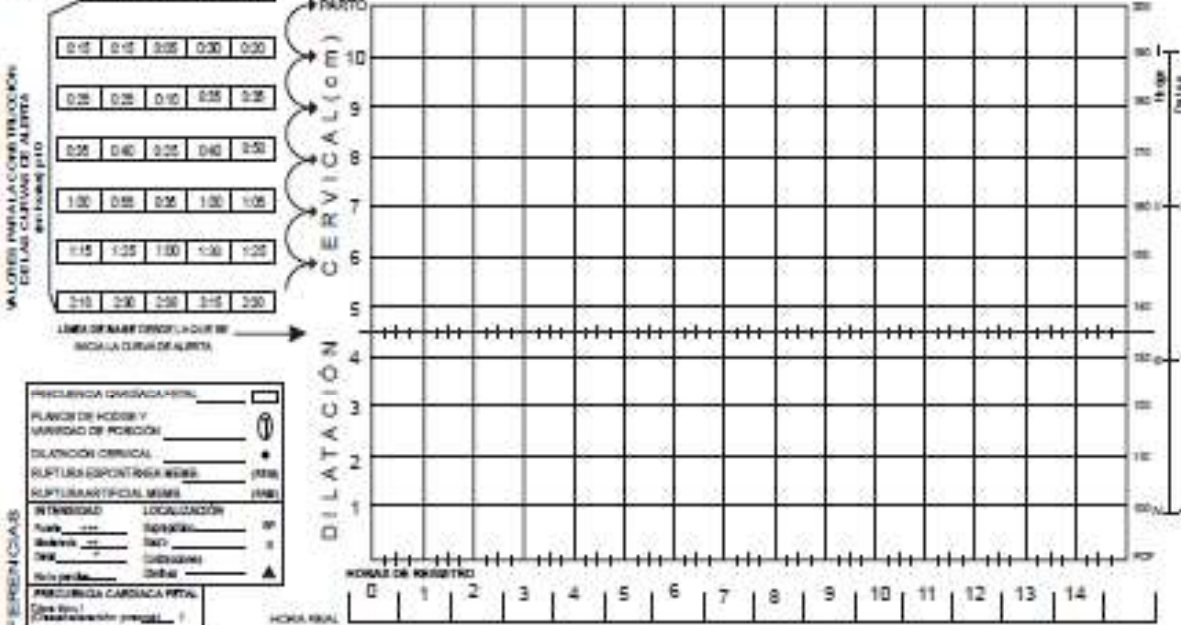
PARTOGRAMA

C.C. / R.C.U.

DDA	MM	AA

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL	
TIPO	TIPO	SIEMPRE	SIEMPRE
MM	MM	MM	MM
MM	MM	MM	MM

APELLIDO PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRES: _____



FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

PLAZO DE HCES Y UNIDAD DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMBRANAS

RUPTURA ARTIFICIAL MEMBRANAS

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Scale: _____

Localización: _____

Intensidad: _____

Localización: _____

Intensidad: _____

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Clase fetal I

Clase fetal II

Clase fetal III

Clase fetal IV

Clase fetal V

Clase fetal VI

Clase fetal VII

Clase fetal VIII

Clase fetal IX

Clase fetal X

Clase fetal XI

Clase fetal XII

Clase fetal XIII

Clase fetal XIV

Clase fetal XV

Clase fetal XVI

Clase fetal XVII

Clase fetal XVIII

Clase fetal XIX

Clase fetal XX

Clase fetal XXI

Clase fetal XXII

Clase fetal XXIII

Clase fetal XXIV

Clase fetal XXV

Clase fetal XXVI

Clase fetal XXVII

Clase fetal XXVIII

Clase fetal XXIX

Clase fetal XXX

HORA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
TIPO															
POSICIÓN MATERNA															
POSICIÓN FETAL															
ALICIA MATERNA															
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL															
DURACIÓN CONTRACCIONES															
FREC. CONTRACCIONES															
SEÑAL / Canal / línea															

VARIABLES CRÍTICAS CASOS DE RIESGO MEDIO

INDICADORES

ALTERACIONES

RECÉN NACIDO

MÉTODO CARIÓTIPO

ENFERMEDADES

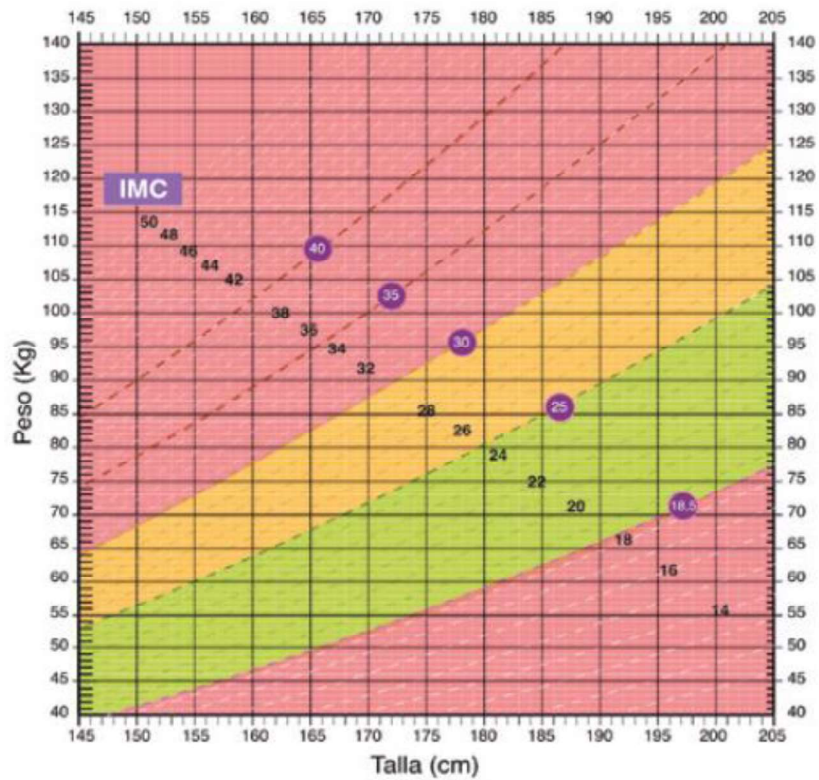
EGRESO RN

EGRESO MATERNO

AMNIOCESTOSIS

RESPONSABLE: _____

Curva de valoración del IMC preconcepcional o del primer trimestre



Fuente: Prenatal Nutrition for health professionals, Canadá 2012

Si presenta alguno de estos signos acuda al Centro de Salud de forma inmediata

- Dolor abdominal
- Palidez marcada
- Náusea y vómito frecuente
- Fiebre, escalofrío
- Dolor o ardor al orinar
- Hinchazón (edema) de las piernas, cara o manos
- Salida de líquido o sangre por la vagina
- Disminución o ausencia de movimientos del bebé dentro del útero
- Dolor de cabeza



El control prenatal identifica factores de riesgo o enfermedades que pueden afectar su embarazo y a su niño o niña

Es su derecho **exíjalo**

Actividad física

- La actividad física mejora la postura y alivia el dolor de espalda, tensión muscular, ayuda a prevenir el desarrollo de varices y hemorroides, facilita la recuperación después del parto, previene el aumento excesivo de grasa corporal, aumenta la aptitud, fuerza y flexibilidad generales.
- Se recomienda la natación, danza, baile, caminata.

Control de salud

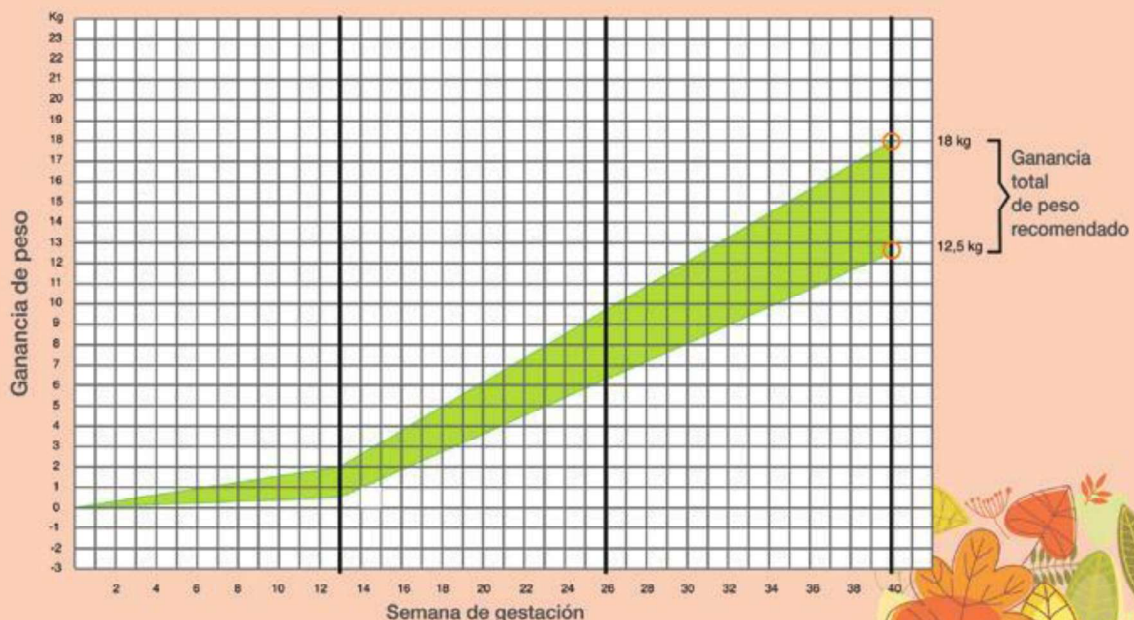
- El control de salud debe empezar dentro de los tres primeros meses de embarazo.
- Para prevenir la anemia tome diariamente hierro más ácido fólico.
- Durante los controles prenatales y después del parto solicite asesoría sobre planificación y métodos anti-conceptivos.
- Debe asistir mensualmente al control del embarazo.

Durante el parto

- Pida al doctor/a que corte el cordón umbilical cuando éste ha dejado de latir.
- Después del parto pida que le coloquen la inyección que evita el sangrado excesivo.
- Apenas nace su hijo debe permanecer en contacto con usted piel a piel.
- Aliméntelo con leche materna dentro de la primera hora después del parto.

La **mujer embarazada** debe realizar **actividad física** previa consulta médica

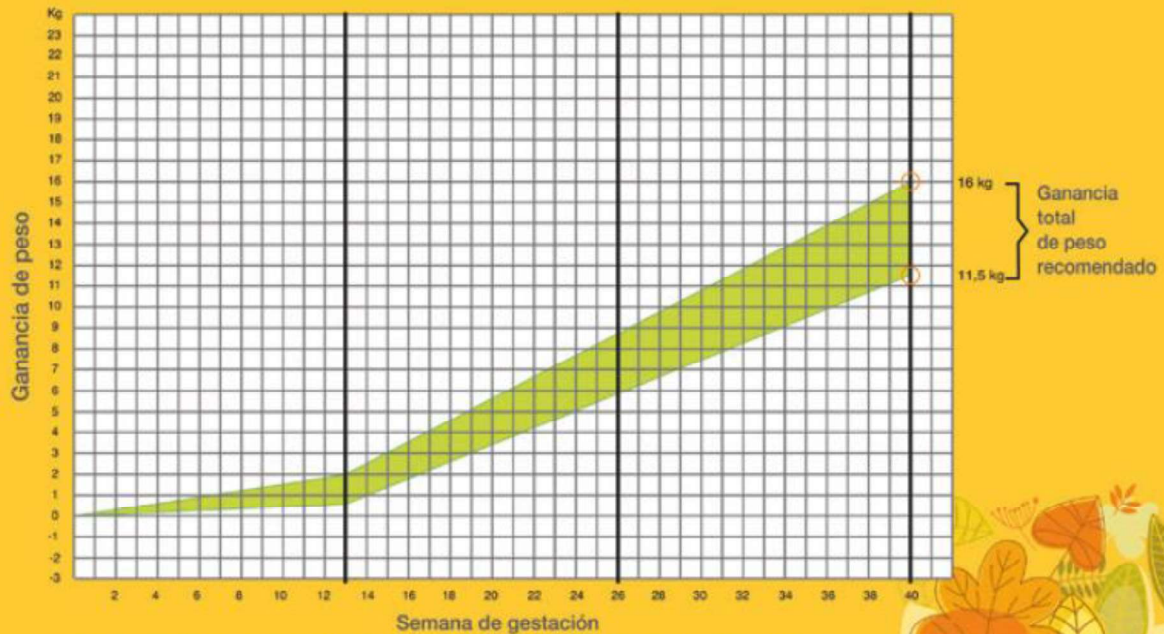
Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC preconcepcional bajo (< 18,5)



Ganancia semanal 0.44 a 0.58 Kg. en el segundo y tercer trimestre

Report Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine of National Academies IOM / 2009

Curva de valoración del peso preconcepcional normal IMC 18,5 - 24,9



Ganancia semanal 0.35 a 0.50 Kg. en el segundo y tercer trimestre
mujeres embarazadas de fetos múltiples deben ganar de 17 - 25 Kg.

Report Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine of National Academies IOM / 2009

Consejos para mantener o mejorar la ganancia de peso

Ganancia adecuada

Consumir diariamente:

- 3 porciones de frutas y 2 de verduras.
- Alimentos ricos en calcio como: leche, queso, yogur, chocho, col.
- Alimentos ricos en hierro como: carnes rojas, fréjol, lenteja, hojas verdes, acompañado con alimentos ricos en vitamina C como: guayaba, naranja, limón, piña.
- Alimentos como: pescado o aguacate que contienen ácidos grasos, omega 3 y omega 6.

Ganancia insuficiente de peso

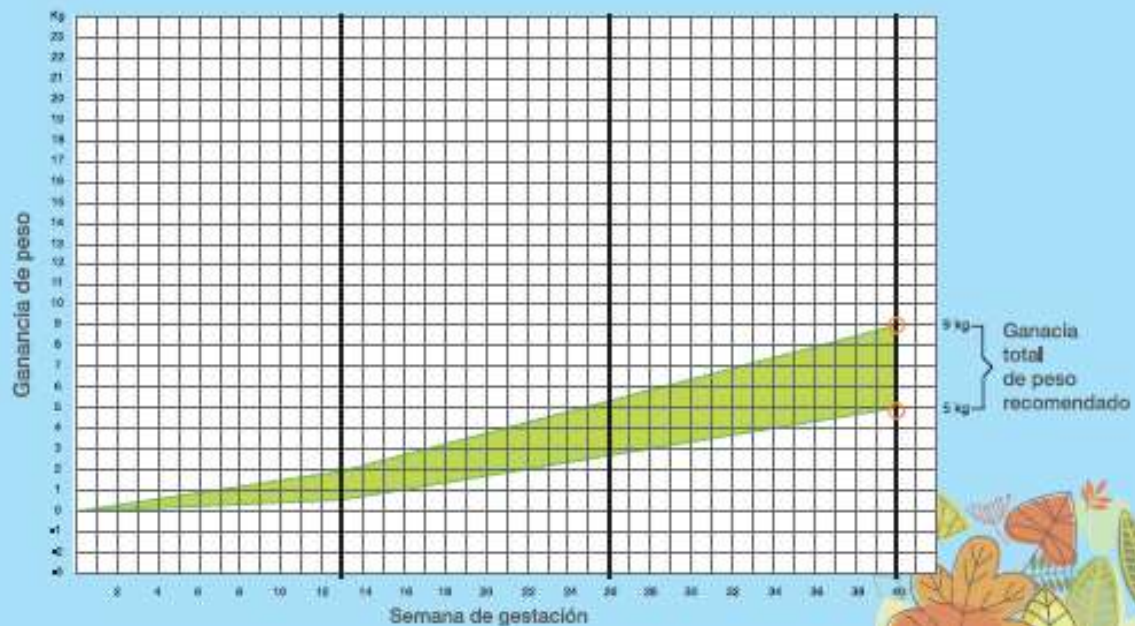
- Consumir 3 comidas principales más 2 o 3 refrigerios, que provean la energía y nutrientes necesarios. Ejemplo: fruta con yogur, chochos con tostado, bolón de verde con queso, entre otros.

Ganancia excesiva de peso

- Preferir el consumo de frutas y vegetales.
- Disminuir el consumo de alimentos y bebidas azucaradas como: gaseosas, jugos, snacks (cueritos, papas, chifles).
- Consumir con moderación alimentos ricos en grasa como: margarina o mantequilla.
- Preferir cocinar los alimentos: al vapor, al horno, asado, hervido.

Reducir el consumo de sal

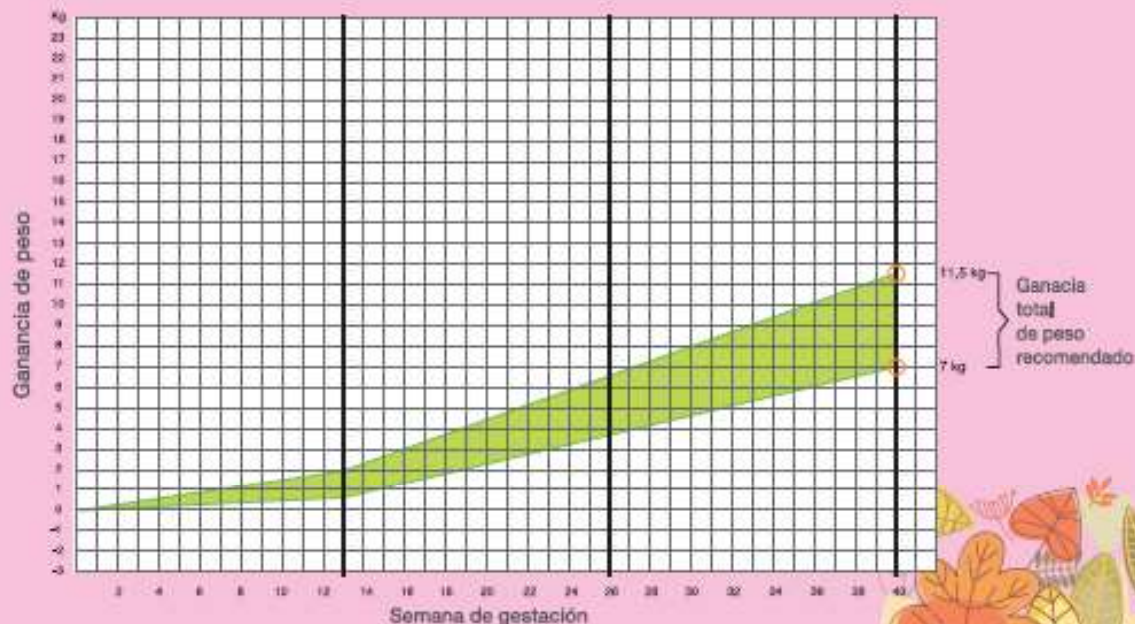
Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC preconcepcional obesidad > 30



Ganancia semanal 0.17 a 0.27 Kg en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples deben ganar de 11 - 19 Kg.

Report Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine of National Academies IOM / 2009

Curva de ganancia de peso en la mujer gestante con un IMC preconcepcional sobrepeso de 25 a 29,9



Ganancia semanal 0.23 a 0.33 Kg en el segundo y tercer trimestre embarazadas de fetos múltiples deben ganar de 14 - 23 Kg.

Report Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine of National Academies IOM / 2009

La Libertad, 24 de junio del 2020

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR ESA-2020

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado “**EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES Y SU INFLUENCIA EN EL PESO DEL PRODUCTO FETAL.CENTRO DE SALUD VIRGEN DEL CARMEN LA LIBERTAD 2019.**” elaborado por los estudiantes Srta. **ORTIZ BOBADILLA REBECCA LIZBETH** y la Srta. **BORBOR ECHEVERRÍA JESSICA NOEMÍ**, de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente **trabajo de investigación** ejecutado, se encuentra con el **5%** de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Elsie Saavedra Alvarado, Mgs.

DOCENTE TUTOR

