



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

**CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO ASOCIADO AL
ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CENTRO DE
SALUD SAN PABLO 2018-2019.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADO/A EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

**GONZABAY SANTOS GARY RENÉ
GUTIÉRREZ SALCEDO CARMEN CECILIA**

TUTORA:

LIC. BARROS RIVERA SARA ESTHER, MSc.

PERÍODO ACADÉMICO

2019-1

TRIBUNAL DE GRADO



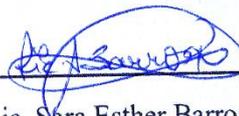
Econ. Carlos Alfredo Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



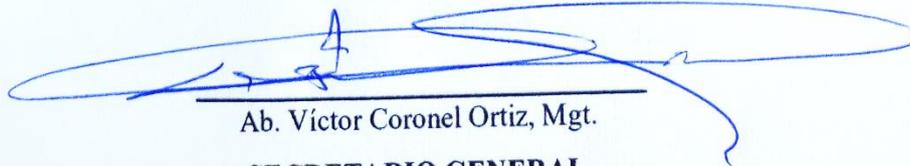
Lic. Alicia Cercado Mancero, PhD
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Yanelis Suárez Angerí, MSc.
PROFESOR DE ÁREA



Lic. Sara Esther Barros Rivera, MSc.
DOCENTE - TUTORA



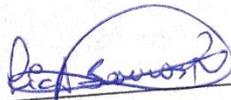
Ab. Víctor Coronel Ortiz, Mgt.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 20 de Junio del 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de investigación: "CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO ASOCIADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CENTRO DE SALUD SAN PABLO 2018-2019", elaborado por GONZABAY SANTOS GARY RENÉ Y GUTIÉRREZ SALCEDO CARMEN CECILIA, 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, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Lcda. Sara Esther Barros Rivera MSc.

TUTORA

AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo de investigación queremos agradecer:

A **Dios** por la vida y la oportunidad de estar al lado de las personas que más amamos.

A **nuestras familias** por el apoyo incondicional, siendo los principales promotores de nuestras metas, por incentivarnos cada día a no rendirnos frente a las dificultades, sino más bien a superarlas con actitud positiva, por confiar y creer siempre en nosotros y en nuestros ideales.

A la **Universidad Estatal Península de Santa Elena** por habernos aceptado ser parte de ella y darnos la oportunidad de formarnos como profesionales.

A **nuestros docentes** que nos brindaron sus conocimientos científicos para el desarrollo de una vida profesional exitosa.

A **nuestra tutora Lcda. Sara Barros Rivera, MSc.** por su orientación para la culminación de este proyecto de investigación.

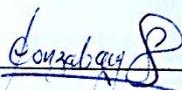
Al **Centro de Salud San Pablo** por darnos apertura para el desarrollo de este proyecto de investigación.

A **las gestantes participantes** que se les aplicó la encuesta, por brindarnos su tiempo e información necesaria para el desarrollo de nuestra tesis.

Gonzabay Santos Gary René
Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia

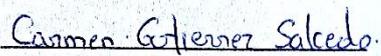
DECLARACIÓN

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



Gonzabay Santos Gary René

CI: 245017900-3



Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia

CI: 245019772-4

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	¡Error! Marcador no definido.
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO.....	iii
DECLARACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	5
1. Planteamiento del problema	5
1.1 Descripción del problema.....	5
1.2 Enunciado del problema	6
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos.....	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos.....	7
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico.	9
2.1 Marco Institucional.....	9
2.1.1 Marco Legal.....	10
2.2. Marco Contextual	12
2.2.1 Antecedentes Investigativos	12
2.2.2 Fundamentación Científica.....	13
2.2.3 Fundamentación de Enfermería.....	19

2.3 Pregunta de investigación, variables y operacionalización	21
2.3.1 Pregunta de investigación.....	21
2.3.2 Asociación empírica de variables	21
2.3.3 Operalización de variables	22
CAPÍTULO III.....	24
3. Diseño Metodológico	24
3.1 Tipo de Estudio.....	24
3.2 Universo y Muestra	24
3.3 Técnicas e Instrumentos	25
CAPÍTULO IV.....	26
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	26
4.2 Conclusiones.....	32
4.3 Recomendaciones	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
APENDICE Y ANEXOS	

RESUMEN

El crecimiento intrauterino retardado, se debe a la disminución del ritmo en el crecimiento fetal con relación a la edad gestacional por debajo del décimo percentil, dentro de su etiología se encuentra la ganancia inadecuada de peso durante el embarazo, por lo tanto es una causa de morbilidad y mortalidad perinatal. El objetivo del presente proyecto de investigación resultó determinar la asociación del estado nutricional materno con el crecimiento intrauterino retardado en las gestantes del Centro de Salud San Pablo. La metodología empleada es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal ya que conllevó al análisis de variables mediante la aplicación de la encuesta y respectivas curvas de medición nutricional maternas y fetales. El universo estuvo representado por 433 gestantes atendidas en la Unidad de Salud y la muestra estuvo conformada por 40 gestantes que se ajustaron a los criterios de inclusión. El 50% de las embarazadas presentaron un índice de masa corporal normal mientras que el 3% presento bajo peso y un mínimo de ellas se encontró con obesidad, lo que determinó una ganancia inadecuada del peso en un 25%. Se concluye tras evaluar la ganancia de peso según la edad gestacional que, 4 de ellas tienen fetos con crecimiento intrauterino retardado de tipo simétrico y 2 asimétrico, como consecuencia de la poca calidad nutricional.

Palabras claves: Crecimiento intrauterino retardado, ganancia inadecuada de peso, nutrición, percentil.

ABSTRACT

Intrauterine growth retardation is due to the decrease in the rate of fetal growth in relation to gestational age below the tenth percentile, within its etiology is the inadequate gain of weight during pregnancy, therefore is a cause of perinatal morbidity and mortality. The objective of this research project is to determine the association of maternal nutritional status with intrauterine growth retardation in pregnant women at the San Pablo Health Center. The methodology is based on a descriptive and cross-sectional quantitative approach, as it contains the analysis of variables through the application of the survey, and respective maternal and fetal nutritional measurement curves. The universe was represented by 433 pregnant women attended in the Health Unit, and the sample was made up of 40 pregnant women who met the inclusion criteria. 50% of the pregnant women presented normal body mass index, while 3% were underweight and a minimum of them presented obesity, which determined an inadequate weight gain of 25%. It can be concluded that after evaluating the weight gain according to the gestational age, 4 of them have fetuses with intrauterine growth retardation of symmetric type and 2 asymmetric, as a consequence of poor nutritional quality.

Key words: Intrauterine growth retardation, inadequate weight gain, nutritional, percentile.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento intrauterino retardado (CIUR) es la disminución del ritmo de crecimiento y desarrollo fetal a consecuencia de factores maternos, fetales y placentarios representando una causa de morbilidad y mortalidad perinatal de máxima importancia, pues por sus complicaciones origina un gran impacto en la salud neonatal e infantil a corto, mediano y largo plazo. La incidencia de estos casos en países desarrollados es de 6,9% y en los países en vías de desarrollo es de 23,81%. (Godoy & Zacur, 2010).

Esta problemática se asocia a varios factores entre ellos se menciona el factor nutricional materno, pues una mala nutrición antes o durante el embarazo afecta el crecimiento del feto contribuyendo al nacimiento de niños con talla y peso bajo, al igual que la ganancia inadecuada de peso, el consumo deficiente de hierro y la baja estatura en gestantes. (Ministerio de Salud Pública de Chile, 2015).

Ticona , Pacora , Huanco y Ticona (2014) Apoyaron este concepto, pues posterior a su estudio concluyeron que:

El 92% del retraso del crecimiento intrauterino se asoció con factores nutricionales, como la estatura materna inferior a 156 cm, el índice de masa corporal (IMC) materno inferior a 18.5 kg/m² y la anemia. Sin embargo, la anemia se asoció significativamente con retraso del crecimiento intrauterino cuando se encontraba en el rango de moderada a grave. (p. 731)

Bender y Núñez (2003) Del mismo modo evaluaron 264 casos con retraso del crecimiento intrauterino y 892 controles. Posterior al estudio los autores explican que “en relación a los indicadores nutricionales maternos, al caracterizar el estado nutricional según el IMC, una menor proporción de mujeres, (15%) fue clasificada como desnutrida (< 19,80); de estas 6% tuvieron hijos con CIUR”. (p. 282).

En el Ecuador, según cifras generadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el año 2012; el 55% de mujeres en edad fértil tienen sobrepeso y obesidad, mientras que el 1,9 % tiene bajo peso, el promedio de talla de la mujer ecuatoriana es de 151,2 cm; el 13,8% tiene menos de 145 centímetros, considerado como baja talla, además la

prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es de 15.4%. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

De tal manera, existen pocas investigaciones que aportan información sobre este problema de salud, entre ellas está la realizada en la unidad de neonatología del Hospital San Francisco de Quito, donde se estudió la frecuencia de esta enfermedad teniendo como resultado que 96 de 792 pacientes hospitalizados la presentan representando un 12.12%. (Martinez, 2017)

En el centro de salud San Pablo se atendieron un total de 433 gestantes en el transcurso del año 2018- 2019, de las cuales 40 son de alto riesgo por presentar problemas nutricionales como ganancia inadecuada de peso. El presente trabajo de investigación buscó exponer la asociación del estado nutricional de las gestantes que acuden al Centro de Salud San Pablo con el crecimiento intrauterino retardado evaluando el IMC de las gestantes, la ganancia de peso durante el embarazo y los datos biométricos del feto a partir de la última ecografía materna, con el fin de lograr un manejo clínico adecuado y un mejoramiento en la calidad de vida tanto de la madre como en el niño.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

El crecimiento intrauterino retardado se debe a la condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento pues este se encuentra por debajo del percentil 10, debido a varios factores. Tales como: Factor nutricional materno y la ganancia inadecuada de peso durante el embarazo. Una mala nutrición materna antes o durante el embarazo va a condicionar a una carencia fetal de substratos energéticos y no energéticos. Si la mala nutrición materna ocurre durante el tercer trimestre de embarazo, fundamentalmente tendrá repercusiones sobre el depósito de grasa corporal fetal. (Sapulveda E, Crispi, Pons & Gratasco, 2014)

Es a partir de esta condición materna que se presenta esta patología, pues este se da cuando la gestante muestra un estado nutricional bajo o una ganancia inadecuada de peso en el transcurso de su embarazo. Según la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal (FLAMP, 2013) afirma que:

En los países latinoamericanos la subalimentación materna constituye la principal causa de esta enfermedad, de ahí que el manejo nutricional de la embarazada durante el control prenatal, sea uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de éste. (p. 181)

Además por sus complicaciones a corto plazo, es una importante causa de mortalidad pues el bajo peso y talla al nacer se manifiesta con; aspiración de meconio, puntuación APGAR al primer minuto menor que en los recién nacidos con peso adecuado a la edad gestacional, hemorragia pulmonar, hipotermia e hipoglucemia. (Veintimilla , 2010).

En el centro de salud San Pablo se observó un total de 433 gestantes de las cuales 40 presentaban alto riesgo, debido a que tenían problemas nutricionales como ganancia inadecuada de peso. Esto se obtuvo tras la aplicación de la encuesta donde se les pregunto su estado socioeconómico y nutricional como; número de comidas al día, tipo de alimentos consumidos, número de controles prenatales y consumo de vitaminas en el embarazo.

Al analizar la información de la encuesta como resultado dio que el estado nutricional de 23 gestantes era adecuado pues llevaban una alimentación equilibrada y asistían a sus controles prenatales puntualmente. Mientras que 7 de ellas tenían sobrepeso debido a que su alimentación era inadecuada y las 10 restantes presentaban bajo peso, pues su estado socioeconómico era bajo y como consecuencia su alimentación era menor a las requeridas en el periodo de gestación, además que el número de controles prenatales en promedio eran de 1 a 2 en total.

Las consecuencias de que las gestantes tuvieran un control prenatal irregular, es el seguimiento inadecuado sobre el estado de salud materno-fetal y desconocimiento de la madre de cómo llevar su gestación adecuadamente tanto en la alimentación como en el consumo de suplementos vitamínicos que la beneficiara a ella y al desarrollo del bebé. Por ello se recomienda al personal de salud informar sobre la importancia de una alimentación adecuada y controles prenatales durante la gestación.

1.2 Enunciado del problema

Ante esta problemática se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre el estado nutricional de la gestante con el crecimiento intrauterino retardado?

1.3 Justificación

El crecimiento intrauterino retardado es una de las patologías perinatales con altos valores de incidencia según estudios realizados en América latina, por ende es un problema al que el sistema de salud presta atención priorizada, por sus consecuencias sobre la salud del feto y el recién nacido. Esta enfermedad está profundamente ligada a la ganancia inadecuada de peso, nutrición u obesidad en el embarazo. (Díaz , y otros, 2012)

De igual manera, Carvajal y Troncoso (2017) en Manual de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile mencionan que:

La desnutrición pre-concepcional produce una disminución del peso fetal de 400 a 600g. Cuando hay compromiso durante el tercer trimestre del embarazo se aprecia una disminución

del 10% del peso final del recién nacido comparado con aquellas madres bien nutridas. La desnutrición se asocia habitualmente a Retardo de Crecimiento Fetal leve o moderada, de comienzo precoz, con un feto simétrico y doppler umbilical normal. (p. 201).

Según estadísticas del Centro de Salud San Pablo de la provincia de Santa Elena, se registró un total de 433 gestantes, entre las cuales 40 están las de alto riesgo que presentaban ganancia inadecuada de peso, bajo peso, sobrepeso u obesidad en el periodo 2018- 2019, lo cual originó razones para ejecutar este trabajo de investigación con el fin de contribuir a la disminución del riesgo de CIUR desde el estado nutricional de la madre además ayudar en el mejoramiento de su calidad de vida.

Por otro lado, para afrontar esta situación es necesario que las gestantes reciban educación especializada sobre nutrición desde el inicio de su embarazo por parte de profesionales que laboran en el centro de salud con el fin de conseguir un estado nutricional óptimo y evitar ganancias de peso inadecuadas, desnutrición u obesidad.

1.4 Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la asociación del estado nutricional de las gestantes con el crecimiento intrauterino retardado en el Centro de Salud San Pablo 2018-2019.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Valorar el estado nutricional a través del índice de masa corporal de las gestantes.
- Identificar el número de gestantes con ganancia inadecuada de peso.
- Determinar el tipo de crecimiento fetal en las mujeres embarazadas participantes del estudio.

1.5 Viabilidad y factibilidad

La viabilidad de este proyecto de investigación se fundamentó en el apoyo y colaboración institucional por parte del Centro de Salud San Pablo; este permitió el uso de las instalaciones

para poder realizar la selección de la población (mujeres embarazadas). Es factible porque se tiene disponibilidad de los recursos necesarios para lograr los objetivos propuestos entre los que destacan las tablas y curvas de evaluación nutricional y programas informáticos como Excel, Word y Power Point. Además, se contó con la ayuda del profesional enfermero que labora en el centro de salud, para la realización de todas las actividades.

Por último favoreció a la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, por los datos obtenidos en dicho estudio que permitirán conocer las particularidades de este problema de salud sirviendo de apoyo a la docencia e investigaciones de futuros Licenciados en Enfermería.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico.

2.1 Marco Institucional

Estructura del Centro de Salud

En la comunidad de San Pablo de la provincia de Santa Elena se encuentra ubicado el Centro de Salud del mismo nombre perteneciente a la zona 5 - distrito N° 1; el cual brinda servicios de medicina general, odontología, gineco-obstetricia, enfermería, vacunación además cuenta con el área de estadística y farmacia, para ello cuenta con el apoyo absoluto de 11 profesionales de salud.

A este centro médico asiste la comunidad del sector y lugares aledaños; ya que se da atención integral al ser humano en sus distintos ciclos de vida como: mujer en edad fértil, binomio madre-hijo desde el embarazo, valoración del crecimiento y desarrollo del niño, adolescente, adulto joven y adulto mayor sanos o enfermos dando una atención primaria, enfocada a la promoción de salud y prevención de la enfermedad.

El centro de salud está conformado de la siguiente manera

- Medicina general: 3 consultorios.
- Odontología: 1 consultorio.
- Gineco-obstetricia: 1 consultorio.
- Enfermería: 1 departamento.
- Vacunación: 1 consultorio.
- Área de estadística: 1 departamento.
- Farmacia: 1 departamento.
- Nutricionista: 1 departamento.

2.1.1 Marco Legal

2.1.1.1. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.

Objetivo 1: “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. ”

Política 1.3.- Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria.

Política 1.4.- Garantizar el desarrollo infantil integral para estimular las capacidades de los niños y niñas, considerando los contextos territoriales, la interculturalidad, el género y las discapacidades.

2.1.1.2. Constitución de la República del Ecuador 2008.

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.

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

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

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (Ley No. 2002-100)

Derechos de supervivencia

Art 23.- Protección prenatal: se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada hasta noventa días después del parto, debiendo el juez disponer las medidas cautelares que sean del caso. El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña.

Art. 26.- Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral. Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Art. 29.- Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

- Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre;
- Diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo;
- Informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacido, especialmente a los niños y niñas a quienes se haya detectado alguna discapacidad;
- Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida.

2.2. Marco Contextual

2.2.1 Antecedentes Investigativos

Verdugo, Alvarado, Bastidas y Ortiz (2015). En su investigación desarrollada en el Hospital Universitario San José en Popayán-Colombia para el año 2013, con el objetivo de determinar la prevalencia, describir características y hacer una exploración de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad, afirman que “la prevalencia encontrada es de 20,15 % conformada por 79 neonatos de 392 evaluados. Un factor que se encontró con asociación positiva en las madres diagnosticadas fue la pobre ganancia de peso 63,29%”. (p. 49)

Granda (2015). En su estudio efectuado en el Hospital Vicente Corral, evaluó 116 madres adolescentes y RN que presentaban CIUR (casos confirmados) y 348 madres adolescentes y RN que no lo presentaban (3 controles gestacionales). Conforme al estudio los autores concluyen que:

El incremento de peso promedio materno durante el embarazo fue menor para los casos confirmados (9,8 Kg) que para los controles (12,5 Kg) y la ganancia de peso gestacional menor a 8 Kg, estableció diferencia estadística significativa como factor asociado a esta problemática coincidiendo con el estudio multicéntrico del Centro Latino-Americano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAPS)”. Los factores más frecuentes en las madres de niños con este problema de salud fueron: IMC al inicio del embarazo <18,5, incremento de peso gestacional <8 Kg, primer embarazo, primer parto, controles prenatales <5. (p. 102)

Cabezas Godoy y Canchingre Ponce (2018). En su estudio en el cual incluyó 150 neonatos con diagnóstico de CIUR de 2327 ingresados en la Unidad de Neonatología del Hospital General del IESS de Ibarra, durante el periodo comprendido del 01 de enero 2016 al 30 de abril 2018. Los autores concluyen que “la prevalencia fue de 6,44%, el 36% se relacionó a patologías cardiovasculares dentro de las cuales, las patologías hipertensivas representaron el 68.52% (37/54), el 29,33% (44/150) a las patologías urinarias, y el 3,33% (5/150) otras patologías”. (p. 29)

2.2.2 Fundamentación Científica.

2.2.2.1 Definición

El crecimiento intrauterino retardado consiste en la disminución del ritmo de crecimiento del feto mientras se desarrolla dentro del útero con un resultado menor del percentil 10 (p10), este tiene como consecuencia que el bebé no consiga alcanzar el tamaño previsto y por lo tanto, tenga más riesgo de padecer complicaciones perinatales e incluso de morir (Corrala, 2019).

Sin embargo, hay que diferenciar el CIUR con el concepto de PEG (Fetos Pequeños para la Edad Gestacional) ya que son aquellos cuyo peso se encuentra entre los percentiles 3 y 10, con una valoración anatómica dentro de límites normales, pruebas de bienestar fetal satisfactorias y persistencia del crecimiento dentro de los mismos percentiles durante la gestación. (Barrera, 2017).

2.2.2.2 Etiología

Algunas de las causas del crecimiento intrauterino retardado son: Factores maternos, fetales y placentarios.

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con el desarrollo del CIUR

FACTORES MATERNOS	FACTORES FETALES	FACTORES PLACENTARIOS
Trastornos hipertensivos: Preeclampsia, Hipertensión arterial crónica.	Prematuridad Gestaciones múltiples	Placenta previa
Trombofilias	Causas genéticas: Trisomías 13,18 y 21, Síndrome de Cri du Chat, Síndrome de Wolf Hirschhorn	Desprendimiento prematuro de la placenta
Trastornos autoinmunes: Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, Lupus eritematoso.		
Estilos de vida: Alcohol, tabaquismo, cocaína.	Malformaciones congénitas:	Placenta acreta

Fármacos: Wafarina, anticonvulsivantes, betabloqueadores.	Cardiopatías congénitas, onfalocele y gastrosquisis, hernia diafragmáticas, anencefalia	Infarto placentario
Enfermedades sistémicas Cardiopatías cianosantes Trastornos hematológicos, Diabetes pregestacional	Infección perinatal: Malaria, Toxoplasma, sífilis, chlamydia, tuberculosis, rubeola, VIH, varicela, herpes.	Placenta Circunvalada
Desnutrición u obesidad		Hematoma placentario
Edad Materna		Infecciones placentarias.
Nivel socio económico bajo	Enfermedades metabólicas	
Talla y peso materna bajo		

Fuente: Pimiento, L., & Beltrán, M. (2015). *Restricción del crecimiento intrauterino: Una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo*. *Rev Chil de Obstet Ginecol*, 80(6), 493-502.

2.2.2.3 FISIOPATOLOGÍA

La malnutrición materna antes de la concepción y durante el primer trimestre de embarazo va a condicionar alteraciones a nivel placentario con disminución de las vellosidades y consecuente carencia fetal de substratos energéticos y no energéticos durante el período de máxima multiplicación celular teniendo como resultado carencias fetales importantes. Si la malnutrición ocurre durante el tercer trimestre, cuando el ritmo de multiplicación celular es menor y se están constituyendo las reservas energéticas, fundamentalmente tendrá repercusiones sobre el depósito de grasa corporal. (Grisolía & Busselo, 2008).

2.2.2.4 CLASIFICACIÓN

Existen tres tipos de crecimiento intrauterino retardado: tipo I o simétrico, tipo II o asimétrico y tipo III o mixto.

Tabla 2. Clasificación del crecimiento intrauterino retardado.

Categoría	Tipo I –Simétrico	Tipo II- Asimétrico	Tipo III- Mixto
Causas	Intrínseco (genético) o extrínseco (infección intrauterina, drogas).	Extrínseco (patología materna).	Intrínseco (genético) o extrínseco (infección intrauterina, drogas).
Comienzo	Temprano < 28 semanas de gestación.	Tercer trimestre > 28 semanas.	
Órganos afectados	Microcefalia, disminución del cerebro e hígado.	Peso > longitud cerebro normal e hígado disminuido.	
Características celulares	Reducción en número (hipoplasia). Tamaño normal.	Reducción en tamaño (hipotrofia), número normal.	Se presenta entre la 17-32 semana de gestación, combinación de las dos.
Crecimiento placentario	Tamaño normal	Tamaño disminuido	
Índice ponderal	Normal	Disminuido	
Diámetro Biparietal	Pequeño	Normal	
Circunferencia abdominal	Pequeña	Pequeña	
C. abdominal; C. craneal	Proporción	Desproporción	

Fuente: Jiménez, J. (2017). *Restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia; ¿Entidades completamente independientes?.* MED.VIS, 30(3), 9-12.

2.2.2.5 CONSECUENCIAS

Entre las consecuencias del CIUR encontramos las que se presentan durante el periodo fetal y neonatal:

Tabla 3. Consecuencias del crecimiento intrauterino retardado.

Consecuencias en el periodo fetal	Consecuencias en el periodo neonatal
<ul style="list-style-type: none">• Muerte intrauterina.• Asfixia perinatal.• Prematuridad.• Bajo Peso al Nacer (BPN).• Infección congénita (si la etiología es infecciosa).• Hemorragia postparto.	<ul style="list-style-type: none">• Hipoglicemia.• Hipocalcemia.• Policitemia.• Enterocolitis necrotizante• Enfermedad de la membrana hialina.

Fuente: Rybertt, T., Azua, E., & Rybertt, F. (2016). Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencias a largo plazo. *Rev.Med.Clin.Condes*, 27(4), 509-513.

2.2.2.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del crecimiento intrauterino retardado se lo realiza mediante:

Identificación de factores de riesgo por historia clínica

Según la Asociación Mexicana de Ultrasonido en Medicina AMUSEM, (2016). La historia clínica y la anamnesis en cada control prenatal se vuelven unas herramientas oportunas para recabar información remota y próxima sobre elementos normales, mórbidos personales y familiares. Además, nos permiten identificar factores asociados a alguna patología por tal motivo juegan un papel significativo en el diagnóstico del CIUR. Se considera que la recurrencia de esta enfermedad en los siguientes embarazos es de un 29% para el segundo embarazo y de un 44% si los dos primeros han estado afectados.

Evaluación del incremento ponderal materno.

Para evaluar el estado nutricional materno se emplea la “Curva para la valoración del índice de masa corporal pregestacional hasta el primer trimestre”, usando el Índice Peso/Talla (IPT) o el IMC pregestacional y se registran los cambios eligiendo la gráfica de ganancia de peso en gestante acorde a la evaluación nutricional. El propósito de estas

gráficas, es vigilar en forma sistemática y adecuada, la ganancia de peso de la mujer, disminuir los riesgos causados por el deficiente o excesivo peso, estimular la atención integral e incorporar la asesoría nutricional de cada gestante. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

Estimación del incremento de la altura uterina

La altura uterina (AU) es un reflejo del crecimiento fetal y se correlaciona con la edad gestacional, se debe medir en cada control prenatal a partir de las 20 semanas. Si la altura uterina está por debajo del percentil 10 debe sospecharse restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios, feto en transversa, madre enflaquecida, mal cálculo de la edad gestacional o mala técnica de medición de la AU. (Barrera & Salamea, 2017).

Antropometría fetal ecográfica

En la ecografía de 20 a 24 semanas, se efectúa una medición de segmentos corporales, básicamente con los siguientes parámetros: Diámetro Cefálico Biparietal (DBP) y Diámetro Fronto Occipital (DFO), Circunferencia Abdominal (CA) y Longitud Femoral (LF). Es imprescindible verificar que las mediciones biométricas sean normales para la edad gestacional, con el fin de detectar alguna anomalía. Mientras que en la ecografía de 30 a 36 semanas se valora alteraciones del crecimiento fetal, permitiendo identificar aquellos fetos pequeños o grandes para la edad gestacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

Cálculo del percentil de crecimiento

Según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, para calcular el percentil de crecimiento fetal se puede usar los parámetros de la circunferencia craneal, abdominal y longitud del fémur. También se puede usar la tabla de Hadlock para comparar el crecimiento fetal usando el peso del feto según la ecografía y la edad gestacional. Los que tienen un peso por debajo del percentil 3 (p3) presentan un riesgo aumentado por sí solos, por lo que se incluyen directamente en el grupo de fetos con crecimiento restringido. (FASGO, 2017).

2.2.2.7 TRATAMIENTO

En el tratamiento del crecimiento intrauterino retardado se recomienda mantener reposo en el hospital o en el hogar debido a que ayuda a mejorar la circulación hacia el feto, aumentar la nutrición materna puede aumentar el peso gestacional y el crecimiento fetal y en caso de presentarse peligro en la salud del feto, puede ser necesario un parto prematuro. Para lo cual se deberá indicar un esquema de maduración pulmonar con esteroides entre las semanas 24 y 34. Los esteroides de elección para producir maduración pulmonar fetal son: betametasona: 12 mg intramuscular por dos dosis cada 24 horas y dexametasona: 6mg intramuscular por cuatro dosis cada 12 horas. (Stanford Children´s Health , 2019)

2.2.2.8. Alimentación y nutrición de la mujer gestante

En el periodo de embarazo la mamá experimenta diferentes estados físicos y fisiológicos, en los cuales la alimentación juega un papel importante en la formación y desarrollo del feto. Por ende, la alimentación debe ser completa y variada, adecuarse a esos cambios con el fin de satisfacer las necesidades nutricionales de la madre y del bebé, además el coste de la producción de la leche materna. En la mayoría de los casos las futuras mamás y las lactantes deben consumir más calorías que las mujeres no gestantes. (Dapcich y otros , 2004).

2.2.2.9. Ganancia de peso en la mujer durante el embarazo

La ganancia de peso en niveles menores a los recomendados se asocia con incremento de mortalidad infantil, bajo peso de nacimiento, menor crecimiento y desarrollo del niño, por lo que se recomienda que la gestante con bajo peso gane 1 libra por semana. Para determinar la ganancia individual de peso durante el embarazo es necesario evaluar el IMC preconcepcional o del primer trimestre. Debe comunicarse a la mujer embarazada los rangos de ganancia adecuado de peso, reconociendo que ocurren variaciones individuales. Una mujer que no gana suficiente peso durante el embarazo presenta mayor riesgo de tener un niño/a con retardo del crecimiento o de bajo peso al nacer, por lo que se recomienda evitar dietas que promuevan pérdida de peso en el embarazo. (Ostiguin & Ramos, 2011).

2.2.2.10. Malnutrición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) definen como malnutrición a toda la gama de afecciones relacionadas a las carencias, los excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Por tanto, a nivel individual, la malnutrición es consecuencia de los dos extremos opuestos: déficit o exceso de ingesta de nutrientes y energía en relación con los requerimientos diarios necesarios de cada individuo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

2.2.2.11. Problemas nutricionales más frecuentes durante el embarazo

Ganancia inadecuada de peso: Si la mujer embarazada con peso bajo o normal antes del embarazo no incrementa su peso en la cantidad y ritmos recomendados, posiblemente no estará consumiendo una adecuada cantidad y calidad de alimentos. Por lo tanto, se incrementarán las posibilidades de que el bebe nazca con bajo peso y con un menor desarrollo, haciéndolo más vulnerable a las enfermedades de infancia y a enfermedades crónicas en edad adulta. (Anguizaca, 2015)

Anemia nutricional: el aporte ineficiente de alimentos ricos en hierro en la alimentación diaria de la gestante, puede inducir a la anemia por deficiencia de hierro con signos o síntomas como palidez, falta de energía, decaimiento, desmayos. En este caso se requerirá el consumo de suplementos de hierro además de una alimentación con carnes y alimentos de origen vegetal ricos en hierro. La deficiencia de hierro durante el embarazo se relaciona con mayor riesgo de mortalidad materna, bajo peso al nacer, mayor probabilidad de anemia en el niño, bajo crecimiento y desarrollo cognitivo del infante. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

2.2.3 Fundamentación de Enfermería

2.2.3.1 Teoría Marjorie Gordon “Valoración por Patrones Funcionales”.

Según la Fundación para el Desarrollo de las Enfermeras, el profesional de enfermería para realizar funciones que no son propias, necesita de una herramienta muy útil denominada

Proceso de Atención de Enfermería, en donde la valoración juega un papel importante en dicho proceso. Existen diferentes tipos de valoración dependiendo del modelo o teoría enfermera, en esta investigación se utilizó la “valoración por patrones funcionales” postulada por Marjorie Gordon quien define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología. (Enfermeras, 2015).

La valoración de estos patrones brinda al enfermero una importante cantidad de datos relevantes de la persona ya sea físicos, psíquicos, sociales o del entorno en que se desarrolla, de una manera sistemática lo que facilita el análisis de los mismos. Si los patrones valorados son funcionales o eficaces, describen un nivel óptimo de funcionamiento; implican salud y bienestar, por el contrario, si describen situaciones que no responden a las normas o a la salud esperadas de una persona, son disfuncionales y se definen como problemas de salud, pues limitan la autonomía del individuo, la familia y/o la comunidad. (Rosales, 2016)

Los 11 Patrones Funcionales son: Patrón 1: Percepción de la salud, patrón 2: Nutricional/metabólico, patrón 3: Eliminación, patrón 4: Actividad/ejercicio, patrón 5: Sueño/descanso, patrón 6: Cognitivo/perceptivo, patrón 7: Autopercepción/auto concepto, patrón 8: Rol/relaciones, patrón 9: Sexualidad/reproducción, patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés y patrón 11: Valores/creencias. (Puerta, 2018).

Esta teoría guarda relación con el presente trabajo de investigación debido a que se valora la percepción y manejo que la mujer embarazada tiene sobre ciertos problemas de salud que pueden aparecer en esta etapa, esto se relaciona con el patrón N°1, conforme al patrón N°2 se valora el estado nutricional, el tipo de alimentos consumidos en el embarazo, la ingesta de suplementos vitamínicos, además de la evolución del peso en el transcurso del embarazo.

2.2.3.2 Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Orem define el objetivo de la enfermería como: “ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que

la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. Dorothea E. (Campos, 2016).

Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

- ✓ Teoría de autocuidado.
- ✓ Teoría del déficit de auto cuidado.
- ✓ Teoría de los sistemas de enfermería: Identifica dos tipos de sistema; el sistema de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo, el sistema de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona auto cuidado y el sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (Rivera, 2016).

Esta teoría se relaciona con el presente trabajo de investigación ya que según los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta se pudo evidenciar que las gestantes no tenían conocimiento de cómo mantener una adecuada nutrición el embarazo.

2.3 Pregunta de investigación, variables y operacionalización

2.3.1 Pregunta de investigación.

¿Cómo incide el estado nutricional de las gestantes en el crecimiento intrauterino retardado del feto en las embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Pablo?

2.3.2 Asociación empírica de variables

Variable independiente: Estado nutricional materno:

- Número de comidas al día.
- Alimentos de consumo en el embarazo.

- Medidas Antropométricas.
- Ingesta de suplementos vitamínicos
- Número de controles prenatales.

Variable dependiente: Crecimiento y peso fetal:

- Peso fetal según edad gestacional por percentil.
- Perímetro cefálico según edad gestacional por percentil.
- Perímetro abdominal según edad gestacional por percentil.
- Longitud del fémur.

2.3.3 Operalización de variables

Variable independiente: Estado nutricional materno

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS
ESTADO NUTRICIONAL	Número de comidas al día	3 veces al día
		4 veces al día
	Alimentos de consumo en el embarazo	5 veces al día
		Lácteos
	Ingesta de suplementos vitamínicos	Huevos
		Carnes
		Legumbres
		Ácido fólico
		Calcio
		Hierro más ácido fólico
		Multivitaminas y minerales
		Ninguno
ESTADO PONDERAL	Medidas Antropométricas	Talla
		Peso actual
		Peso pregestacional
		Ganancia de peso

CUIDADO PRENATAL	Número de controles	2
	prenatales durante el	3
	embarazo	5 o más

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary Rene; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

Variable dependiente: Crecimiento y peso fetal

DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
ANTROPOMETRÍA FETAL ECOGRÁFICA	Peso fetal según edad gestacional por percentil	Percentil 3
		Percentil 10
		Percentil 50
		Percentil 90
		Percentil 97
	Perímetro cefálico según edad gestacional por percentil	Percentil 5
		Percentil 50
		Percentil 95
		Percentil 5
		Percentil 50
Perímetro abdominal según edad gestacional por percentil	Percentil 50	
	Percentil 95	
	Percentil 95	
Longitud del fémur	Percentil 6	
	Percentil 60	
	Percentil 96	

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary Rene; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

CAPÍTULO III

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Estudio

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva y de corte transversal:

Cuantitativo: Porque permitió el análisis de las variables mediante sus respectivas técnicas y tablas de medición, al mismo tiempo para recabar más información de dichas variables, se optó por la revisión de historias clínicas y aplicación de encuestas. Posteriormente, el manejo de estas herramientas fue un importante apoyo para elaboración de cuadros y tablas estadísticas de los resultados obtenidos. (Cegarra, 2019)

Descriptivo: Se logró medir la información recolectada a través de la observación, encuesta y tablas, además permite examinar relaciones y características entre determinadas enfermedades y variables de interés, por tal motivo sirvió para el análisis del vínculo entre el retardo de crecimiento intrauterino y el estado nutricional materno. (Valdivia , 2008)

Transversal: Porque se realizó con una población definida, en un tiempo específico y en relación con la evaluación del estado nutricional materno. (Iglesias , 2015)

3.2 Universo y Muestra

Universo: El universo de este proyecto abarcó a 433 mujeres embarazadas que acuden a consulta gineco-obstétrica del centro de salud San Pablo en el periodo 2018-2019.

Muestra: Corresponde a 40 embarazadas, que luego de la socialización del consentimiento informado aceptaron participar en la investigación.

Tipo de muestra: No probabilística, pues las gestantes fueron seleccionados en función de su condición nutricional.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio a mujeres embarazadas que:

- Asistan a consulta de gineco-obstetricia del Centro de Salud San Pablo.
- Deseen participar.
- Cursen semana gestacional mayor o igual a 18.
- Presenten estado nutricional inadecuado.

Criterios de exclusión: Se exceptuaron de esta investigación a mujeres embarazadas que:

- No asistan a consulta de gineco-obstetricia del Centro de salud San Pablo.
- No deseen participar.
- Cursen semana gestacional menor a 16.

3.3 Técnicas e Instrumentos

Técnicas

En este trabajo de investigación se utilizó técnicas de observación directa ya que se obtuvo información proporcionada por las gestantes a partir de la encuesta aplicada, e indirecta por que se utilizó datos generados en las consultas gineco-obstétricas contenidos en la historia clínica materna. Los instrumentos empleados para el desarrollo de este estudio fueron: encuesta y curvas de valoración nutricional materna y fetal difundidas por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Fuente primaria: Encuesta

Conforme a los objetivos planteados en la investigación, esta técnica permitió recoger información socio- demográfico, obstétrica, enfermedades, conocimientos que posee la mujer respecto a su embarazo, estado nutricional materno antes y durante el embarazo como también el cuidado prenatal de las 40 pacientes que decidieron participar en el estudio.

Fuente primaria: Análisis documental

Se revisó historias clínicas de las gestantes, en las cuales se encontró información sobre detalles obstétricos completos, número de controles prenatales y evolución del estado nutricional materno. La ecografía fetal por su parte proporcionó datos biométricos fetales para poder evaluar el crecimiento y peso.

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e interpretación de resultados.

Una vez analizado e interpretados los resultados del proyecto de investigación se evidencia que:

Al evaluar el IMC en las gestantes se corrobora que el 2% de la muestra de estudio presentó bajo peso, el 50% peso adecuado de acuerdo a las tablas descritas por la Organización Mundial de la Salud seguido del tiempo gestacional de las señoras, el 33% presentó un sobre peso, mientras que el 15% se encontró con obesidad.

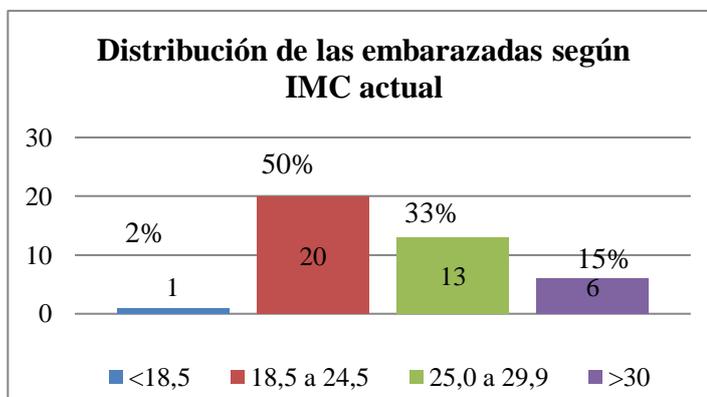


Gráfico 1: Distribución de las embarazadas según IMC actual

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de Salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René

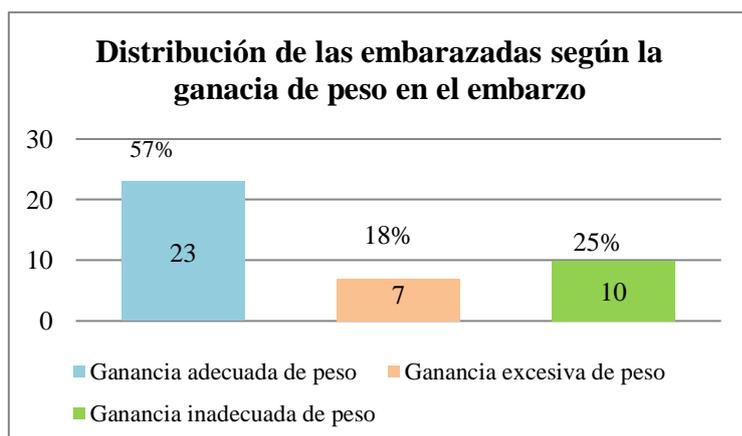
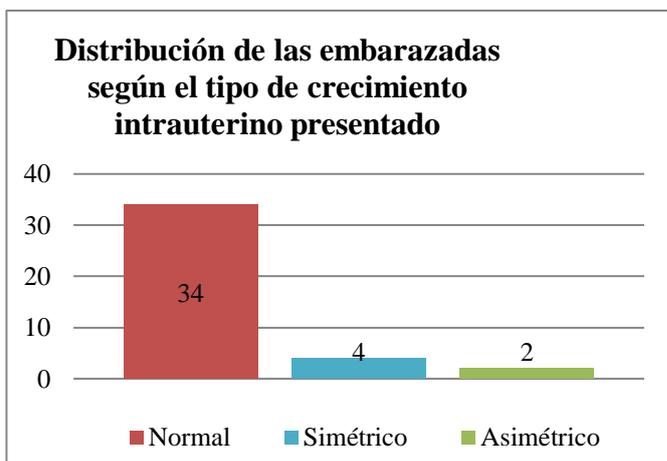


Gráfico 2: Distribución de las embarazadas según la ganancia de peso en el embarazo.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de Salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

De acuerdo a los resultados obtenidos, tras valorar la ganancia de peso en las embarazadas se demuestra que en el 57% es adecuada, en el 18% es excesiva y el 25% es inadecuada, pues la ganancia de peso promedio fue menor a 8 kg. Esto se realizó mediante la curva de ganancia de peso según la edad gestacional del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.



Al determinar el tipo de crecimiento fetal en las mujeres embarazadas, el 85% presentan un crecimiento normal del feto, mientras que el 10% muestran fetos con CIUR de tipo simétrico y el 5% presentan fetos con CIUR de tipo asimétrico.

Gráfico 3: Distribución de las embarazadas según el tipo de crecimiento intrauterino presentado.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René

En el gráfico 4 se puede observar que, de la población total de 40 gestantes encuestadas, el 28% son adolescentes de edades entre 14 a 19, 70% son adultas jóvenes entre 20 a 35 y 3% son adultas entre 36 a 64 años.

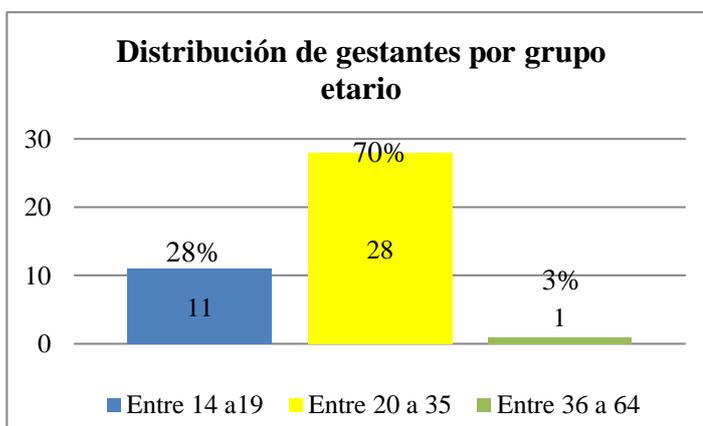
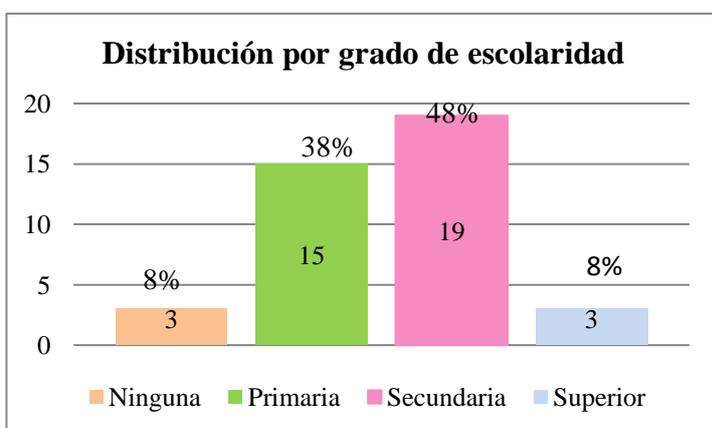


Gráfico 4: Distribución de gestantes por grupo etario.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.



En relación con el grado de escolaridad según el gráfico 5 muestra que, el 8% no tienen ningún tipo de educación escolar, el 38% tienen instrucción primaria, 48% han estudiado hasta secundaria y el 8% restante manifestó haber cursado la instrucción superior.

Gráfico 5: Distribución por grado de escolaridad.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

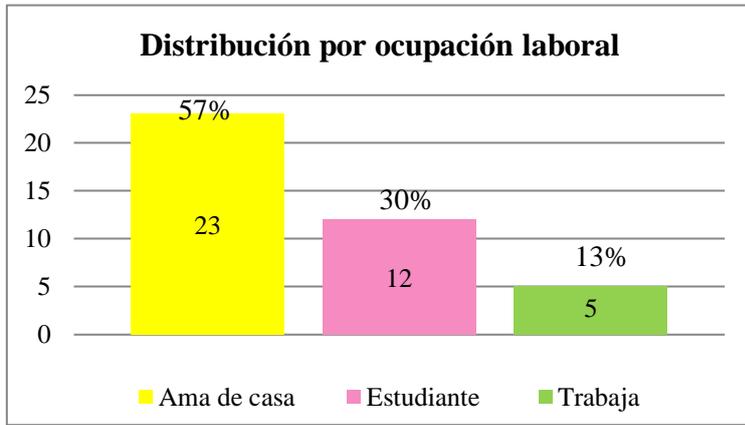


Gráfico 6: Distribución por ocupación laboral.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

En el gráfico 6 se evidencia que, el mayor porcentaje fue representado por amas de casa con 58%, seguido de estudiantes con 30% y 13% de mujeres que trabajan en diferentes actividades como empleos públicos y privados.

En cuanto al nivel socioeconómico se observa que, el 85% tienen un estado socioeconómico medio y el 15% bajo. Este último guarda directa relación con el padecimiento del crecimiento intrauterino retardado.

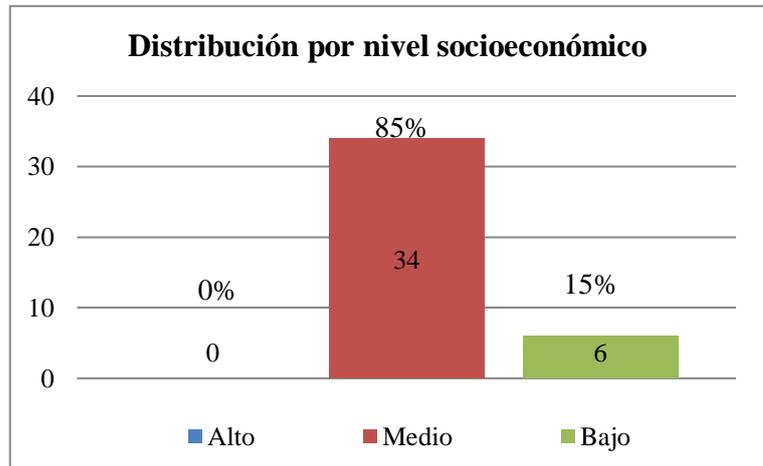


Gráfico 7: Distribución por nivel socioeconómico.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

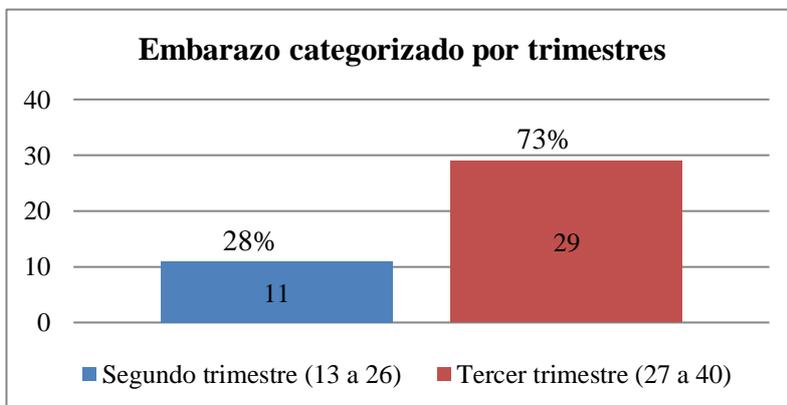


Gráfico 8: Embarazo categorizado por trimestres.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

Tras categorizar a las gestantes por trimestre de embarazo se evidencio que un 28 % cursaban el segundo trimestre que corresponde entre las semanas 13 a 26 de gestación y el 73% en el tercer trimestre que empieza entre la semana 27 a 40 de gestación.

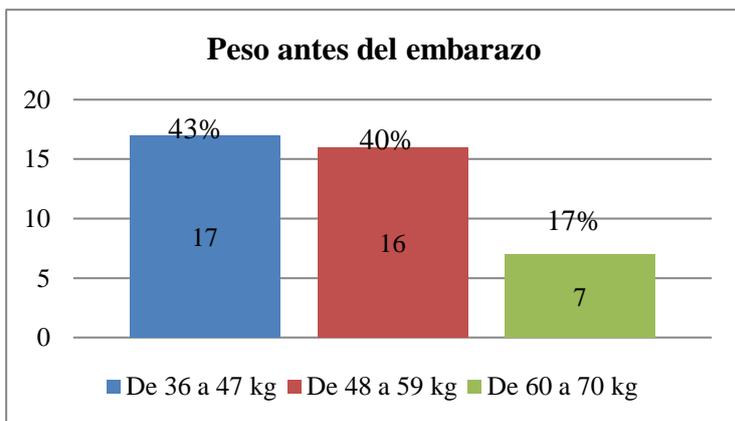


Gráfico 9: Peso antes del embarazo.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

El gráfico 9 indica que el 43% de las embarazadas se encontraban con un peso entre 36 a 47 kg al inicio de su embarazo, el 40% entre 48 a 59 kg y el 17% entre 60 a 70 kg. Estos datos ayudaron para poder evidenciar la ganancia de peso que tuvieron durante el embarazo.

En el gráfico 10 se pudo constatar que la talla baja en gestantes está presente en un rango elevado pues hay un 65% que mide de 142 a 152 centímetros, entre ellas las que presentaron CIUR. Sabiendo que la talla inferior a 156 cm es un factor determinante del CIUR.

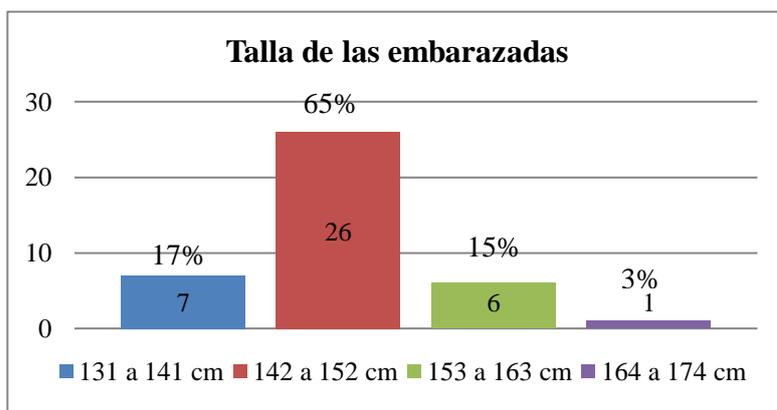


Gráfico 10: Talla de las mujeres embarazadas.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

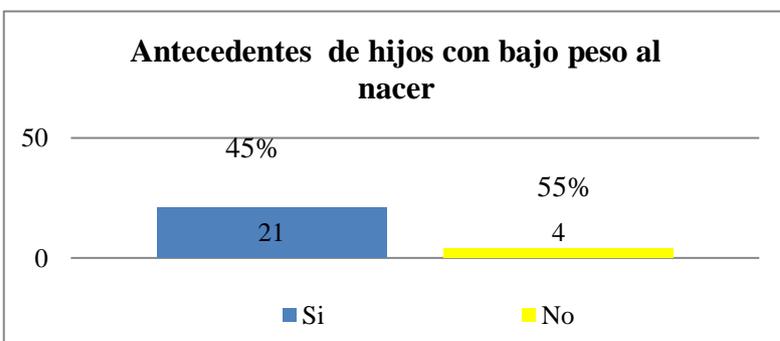


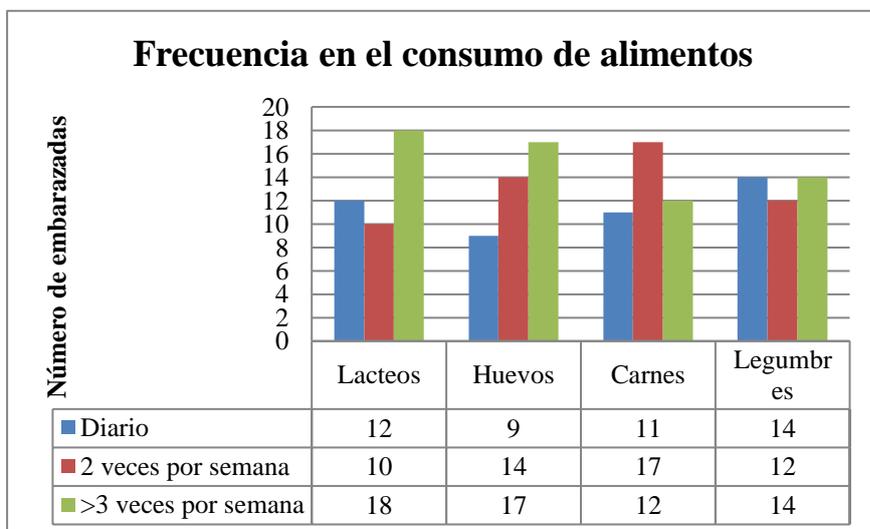
Gráfico 11: Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

En cuanto a las madres con antecedentes de hijos con bajo peso al nacer se observa que el 55 % de las embarazadas no ha tenido hijos con bajo peso al nacer, mientras que el 45% si lo ha tenido. En cuanto al último porcentaje se puede

manifestar de forma indirecta que hay un número considerable de gestantes tuvieron niños con bajo peso al nacer, el cual es una razón válida para esta investigación ya que el bajo peso al nacer es una de las complicaciones del CIUR.



Se observa que 12 gestantes consumen lácteos diariamente, 10 los consumen 2 veces por semana y 18 los consumen más de 3 veces por semana; 9 embarazadas consumen huevos diariamente, 14 los consumen 2 veces por semana y 17 los consumen más de 3 veces por semana; 11 embarazadas consumen carnes diariamente, 17 las consumen 2 veces por semana y 12 las consumen más de 3 veces por semana; 14 embarazadas consumen legumbres diariamente, 12 las consumen 2 veces por semana y 14 las consumen más de 3 veces por semana.

Gráfico 12: Frecuencia en el consumo de alimentos.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

Por lo tanto, se puede concluir que pocas embarazadas consumen a diario los alimentos mencionados anteriormente.

El 45 % de las 40 encuestadas manifestaron consumir 3 comidas al día, el 40% cuatro comidas al día y el 15% cinco comidas al día durante su embarazo. Por lo tanto se concluye que hay una inadecuada ingesta en el número de comidas ya que lo recomendable es realizar 4 a 5

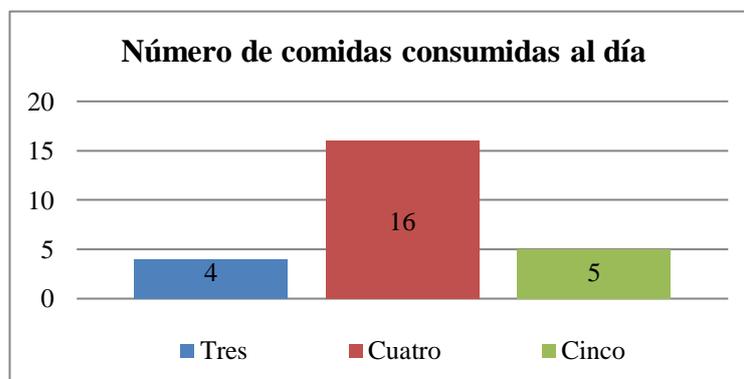


Gráfico 13: Número de comidas consumidas al día.

Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo

Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

comidas diarias.

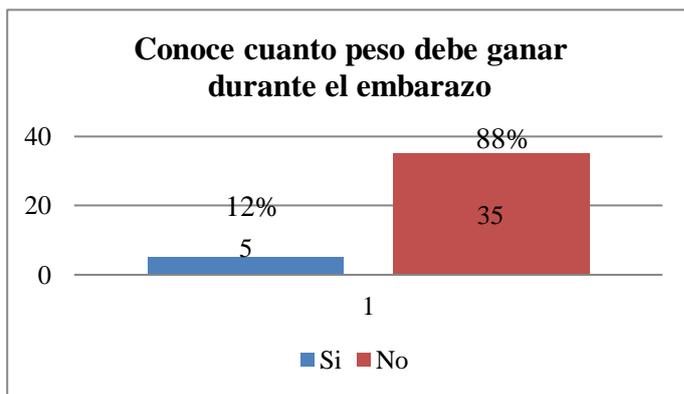


Gráfico 14: Conoce cuanto peso debe ganar durante el embarazo.
 Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo
 Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

Conforme a este gráfico se distingue que el 88% de 40 embarazadas no conoce cuanto peso debe de ganar durante su embarazo, no obstante, hay un 12% que si conoce. Por lo tanto, se concluye que existe un porcentaje significativo de desconocimiento sobre este tema por falta o poca información proporcionada del personal de salud hacia las gestantes además hay

posibilidad de que sufran desnutrición, sobrepeso u obesidad.

En cuanto a la ingesta de suplementos vitamínicos 31 embarazadas mencionaron haber consumido ácido fólico durante su embarazo mientras

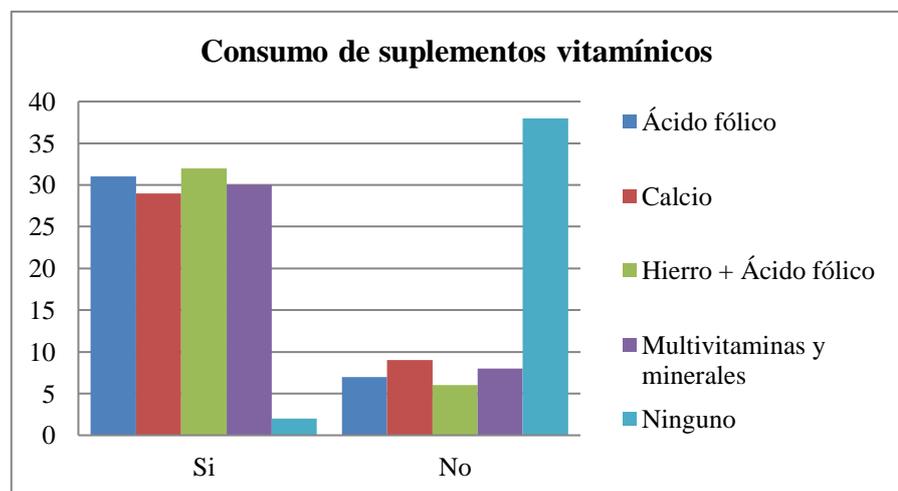


Gráfico 15: Consumo de suplementos vitamínicos.
 Fuente: Encuesta aplicada a gestantes del Centro de salud San Pablo
 Elaborado por: Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia; Gonzabay Santos Gary René.

que 7 mencionaron no haberlo hecho, 29 respondieron haber consumido calcio, mientras 9 respondieron no haberlo hecho, 32 consumieron el hierro + ácido fólico, mientras 6 no lo han hecho, entre estas se encontraron 2 con CIUR. Respecto al consumo de Multivitaminas y minerales 30 indicaron si consumirlo, por el contrario 8 indicaron no consumirlo. Se encontró además 2 gestantes que no han consumido ningún suplemento vitamínico.

4.2 Conclusiones

- Al evaluar el índice de masa corporal el 50% de las embarazadas presentaron un IMC normal mientras que el 3% presento bajo peso y un mínimo de ellas se encontró con obesidad, lo que determinó una ganancia inadecuada del peso en un 25%.
- Según las curvas de ganancia de peso de la mujer gestante, de las 40 gestantes evaluadas, 23 presentaron una ganancia adecuada, 7 excesiva y 10 ganancia inadecuada de peso para su edad gestacional, de estas últimas, 6 manifestaron CIUR debido a que en el transcurso de su embarazo, la ganancia de peso fue menor a 8kg.
- En relación a el tipo de crecimiento fetal, el cual se evaluó mediante los datos biométricos fetales contenidos en la ecografía de segundo o tercer trimestre de embarazo, se encontró que 34 fetos presentaron crecimiento normal, 4 fetos mostraron CIUR de tipo simétrico cuya característica principal es la disminución de forma proporcionada de sus segmentos corporales (perímetro craneal, abdominal y femoral) y 2 fetos con CIUR de tipo asimétrico los cuales se caracterizan por que el perímetro abdominal es menor a fetos con edad gestacional similar.
- Posterior al análisis de los resultados obtenidos de los gráficos y de cada objetivo específico se puede concluir que el estado nutricional materno se asocia de manera directa al crecimiento intrauterino retardado, debido a que una carencia de nutrientes esenciales durante el embarazo va causar una ganancia de peso inadecuada y por ende incidir en el crecimiento y desarrollo inapropiado del feto.

4.3 Recomendaciones

- Se recomienda al personal enfermero, médico y obstétrico que labora en el Centro de Salud San Pablo a orientar a las gestantes y a sus familiares sobre la importancia de una ganancia adecuada de peso según el estado nutricional presentado en su embarazo mediante el consumo de alimentos de manera equilibrada.
- Se sugiere que los profesionales de salud que laboran en el Centro de Salud San Pablo a educar a las gestantes sobre la importancia del control ginecológico continuo, con el fin de poder evidenciar a través de los controles la ganancia de peso, y las condiciones en que se encuentra su organismo, lo cual evitara que se presenten complicaciones durante el parto y posterior a este.
- Una vez diagnosticado el tipo de CIUR se debe explicar a los padres y familiares, la naturaleza de la enfermedad, la secuencia de los eventos y las posibles repercusiones tanto para la vida fetal como para en neonato.
- Por último los resultados obtenidos en este trabajo de investigación deben de servir de para el apoyo educativo de las investigaciones de futuros de Licenciados de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguizaca, S. (2015). Estrategias para disminuir la influencia de los factores de riesgo con el retardo de crecimiento intrauterino, en mujeres gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia. Guaranda: Hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- Asociación Mexicana de Ultrasonido en Medicina. (2016). Anomalías fetales: diagnóstico y atención oportuna. *Revista Mexicana de Ultrasonido en Medicina*. Año VIII(28), 31-32.
- Barrera, C., & Salamea, T. (2017). Frecuencia de restricción de crecimiento intrauterino en embarazadas en el período 2014 - 2015 en el Hospital "José Carrasco Arteaga". Universidad del Azuay, Facultad de Medicina, Cuenca (Ecuador).
- Bender, E. (2003). Consumo calórico, estado nutricional materno y retraso de crecimiento intrauterino. Cuba: *Cad. Saúde Pública*.
- Cabezas Godoy, B., & Canchingre Ponce, K. (2018). Restricción de crecimiento intrauterino asociado a factores de riesgo maternos, en el Servicio de Neonatología del Hospital General IESS Ibarra en el periodo de Enero 2016 - Abril 2018. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Campos, J. (2016). La estenosis aortica`s blog. Caracas: Hospital de Caracas.
- Carrascosa, A. (2003). Crecimiento intrauterino: factores reguladores. Retraso de crecimiento intrauterino. *An Pediatr*, 58(Supl 2), 55-73.
- Carvajal Cabrera , J. A., & Ralph Troncoso , C. A. (2017). Restricción de Crecimiento Fetal. En J. A. Carvajal Cabrera, & C. A. Ralph Troncoso, *Manual de Obstetricia y Ginecología* (VIII ed., págs. 198-209). Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cegarra, G. (2019). Estudios descriptivos; tipos fases y ventajas. Buenos Aires: Olavarría.
- Corrala, D. (2019). Crecimiento intrauterini retardado. Venezuela: Universidad de Bolivar.
- Dapcich, V., Salvador Castell , G., Ribas Barba, L., Pérez Rodrigo, C., Aranceta Bartrina, J., & Serra Majem, L. (2004). *Guía de la Alimentación Saludable*. Madrid : Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
- Díaz , C., Rodríguez, A., Amores, I., Sáenz, M., Dueñas, D., & Luaces, A. (jul.-set. de 2012). Aspectos relevantes de la restricción del crecimiento intrauterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3).
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. (2017). Actualización de consenso de obstetricia FASGO 2017: "RCIU (Restricción del crecimiento intrauterino)".
- Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal. (2013). Evaluación de las implicaciones del retardo del crecimiento intrauterino. En D. Ávila, R. Fescina, &

- R. Romero, Libro Homenaje al Prof. Dr. Samuel Kichmer (Primera ed., págs. 179-185). Guayaquil, Guayas, Ecuador: FLAMP.
- Fundación para el Desarrollo de las Enfermeras . (2015). Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Fundación para el desarrollo de las enfermeras., 8.
- Godoy , G., & Zacur , M. (2010). Restricción de crecimiento intrauterino. Causas, características clínicas y evaluación de los factores asociados a la policitemia asintomática. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 49 (3). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752010000300006
- Granda, R. D. (2015). Factores maternos biológicos asociados al retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) en hijos de adolescentes nacidos en el Hospital Vicente Corral. Cuenca-Ecuador.2013. Revista Tecnológica ESPOL-RTE, 28(4), 94-109.
- Grisolía, P., & Busselo, S. (2008). El recién nacido bajo peso. En A. E. Pediatría, El recién nacido bajo peso (pág. 79). San Sebastian: Unidad de docente de San Sebastian.
- Iglesias , V. (2015). Diseño transversal . Barcelona: Academia Europea de Pacientes.
- Jaramillo, H., & Garrido, E. (2018). Diagnóstico y manejo de la restricción del crecimiento intrauterino en fetos de gestantes provenientes de zonas endémicas para la malaria. Chile: Revista de Chile.
- Jiménez Melendéz, J. D. (2017). Restricción del crecimiento intrauterino y preeclampsia; ¿Entidades completamente independientes ?. MED.VIS, 30(3), 9-12.
- Martinez, Y. (2017). Comorbilidades en neonatos con restricción del crecimiento intrauterino. Quito: Hospital San Francisco de Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Nutrición de la gestante. (Primera ed.). Quito:Dirección Nacional de Normatización: La Caracola.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Nutrición de la mujer gestante (Primera ed.). Quito, Ecuador:Dirección Nacional de Normatización, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. (2015). Guía Perinatal (Primera Edición ed.). Santiago: Subsecretaría de Salud Pública .
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Alimentacion y nutrición de la mujer gestante y de la madre en el período de lactancia.Guía de Práctica Clínica (GPC) (Primera ed.). Quito: Dirección Nacional de Normatización: La Caracola.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica (Primera ed.). Quito: Dirección Nacional de Normatización. Obtenido de <http://salud.gob.ec>.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Plan Intersectorial de alimetación y nutrición 2018-2025. Quito, Ecuador: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública .

- Ostiguin, M., & Ramos, A. (2011). El modelo de promoción de la salud. *Enfermería Universitaria*, 16- 20.
- Pérez Wulff, J., Marquéz Contreras , D., Muñoz , H., Solís Delgado , A., Otaño , L., & Ayala Hung , V. (2013). V. Restricción de Crecimiento Intrauterino. *FLASOG,GC*.
- Pimiento, L. M., & Beltrán, M. A. (2015). Restricción del crecimiento intrauterino: Una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. *Rev Chil de Obstet Ginecol*, 80(6), 493-502.
- Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. (2013). Mejorar la calidad de vida de la población. En *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021* (págs. 151-171). Ecuador.
- Puerta, A. (2018). *Marjory Gordon: Patrones Funcionales*. Colombia: Hospital de Cali.
- Rivera, J. (2016). *Información sobre enfermería*. Lima: Universidad de Perú.
- Rosales, M. (2016). *Enfermera Creativa*. Bolivia: Salud para todos.
- Rybertt, T., Azua , E., & Rybertt, F. (2016). Retardo de crecimiento intrauterino: consecuencias a largo plazo. *Rev.Med.Clin.Condes*, 27 (4), 509-513.
- Sepúlveda, S. E., Crispi, B. F., Pons, G. A., & Gratacos, S. E. (2014). Restricción de crecimiento intrauterino. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25 (6), 864-1049. doi:10.1016/s0716-8640(14)70644-3
- Stanford Children´s Health . (2019). *Lucile Packard Children´s Hospital Stanford*. Boston: Health Children´s.
- Ticona, M., Pacora, P., Huanco, D., & Ticona, M. (2014). Retraso del crecimiento intrauterino en el Perú: Factores estresantes y resultados perinatales en Hospitales del Ministerio de Salud. *Ginecol Obstet Mex*, 82(11), 725-736.
- Valdivia , G. (2008). *Enfoque descriptivo y experimental en la epidemiología*. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Veintimilla , D. (2010). *Retardo de Crecimiento Intrauterino, factores asociados y complicaciones*. Clínica humanitaria "Fundación Pablo Jaramillo" 2008-2009. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/34>
- Verdugo, L. M., Alvarado, u. J., & Bastidas., B. E. (2015). Prevalencia de restricción del crecimiento intrauterino en el Hospital Universitario San José, Popayan (Colombia) 2013. Colombia: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.

APÉNDICE Y ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la institución.

 **Universidad Estatal
Península de Santa Elena**

Carrera de Enfermería

Oficio N° 227-CE-UPSE-2019
La Libertad, 21 de marzo de 2019

Obstetriz
Enriqueta Piñas Durán
DIRECTORA CENTRO DE SALUD SAN PABLO.
En su despacho

De mi consideración,

Reciba un cordial saludo de quienes formamos parte de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Estimada Directora, me dirijo a usted con la finalidad de solicitarle autorización para que los estudiantes: **GONZABAY SANTOS GARY RENE** con número de cédula de ciudadanía 2450179003 y **GUTIÉRREZ SALCEDO CARMEN CECILIA** con número de cédula de ciudadanía 2450197724, puedan realizar previo a la obtención del título en Licenciatura en Enfermería, el Trabajo de Investigación con el tema: "CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO ASOCIADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO, 2018-2019".

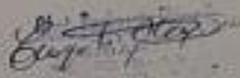
Con la seguridad de contar con su apoyo para el desarrollo del trabajo a realizar por los estudiantes de la Carrera de Enfermería, quedo ante usted muy agradecida por su atención.

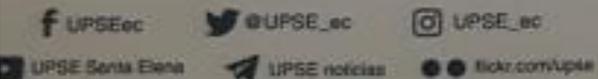
Atentamente,


Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA



C.c. - Archivo
mb





www.upse.edu.ec
carrera_enfermeria@upse.edu.ec
(04) 2-782311
La Libertad - Barrio 25 de Septiembre - Calle 2



Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D01 Santa Elena – Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D01-2019-0007-O

Santa Elena, 15 de enero de 2019

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD UPSE

Directora Carrera de Enfermería - Upse
Alicia Gabriela Cercado Mancero
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba cordiales saludos de quienes conformamos el Distrito 24D01 Santa Elena - Salud.

En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-SE-24D01-VUAU-2018-0365-E, realizado por la Lcda. ALICIA CERCADO MANCERO, MSc. DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA, solicitando la autorización para estudiantes de la carrera de Enfermería de la UPSE, los mismos que han culminado el PLAN CURRICULAR DE ESTUDIO para que puedan concluir con los PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE SU TÍTULO, por lo que adjunta cronograma de actividades.

Se procede a responder el documento, indicando los siguiente lineamientos:

- Ingresar a la Unidad Operativa, debidamente uniformados e Identificados.
- No pueden realizar ninguna actividad, que no sea solo para su tema de Investigación.
- Ponerse en contacto con una copia de este documento para cada Centro de Salud.
- No nos responsabilizamos por algún evento adverso que presente el Estudiante.
- Durante el tiempo de su periodo de investigación no será considerado como empleado público.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Jorge Luis Macias Guerrero
DIRECTOR DISTRITAL 24D01 SANTA ELENA - MANGLARALTO - SALUD

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D01-VUAU-2018-0365-E

Ballenita – Avda. Occidental v Calle Patronato del Niño

Recebe
25/1/19
Oscar Macias
Dist. Ballenita Plus
REG. SANT. 247
FOLIO 8-12-112
FOLIO 132

Anexo 2. Consentimiento informado



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



El propósito de esta ficha de consentimiento informado es obtener la autorización de las gestantes de participar en esta investigación. La presente investigación es conducida por los estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad estatal península de Santa Elena GONZABAY SANTOS GARY RENE y GUTIÉRREZ SALCEDO CARMEN CECILIA con el tema; “CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO ASOCIADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES CENTRO DE SALUD SAN PABLO. 2018-2019”.

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, la cual será estrictamente voluntaria, además de confidencial y no se usará para ningún otro propósito. Esto le tomara aproximadamente cinco minutos de su tiempo. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas durante su participación. Igualmente puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna manera. Si alguna pregunta de la encuesta le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

Desde ya agradecemos su participación.

Nombre de la participante.

Firma de la participante.

Autor de la investigación

Autora de la investigación.

Anexo 3. Encuesta



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



ENCUESTA DIRIGIDA A EMBARAZADAS

Objetivo: Identificar los factores nutricionales maternos asociados al crecimiento intrauterino retardado en las embarazadas que acuden a la consulta de obstetricia del Centro de Salud San Pablo, Provincia de Santa Elena 2018-2019.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

1. **Edad de la mujer:** ____ años

2. **Grado de escolaridad:**

Ninguno:

Primaria:

Secundaria:

Superior:

3. **Ocupación laboral:**

Ama de casa:

Estudiante:

Trabajadora:

4. **¿Cómo define su estado económico actual?**

Alto:

Mediano:

Bajo:

INFORMACIÓN OBSTÉTRICA:

5. **Semanas de embarazo:** _____ SG

6. Talla: ____ cm

7. Antecedentes de hijos con bajo peso al nacer.

SI:

No:

HABITOS ALIMENTICIOS

8. ¿Con que frecuencia usted consume los siguientes alimentos?

Lácteos: Diario 2 veces por semana > 3 veces a la semana

Huevos: Diario 2 veces por semana > 3 veces a la semana

Carnes: Diario 2 veces por semana > 3 veces a la semana

Legumbres: Diario 2 veces por semana > 3 veces a la semana

9. ¿En su embarazo cuantas comidas consume usted a día?

Tres:

Cuatro:

Cinco:

NIVEL DE CONOCIMIENTO

10. ¿Considera que es importante tener un adecuado peso antes del embarazo?

SI:

No:

11. ¿Conoce cuanto peso debe ganar durante su embarazo?

SI:

No:

12. ¿Conoce usted qué problemas presenta la mujer que inicia su embarazo con bajo peso?

SI:

No:

13. ¿Sabe usted cual es el requerimiento de proteína (carne) durante el embarazo?

SI:

No:

CONTROL PRENATAL

14. ¿Toma usted algunos de los siguientes suplementos vitamínicos?

Ácido fólico: SI NO

Calcio: SI NO

Hierro + Ácido fólico: SI NO

Multivitaminas y minerales: SI NO

Ninguno

15. ¿Durante su embarazo a cuantos controles prenatales ha asistido usted?

SI:

No:

Anexo 4. Información antropométrica de las gestantes.

INFORMACION ANTROPOMÉTRICA											
Nº	NOMBRE	PESO INICIAL	TALLA	IMC	PESO PRECONCEPCIONAL	PESO ACTUAL	IMC ACTUAL	ESTADO DE CURVA SEGÚN EL PESO ACTUAL	GANANCIAS DE PESO	SEMANA DE GESTACION INICIAL	SEMANA DE GESTACION ACTUAL
1	Soriano Doris	47,2 kg	147cm	21,8	39,5kg	58,7 kg	27,17	Sobre la curva	19,2 kg	19,4	26,4
2	Reyes Vanesa	40 kg	146cm	18,7	28,5kg	46,0 kg	21,59	Sobre la curva	17,5kg	12	35
3	Borbor Evelyn	40 kg	147 cm	18,5	38,4kg	50,5 kg	23,37	En la curva	10,5 kg	13	30
4	Morales Anabel	46,3kg	150cm	20,5	40,2kg	46,1 kg	20,48	En la curva	5,9kg	13,4	23,3
5	Orrala Lilian	45,6kg	140cm	23,6	37,7kg	45,6kg	23,26	En la curva	7,9kg	26,6	30,4
6	Reyes Julexi	45,6kg	1,52cm	23,1	40,8kg	45,8 kg	19,82	En la curva	5kg	20,3	23
7	Borbor Joselyn	37,4kg	145cm	17,8	36kg	39,1 kg	18,57	Bajo la curva	3,1kg	8,4	23,2
8	Borbor Lady	55kg	154cm	23,2	52kg	61,0 kg	26,4	En la curva	9kg	16,5	29
9	Borbor Vivian	55,5kg	156cm	22,8	50,7kg	59,6 kg	24,52	En la curva	8,9kg	20,3	33,6
10	Yagual Santa	39kg	137cm	20,8	34,5kg	42,5 kg	22,72	Bajo la curva	8kg	21,4	34,6
11	Figueroa Vanesa	39,5kg	150cm	17,5	36,7kg	43,3 kg	19,24	Bajo la curva	6,6kg	14,3	30
12	Reyes Felicita	47,6kg	144cm	22,9	46,1kg	50,1 kg	24,20	En la curva	4kg	12	21,5
13	Flores Stefania	98,7kg	155,8cm	40,7	97,9kg	104,6 kg	43,40	En la curva	6,7kg	11	32
14	Reyes Wendy	59,8kg	140,9cm	30,2	56,5kg	62,0 kg	31,33	En la curva	5,5kg	19,3	30,2
15	Reyes Yulexi	55kg	147cm	25,4	53,9kg	60,0 kg	27,77	En la curva	6,1kg	9,6	33,6
16	Cochea Elida	43,2kg	142cm	21,4	40,5kg	48,0 kg	23,88	En la curva	7,5kg	16,7	30
17	González Joselyn	73,4kg	148cm	33,5	72,5kg	80,8 kg	36,89	Sobre la curva	8,3kg	13,7	35,7
18	Silvia Melissa	50 kg	148 cm	22,8	45,7 kg	51,0 kg	23,28	En la curva	5,3 kg	19	22
19	Reyes Emily	48,8kg	181cm	14,9	45,4kg	51,5 kg	15,74	En la curva	6,1kg	18,6	22,2
20	González Carmen	51,2kg	143cm	25	50,8kg	53,2 kg	26,07	Bajo la curva	2,4kg	6,7	24,4
21	Reyes Iralda	57kg	157cm	23,1	51,1kg	57,8 kg	23,49	Sobre la curva	6,7kg	21	24,3
22	Reyes Mercedes	64,8kg	149,5cm	29	64kg	64,8 kg	28,8	En la curva	0,8kg	11,2	11,2

23	Suarez Paola	58,2kg	139,5cm	30	57,8kg	47,3 kg	24,13	Sobre la curva	10,5kg	6,6	9,5
24	Salinas Jessica	74,1kg	138cm	39	68,9kg	75,4 kg	39,68	En la curva	6,5kg	24,6	33,4
25	Borbor Ana	47.6 kg	142 cm	23,68	44,2 kg	51,0 kg	25,37	Bajo la curva	6,8kg	17	32
26	Borbor Carolina	48,7 kg	140 cm	24,84	46,4 kg	56,7 kg	28,92	En la curva	10,3 kg	15	33
27	Holguín Sheyla	48.8 kg	144 cm	19.71	38,7 kg	49,0 kg	23,67	Sobre la curva	10,3 kg	14	27,6
28	Muñoz Ginger	50,2 kg	150 cm	22,31	44,5 kg	48,3 kg	21,46	Bajo la curva	3,8 kg	22	30
29	Medina Estefanía	42,7 kg	142 cm	21,24	39,3 kg	45,2 kg	22,73	Bajo la curva	5,9 kg	17	29,14
30	Muñoz Maricela	62,4 kg	152 cm	27	59,3 kg	72,4 kg	31,34	Sobre la curva	13,1 kg	20	28,3
31	Orrala Vicenta	49,4 kg	135 cm	27,14	47,9 kg	50,2 kg	27,58	Bajo la curva	2,3 kg	15	26,3
32	Orrala Karen	41.2 kg	145 cm	19,61	35.1 kg	46,1 kg	21,95	En la curva	11 kg	23	35
33	Reyes Juana	56,2 kg	152 cm	24,32	54,1 kg	60,1 kg	26,01	Bajo la curva	6 kg	14	35
34	Suarez Anabelle	68,3 kg	160 cm	26,67	66,5 kg	72,0 kg	28,1	En la curva	5,5 kg	16	24,14
35	Merejildo Joselyn	74 kg	153 cm	27	70 kg	75,4 kg	32,22	En la curva	5,4 kg	19	23
36	Orrala Carmen	55,6 kg	149 cm	25,02	50,4 kg	55,4 kg	24,95	En la curva	5 kg	21	24
37	Orrala Katherine	64 kg	148 cm	29,22	63,8 kg	69,8 kg	29,22	En la curva	6 kg	16	26
38	Muñoz Liliana	62,8 kg	146 cm	29,48	61,3 kg	62,5 kg	29,34	Bajo la curva	1,2 kg	15	17
39	Reyes Yulissa	45,8 kg	143 cm	22,45	42,4 kg	45,8 kg	22,45	En la curva	3,4 kg	17	17
40	Reyes Vanessa	48 kg	145 cm	22,85	45 kg	48,0 kg	22,85	En la curva	3 kg	16,71	16,71

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary René; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

Análisis: Según la curva de ganancia total de peso recomendado de la mujer gestante, el sombreado verde indica gestantes que están dentro de la curva es decir, tienen una ganancia de peso adecuado para las semanas de gestación actual, el sombreado amarillo las que están sobre la curva en otras palabras, tienen una ganancia excesiva de peso y el sombreado rojo las que están bajo la curva es decir, tienen una ganancia baja de peso, a las cuales se las tomo en cuenta para el estudio del crecimiento intrauterino retardado.

Anexo 5. Información biométrica fetal.

DATOS BIOMÉTRIA FETAL									
N ^a	NOMBRE	ALTURA	LONGITUD	CIRCUNF.	CIRCUNF.	PESO	LCN	SEMANA DE	DX
		UTERINA	FEMUR	ABDOMINA	CRANEAL	FETAL		GESTACION POR	
				L		(gramos)		ECOGRAFIA	
1	Soriano Borbor Doris	23 cm	49 mm	220 mm	239 mm	913 gr	-	26,4	I.V.U
2	De La Cruz Reyes Vanesa	30 cm	68 mm	299 mm	307 mm	2595 gr	-	35	Diabetes Mellitus
3	Borbor Orrala Evelyn	27 cm	56,6 mm	260 mm	284 mm	1319 gr	-	30	-
4	Morales Pilligua Anabel	23 cm	44 mm	200 mm	216 mm	670 gr	-	24,2	Hipertensión arterial
5	Orrala Suarez Lilian	24 cm	45 mm	210 mm	227 mm	785 gr	-	25	-
6	Silvia Mora Melissa	21 cm	39 mm	180 mm	200 mm	430 gr	-	22	Hipertensión arterial
7	Reyes Rodríguez Julexi	21 cm	41 mm	190 mm	205 mm	368 gr	-	23	-
8	Borbor Orrala Joselyn	17 cm	37 mm	150 mm	190 mm	470 gr	-	23,2	Anemia
9	Borbor Alcívar Lady	24 cm	52 mm	239 mm	280 mm	1379 gr	-	28	Hipertensión arterial
10	Borbor González Vivian	21cm	39 mm	179 mm	197 mm	475 gr	-	22	-
11	Yagual Borbor Santa	26 cm	59 mm	268 mm	184 mm	1970 gr	-	34,6	Anemia
12	Figuroa Orrala Vanesa	23,5 cm	52 mm	235 mm	260 mm	1290 gr	-	30	Anemia
13	Reyes De La Cruz Felicita	19cm	36 mm	169 mm	183 mm	399 gr	-	21,5	-
14	Flores Rosales Stefania	26 cm	48 mm	210 mm	22,3	780 gr	-	25	Hipertensión arterial
15	Reyes Quirumbay Wendy	22 cm	42 mm	204 mm	215 mm	669 gr	-	24,5	-
16	Reyes Muñoz Yulexi	29 cm	66 mm	283 mm	306 mm	2165 gr	-	33,6	Hipertensión arterial
17	Cochea Rodríguez Elida	26,5 cm	57 mm	257 mm	294 mm	1560 gr	-	30	-
18	González Coello Joselyn	30 cm	72 mm	307 mm	324 mm	2798 gr	-	36	Diabetes Mellitus
19	Quirumbay Reyes Emily	21 cm	39 mm	180 mm	207 mm	478 gr	-	22,2	-
20	González De La Cruz Carmen	18,5 cm	40 mm	170 mm	200 mm	550 gr	-	24,4	Anemia

21	Reyes Domínguez Iralda	24 cm	44 mm	200 mm	215 mm	684 gr	-	24,3	Diabetes + HTA
22	Reyes Malavé Mercedes	19 cm	33 mm	159 mm	170 mm	335 gr	-	20	IVU
23	Suarez Borbor Paola	21 cm	38 mm	191 mm	193 mm	521 gr	-	22	IVU
24	Salinas Orrala Jessica	28 cm	65 mm	300 mm	312 mm	2360 gr	-	33,4	-
25	Borbor Prende Ana Shirley	28 cm	58 mm	228 mm	272 mm	860 gr	-	30,4	Anemia
26	Borbor Orrala Carolina	23 cm	31 mm	143 mm	160 mm	309 gr	-	19,4	IVU
27	Holguín Bacilio Sheyla	26 cm	67 mm	282 mm	320 mm	2,200 gr	-	34	Diabetes mellitus
28	Muñoz Laínez Ginger	22 cm	41 mm	216 mm	243 mm	776 gr	-	25	Anemia
29	Medina Reyes Estefanía	28 cm	47 mm	223 mm	240 mm	940 gr	-	26	Anemia
30	Muñoz del peso Maricela	27 cm	40,5 mm	225 mm	221 mm	1100 gr	-	24,5	Diabetes mellitus
31	Orrala Figueroa Vicenta	25 cm	27,2 mm	132 mm	152 mm	241 gr	-	18	I.V.U.+Anemia
32	Orrala Orrala Karen	32 cm	55 mm	234 mm	259 mm	1270 gr	-	29	IVU+HTA
33	Reyes Borbor Juana	27 cm	73,8 mm	236 mm	265 mm	1370 gr	-	32	IVU
34	Suarez Loor Anabelle	25 cm	36 mm	164 mm	193 mm	478 gr	-	22	IVU
35	Merejildo Domínguez Joselyn	22 cm	33 mm	156 mm	184 mm	395gr	-	21	Hipertensión Arterial
36	Orrala Reyes Carmen	20 cm	39 mm	165,5 mm	196 mm	512 gr	-	22,3	-
37	Orrala Reyes Katherine	27 cm	43 mm	188 mm	216 mm	671 gr	-	24	IVU+ Anemia
38	Muñoz Balón Liliana	14 cm	23mm	107 mm	134 mm	180 gr	-	17	IVU+ Anemia
39	Reyes Suarez Yulissa	19 cm	21 mm	96 mm	122 mm	147 gr	-	16	-
40	Reyes Alejandro Vanessa	17 cm	25 mm	109 mm	136 mm	183 gr	-	17	Hipertensión arterial

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary René; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

Anexo 6. Evaluación de percentiles

EVALUACION POR PERCENTILES							
N a	NOMBRE	PERCENTIL AU	PERCENTIL LF	PERCENTIL CA	PERCENTIL CC	PERCENTIL GANANCIA DE PESO MATERNO	PERCENTIL PESO FETAL
1	Soriano Borbor Doris	50	50	95	50	90	50
2	De La Cruz Reyes Vanesa	50	50	50	50	90	50
3	Borbor Orrala Evelyn	50	50	50	50	90	50
4	Morales Pilligua Anabel	90	50	95	50	50	50
5	Orrala Suarez Lilian	90	50	95	50	50	50
6	Silvia Mora Melissa	90	50	90	90	50	50
7	Reyes Rodríguez Julexi	50	50	95	50	50	50
8	Borbor Orrala Joselyn	10	10	5	5	10	3
9	Borbor Alcívar Lady	50	50	50	95	75	50
10	Borbor González Vivian	90	50	95	95	50	50
11	Yagual Borbor Santa	10	10	5	5	Bajo 25	3
12	Figueroa Orrala Vanesa	10	10	5	5	Bajo 25	3
13	Reyes De La Cruz Felicita	50	50	50	50	50	50
14	Flores Rosales Stefania	90	95	95	50	25	50
15	Reyes Quirumbay Wendy	50	50	95	50	25	50
16	Reyes Muñoz Yulexi	50	95	50	50	25	50
17	Cochea Rodríguez Elida	50	50	50	95	50	50
18	González Coello Joselyn	50	95	50	95	50	50
19	Quirumbay Reyes Emily	90	50	95	95	75	50
20	González De La Cruz Carmen	10	10	5	5	10	3

21	Reyes Domínguez Iralda	90	50	50	50	50	50
22	Reyes Malavé Mercedes	90	50	95	50	25	50
23	Suarez Borbor Paola	90	50	95	50	90	90
24	Salinas Orrala Jessica	50	50	95	50	25	90
25	Borbor Prende Ana Shirley	50	50	5	5	Bajo 25	3
26	Borbor Orrala Carolina	10	50	95	50	50	50
27	Holguín Bacilio Sheyla	50	95	50	50	90	10
28	Muñoz Laínez Ginger	10	95	95	50	10	50
29	Medina Reyes Estefanía	50	95	50	50	Bajo 25	50
30	Muñoz del peso Maricela	90	95	95	50	90	97
31	Orrala Figueroa Vicenta	50	50	50	50	10	10
32	Orrala Orrala Karen	90	95	50	5	50	50
33	Reyes Borbor Juana	10	5	5	5	Bajo 25	3
34	Suarez Loor Anabelle	90	95	50	50	25	50
35	Merejildo Domínguez Joselyn	50	95	50	50	50	50
36	Orrala Reyes Carmen	50	50	50	50	25	50
37	Orrala Reyes Katherine	90	50	50	50	50	50
38	Muñoz Balón Liliana	50	95	50	50	10	50
39	Reyes Suarez Yulissa	90	95	50	50	50	50
40	Reyes Alejandro Vanessa	90	50	50	50	50	50

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary René; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

Anexo 7. Identificación del tipo de CIUR de las gestantes del Centro de Salud San Pablo.

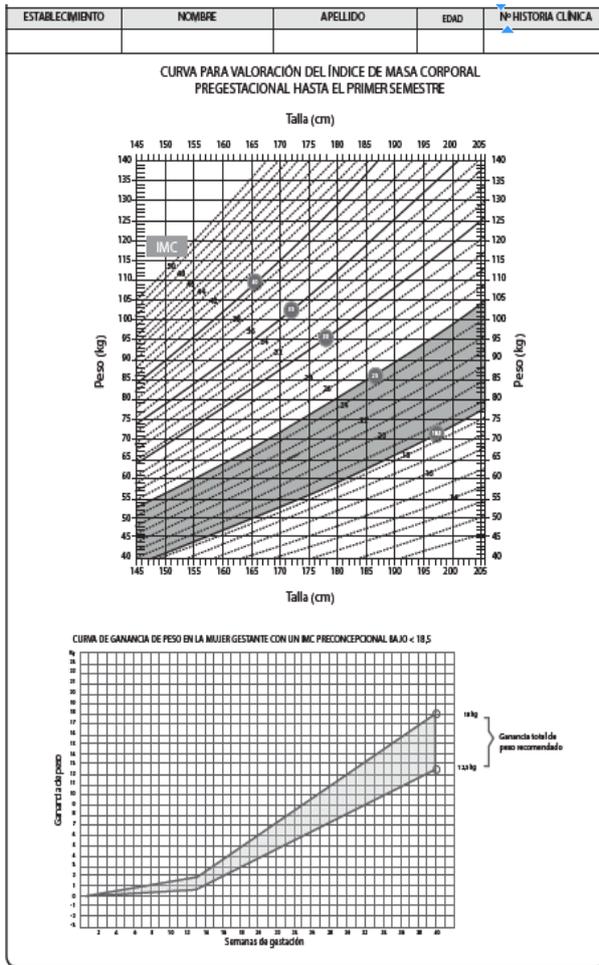
PACIENTES CON CIUR					
N ^o	NOMBRE	GESTACION NORMAL	CIUR SIMETRICO	CIUR ASIMETRICO	CIUR COMBINADO
1	Soriano Borbor Doris	X			
2	De La Cruz Reyes Vanesa	X			
3	Borbor Orrala Evelyn	X			
4	Morales Pilligua Anabel	X			
5	Orrala Suarez Lilian	X			
6	Silvia Mora Melissa	X			
7	Reyes Rodríguez Julexi	X			
8	Borbor Orrala Joselyn		X		
9	Borbor Alcívar Lady	X			
10	Borbor González Vivian	X			
11	Yagual Borbor Santa		X		
12	Figuroa Orrala Vanesa		X		
13	Reyes De La Cruz Felicita	X			
14	Flores Rosales Stefania	X			
15	Reyes Quirumbay Wendy	X			
16	Reyes Muñoz Yulexi	X			
17	Cochea Rodríguez Elida	X			
18	González Coello Joselyn	X			
19	Quirumbay Reyes Emily	X			
20	González De La Cruz Carmen		X		
21	Reyes Domínguez Iralda	X			
22	Reyes Malavé Mercedes	X			

23	Suarez Borbor Paola	X	
24	Salinas Orrala Jessica	X	
25	Borbor Prende Ana Shirley		X
26	Borbor Orrala Carolina	X	
27	Holguín Bacilio Sheyla		
28	Muñoz Laínez Ginger	X	
29	Medina Reyes Estefanía	X	
30	Muñoz del peso Maricela		
31	Orrala Figueroa Vicenta	X	
32	Orrala Orrala Karen	X	
33	Reyes Borbor Juana		X
34	Suarez Loor Anabelle		
35	Merejildo Domínguez Joselyn	X	
36	Orrala Reyes Carmen	X	
37	Orrala Reyes Katherine	X	
38	Muñoz Balón Liliana	X	
39	Reyes Suarez Yulissa	X	
40	Reyes Alejandro Vanessa	X	

Elaborado por: Gonzabay Santos Gary René; Gutiérrez Salcedo Carmen Cecilia.

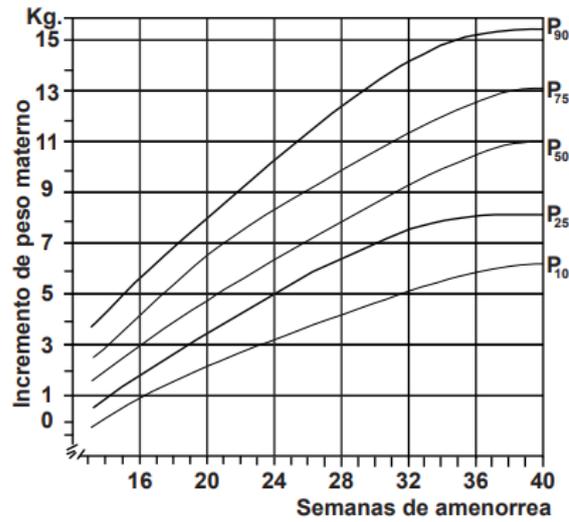
Tras el análisis y evaluación de los percentiles propios para detectar el crecimiento intrauterino retardado (CC+CA+LF+ peso fetal) da como resultado que 4 pacientes presentan CIUR. Mientras que el resto mantiene una gestación normal en todos los aspectos.

Anexo 8. Curva para la valoración del índice de masa corporal pregestacional hasta el primer trimestre.



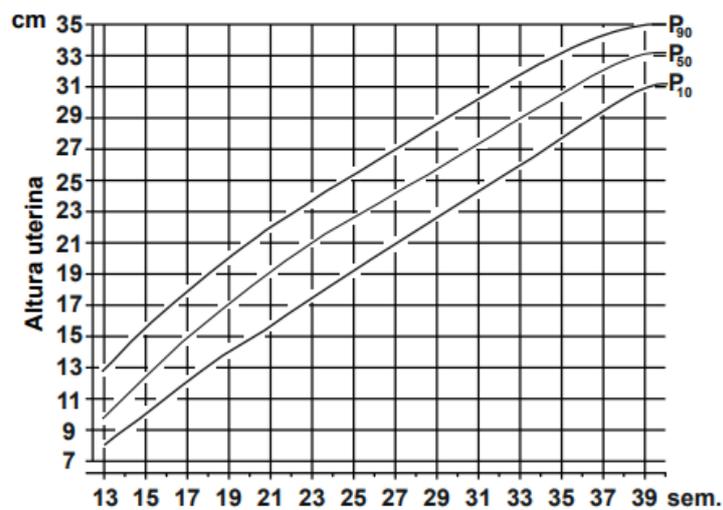
Análisis: Esta curva se usó para valorar la ganancia de peso durante el embarazo, teniendo como base el peso pregestacional.

Anexo 9. Curva para la medición del percentil de incremento del peso materno en Kg en función de la edad gestacional.



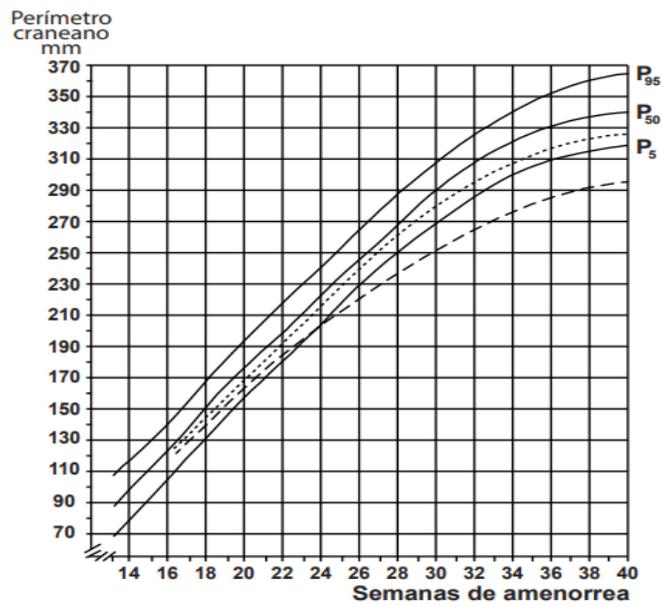
Análisis: Esta tabla se utilizó para verificar el incremento de peso materno según la edad gestacional por percentil.

Anexo 10. Curva para la medición del percentil de la altura uterina en centímetros según la edad gestacional de la madre.



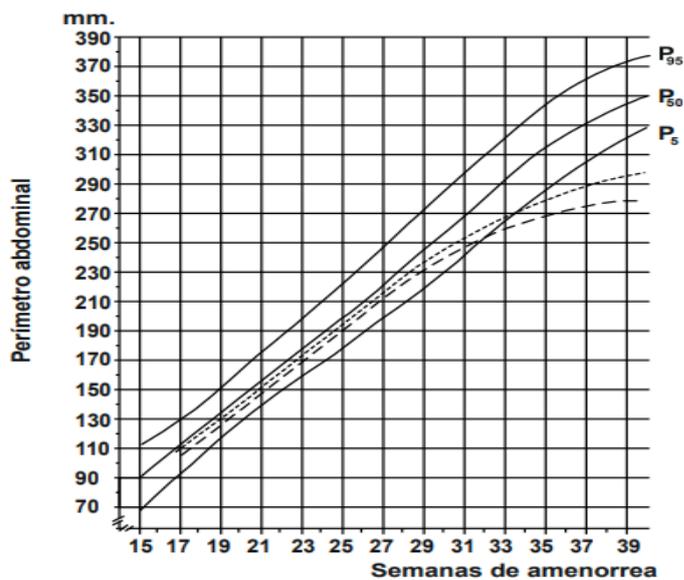
Análisis: Se empleó para verificar la evolución de la altura uterina según la edad gestacional.

Anexo 11. Curva para la medición del percentil del perímetro craneano fetal.



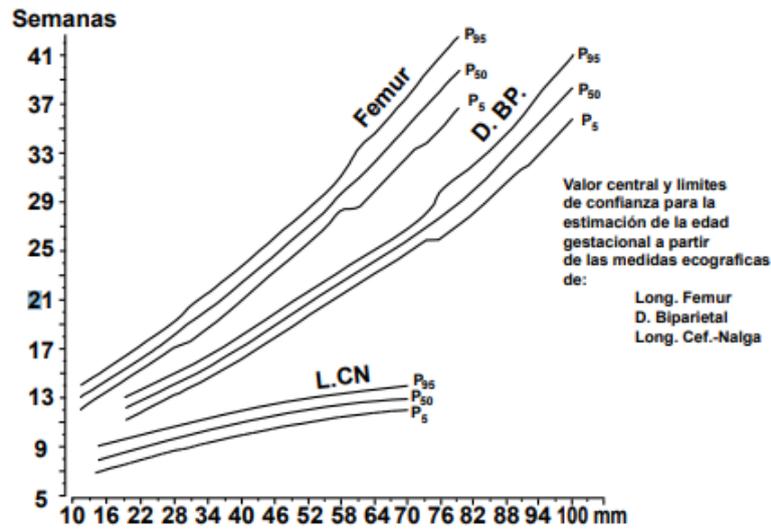
Análisis: Se aplicó para valorar el perímetro craneal fetal por percentil, según la edad gestacional.

Anexo 12. Curva para la medición del percentil del perímetro abdominal fetal.



Análisis: Se aplicó para valorar el perímetro abdominal fetal por percentil, según la edad gestacional.

Anexo 13. Curva para la medición del percentil del fémur, LCN y DBP.



Análisis: Se aplicó para valorar la longitud dl fémur, céfalo-nalga y diámetro biparietal por percentil, según la edad gestacional.

Anexo 14. Tabla de Hadlock para medir el percentil de peso fetal según edad gestacional.

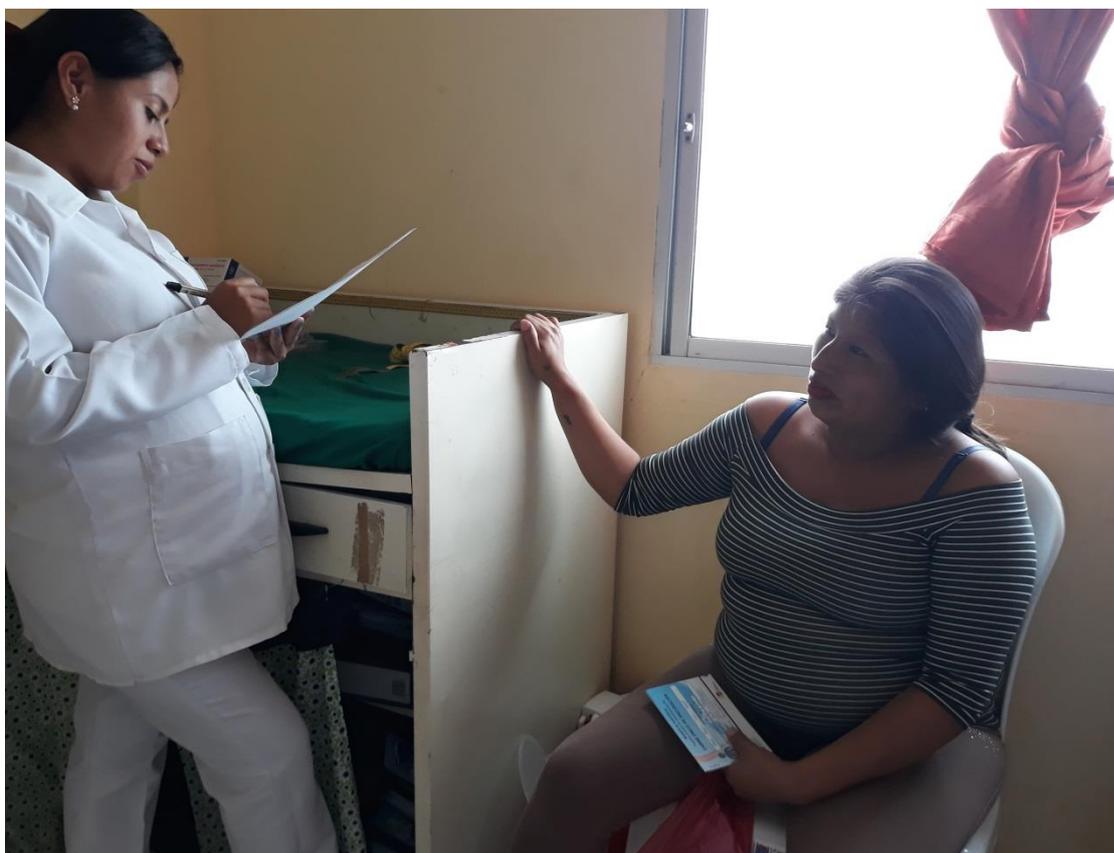
Idade gestacional (semanas)	Peso fetal (g)				
	Percentil				
	3	10	50	90	97
10	26	29	35	41	44
11	34	37	45	53	56
12	43	48	58	68	73
13	55	61	73	85	91
14	70	77	93	109	116
15	88	97	117	137	146
16	110	121	146	171	183
17	136	150	181	212	226
18	167	185	223	261	279
19	205	227	273	319	341
20	248	275	331	387	414
21	299	331	399	467	499
22	359	398	478	559	598
23	426	471	568	665	710
24	503	556	670	784	838
25	589	652	785	918	981
26	685	758	913	1068	1141
27	791	879	1055	1234	1319
28	908	1004	1210	1416	1513
29	1034	1145	1379	1613	1754
30	1169	1294	1559	1824	1949
31	1313	1453	1751	2049	2189
32	1465	1621	1953	2285	2441
33	1622	1794	2162	2530	2703
34	1783	1973	2377	2781	2971
35	1946	2154	2595	3036	3244
36	2110	2335	2813	3291	3516
37	2271	2513	3028	3543	3785
38	2427	2686	3236	3786	4045
39	2576	2851	3435	4019	4294
40	2714	3004	3619	4234	4524

Análisis: Se utilizó para medir el peso fetal por percentil, según la edad gestacional.

Anexo 15. Evidencias fotográficas.



Análisis: Toma de peso y talla a gestantes del centro de salud San Pablo.



Análisis: Aplicación de encuesta a gestantes del centro de Salud San Pablo.



Análisis: Revisión de las historias clínicas de pacientes gestantes del centro de Salud San Pablo que participaron en nuestra investigación.



Análisis: Presentación de charlas educativas a pacientes del Centro de salud San Pablo.



La Libertad, 21 de mayo del 2019

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

001-TUTOR MSV-2019

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO ASOCIADO AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD SAN PABLO 2018-2019., elaborado por GONZABAY SANTOS GARY RENÉ y GUTIÉRREZ SALCEDO CARMEN CECILIA, 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 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 proyecto de investigación ejecutado, se encuentra con el 4% de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,

Lic. Barros Rivera Sara, MSc.

C.I.: 0910429976

DOCENTE TUTOR

Documento: [TESIS TERMINADA: GARY, CARMEN.docx \(D51393465\)](#)
 Presentado: 2019-05-20 12:59:05 (00)
 Presentado por: Sara Ester Barros Rivera (sbarros@upse.edu.ec)
 Recibido: sbarros@analysis.arkund.com

4% de estas 90 páginas, se componen de texto presente en 12 fuentes

Lista de fuentes Bloques

★ PROBAR LA NUEVA BETA DE URKUND Sara Ester Barros Rivera (sbarros)

Categoría	Enlace/nombre de archivo
Reservada	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=arttext&id=50717-75262015000600010
	https://www.who.int/es/news-room/facts-sheets/detail/malnutrition
	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=50717-75262018000200170&script=arttext&id=50717-75262018000200170
	http://repositorio.ucesg.edu.ec/bitstream/3317/7498/1/1-UK-SG-PRE-HE-D-ENF-349.pdf
	http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50138-6002012000300005&script=arttext&id=50138-6002012000300005
	http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0168_E.pdf

90% #1 Activo

el promedio de talla de la mujer ecuatoriana es de 151,2 cm; el 13,8% tiene menos de 145 centímetros, considerado como baja talla

además: la prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil es de 15,4%. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Por tal motivo el presente trabajo de investigación pretende caracterizar el estado nutricional preconcepcional, la ganancia de peso durante el embarazo, la evolución de la altura uterina y evaluación medidas antropométricas del feto a partir de la última ultrasonografía de las mujeres atendidas en el Centro de Salud San Pablo de la provincia de Santa Elena, con el fin de lograr un diagnóstico certero del RCIU en etapas iniciales, y poder realizar un manejo clínico de la manera más adecuada obteniendo un mejoramiento en la calidad de vida tanto de la madre como en el niño.

CAPITULO I

1. Planteamiento del problema

Archivo de registro Urkund: / RESUMEN_CAROLINA.docx 90%

El promedio de talla de la mujer ecuatoriana es de 151,2 cm; el 13,8% tiene menos de 145 centímetros, (INEC. ENDEMAIN, 2013, p. 34) considerado como baja talla.