



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“PRACTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO
NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD DE HUALMAY, MARZO – JULIO
2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

**BACHILLER: CALZADO NARVASTA, YOSELIN
YESENIA**

**HUACHO - PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico principalmente a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme las fuerzas para seguir adelante y nunca haberme permitido rendirme en las dificultades que se me presentaron, agradecer a mis padres Celia y Daniel quienes me ayudaron en lo largo de mi formación personal y profesional; agradecer a mi hermana quien me aconsejo para cumplir mis metas trazadas. A mis abuelos quienes me cuidaron y apoyaron, y más aun a mi abuelita que sé que desde el cielo me estuvo protegiendo y ayudando a no caer, ni derrumbarme cuando nos tuvo que dejar de este mundo.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

RESUMEN

El presente trabajo investigación de tesis tuvo como principal objetivo el determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016. Además, se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y nivel correlacional, donde se usó la técnica de la encuesta y documental, además el instrumento que se utilizó fue ficha de recolección de información durante los 9 meses de embarazo de las gestantes que se recolectaron a través de las historias clínicas registradas y el cuestionario respectivamente, formado de 14 preguntas y una ficha de recolección de datos que estuvo conformado por 11 premisas, que luego se aplicó a una muestra de 192 de un total de 768 gestantes. Así mismo se calculó la relación mediante la prueba Chi cuadrado, cuyo valor menor a 0.05 indicó la asociación entre las variables presentadas, para luego estimar el Odds Ratio (OR).

Se encontraron relaciones significativas en las dos variables; además, las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes a término ($p= 0.000$), con la presencia de anemia de las gestantes a término ($p = 0.027$); con la ganancia de peso de las gestantes a término ($p = 0.003$); el índice de masa corporal de las gestantes a término ($p = 0.032$). En conclusión, existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes durante los 9 meses de gestación que fueron atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

Palabra clave: Conocimientos nutricionales, Actitudes, Requerimientos nutricionales y Nutrición de gestantes.

ABSTRACT

The main objective of this thesis research was to determine the relationship between dietary practices and the nutritional status of pregnant women treated at the Hualmay health center during the months of March to July, 2016. In addition, a study Of observational, transverse and correlational level, where the technique of the survey and documentary was used, in addition the instrument that was used was a record of information collection during the 9 months of pregnancy of the pregnant women that were collected through the clinical histories Registered and the questionnaire, consisting of 14 questions and a data collection sheet that was made up of 11 premises, which was then applied to a sample of 192 out of a total of 768 pregnant women. Likewise, the relationship was calculated using the Chi square test, whose value lower than 0.05 indicated the association between the variables presented, and then estimate the Odds Ratio (OR).

Significant relationships were found in the two variables; Besides; Feeding practices are related to the nutritional status of pregnant women at term ($p = 0.000$), with the presence of anemia of pregnant women at term ($p = 0.027$); With the weight gain of pregnant women at term ($p = 0.003$); The body mass index of pregnant women at term ($p = 0.032$). In conclusion, there is a significant relationship between feeding practices and the nutritional status of pregnant women during the 9 months of gestation that were attended at the Hualmay health center during the months of March to July, 2016.

Keyword: Nutritional knowledge, Attitudes and Nutritional requirements. Nutrition of pregnant women.

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen/Abstract	iv
Introducción	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO	10
1.1. Descripción de la realidad problemática	10
1.2. Delimitación de la investigación	17
1.2.1. Delimitación espacial	17
1.2.2. Delimitación social	17
1.2.3. Delimitación temporal	17
1.3. Formulación del problema	18
1.3.1. Problema principal	18
1.3.2. Problemas secundarios	18
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo principal	18
1.4.2. Objetivos secundarios	19
1.5. Hipótesis de la investigación	19
1.5.1. Hipótesis principal	19
1.5.2. Hipótesis secundarias	19
1.6. Justificación de la investigación	20
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes de la investigación	24
2.2. Bases teóricas	31
2.3. Definición de términos	63
CAPITULO III: METODOLOGIA	67
3.1. Tipo de la investigación	67
3.2. Diseño de la investigación	67

3.3. Población y muestra de la investigación	68
3.3.1. Población	68
3.3.2. Muestra	68
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	69
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.5.1. Técnicas	70
3.5.2. Instrumentos	71
3.6. Procedimientos	73
CAPITULO IV: RESULTADOS	74
4.1. Resultados	74
4.2. Discusión de los resultados	98
Conclusiones	101
Recomendaciones	102
Referencias Bibliográficas	103
Anexos	110
Matriz de consistencia	110
Ficha de recolección de datos y encuesta	117
Validación de instrumento	118

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período de la vida de la mujer en el cual experimenta un incremento notable de sus necesidades nutritivas, este incremento se debe a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto, para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias en la gestación, así como para la constitución de depósitos energéticos en la madre, que aseguren las demandas de energía que van a presentarse en el parto y durante la lactancia.

Las prácticas alimentarias durante la gestación, componen uno de los ejes de la promoción de la salud materna e infantil, por ello las formas de obtención y distribución de los alimentos son importantes para la prevención de problemas de sobrepeso, obesidad o bajo peso; pese a ello, se ha evidenciado que las prácticas de alimentación que ejercen las gestantes se ven influenciadas por los hábitos de consumo y creencias sociales, así como por las barreras de alimentación, lo cual promueve cambios en las conductas alimentarias. Es importante destacar que el conocimiento y la cultura de la gestante muchas veces pueden influenciar positiva o negativamente, alterando sus opciones alimentarias.

El estado nutricional deficiente de las mujeres, verificado a través de una estatura o peso inadecuado, es uno de los principales determinantes del bajo peso al nacer y de la muerte perinatal e infantil; asimismo, está asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la probabilidad de muerte materna.

El presente estudio de investigación, está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I, se presenta el planteamiento metodológico, descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, objetivos de la investigación, hipótesis y justificación de la investigación.

Capítulo II, se presenta el marco teórico, antecedentes internacionales y nacionales de investigación científica, bases teóricas de prácticas alimentarias, estado nutricional, nutrición en gestantes y definición de términos.

Capítulo III, se presenta la metodología, el tipo de investigación, diseño de investigación, población, muestra, variables, técnicas, procedimientos y contraste de hipótesis.

Capítulo IV, se presenta los resultados, tablas, gráficos, prueba de hipótesis y discusión de resultados.

Los resultados nos muestran que existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Los países de América Latina, como el resto del mundo, observan con preocupación los efectos de la globalización sobre la información, las actitudes y los cambios en los estilos de vida de las personas, los que se han traducido en profundas transformaciones en sus conductas alimentarias, haciendo que a los problemas de seguridad alimentaria que originan la malnutrición por déficit, se sumen los originados por un consumo excesivo de alimentos procesados de alta densidad energética y pobres en nutrientes, que han llevado a un rápido aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adultos. En ambos casos, estos problemas afectan con mayor fuerza a los grupos de menor nivel socioeconómico, más vulnerables ante la elevada oferta, bajos precios y masiva publicidad de este tipo de alimentos [1].

Sobre esta base, en la IV reunión del Grupo de Trabajo de la Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre (ALCSH), los países miembros de la Región de América Latina solicitaron a la Secretaría de la Iniciativa que elaborará un documento conceptual sobre Rescate de la cultura alimentaria y nutricional de Región estimulando hábitos alimentarios saludables. La Secretaría consultó al Grupo de Educación Nutricional y Concienciación del Consumidor (AGND), de la División de Nutrición y Protección del Consumidor de la FAO, y se estableció la necesidad de disponer de un inventario y análisis de los programas de

información, comunicación y educación en alimentación y nutrición en América Latina y El Caribe para poder avanzar en la materia solicitada. A tal fin se estableció un programa de trabajo junto con el Grupo de Educación Nutricional y Concienciación del Consumidor, para realizar un inventario de las buenas prácticas en programas de información, comunicación y educación en alimentación y nutrición (ICEAN) [1].

El interés de la iniciativa ALCSH y del Grupo de Nutrición y Protección del Consumidor de la FAO, en orden a identificar y analizar la existencia de buenas prácticas en los programas de ICEAN que se realizan en América Latina y el Caribe, representa una gran oportunidad para los profesionales e instituciones que creen en la necesidad de mejorar la efectividad de las intervenciones, programas y proyectos que se realizan en este campo [1].

El acceso a la alimentación saludable de calidad es un derecho fundamental del ser humano. A partir de este enfoque el estado peruano viene trabajando para asegurar una alimentación balanceada, y asegurar la suplementación con vitaminas y minerales, sobre todo en mujeres gestantes, mujeres que dan de lactar y niños. Para tal efecto ha creado los lineamientos de nutrición materno-infantil. El lineamiento de nutrición materno infantil, indica promover durante la gestación el consumo diario de alimentos de origen animal, fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc [2].

El embarazo es una etapa, de la vida de la mujer, en la que se producen numerosos cambios: fisiológicos, anatómicos, corporales, etc., en este periodo, la alimentación adquiere un papel importante tanto para la madre como para el desarrollo del feto. Seguir una dieta equilibrada en esta etapa, y desde antes de la concepción, inclusive, previene problemas durante la gestación, el parto y la lactancia, asegurando que el feto reciba los nutrientes de forma adecuada y que la madre mantenga un óptimo estado de salud sin complicaciones [3].

Sin embargo, por diversas situaciones ya sean sociales y/o culturales las gestantes pueden adoptar una alimentación diferente que puede verse

evidenciado en un inadecuado estado nutricional de la misma asociándose a complicaciones obstétricas y neonatales. En diferentes regiones del mundo se han registrado datos que evidencian que el estado nutricional de la gestante no es el apropiado, producto de una mala alimentación; un ejemplo de ello lo encontramos en diferentes países como la India, donde la tasa de desnutrición, mujer en edad reproductiva o gestante es del 75%; Egipto, donde es del 39.2%; Estados Unidos, donde se han reportado cifras de 12% en la ciudad de los Ángeles y 9.7% en San Francisco. Realidad que no es muy lejana a lo evidenciado, en países de América Latina, por ejemplo, en Chile y Venezuela, algunos estudios han determinado que la prevalencia de desnutrición en gestantes se encuentra entre 15.2% a 16.9%, al igual que en países como Bolivia (16.7%) y Brasil (18.8%). Respecto a problemas de obesidad, se ha evidenciado que países como el Reino Unido, el 40% de la población femenina está excedida en peso y en los EE.UU. más del 18% de mujeres son obesas. En países como Colombia y Venezuela, se han reportado tasas de sobrepeso en el 16.5% y 32.2% de las gestantes respectivamente [4].

En nuestro país, la realidad nutricional no es diferente, pues según la dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional, la proporción de gestantes con anemia para el año 2014 fue de 24.8% (Lima proporción: 21.1%), el déficit de peso fue del 10.8% (Lima proporción: 10.7%) y el sobrepeso fue del 39.8% (Lima proporción: 44.8%). Estos problemas de inadecuada ganancia de peso o anemia en la gestación, incrementan el riesgo de complicaciones como: insuficiencia cardíaca en la madre y en el feto, macrosomía fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, etc., tal como se ha visto frecuentemente en la práctica profesional de manera continua, por lo que la atención a la mujer gestante requiere de una cuidadosa vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna del riesgo y del desarrollo de intervenciones que contribuyan a la buena salud de la madre y el feto [6].

El embarazo constituye un acontecimiento esencialmente fisiológico en la vida de la mujer. No obstante, los aspectos psicológicos y sociales también están presentes, tanto para la mujer como para su familia y la comunidad. De esta

forma, el embarazo es una experiencia intensamente personal que origina cuestiones con gran carga emocional y cultural, como las relativas a las prácticas y a las creencias espirituales, sexualidad, relacionamiento, contracepción, prácticas alimentarias, cambio de la autoimagen corporal y el aumento de peso materno, realización de actividad física y aborto, entre otras [7].

Las prácticas alimentarias son aquellas prácticas de consumo de alimentos por medio de las cuales las personas seleccionan su alimentación en función de mantener una buena salud, es decir adoptan un patrón de consumo que incluya todos los grupos de alimentos, además de respetar los horarios y tiempos de comida. La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto pre-concepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, etc. [8].

La alimentación de la mujer embarazada debe ser evaluada para poder anticipar; las prácticas alimentarias durante el embarazo, corresponden a uno de los ejes que componen la promoción de la salud materna e infantil. Durante el acompañamiento prenatal, la mujer entra en contacto con los aspectos científicos y técnicos sobre un embarazo saludable, incluyendo la alimentación, abordados por el equipo de salud, lo que hace que pase a ser confrontados con sus propias concepciones y experiencias. Se sabe que el conocimiento científico y la cultura de la gestante pueden yuxtaponerse, contraponerse o unirse, muchas veces, implicando en la autonomía sobre sus opciones alimentarias [9].

De ese modo, la posible influencia de los aspectos subjetivos en la realización de las prácticas alimentarias torna esencial que los profesionales de la salud aborden este asunto, apuntando hacia la necesidad de crear vínculos entre ellos

y las embarazadas, ambos participando efectivamente en la construcción compartida de los conocimientos relacionados a las referidas prácticas [10].

La alimentación de la mujer embarazada debe ser evaluada constantemente para poder anticipar posibles deficiencias en la ingesta de nutrientes. Cada vez que se observen carencias en la alimentación, es importante establecer si las mismas son consecuencia de inadecuados hábitos alimentarios exclusivamente o de dificultades en el acceso a los alimentos. Debido a que no todos los alimentos aportan todos los nutrientes necesarios, es importante que se evalúe la variedad de 11 alimentos de los que disponen las mujeres gestantes y consumir alguno de ellos cada día, para que la alimentación sea completa [11].

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, está contemplado que la vitamina A juega un rol muy importante en el desarrollo embrionario y también en el desarrollo del cuerpo, corazón, ojos y oídos. Es indispensable para la formación y mantenimiento sano de los tejidos del cuerpo en especial los ojos, piel, aparato respiratorio y digestivo, así como el funcionamiento del sistema inmunológico, además contribuyen a prevenir la anemia. Esta vitamina es esencial para el crecimiento, la protección de las mucosas, aparato digestivo y respiratorio y para la defensa contra las infecciones que afectan a la madre y al niño. Existe evidencia que la deficiencia de vitamina A aumenta la mortalidad maternal; la vitamina A está presente en todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos. Además, es recomendable que una mujer gestante consuma todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga), los cuales son fuentes de vitamina A. La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina [12].

En Colombia más de 60% de las gestantes desconocía cómo debía ser su alimentación, 75% no identificó cuáles alimentos aportaban calcio, hierro y ácido fólico a la dieta, 74,6% consumía alimentos ricos en calcio por lo menos tres

veces a la semana y 47,5% más de cinco veces, 90,5% nunca o rara vez consumía alimentos ricos en ácido fólico; no obstante, 87% consumía suplementos de micronutrientes. El bajo nivel educativo incrementó el riesgo de bajo consumo de: frutas y verduras (50%), alimentos fuentes de hierro (40%) y alimentos fuentes de calcio (20%) [13].

En Ecuador la anemia en la mujer embarazada sigue presente de acuerdo a estudios de puestos centinela del Ministerio de salud pública realizados en el 2014, el 46,9% de mujeres embarazadas presenta anemia, lo cual ocasiona problemas en las mujeres y en el recién nacido: como bajo peso al nacer e incremento de la mortalidad perinatal. Las primeras causas de mortalidad materna son: hemorragia posparto (17,01%), hipertensión gestacional (12,45%) y eclampsia (12,86%), las cuales están relacionadas o se cree que su origen es por deficiencias nutricionales [14].

En el Perú la prevalencia de anemia durante la gestación según ENDES 2005 fue de 34.2%, siendo la anemia leve la más frecuente con 23.5%, seguida de la anemia moderada con 10.1% y la anemia severa con 0.6%, las anemias nutricionales son las más comunes en el embarazo y entre ellas, la ferropénica representa aproximadamente el 75 % de todas las diagnosticadas siendo su principal factor causal la deficiencia de régimen dietario con hierro en la alimentación diaria, que constituye más de la mitad de casos de anemia, a esto se suman ciertos factores que se relacionan con la presencia de anemia como: el bajo nivel económico, tanto para su alimentación, transporte, y la adquisición de suplementos que contienen hierro; la violencia basada en género, que se refleja durante la alimentación, pues la mujer da preferencia al varón, o son madres solteras que estudian o trabajan descuidando así su alimentación [15].

Factores personales como la hiperémesis gravídica que aparece frecuentemente durante el primer trimestre de gestación y no permite la absorción eficaz de los nutrientes o suplementos de hierro que la gestante consume, el período intergenésico corto, la edad debido a que las mujeres adolescentes y las mujeres

mayores de 35 años son las que presentan mayor incidencia de anemia durante la gestación, los factores de servicio en salud, retardo en la atención, limitada capacidad de atención, distancia del servicio de salud, acceso tardío de las gestante a los servicios de atención prenatal, o por la recepción de información inadecuada sobre los cuidados que debe tener para prevenir la anemia [16].

En el Perú, la anemia es un problema severo de salud pública que afecta, al 42% de madres gestantes y al 40% de las mujeres en edad fértil (MEF) que no están gestando. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES-2011) en el Perú, la prevalencia nacional de anemia en gestantes fue 27,8%. Según ENDES identificó un 20,0% de anemia leve; 7,7% de anemia moderada, y 0,01% de anemia severa en gestantes [17].

En el Perú la prevalencia de anemia durante la gestación según ENDES 2014 fue de 27.1%, siendo la anemia leve la más frecuente con 19.3%, seguida de la anemia moderada con 9.8% y la anemia severa con 0.5%, las anemias nutricionales son las más comunes en el embarazo y entre ellas. Además, El sobrepeso y la obesidad en las mujeres en edad fértil representaron el 37,3% y 20,9%, respectivamente, porcentajes superiores al año 2009, cuyos valores fueron 34,7% y 15,7%, en cada caso. Así, el 58,2% de las mujeres en edad fértil tendrían un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas debido a que padecieron de algún grado de sobrepeso u obesidad [18].

Las prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición en el hogar son de diferentes tipos: prácticas inadecuadas en higiene y en salud, relacionadas con alimentación y nutrición (como la atención psicoafectiva) y prácticas en alimentación (la repartición intrafamiliar de los alimentos, la calidad de los alimentos y la diversificación de estos) [19].

En el 2015 el centro de salud de Hualmay, se detectó que el porcentaje de gestantes con desnutrición es de 12%; además, se reportó que la mayor parte de la población gestante tiene problemas de sobrepeso 35% y obesidad en el

9% de las gestantes atendidas, lo cual constituye un problema de salud pública, que afecta la calidad de vida de la población femenina, que a su vez contribuye al aumento de los riesgos obstétricos y neonatales durante el embarazo. Por esta razón, se considera de gran importancia evaluar las prácticas alimentarias y el estado nutricional que tienen las gestantes, valorando principalmente estas conductas [20].

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Delimitación espacial

El presente estudio de investigación se realizó en el servicio de obstetricia en el Centro de Salud de Hualmay, ubicado en el distrito de Hualmay, provincia de Huaura, de la Región de Lima – Provincia.

1.2.2. Delimitación social

El grupo social objeto de estudio en el presente trabajo de investigación, estuvo conformado por gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, entre los meses de marzo a julio del 2016; sin hacer ninguna diferenciación de clase social, geográfica y cultural. Además, estas características se han descritos en los ítems anteriores.

1.2.3. Delimitación temporal

El presente proyecto de investigación tuvo un periodo de duración de marzo a julio del 2016, donde el objetivo de estudio de investigación se basa principalmente en generar información sobre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes que se atendieron en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo y abril se procederá al levantamiento de la información (encuesta); además, se procederá a la recolección de información (Historias clínicas de 9 meses de gestación de usuarias) de las gestantes, cuyo periodo estarán comprendidos de marzo a diciembre (guía de observación); posteriormente se desarrollará las demás etapas de investigación, esta razón se

considera el periodo más oportuno para cumplir con los objetivos trazados en este proyecto.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?

1.3.2. Problemas secundarios

- 1) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?

- 2) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?

- 3) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo principal

Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

1.4.2. Objetivos secundarios

- 1) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

- 2) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

- 3) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis Principal

Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

1.5.2. Hipótesis Secundarias

- 1) Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

- 2) Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

- 3) Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. Justificación teórica

En el Perú las mujeres en edad fértil de 15 – 49 años de edad, constituyen el 25% de la población total y su estado nutricional antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos para la mortalidad materna y perinatal. Una tercera parte de estas mujeres padecen algún grado de desnutrición; siendo más frecuente entre mujeres de 15-29 años de edad, las embarazadas, las que amamantan, las que tienen 6 o más hijos y las de menor nivel educativo [21].

La extrema delgadez en las gestantes es un factor de riesgo en el embarazo, con consecuencias tanto para la futura madre como para el bebé. Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por lo tanto, el accionar del Obstetra es importante para hacer que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición, para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal [22].

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer, ya que existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo pre-concepcional. Lo cual se agrava con la desnutrición materna pre gestacional e incrementa durante el embarazo ya que se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad infantil [23].

Así mismo es importante mencionar que los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado en el tiempo. Anteriormente, las mujeres eran

estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas. En otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal. Hoy comprendemos mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida [24].

1.6.2. Justificación práctica

La correcta nutrición no solo tiene que ver con la vida de la madre y el ser que esta lleva en el vientre, sino también con la sociedad entera. La indiferencia ante este tema muchas veces ha conducido a malas decisiones que en el peor de los casos podría terminar en la muerte. La desnutrición según la UNICEF es “El resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas”. Los estadísticos muestran que, en el Perú, el 12% de las gestantes que acuden a los establecimientos de salud se 41 encuentran con déficit de peso, y un 26,3% de estas se encuentran con anemia (disminución de la concentración de hemoglobina).

También se obtuvo que la mayor concentración de mujeres embarazadas con estos males se encuentran en los departamentos de: Puno, Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Junín, Cusco y Huánuco. (30-40%), departamentos con un moderado problema de salud pública. Estos porcentajes fueron obtenidos del Sistema de Información del Estado Nutricional, estudios realizados por UNICEF afirman que Perú, en tan sólo unos pocos años, redujo la desnutrición en un tercio de un estimado del 30% en 2004-2006 al 20% en 2011 [25].

Las mujeres embarazadas que sufren una desnutrición severa tienen la libertad de acudir a un centro médico o de simplemente no hacerlo; no solo se trata de una decisión más en sus vidas, implícitamente también se está decidiendo el bienestar del ser que llevan dentro. La alimentación es parte fundamental de la vida de los seres humanos, en este caso, no solo es importante la salud del nuevo ser; no se puede negar la gran importancia del rol de la madre en esta situación, por ende, no se puede menospreciar la labor que ella desempeña en

el adecuado desarrollo nutricional del bebé. Muchas veces se olvida que una nueva vida está creciendo dentro del vientre materno, no es un hecho cualquiera, ¿cómo no brindar la alimentación que este ser necesita si es que se puede hacerlo? No se puede justificar a aquellas mujeres embarazadas que teniendo pleno conocimiento acerca de las consecuencias que tiene una mala desnutrición no se preocupan por el bienestar del bebé [26].

1.6.3. Justificación metodológica

El estudio permitirá saber cuáles son las prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional materno para prevenir las complicaciones durante el embarazo y del recién nacido, al conocer estos aspectos nos permitirá intervenir oportunamente para concientizar a la madre sobre la importancia que tiene la alimentación y nutrición saludable en su periodo de gestación correspondiente.

Los estudios e investigaciones que abordan estas variables de estudio en las gestantes, han tomado gran importancia dado el alto grado de pertinencia con la que cuentan, ya que como es bien sabido, el estado nutricional representa uno de los más comunes y serios problemas de salud que las personas enfrentan hoy en día y su consecuencia en el embarazo y especialmente en el niño puede generar consecuencias lamentables. Para lo cual el presente trabajo de investigación es un estudio cualitativo para el cual se aplicará una encuesta para medir el estado nutricional de las gestantes plasmadas en 14 ítems.

1.6.4. Importancia

Es importante evaluar las prácticas alimentarias que tienen las gestantes, valorando principalmente estas conductas, en las etapas de gestación, ya que se podrá identificar la forma de alimentación que han tenido durante el tiempo de embarazo, esta información podrá ser útil a la institución puesto que permitirá, brindar recomendaciones individuales a la mujer con la finalidad de promover cambios de conducta alimentarias durante el embarazo; a la par se podrá sugerir capacitaciones constantes en base a las falencias encontradas y la creación de

programas que involucren a los profesionales de la salud, que están en constante contacto con el grupo de gestantes que acude a consulta prenatal.

Así mismo, se podrá romper el círculo de una mala nutrición en el grupo de gestantes, se requiere de trabajos de investigación que evalúen de manera concreta las practicas alimentarias de este grupo de pacientes y lo relacionen con el estado nutricional, con la finalidad de obtener datos fehacientes y muestren la realidad a nivel institucional, permitiendo de esta manera plantear estrategias de detección temprana y vigilancia nutricional, que permitan intervenir de manera oportuna en las gestantes con vulnerabilidad alimentaria y riesgos nutricionales.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Internacionales

1) Chimbo (2014), en su trabajo de investigación titulado: Práctica, conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes; nos menciona que el presente trabajo se realizó la presente investigación con 171 mujeres de las cuales 124 fueron embarazadas y 47 lactantes, mediante un estudio descriptivo de corte transversal para medir las variables: prácticas y conocimientos, creencias y tabús, IMC de la gestante y lactante. Se recolectaron datos en un cuestionario estructurado y se tabularon los datos en los programas de Microsoft Excel y EpiInfo 2008. Los resultados mostraron: Que las mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso. Y las mujeres en periodo de lactancia se encuentran un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. La mayor parte de embarazadas y lactantes no tienen conocimientos suficientes sobre cómo llevar una nutrición adecuada, una mínima cantidad de encuestadas no consideran ninguna creencia ni tabú. Creencias: (1) "Hay que comer por dos durante la etapa del embarazo" alcanza un 50%; (2) "Tienen la creencia de que si se come frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro" alcanza un 26% y (3) "Creen que hay que aumentar en consumo de carne para evitar

abortos y que sus hijos nazcan antes de tiempo “alcanzó un 19.35% en las mujeres embarazadas. Se concluyó que las mujeres embarazadas y lactantes presentan un alto índice el sobrepeso y la obesidad en comparación al bajo peso. Conclusión: las madres realizan prácticas nutricionales desequilibradas, no tienen conocimientos suficientes, la mayor parte de encuestadas tienen creencias y tabúes que los consideran durante su embarazo y lactancia. Equipo de salud no educa a las madres sobre nutrición alimentaria por lo que se considera importante dar apoyo y atención nutricional por parte de las entidades de salud a estos grupos vulnerables [28].

2) García (2014), en su trabajo de investigación titulado: “Factores culturales y patrón alimentario en mujeres Maya K’iche’ en período de gestación. Estudio realizado en la consulta externa del Hospital Regional de Quiché, Guatemala, 2014”, para optar el título de Licenciado Nutricionista; nos menciona Los factores culturales son parte de los usos sociales y dentro de estos están las prácticas alimentarias. Guatemala es un país multicultural identificándose con diversidad de creencias culturales alimentarias, debido a ello es necesario describir los factores culturales que influyen en el patrón alimentario de las mujeres Maya K’iche’ en período de gestación. Objetivo: Describir los factores culturales y el patrón alimentario de las mujeres en período de gestación de origen Maya K’iche’ que asisten a la consulta externa del Hospital Regional de El Quiché, Guatemala. Diseño: Estudio cualitativo y cuantitativo, descriptivo y transversal. Materiales y Métodos: El procedimiento consistió en 60 entrevistas individuales y así como también 4 grupos focales con 36 mujeres Maya K’iche’ para describir los factores culturales. Resultados: La población se caracterizó por ser joven, solo tiene un embarazo, se encuentra el tercer periodo de embarazo. El patrón alimentario destaca el bajo consumo de carnes y alto consumo de cereales. Existe una diversidad de creencias culturales en las mujeres gestantes tales como la percepción de los antojos, alimentos gemelares, cantidad de alimento, concepto “frío-caliente”, alimentos ácidos, beneficiosos y perjudiciales. Conclusión: Dentro de las estrategias que utilizan las mujeres, está el principio de regular en el organismo la temperatura para contrarrestar el desbalance mediante prácticas tales como, realizar baños termales que se les llama

temascal y beberse una bebida caliente. Las mujeres gestantes consideran creencias sobre los efectos de los alimentos cuaches (gemelares) por su consumo en el embarazo, con la posibilidad de partos gemelares. Se concluyó la población en estudio se caracterizó por ser un grupo joven, la mitad de las mujeres gestantes tienen un solo embarazo, se encuentran en su tercer periodo de embarazo, son católicas y evangélicas, hablan ambos idiomas, son del área rural, saben leer y escribir, están casadas y unidas, viven con el esposo y se dedican al hogar con los quehaceres domésticos. En el patrón de alimentos de las mujeres gestantes destaca el bajo consumo de las carnes y un mayor consumo de cereales, frutas, bebidas frías y calientes predominando el atol y un moderado consumo de comida rápida, grasas y aguas gaseosas. [29].

3) Ipiales (2011), en su trabajo de investigación titulado: "Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra. Diciembre del 2009 a diciembre 2010", para optar el título en Licenciada en Nutrición y Salud Comunitaria; nos menciona con el propósito de conocer las prácticas, creencias alimentarias y evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra. Se realizó la presente investigación con 200 mujeres de las cuales 50 fueron embarazadas y 150 lactantes, mediante un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando el método de la entrevista directa a los grupos que intervinieron en el estudio. Con la ayuda de un cuestionario el cual contenía preguntas para determinar las prácticas alimentarias, creencias y tabús durante el embarazo y lactancia. Se estableció las condiciones sociodemográficas. Para evaluar el estado nutricional de las mujeres embarazadas se valoró con el (IMC) Índice de Masa Corporal en relación a la edad gestacional y la Curva patrón incremento de peso, para las mujeres lactantes IMC. Entre los principales resultados de la investigación se encontró: Prácticas alimentarias, hay un alto porcentaje (44%) de mujeres embarazadas y lactantes que no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, también se encontró que el 14,5% de mujeres no consumen alimentos que son fuentes de carbohidratos, en lo referente al consumo de alimentos que aportan vitaminas y minerales el 20% no

consumen. La mayoría de las mujeres dijeron que no consumen condimentos el (62,5%). A diferencia en el consumo de grasas y azúcares todas las mujeres consumen. No se encontró muchas creencias relacionadas con la alimentación. En la evaluación del estado nutricional de las mujeres embarazadas se encontró que el 8,0% presentó bajo peso, el 44,0% Sobrepeso, el 12% Obesidad, en cambio las mujeres lactantes, el 1,3% presentó bajo peso, el 41,3% Sobrepeso, el 8,7% Obesidad I, y el 0,7% Obesidad tipo II. Se concluyó que las mujeres embarazadas y lactantes presentan un alto índice el sobrepeso y la obesidad por lo que necesita el apoyo y atención de las entidades de salud y de los programas sociales gubernamentales y no gubernamentales. Dentro de las Prácticas alimentarias, se encontró que un alto porcentaje de mujeres embarazadas y lactantes no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, de igual manera alimentos fuentes de carbohidratos, y de vitaminas y minerales. En cuanto al número de comidas las embarazadas y lactantes consumen en su mayoría cinco tiempos de comida. Los alimentos que mejoran el apetito y antojos de las embarazadas fueron las frutas. Los alimentos que producen náuseas y vómitos fueron las carnes. En el trimestre que sintieron antojos, la mayoría de las mujeres embarazadas manifestaron tener durante el primer trimestre por otra parte las mujeres lactantes mencionaron que los alimentos que no consumen son la carne de chanco, los alimentos que aumentan la producción de leche materna son; avena en leche [30].

4) Landívar (2015), en su trabajo de investigación titulado: “Determinación de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al Subcentro de Salud del Valle y Sinincay. Cuenca. Año 2014”, para optar el título de Licenciada en Nutrición y Dietética, nos menciona que con el objetivo de determinar la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al Subcentro de Salud del Valle y Sinincay. Materiales y método: Se desarrolló un estudio descriptivo transversal. Mediante la valoración del estado nutricional de las gestantes y la aplicación de encuestas alimentarias, se obtuvo datos representativos que permitieron establecer la relación entre la ingesta alimentaria y el estado nutricional de ésta población. Con una muestra de 79 embarazadas se realizaron mediciones

antropométricas, patrones de ingesta alimentaria que incluyeron tres recordatorios de 24 horas; y una frecuencia de consumo. Para la ejecución de la investigación se contó con el consentimiento informado de las participantes. Resultados: El estado nutricional pregestacional muestra un 57% de normalidad, disminuyendo al 42% en el IMC gestacional, la obesidad se triplica del 11 al 33% para la valoración nutricional actual de las gestantes. El 88% de las encuestadas con bajo peso tienen un déficit de calorías. Un 46% de gestantes con sobrepeso también presentan déficit calórico. Existe un 34% y 32% de exceso de consumo de cereales y tubérculos, y frutas respectivamente. Las verduras alcanzan un déficit de consumo del 99% de la población y 9 de cada 10 presenta déficit de consumo de lácteos y carnes. Existe un 30 y 35% de exceso de consumo de grasas y carbohidratos respectivamente. La media de consumo de Calcio es 454.96mg, el hierro tiene una media de 10.5mg. Conclusión: Se concluye que la investigación de las prácticas y creencias alimentarias durante el embarazo y la lactancia ayuda a que se pueda conocer si las mujeres tienen adecuados hábitos alimentarios durante el embarazo, así como en la lactancia y que dejen de lado las creencias erróneas que afectan tanto su estado nutricional como la de sus hijos [31].

2.1.2. Antecedentes Nacionales

1) Medina (2015), en su trabajo de Investigación Titulado “Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo -julio del 2015”, para optar el título de Licenciada en Obstetricia; nos menciona que el objetivo es determinar la asociación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional con el nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de mayo - julio del año 2015. Metodología: El estudio es de tipo descriptivo- correlacional, prospectivo de corte transversal. La población de estudio fueron 144 gestantes atendidas en consultorio externo del Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de mayo - julio del año 2015, utilizando para la selección de la muestra un muestreo probabilístico, aleatorio simple. Para el análisis de los datos descriptivos se estimaron frecuencias y porcentajes, y para el análisis inferencial

se usó la prueba Chi cuadrado, el cual consideró significativo un p valor < a 0.05. Resultados: La mayoría de las gestantes pertenecen al estrato IV (47.2%) (Bajo inferior); tienen hábitos alimentarios medianamente adecuados” (50%) y tienen un estado nutricional “inadecuado” (89.6%) [25].

En cuanto al análisis de los hábitos alimentarios no se relacionan de manera significativa con el nivel socioeconómico de las gestantes ($p=0.188$), puesto que se han observado frecuencias de los hábitos alimentarios según el estrato similares, asimismo el estado nutricional no se relaciona con el nivel socioeconómico ($p=0.304$), ya que las pacientes de los estratos socioeconómicos II (75%), III (91.4%), IV (89.7%) y V (100%), tienen un estado nutricional inadecuado en porcentajes similares, por ello, no existe relación entre ambas variables. Conclusión: No existe asociación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional con el nivel socioeconómico de las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de mayo a julio del año 2015 [25].

2) Escobedo (2015), en su trabajo de investigación titulado: “Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre. Hospital Belén de Trujillo año 2012”, para optar el título en Licenciada de Obstetricia; nos menciona: El objetivo de determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre. Hospital Belén de Trujillo año 2012; se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en 115 gestantes en el I trimestre; para lo cual se elaboró una encuesta semi estructurada, para medir los conocimientos sobre requerimientos nutricionales a través de diez preguntas con tres alternativas cada uno de ellas y otra sección sobre actitudes en requerimientos nutricionales que constó de 10 preguntas con 5 alternativas. Encontrándose que el 40% de las encuestadas tuvieron un nivel de conocimiento medio; un 36% de las encuestadas tuvieron un nivel de conocimiento alto; y un 24% se encuentran en un nivel de conocimiento bajo. Las gestantes señalaron el tipo de alimentos correcto para proteínas en un 63%, 71% para calcio; 63% en vitamina A; 83% en sulfato ferroso; 65% de hierro; 73%

de zinc; 70% de ácido fólico y tan solo conocen en 54% los alimentos que aportan fibra y llama la atención que solo conocen 35% los alimentos que proporcionan vitamina B6. Conclusión: el nivel de actitud sobre el requerimiento se encontró que el 70% de las encuestadas tuvieron un nivel de actitud adecuado; el 25% se encuentra en un nivel de actitud neutral y un 5% se encuentran en un nivel de actitud inadecuado [32].

3) Catip (2016), en su trabajo de investigación titulado: “Estado nutricional durante la gestación y su relación con hábitos alimenticios en pacientes atendidas en el Hospital II -1 Moyobamba septiembre 2015 – enero 2016”, para optar el título de Licenciada en Obstetricia; nos menciona que es un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo, transversal con recolección retro prospectiva de datos. Cuya muestra fue 156 gestantes a quienes se les aplicó una encuesta elaborada por las autoras. Los resultados: Las características Socio-demográficas predominantes de las gestantes fueron: el 61,5% (96) de las gestantes son ama de casa, el 64,1% profesan la religión católica (100), el 84,6% (132) proceden de la zona urbana y el 62,2% (94) tienen vivienda en arrendada o prestada. El 61,5% (96) oscilan entre 20 – 35 años y tienen un grado de instrucción secundaria incompleta (55,8%). Talla promedio de las gestantes atendidas es de 1.52 metros y el peso promedio es de 55,87 kg. El 60,3% (94) se ubica con un índice de masa corporal 18.5 a 24.9 (peso normal), según hábitos alimenticios: el 48,0% (74), tienen poco adecuados hábitos, el 46,0% (72) tienen adecuados hábitos y el 6,0% (10) inadecuados hábitos alimenticios. conclusión: Al aplicar las pruebas estadísticas no paramétrica Ji cuadrado (χ^2) encontramos que si existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional de la gestante atendida en el Hospital II-1 Moyobamba, ($X^2 = 15,015$; $p < 0,05$) [33].

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Prácticas alimentarias

Se define como "conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

La mujer se enfrenta a dobles jornadas de trabajo conllevando como consecuencia un estado de salud y nutrición deficiente. En forma general se puede afirmar que un gran porcentaje de familias se apega más a sus prácticas y tradiciones ancestrales, sumándose a esto sus bajos ingresos económicos.

La alimentación durante el embarazo debería procurar una nutrición óptima para la madre y el niño, puesto que de una buena alimentación depende la buena salud de la madre y el nuevo ser. Las mujeres embarazadas de hogares indígenas con el cuidado de los animales y en especial el trabajo de campo les impiden cumplir con una alimentación adecuada y saludable.

Durante el embarazo mantienen una alimentación igual que cuando no está embarazada, pocas veces varía su alimentación y otra parte disminuyen su alimentación por falta de hambre y sueño [45].

Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la gestación

En la gestación es imprescindible que la dieta de la mujer reúna todos los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento adecuado y óptimo desarrollo del feto y mantener además el estado de salud de ambos. Así, la dieta de la madre debe garantizar ciertas reservas de nutrientes, que se utilizarán más tarde en la etapa de lactancia. Durante la gestación, la mayoría de nutrientes deben incrementarse debido al aumento del gasto metabólico basal.

Puesto que cada nutriente cumple una determinada función en el crecimiento y desarrollo de los tejidos, los requerimientos de nutrientes varían en función de las necesidades [45].

Energía: En la gestación, los requerimientos energéticos diarios aumentan de 250 a 300 kcal, aunque es importante establecer dichos requerimientos en función de las necesidades específicas de la madre. El aumento de los requerimientos energéticos basales en la gestación, se justifica por la formación de nuevos tejidos corporales, el crecimiento de útero, placenta y el feto, además del aumento del esfuerzo cardíaco materno.

La primera fase de la gestación se caracteriza por ser una etapa anabólica, donde las necesidades de energía del feto y la placenta están reducidas, y el metabolismo de la madre se dirige a la acumulación de reservas de grasa. Conforme avanza la gestación, disminuye la cantidad de energía destinada a la unidad feto placentaria y la energía almacenada por la madre. Esta segunda fase se caracteriza por ser más catabólica, donde las reservas de grasa acumuladas comienzan a movilizarse.

Hidratos de carbono: Los hidratos de carbono deben suponer entre el 45 y 60 % del valor calórico total de la dieta, aconsejando la ingesta de hidratos de carbono complejos y el incremento del consumo de fibra total a 28 g por día.

Proteínas: Durante el embarazo estas necesidades aumentan dada la enorme síntesis de nuevos tejidos tanto maternos como fetales, especialmente en el último trimestre. El Consejo Nacional de Investigaciones Americano propuso que, a partir del segundo trimestre, la mujer embarazada debe consumir de 10 a 12 grs. de proteínas adicionales cuando es mayor de 24 años y 15 grs/día cuando es menor de 24 años

Lípidos: La grasa ingerida por la dieta debe adaptarse a las cantidades recomendadas y suponer entre un 20% y 35% del valor calórico total. Es importante destacar los ácidos grasos esenciales - ácido araquidónico, eicosapentanoico (EPA) y el docosahexaenoico (DHA). La ingesta adecuada de estos ácidos grasos esenciales es primordial para el correcto desarrollo de la placenta y el feto y para que el embarazo llegue a término con éxito.

Vitaminas y Minerales: En general, los micronutrientes tienen una importancia especial en la gestación, en parte por la función que desempeñan en la formación de los tejidos del feto y por lo que suponen para el futuro estado de salud del niño. Durante el embarazo, la formación y desarrollo del feto. Por ello, debe ser variada y equilibrada y debe incluir todos los alimentos propuestos en la pirámide nutricional, respetando el número de raciones diarias para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes.

Habitualmente, los requerimientos de micronutrientes se cubren siguiendo una dieta variada y equilibrada, aunque hay que prestar especial atención a algunos de ellos para evitar los riesgos de malnutrición que se describen a continuación:

- Se requiere un aporte extra de hierro de 0,9 mg al día. Este mineral se encuentra implicado en el aumento de los tejidos de la madre y el feto y también en la formación de los depósitos hepáticos fetales de hierro.
- En el tercer trimestre de embarazo es necesario un aporte adicional de calcio, ya que en esta etapa el feto necesita de 200 a 250 mg diarios de este mineral.
- Los requerimientos de la mayoría de vitaminas hidrosolubles se encuentran aumentados, teniendo especial relevancia el ácido fólico, cuya ingesta se debe incrementar en 400 µg al día. Para evitar malformaciones en el feto, se debe aportar esta vitamina de 8 a 10 semanas antes de la concepción.
- Los requerimientos de vitamina B6 también deben incrementarse durante la gestación enzimas que se relacionan con el metabolismo proteico [46].

Requerimientos y recomendaciones nutricionales en la lactancia

Los requerimientos nutricionales durante la lactancia son más elevados que en la gestación. El aumento de estas necesidades de energía se debe al volumen y valor energético de la leche producida, ya que la secreción de 800 ml de leche

al día tiene un valor energético aproximado de 550 kcal. Los déficits nutricionales durante la lactancia, pueden afectar a la producción de leche materna y en menor medida a su calidad, ya que la composición de la leche depende de las reservas de la madre. Por ello, es importante que la madre mantenga un estado de nutrición óptimo para evitar un estado de desnutrición [46].

Energía: En el período de lactancia, los requerimientos energéticos diarios se incrementan en 500 kcal aproximadamente, aunque es importante establecer los requerimientos en función de las necesidades específicas de cada madre. Para cubrir estas necesidades, la mujer necesita incrementar la cantidad de alimentos sólidos y líquidos en la dieta. De esta manera se asegura que la producción de leche ofrezca la calidad y cantidad que el niño necesita para satisfacer sus necesidades. Hay que tener en cuenta que, para el mantenimiento de la lactancia, la necesidad de energía es proporcional a la dosis de leche generada. Aproximadamente, se necesitan ingerir unas 85 kcal/100 g de leche que produce la madre. Durante la lactancia, las pérdidas de los depósitos grasos que se producen en la mujer, facilitan que se recupere el peso inicial previo a la gestación.

Hidratos de carbono: Los hidratos de carbono al igual que ocurre en la gestación, deben suponer entre el 45 y el 60% del valor calórico total de la dieta. Es aconsejable incrementar el consumo de fibra total a 29 g por día.

Proteínas: Además de las pautas de ingesta de proteínas de referencia para la población general, se aconseja una ingesta adicional de 19 g de proteína al día durante primeros los seis meses de lactancia y a partir de los seis meses, aumentar en unos 13 g de proteína por días; es aconsejable que estas proteínas sean de alto valor biológico.

Lípidos: La grasa ingerida por la dieta debe adaptarse a las cantidades recomendadas para mujeres lactantes y suponer entre un 20% y 35% del valor calórico total. Las ingestas recomendadas son semejantes a las indicadas para mujeres gestantes, como los valores de referencia para los ácidos grasos esenciales.

Vitaminas y minerales: En el período de lactancia, también son de especial relevancia en la dieta de la madre los micronutrientes. Para evitar carencias o déficit de micronutrientes, a continuación, se describen los más importantes en esta etapa: Debe incrementarse la ingesta de vitaminas liposolubles (A y E) con respecto a la mujer gestante. La mayoría de las vitaminas hidrosolubles se encuentran aumentadas, especialmente la B2, B6 y la C.

En la lactancia, al igual que ocurre en la gestación, para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes es fundamental que la dieta de la mujer sea variada y equilibrada, incluyendo todos los alimentos de la pirámide nutricional y respetando el número de raciones y el peso. Si la dieta no es equilibrada ni variada, tendrá déficit de nutrientes y esto va a repercutir en la calidad de la leche materna y por tanto en el correcto desarrollo del niño; además, la desnutrición también afecta a algunas reservas de nutrientes, pudiendo afectar al estado de salud de la madre.

Influencia de la nutrición en la lactancia

Diferentes estudios han correlacionado el estado nutricional o variables del estado nutricional materno con la lactancia: El estado nutricional materno al inicio del embarazo (medido por el índice peso/talla) influye en el volumen de la leche producida y en su contenido graso, ambos son mayores en las mujeres mejor nutridas.

En mujeres que amamantan con frecuencia similar, su estado nutricional y el incremento de peso durante el embarazo influyen en la duración de la lactancia. El estado nutricional de la embarazada y el incremento de peso durante el embarazo influyen en el peso de los niños al nacer. A su vez los niños de mayor peso tienen más posibilidades de tener una lactancia prolongada. La ingesta de la madre durante la lactancia influye en el contenido de aminoácidos, ciertos ácidos grasos y vitaminas hidrosolubles de la leche, pero no en el contenido de proteínas totales y el calcio [45].

Además, podemos mencionar las prácticas alimenticias más frecuentes durante el embarazo:

- ✓ **Frecuencia del consumo de alimentos:** Cada uno de los grupos de alimentos contribuye con sustancias específicas para la salud de la mujer embarazada y, en su conjunto, aportan los nutrientes necesarios para la nutrición adecuada. No es necesario que consuma todos los alimentos que conforman un grupo todos los días, sino más bien es importante evaluar el consumo de algunos de esos alimentos cada día. Es importante que se consuma por lo menos un alimento de cada grupo cada día (en las cantidades adecuadas) para que la alimentación sea completa y que se alternen los alimentos dentro de cada grupo para que la alimentación sea variada. Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son: cereales y derivado, frutas y vegetales; leche, yogur y quesos, carnes, huevos, aceites vegetales (no grasas) y agua potable. La gestante debe comer más veces que antes; además de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) es necesario incluir un refrigerio al día.
- ✓ **Consumo de alimentos ricos en proteínas:** Durante el embarazo, las proteínas se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento de feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal. Por ello es importante que las gestantes consuman aproximadamente 25 g adicionales a los requerimientos previos al embarazo. Estas pueden ser de origen: animal como las carnes, el pescado, la leche y huevos o de origen vegetal como la levadura, los frijoles, la soya, los maníes, las harinas, etc.
- ✓ **Consumo de cereales y/o derivados de tubérculos y raíces:** Estos alimentos son ricos en sustancias que dan la energía y las fuerzas

necesarias, además aportan al organismo cerca del 50% de la recomendación diaria de kilocalorías. Entre los alimentos que conforman los cereales se encuentran: arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, pan, pastas, harinas blancas e integrales. Por otra parte, entre los alimentos que contienen tubérculos y raíces se encuentran: camote, papa, yuca, plátano, etc.

- ✓ **Consumo de frutas y verduras:** Debido a que no todos los vegetales y frutas aportan los mismos nutrientes es indispensable asegurar que se elija tanta variedad como sea posible, priorizando los productos de estación que son beneficiosos desde el punto de vista económico como así también desde la calidad nutricional. Algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, por ello es aconsejable el consumo de por lo menos una porción en crudo cada día. Las frutas y verduras de todas las variedades y sus jugos naturales son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra.

2.2.2. Conocimientos alimentarios

El conocimiento es un cumulo de información alimentaria almacenada mediante las experiencias vividas acerca de su entorno y de sí mismo [47].

El conocimiento científico acerca de la ganancia de peso durante el embarazo

Los cambios durante el embarazo pueden observarse a través de la ganancia de peso. De hecho, una de las mejores formas para prevenir el nacimiento de bebés con bajo peso es por medio de la observación de la ganancia de peso materna. Para tener una idea más amplia, se puede decir que una mujer embarazada debe aumentar en promedio 20 % de su peso inicial. Sin embargo, el aumento de peso no es uniforme; se calcula que aproximadamente las dos quintas partes de ese aumento de peso ocurren durante el tercer trimestre y una quinta parte se gana en el primero. Ello significa que durante los primeros meses se gana muy poco peso, pero con frecuencia se observa que algunas mujeres no sólo no suben de

peso con esa etapa, sino que incluso lo pierden a causa de las náuseas y el vómito.

A partir de la segunda mitad del embarazo el aumento de peso sugerido es de 400 a 450 gramos por semana, aunque la ganancia de peso varía de acuerdo con las condiciones específicas de cada mujer. El feto representa la mayor parte de la ganancia de peso, además del líquido amniótico y la placenta, así como aumento en el volumen sanguíneo materno, líquido intersticial y tamaño del útero y las mamas; se pueden agregar aproximadamente 3 kg al tejido adiposo materno.

El modelo usual del aumento de peso comienza con 0.65 kg a las 10 semanas de gestación; 4 kg a las 20 semanas; 8.5 a las 30 semanas, y 12.5 a las 40 semanas. Como la mitad de este total son productos de la concepción, y la mayor parte de este peso se aumenta en la segunda mitad del embarazo, muchas mujeres sienten que están engordando antes de que se alcance el segundo trimestre de la gestación [49].

La tasa máxima de almacenamiento de grasa se produce hacia la mitad del embarazo, y proporciona una reserva de calorías para el tercer trimestre y la lactación. La ganancia de peso en el segundo trimestre se debe en gran parte al aumento del volumen de sangre materno, al tamaño de las mamas y el útero, y al tejido adiposo. En el tercer trimestre crecen el feto, placenta, volumen del líquido amniótico y retención de líquidos en los miembros inferiores y en la pelvis.

No es aconsejable ganar peso con exceso, ya que puede provocarse un aumento en la glucemia y desencadenar diabetes gestacional, o bien, un aumento en la presión arterial que elevaría el riesgo de enfermedad hipertensiva aguda en el embarazo (pre eclampsia). Cuando la mujer presenta sobrepeso antes del embarazo se debe procurar que conserve la misma velocidad de ganancia de peso durante toda la gestación. En ningún caso se deberá restringir la ganancia de peso en forma absoluta. Por otro lado, el bajo peso de la madre aumenta el

riesgo de que él bebe sea prematuro o tenga bajo peso al nacer, así como de que surjan dificultades al inicio de la lactancia.

El riesgo de complicaciones del embarazo aumenta en los dos extremos de la clasificación del estado nutricional según el IMC la obesidad y el bajo peso o desnutrida, entre las gestantes obesa y sobrepeso tienen un riesgo alrededor de dos a seis veces más de diabetes gestacional, que la de peso normal además el riesgo de sufrir de hipertensión y posterior a esta el riesgo de pre eclampsia y es aún un riesgo más elevado de operaciones de cesáreas, complicaciones postoperatoria y contribuyen al incremento de la mortalidad perinatal.

Conocimientos que tienen las mujeres acerca del consumo de hierro en el embarazo y lactancia

Se han investigado también los conocimientos en relación a la anemia en el embarazo, cerca de la mitad de embarazadas escuchó hablar alguna vez sobre la misma, solo un tercio de embarazadas conocen que la patología se debía a la falta o disminución del hierro y/o glóbulos rojos [47].

En cuanto al conocimiento que tienen sobre la función del hierro surgen diversidad de nociones, algunas veces se relaciona con la prevención de la anemia, también lo relacionado a una mala alimentación “me lo dan porque no como bien” también asocian el hierro a beneficios para la salud del bebé como: “es para fortalecer al bebé en la panza” [46].

Acerca de los conocimientos que las gestantes y madres lactantes tienen en relación al inicio del consumir el hierro. Aunque según el análisis de los datos provenientes de investigaciones anteriores, más de la mitad de las mujeres refirió haber recibido suplementos durante el curso del embarazo y al inicio de la lactancia, las entrevistas en profundidad revelan el desconocimiento de los beneficios.

El consumo del suplemento es irregular y generalmente la suplementación puede no iniciarse o interrumpirse. Los principales motivos que se identifican son los económicos o problemas relacionados al sistema de salud que no garantiza continuidad en la provisión de la dosis. También se visualizan dificultades relacionadas a traslados de las madres, largas esperas, desorganización administrativa y la agravante del faltante del suplemento en los centros asistenciales como los principales factores que promueven la no adherencia a la suplementación. Otro condicionante que surge es que este tipo de población suele rotar por diferentes centros de salud, por lo cual no hay un profesional de cabecera y las gestantes suelen confundir o perder las indicaciones recibidas.

En conocimientos científicos con respecto al consumo de hierro

El hierro es un oligoelemento esencial para la vida que nuestro organismo no puede producir por sí mismo, por lo que, en condiciones normales, debe ser aportado cada día a través de la dieta alimentaria. La mayor parte del hierro se utiliza para la formación de la sangre (basta decir que la molécula de la hemoglobina contiene un átomo de hierro en su núcleo), mientras que el resto se almacena como depósito o participa como componente de las enzimas en los múltiples procesos metabólicos destinados a mantener el estado de salud [48].

El hierro se absorbe en el intestino delgado a partir de los alimentos y es transportado por la sangre hasta la médula ósea, donde interviene en la formación de la hemoglobina, el pigmento rojo de los eritrocitos. La función más importante de la hemoglobina es la llamada respiración celular, es decir, el transporte de oxígeno a través de las arterias desde los alveolos pulmonares hasta todas y cada una de las células del organismo, incluido el feto en el caso de las mujeres en gestación.

La mujer, durante el embarazo, prácticamente duplica su volumen de sangre, lo que también implica un considerable aumento en sus necesidades de hierro, que deberán ser cubiertas adecuadamente para que su sangre sea de calidad, máxime si se considera que el feto se alimenta a través de la sangre de su madre, hecho del que dependerá su desarrollo durante la gestación.

Para muchas mujeres, el hierro en la dieta es insuficiente para satisfacer las mayores necesidades del embarazo y, en consecuencia, sus reservas de hierro se agotan. Esto se puede prevenir con suplementos de hierro. Algunos autores consideran que el hierro debe ser reservado para aquellas con anemia por deficiencia de hierro pre-existente, embarazos múltiples, o la mala alimentación. La recomendación predominante, es que las mujeres embarazadas reciben suplementos de hierro, especialmente durante la segunda mitad del embarazo. La dosis recomendada es de 30 a 60 mg diarios de hierro elemental; la mayoría de las vitaminas prenatales contienen 60 mg de hierro.

2.2.3. Creencias alimentarias en el embarazo

La creencia se define como cualquier "expresión o proposición simple consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos y la alimentación" [46].

- En cuanto al “Consumo del plátano y el huevo crudo” cree que el niño saldrá más blanco. El plátano puede dar cólico en algunas personas, cuando se consume en la noche, mas no hará que el niño salga más blanco. El huevo crudo no debe consumirse ya que la proteína del huevo se absorbe cocida y no cruda, también para evitar la salmonella, que se ha dado a conocer en estudios realizados recientemente, al igual que por la cantidad de antibióticos y hormonas que se utilizan en la alimentación de estos animales, asociados con la telarquia o desarrollo sexual precoz en los niños y la homosexualidad. Entonces no hay ningún estudio que compruebe dicha creencia no es más que una superstición.
- “Otras creencias” el comer muchas frutas y verduras el niño sale más blanco y cabello claro, piensa que comer mucho maní nacen gemelos, creen que comer plátano vede mejorara la anemia, Desde el punto de vista nutricional, comer frutas y verduras durante el embarazo aporta; vitaminas y minerales, esto no tiene nada que ver que el niño salda más blanco y con cabello claro, lo único que puede suceder es que el niño

nacerá saludable. Ya que no hay ningún estudio que compruebe dicha creencia. El maní aporta ácidos grasos esenciales, y no hace que nazcan niños gemelos, el plátano verde es rico en potasio y carbohidratos, y no mejora la anemia.

- Se analiza en cuanto al “Consumo excesivo de carnes” el 10% de las mujeres embarazadas cree que, la cabeza del niño se crecerá, dice que se le puede salir la placenta al momento del parto. Si analizamos el alto consumo de carnes rojas en los países industrializados, vemos que es mayor el consumo de proteína que el recomendado por la OMS, que es de un gramo por kilogramo de peso. El exceso de ingestión hace que el organismo recargue el trabajo de los riñones y del hígado y haya deshidratación intracelular que trae como consecuencia ureas altas, albúminas, por ende, retención de líquidos e inflamación de los miembros inferiores y gota. Entonces el consumo de carnes debe ser de acuerdo a cada persona, pero hay que tomar en cuenta que durante el embarazo; se aumenta una porción de carnes ya que durante los tres primeros meses su consumo es primordial, pero tampoco hay que sobre cargar al organismo para evitar las consecuencias mencionadas anteriormente. Entonces se descarta cualquier creencia errónea en cuanto al consumo de carnes.

2.2.4. Tabús alimentarios en el embarazo

Es la restricción que limita el uso de alimentos que son considerados como prohibidos [48].

- El “Consumo de vísceras” en las mujeres embarazadas se prohíben consumir porque el niño saldrá ahogado por el cordón umbilical. Desde el punto de vista nutricional, el consumo de vísceras aporta proteínas en cantidades menores que las carnes. Ningún estudio demuestra que el consumo de vísceras especialmente las (tripas) hace que el niño nacera ahogado por el cordón umbilical.

- Se prohíben El “Consumo de alimentos gemelares o deformes” porque hace que nazcan niños gemelos, los niños nacerán pegados. En realidad, se trata de una malformación poco común, incluso a nivel mundial, atribuible por lo general al consumo de medicamentos durante el embarazo o el consumo de alimentos contaminados con plaguicidas, así como la exposición a los mismos. Desde el punto de vista nutricional, el consumo de frutas y verduras es bueno ya que aporta vitaminas y minerales, y no importa que las frutas, verduras, estén pegadas o unidas o deformes ya que no altera la formación del niño.
- Se restringen “El consumo de cítricos” algunas de las mujeres embarazadas porque se le cortará la sangre al niño, el niño nacerá alérgico, cree que el niño nace desnutrido, piensan que le puede dar gastritis a la madre gestante. El consumo de cítricos durante el embarazo aporta vitamina C en la dieta, es bueno ya que la misma favorece en la absorción del hierro, contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas. Estudios demuestran que el consumo de cítricos no es malo durante el embarazo ni en ninguna etapa de la vida, es una excelente fuente de vitamina C o ácido ascórbico y es el responsable del buen funcionamiento de muchos de nuestros órganos, incluido el mantener las defensas en un buen nivel ayuda para el correcto funcionamiento del sistema inmunológico, indispensable para combatir las enfermedades infecciosas, y su papel en la cicatrización, que permite a las heridas curar más rápidamente. Mantiene además a las encías en un estado saludable; es como un antioxidante por lo que ayuda a nuestro cuerpo a producir colágeno y así retrasar el envejecimiento además de que está asociado con prevenir enfermedades cardíacas y cánceres, también ayuda para el buen mantenimiento de los músculos y huesos.

2.2.5. Tabús alimentarios en la lactancia

Algunas madres consideran prohibido “comer verduras porque ocasiona que se altere el olor y sabor de la leche o que se produzcan cólicos en los niños” [46].

- En definitiva, el consumo de verduras es importante durante la lactancia por el aporte de nutrientes (vitaminas y minerales), La madre puede comer de todo, por supuesto puede haber algún caso esporádico en que a un bebé en concreto le disguste algún sabor determinado o que durante las noches no sea aconsejable el consumo de algunas verduras, pero no significa que no se deba dejar de consumir. Una madre lactante puede comer cualquier alimento apto para el consumo humano.
- Continuando con los tabúes durante la lactancia “consideran prohibido consumir arroz, el arroz de cebada, alimentos fríos o helados y alimentos cítricos como el limón disminuyen la cantidad de leche”. Estudios a nivel de Latinoamérica aseguran que situaciones de estrés, cansancio o enfermedades de la madre, puede hacer que el volumen de leche materna, se vea afectado o disminuido, una alimentación deficiente o inadecuada, también puede comprometer el éxito de la lactancia.
- No puede tomar agua la madre mientras esté dando de lactar porque daría agua en vez de leche la oxitócica suele producir sed mientras esté dando la madre de lactar, y la producción de la leche se da con normalidad sin afectar en absoluto la composición de la leche.

2.6. Factores que determinan las prácticas, conocimientos y creencias y tabús alimentarios

Factores Culturales

La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Uno de los

factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición. La transculturación es también un factor que determina los hábitos pues la migración de personas de un país a otro, así como la llegada de productos extranjeros a la localidad, ha hecho que se adopten nuevas creencias y/o prácticas alimentarias.

Factores Económicos

El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor. Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos.

Factores Sociales

El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social.

Factores Geográficos

Las sociedades viven casi completamente de los alimentos que producen y la naturaleza de sus dietas está determinada por la calidad de la tierra, el clima, el suministro de agua, la capacidad de producción en materia de agricultura, la caza, la pesca y la ubicación geográfica. Esto se debe a que en las montañas o en el mar, cerca de los ríos y lagos, en el trópico o en zonas templadas, la tierra y el agua les ofrecen diferentes alimentos.

Factores Educativos

El nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Así lo muestran algunos estudios realizados sobre el tema, en diferentes partes del mundo. No han sido únicamente los patrones alimentarios que cambian según la escolaridad, sino que también el horario de las comidas, los métodos de preparación, almacenamiento y otros de alguna u otra manera han variado.

2.7. Estado nutricional en embarazadas

Influencia de la nutrición en el embarazo La alimentación cobra un papel importante en la preparación de un cuerpo sano más de cuarenta nutrientes están trabajando en la formación, el desarrollo y el crecimiento del bebé, pero además de esto, no pueden perderse de vista la existencia de situaciones peligrosas [46].

Embarazadas desnutridas

La alimentación materna incorrecta puede, por ejemplo, provocar un desarrollo menor de las células cerebrales del embrión. El período de formación de las neuronas comienza en el quinto mes de gestación y termina a los dieciocho meses de vida. Por lo tanto, los hijos cuyas madres hayan tenido una dieta insuficiente durante el embarazo, no recuperarán jamás el nivel de desarrollo de las neuronas que no alcanzaron durante ese período [47].

La desnutrición en los países occidentales no ha desaparecido, sino que se presentan de una forma más sutil. Esto ocurre porque, si bien hay gran cantidad y variedad de alimentos disponibles en el mercado, nuestra alimentación es deficiente; ya que estos alimentos son cada vez más refinados, edulcorados, precocinados, esterilizados, etc. Sacian el apetito, pero no nutren nuestro organismo.

Después de una importante investigación se descubrió que uno de cada diez niños nace con poco peso debido a la incorrecta nutrición de la madre; fenómeno

observado en toda la población, sin distinción de diferencia de clases sociales. Los recién nacidos con un peso inferior a la media, tienen un treinta por ciento más de posibilidades de morir durante el primer mes y diez veces más de sufrir retraso mental que los bebés con peso normal. También pueden sufrir más problemas de tipo psicológico y, según algunos expertos, son más lentos en el aprendizaje. Cuando el peso escaso del bebé es fruto de desnutrición materna el tema cobra mayor gravedad, ya que puede significar una relación entre su peso al nacer y el futuro desarrollo de su vida.

Se considera, por lo general (existen casos individuales excepcionales, en los que el peso bajo ni implica necesariamente problemas futuros si no es consecuencia de una nutrición materna deficiente, sino simplemente a la contextura física de la mujer que da a luz), que los bebés pequeños tienen menos defensa que los grandes. Además, el nacimiento con peso bajo se relaciona con la mortalidad infantil como ya apuntamos, con la aparición de deformaciones congénitas, crecimiento y desarrollo pobres y posibles retardos mentales. Sin embargo, es necesario señalar que existen muchas opiniones autorizadas al respecto que descartan la idea de que el peso de nacimiento y la nutrición prenatal sean factores de tan vital importancia.

Embarazadas Sobrepeso

Todos los consejos en lo referente a la alimentación de la embarazada están dirigidos principalmente a lograr una nutrición ideal, tanto para la madre como para el bebé. "El impacto de la obesidad es diferente para cada grupo racial", dice Gladys Ramos, una médica obstetra y ginecóloga. Ramos es coautora de un estudio publicado en 2006 en el American Journal of Obstetrics and Gynecology sobre la influencia del sobrepeso las complicaciones del embarazo. "Por ejemplo, las mujeres latinas tienen una mayor incidencia de diabetes y pre eclampsia durante el embarazo, comparado con las mujeres anglosajonas. Las mujeres afroamericanas tienen un mayor índice de cesáreas que las mujeres obesas de raza blanca.

Las mujeres obesas de raza blanca tienden a tener bebés más grandes, ¡mientras que las afroamericanas no! Además, indicó que durante el embarazo la mujer obesa o con sobrepeso puede desarrollar diabetes gestacional e hipertensión; en el parto puede presentar preeclampsia y estar propensa a trombosis venosa y pulmonar. Señaló que la mayoría de pacientes embarazadas con obesidad son programadas para cesárea, debido a que aumenta el riesgo de que sus bebés sean macrosómicos es decir que tengan alto peso al nacer (mayor de cuatro kilogramos). Asimismo, dijo, aunque pueda sonar contradictorio, existe el riesgo de que los bebés de madres obesas, puedan nacer también con bajo peso, debido a la deficiente nutrición de la madre durante el embarazo "Pueden tener peso bajo los bebés debido a la nutrición deficiente de la madre, así como puede tener un niño de alto peso, porque puede desarrollar diabetes, también es un riesgo para que el feto no crezca", apuntó la experta.

Incremento de peso recomendado durante el embarazo

La ganancia de peso gestacional es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para mujeres en edad fértil como para su descendencia. En estudios epidemiológicos se ha observado que las ganancias de peso gestacional materno más elevadas se asocian a anomalías de la glucemia prenatal materna, trastornos hipertensivos gravídicos y complicaciones del parto, junto a un mayor riesgo de retención de peso postparto, obesidad incidental y secuelas cardiometabólicas adversas en mujeres en la mediana edad. Además, datos derivados de la observación han vinculado las mayores ganancias de peso gestacional al incremento del crecimiento fetal y a la obesidad infantil ulterior [47].

Indicadores del Estado Nutricio Maternos

Existen 2 indicadores del estado nutricio materno que han demostrado una relación constante con el peso del niño al nacer: la talla de la madre y el aumento de peso durante el embarazo.

Talla: Las madres grandes tienen niños grandes, se ha propuesto que la talla es un factor condicionante del tamaño final de la placenta y ésta determina el flujo de nutrientes disponibles para el feto lo que coincide con el peso del niño al nacer.

Peso materno: La frecuencia de bajo peso al nacer y prematuras en niños de madres con peso bajo es mayor que aquellos que nacen de madres con peso adecuado. Las mujeres con bajo peso antes del embarazo, tienen placentas más pequeñas que las madres con peso adecuado o más alto.

El peso materno adecuado antes de la gestación y el aumento satisfactorio durante el embarazo son particularmente importantes para el crecimiento y desarrollo del producto. En estos controles se hace una evaluación física en la cual se miden el peso y la talla y se comparan con los estándares de Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC se obtiene del cociente entre el peso de la persona en kilogramos y su altura en centímetros al cuadrado ($\text{peso}/\text{estatura}^2$). Si el resultado está por debajo de 18 la mujer puede tener problemas de desnutrición; si está entre 25 y 29,9 se considera con sobrepeso, y si está por encima de 30 quiere decir que tiene obesidad.

2.2.8. Gestación

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia [48].

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio

del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extra útero sin soporte médico).

2.2.9. Nutrición

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es la ciencia que estudia la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta. Una adecuada nutrición es la que cubre:

- Los requerimientos de energía a través de la metabolización de nutrientes como los carbohidratos, proteínas y grasas. Estos requerimientos energéticos están relacionados con el gasto metabólico basal, el gasto por la actividad física y el gasto inducido por la dieta.
- Las necesidades de micronutrientes no energéticos como las vitaminas y minerales.
- La correcta hidratación basada en el consumo de bebidas, en especial el agua.
- La ingesta suficiente de fibra dietética [46].

Pirámide nutricional

Para establecer un parámetro, en lo que concierne nuestra dieta alimenticia, existe una forma de representar de manera gráfica, los principales y más importantes alimentos que deben ingerirse. Comúnmente se hace a través de una pirámide, llamada pirámide nutricional, aunque también existen otros modelos.

La base de la Pirámide, el área de mayor tamaño, representa los cereales o granos, sobre todo los granos integrales, que constituyen la base de nuestra dieta. En medio de la pirámide encontraremos vegetales y frutas que nos ayudan a tener energía más natural y sin efectos secundarios. Para asegurarse de

obtener más de la mitad de nuestras calorías de carbohidratos complejos es preciso consumir las porciones sugeridas en este grupo.

Los grupos disminuyen de tamaño a medida que avanzamos hacia el vértice de la pirámide, ya que la cantidad de alimentos representados en esos grupos, es menor que la que necesitamos para una buena salud. La punta o vértice de la pirámide representa el grupo más pequeño de alimentos, como grasas, aceites y azúcares, de los que hay que comer en menor cantidad.

Una salud pobre puede ser causada por un desbalance de nutrientes ya sea por exceso o deficiencia. Además, la mayoría de los nutrientes están involucrados en la señalización de células (como parte de bloques constituyentes, de hormonas o de la cascada de señalización hormonal), deficiencia o exceso de varios nutrientes afectan indirectamente la función hormonal. Así, como ellos regulan en gran parte, la expresión de genes, las hormonas representan un nexo entre la nutrición y, nuestros genes son expresados, en nuestro fenotipo.

La fuerza y naturaleza de este nexo están continuamente bajo investigación, sin embargo, observaciones recientes han demostrado el rol crucial de la nutrición en la actividad y función hormonal y por lo tanto en la salud.

Nutrición antes de la concepción y durante la gestación Los problemas de nutrición de la madre constituyen un factor para ciertos tipos de malformaciones fetales y de abortos espontáneos. Estas anomalías pueden aparecer demasiado pronto en el transcurso de la gestación (durante la organogénesis), de modo que es necesario hacer modificaciones antes de que se inicie el embarazo. En los casos de diabetes, es posible reducir la incidencia de defectos congénitos a niveles casi normales si al paciente mantiene la glucosa sanguínea bajo buen control antes de embarazarse. Además, las mujeres con bajo peso corporal y estado nutricional deficiente antes de su embarazo procrean niños de más bajo peso al nacer y sufren mayor número de roturas de membrana espontáneas y prematuras, infecciones y anemia.

En el otro extremo, las mujeres con peso excesivo tienen mayores probabilidades de que su producto sufra muerte fetal y ellas padezcan diabetes, trastornos hipertensivos o anomalías en trabajo de parto y tengan macrostomia fetal. Estas pacientes también corren mayor riesgo de necesitar cesárea. La asesoría antes del embarazo es necesaria para la prevención de estos problemas. Los trastornos mencionados son difíciles de corregir una vez iniciado el embarazo; por tanto, antes de la concepción, la mujer debe lograr que su masa corporal se mantenga entre el 90 y el 120% del peso ideal; por supuesto, en muchos casos resulta difícil conseguirlo.

Por último, cuando se da asesoría a una mujer que desea embarazarse conviene identificar otros factores de riesgo que sea posible modificar o controlar antes de la concepción, los cuales influyen directamente en el resultado del embarazo. Ej. Hipertensión, cardiopatía, enfermedades auto inmunitarias, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas prohibidas o exposición a elevadas concentraciones de toxinas ambientales.

Problemas nutricionales Desnutrición: La desnutrición es un estado patológico provocado por la falta de ingesta o absorción de alimentos o por estados de exceso de gasto metabólico. Puede ser primaria que también puede ser llamada desnutrición leve, o desnutrición secundaria, la cual si llega a estar muy grave puede llegar a ser otra patología como el cáncer o tuberculosis. La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es/son digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente.

Causas de desnutrición: comprende la disminución de la ingesta dietética, mala absorción, aumento de los requerimientos, Psicológica, enfermedades subyacentes (fiebre, infección, traumatismos, etc.), efectos fisiológicos como aumentos de las necesidades (embarazo, lactancia, crecimiento, etc.).

Consecuencias más resaltantes: La desnutrición provoca una hipoplasia del timo y una reducción variable del número y la actividad biológica de los linfocitos T. Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición clasificada en leve, moderada y severa. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune, hipoproteïnemia, edema, pérdida masa muscular, alteraciones de la coagulación, anemia. El tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas y la condición médica subyacente [48].

Estado Nutricional

Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar [47].

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

Evaluación de la Ganancia de Peso de la embarazada

Para la evaluación de la ganancia de peso se utilizará la talla pre- concepcional y el peso medido en cada consulta. Dada la influencia de la lordosis una vez avanzado el embarazo es deseable que la talla sea medida antes de las 12 semanas de gestación. El peso pre-concepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación.

Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo se utilizará el Índice de Masa Corporal (IMC) según la edad gestacional con las siguientes medidas:

Peso: Medir en balanza para adultos, registrando kg con una aproximación de 0.5kg. La mujer debe estar descalza y con ropa liviana.

Talla: Es importante su toma en el comienzo del embarazo ya que debido a la lordosis o curvatura de la columna vertebral hacia adelante lleva a obtener una talla menor que la real. Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm sin decimales. Si no se contara con una medición pre-concepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo.

Edad gestacional: Este dato será calculado por el obstetra a partir de la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, o bien a partir de la Altura uterina. Se expresa en semanas.

IMC: Índice de masa corporal, que involucra a la talla y el peso [46].7u

2.2.10. Necesidades nutricionales de la embarazada

Durante el embarazo, existe un incremento de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Existen diversas fuentes de información sobre el tema, las que no siempre son concordantes, lo que genera confusión en que el equipo de salud. Las más actuales son las del Instituto de Medicina de los EE UU.

Energía. La necesidad adicional de energía, para una embarazada con estado nutricional normal se consideraba alrededor de 300kcal diarias. Estudios recientes demuestran que con frecuencia disminuyen la actividad física durante el embarazo y el gasto energético por este factor. A la vez, existen mecanismos de adaptación que determinan una mejor utilización de la energía consumida. Un comité de expertos propuso en 1996 un

incremento de solo 110 Kcal. Los primeros trimestres del embarazo 150-200 Kcal. Durante el último trimestre, en mujeres con estado nutricional normal. El incremento adicional equivale entonces a menos de medio pan, gran parte del embarazo. En mujeres enflaquecidas, las necesidades de energía se incrementan en 230 Kcal en el segundo trimestre y en 500 Kcal para el tercer trimestre.

Proteínas. La necesidad adicional de proteína se estima en 10gramos diarios, cantidad que se puede satisfacer con dos tazas de leche adicionales.

Ácidos grasos esenciales. Son el omega 3 y omega 6; se requiere para mantener una salud óptima. Su aporte es importante para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y el oído de los niños y niñas, ya que la formación cerebral ocurre a una mayor velocidad durante el último trimestre del embarazo y primeros dos años de vida. Es importante conseguir el balance entre las grasas omega 3, omega 6 que deben consumirse considerando las siguientes recomendaciones:

- Ácidos grasos omega 3: 5.06 gramos diarios
- Ácidos grasos omega 6: 20.26 gramos diarios.

Hierro. Las necesidades de hierro se duplican durante el embarazo y prácticamente es imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Es un mineral esencial para la formación de los hematíes de la sangre, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperales y no es probable que una mujer embarazada consuma bastante en una alimentación habitual. Incrementar el aporte de hierro es necesario no solo por las demandas fetales, sino también por el gran aumento que experimenta su volumen sanguíneo. Las mujeres embarazadas deben comer alimentos ricos en hierro para prevenir una deficiencia de hierro y evitar la anemia. Los requisitos adicionales del hierro durante el embarazo no se pueden

resolver solamente con la dieta y por ello es necesario habitualmente recurrir a suplementos.

Folato (ácido fólico o folacina). El embarazo duplica las necesidades de una mujer embarazada en cuanto a folato. Es esencial para la síntesis de proteína, intervienen el metabolismo de los aminoácidos, formación de nuevas células, y producción de sangre. Propuestas recientes han aumentado la recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil a 400 ug/día (más del doble de la cifra previa) y 600 ug/día en la embarazada, especialmente en las mujeres con historia familiar de malformaciones congénitas. Suficiente folato disminuye el riesgo de defectos del tubo neural, como espina bífida y anencefalia. La deficiencia grave de folato puede dar lugar a anemia megaloblástica, entidad en la que el corazón, el hígado y el bazo de la madre pueden aumentar tanto que llegue a amenazar la vida del feto. Aunque no hay un acuerdo general en la necesidad de suplementar folato para todas las mujeres embarazadas, sin embargo, se recomiendan suplementos, sobre todo para las embarazadas que fuman, beben licor y vegetarianas. Para prevenir la deficiencia de hierro y ácido fólico y la consiguiente anemia, el Ministerio de Salud Pública administra sulfato ferroso y ácido fólico a través del Programa Integrado de Micronutrientes.

Calcio. La mujer embarazada requiere un 40% adicional de calcio al día. El calcio es esencial para mantener la integridad del hueso de la mujer y el desarrollo esquelético del feto. RDA para calcio es de 1200 mg, suficiente para proveer las necesidades maternas y fetales.

Sodio. Aunque el sodio no necesita ser limitado durante embarazo, sin embargo, se recomienda no realizar una ingesta excesiva. La mujer embarazada debe evitar los alimentos procesados o los denominados "chatarra" ya que son ricos en sodio. Demasiada sal puede conducir a la hipertensión, y el consumo de demasiado alimento salado puede favorecer el aumento del peso.

Vitamina D. La vitamina D es necesaria para la absorción de calcio y para el mantenimiento y desarrollo normal de sistema óseo tanto de la madre como del feto. Las mujeres con baja ingesta de vitamina D debe tomar leche fortificada, especialmente las que tienen exposición mínima a la luz del sol, la suplementación diaria debe ser de 10 mg. Necesidades diarias. De 10 a 15 minutos diarios de exposición al sol.

Fósforo. Necesario para tener huesos sanos. Ayuda a su cuerpo a producir energía, y previene la descalcificación de la mujer embarazada.

Magnesio. Ayuda a mantener el funcionamiento normal de los músculos y los nervios, mantiene la regularidad de los latidos del corazón, mantiene los huesos fuertes y ayuda a que su cuerpo produzca energía.

Zinc. Refuerza su sistema inmunitario necesario para la curación de las heridas y la reparación tisular, mantiene la sensación del gusto y el olfato; ayuda con la digestión, propicia la reproducción, crecimiento y desarrollo normal.

B2 (riboflavina). Activa la enzima folato – vitamina B12 y evita la anemia. Además, previene las complicaciones neurológicas asociadas con su deficiencia.

Vitamina C (ácido ascórbico). Favorece la absorción del hierro (alimentos de origen vegetal). Contribuyen a disminuir la incidencia del parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas.

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir con los requerimientos de la mujer y de nuevo ser. La traducción de los requerimientos a porciones de alimentos de acuerdo a las actuales normas. La embarazada con estado nutricional normal se debe agregar una porción adicional de lácteos y frutas [48].

Dieta adecuada a los parámetros para una mujer embarazada y consecuencias de bajo y aumento peso.

Tradicionalmente la mayor preocupación ha estado dirigida a evitar los eventos asociados al déficit nutricional, pero cada vez hay más consciencia de la necesidad de reducir los eventos asociados al exceso, incluyendo la retención de peso post parto por parte de la madre. La ganancia de peso optima en embarazadas adultas con peso preconcepcional normal fluctúa en la mayoría de los estudios entre 11 y 16 Kg.

Sin embargo, depende en gran medida de la talla materna, siendo obviamente menor en mujeres de menor estatura. Ganancias de peso cercanas a los 16 kg en mujeres bajas con talla menor a 150 cm pueden aumentar el riesgo de desproporción céfalo-pélvica. A la inversa, recomendar valores cercanos a 11 kg en madres con una talla mayor de 160 cm puede aumentar el riesgo de desnutrición intrauterina. Por estas consideraciones, la mayoría de los autores recomienda ganancias de peso proporcionales a la talla materna. Para ello se debe utilizar algún indicador de la relación peso/talla (índice de masa corporal, por ejemplo) para aplicar la propuesta que tiene consenso: ella es que la ganancia de peso gestacional sea equivalente a 20% del peso ideal, lo que correspondería a 4,6 puntos del índice de masa corporal para una mujer con un índice de masa corporal inicial de 23 puntos.

El estado nutricional preconcepcional y la ganancia de peso durante la gestación influyen sobre los resultados perinatales. Sin embargo, en la mayoría de los estudios es más fuerte la asociación con la antropometría preconcepcional que con el incremento, lo que obliga a una mayor preocupación en el período intergestacional. Los principales eventos asociados al bajo peso o incremento de peso gestacional son:

A) Problemas asociados al bajo peso de la embarazada Infertilidad

La desnutrición severa se asocia a falla de crecimiento y amenorrea por alteraciones en la función hipotalámica que repercuten en la producción de gonadotrofina y aumentan la prolactina, comprometiendo la ovulación.

Las categorías de peso al nacer "insuficiente" (2500 a 3000 g) y el llamado "deficiente" (2001 a 3000 g) son aquellas donde se concentra el retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). No es esperable por intervenciones educativas y alimentarias durante el embarazo lograr mayores cambios en otras categorías, como las de peso bajo y muy bajo al nacer (< 2500 g y < 1500 g), excepto en situaciones de gran deprivación nutricional. Esto último fue observado recientemente en el estudio realizado en Gambia por Prentice y colaboradores. El riesgo relativo de RCIU es 70% mayor en gestantes de bajo peso con relación a gestantes de peso normal. A mayor grado de déficit nutricional materno mayor es el riesgo de desnutrición intrauterina.

El peso al nacer menor a 3000 g repercute también negativamente en el crecimiento y desarrollo las primeras etapas de la vida con mayor riesgo de desnutrición y mortalidad infantil. Finalmente aumenta el riesgo de algunas patologías crónicas no degenerativas del adulto y la base nutricional de los orígenes fetales en las enfermedades del adulto hoy tiene evidencias sustantivas.

La pobreza, el embarazo en adolescentes en condiciones sociales precarias, el abuso físico, el bajo nivel educacional, síntomas digestivos (náuseas, vómitos severos), dietas restrictivas y desórdenes de la conducta alimentaria son los principales factores asociados a una insuficiente ganancia de peso gestacional.

B) Retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer

La desnutrición materna severa o una ganancia de peso insuficiente producen también un aumento significativo de la mortalidad en útero en las primeras semanas post parto.

C) Mortalidad perinatal

Cada vez hay más antecedentes que confirman los diferentes riesgos en el proceso reproductivo asociados a la obesidad materna. Los principales de ellos se describen a continuación.

D) Problemas asociados a la obesidad de la embarazada

Se ha estimado que la obesidad aislada o como parte del síndrome de ovario poliquístico es un factor de riesgo de infertilidad y anovulación (no ovula) en las mujeres. Una baja de peso, aun en las mujeres con ovario poliquístico (problema causado por el mal funcionamiento de las hormonas), induce ovulación en muchos casos y mejora la fertilidad, lo que se explica por un descenso en los niveles de andrógenos.

E) Infertilidad.

Este problema afecta a un 3-5 % de todos los embarazos y determina mayor morbi-mortalidad perinatal. La diabetes gestacional se asocia a un IMC (Índice de Masa Corporal) sobre 25 y también en forma independiente, con una ganancia de peso exagerada en la etapa temprana de la adultez (más de 5 Kg entre los 18 y 25 años de vida).

Preeclampsia e hipertensión. El riesgo de hipertensión y preeclampsia aumenta en 2 a 3 veces al subir el IMC por sobre 25, especialmente en las mujeres con IMC de 30 o más.

F) Diabetes gestacional.

El riesgo de parto instrumentado aumenta en directa relación con el peso al nacer a partir de los 4000 gramos y en especial sobre los 4.500. La macrosomía fetal puede deberse a la obesidad materna primaria o puede ser secundaria a la diabetes gestacional inducida por la obesidad. En ambos casos la macrosomía fetal es secundaria al hiperinsulinismo determinado por la hiperglucemia materna. La prevalencia de cesárea en las mujeres con IMC sobre 30 aumenta en un 60 %, después de controlar por el efecto de otras variables. El alto peso de nacimiento se asocia también con trabajo de parto y parto prolongado, traumas y asfixia del parto. Estudios recientes señalan aumento en días de hospitalización de las madres obesas y cinco veces mayor gasto obstétrico.

G) Parto instrumentado (cesárea o fórceps).

La obesidad aumenta el riesgo de malformaciones congénitas mayores en especial los defectos del tubo neural. Estudios epidemiológicos que han

controlado el efecto de otros factores de riesgo indican un riesgo relativo 40% a unos 60% mayor con un IMC sobre 25. Estudios de caso-control apoyan estos hallazgos y sugieren un riesgo de la misma magnitud. Ello ha llevado sugerir que las mujeres obesas requieren una cantidad mayor de ácido fólico.

H) Malformaciones congénitas.

Los recién nacidos tienen un riesgo de muerte 50 % mayor si la madre tiene un IMC superior a 25 y 2 a 4 veces mayor si es superior a 30.

I) Mortalidad perinatal.

La obesidad en la mujer aumenta en varias veces el riesgo de diabetes tipo 2. En edades posteriores también aumenta significativamente el riesgo de accidentes vasculares cerebrales isquémicos, embolias pulmonares, cáncer de colon, litiasis y cáncer de vesícula entre otras patologías.

J) Riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

El incremento de peso gestacional, no es la única variable que determina el pronóstico del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, tiene la ventaja que puede ser modulado a través del control prenatal. La ganancia de peso debe ser definida específicamente para cada gestante, considerando fundamentalmente el peso preconcepcional o estado nutricional en el primer control prenatal. También es importante considerar la estatura materna (mayor ganancia a mayor talla), la edad (mayor ganancia en madres adolescentes) y los antecedentes de patologías o embarazos previos. Las recomendaciones de 1990 del Instituto de Medicina de los E.U.A expresan los valores de incremento de peso en términos absolutos, lo que hace difícil establecer la proporcionalidad con respecto a la talla materna, como se describe a continuación:

- ✓ **IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo mayores de 20.** Mujeres embarazadas con bajo IMC pregestacional deberán ser referidas para una completa evaluación dietética y nutricional y una monitorización de la ganancia de peso periódica en cada visita prenatal. El riesgo de bajo peso de nacimiento puede ser reducido con una ganancia

ponderal total entre 12,5 y 18,0 Kg, lo que equivale aproximadamente a 0,5 Kg por semana. Las causas de IMC bajo deben ser identificadas precozmente en el embarazo. Aunque un IMC cercano a 20 puede reflejar una condición de normalidad, se hace imperativo buscar otras causas que se puedan beneficiar con una intervención.

- ✓ **IMC pregestacional entre 20 y 24.** Una mujer con peso saludable tiene el menor riesgo de obtener un RN de bajo peso o macrosómicos. Mujeres con pesos pre gestacionales en este rango deben ganar entre 11,5 y 16,0 Kg en total o alrededor de 0,4 Kg semanales, durante el segundo y tercer trimestre.

- ✓ **IMC pregestacional entre 25 y 29.** Más frecuentemente presentan diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, particularmente si la ganancia de peso es alta. Embarazadas con un IMC sobre 25 deben ser referidas a evaluación nutricional y dietética. Se recomienda una ganancia de peso entre 7,0 y 11,5 Kg en total o aproximadamente 0,3 Kg por semana durante el segundo y tercer trimestre.

- ✓ **IMC pregestacional mayor de 30.** Las mujeres con un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0,2 Kg/semanales) y no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad intrauterina.

K) Ganancia de peso según peso pregestacional

Una alimentación balanceada, de acuerdo a las recomendaciones de las guías alimentarias permite cubrir todas las necesidades nutricionales, a excepción del hierro. Las necesidades de ácido fólico son también difíciles de cubrir con la dieta habitual, pero no sería necesario el uso de suplementos en la medida que se cumplan las normas de fortificación de la harina de panificación. En sectores de ingresos medios es posible que la educación alimentaria sea suficiente para

adecuar la dieta a las exigencias de este período. No sería necesario en este caso el uso de suplementos en forma rutinaria. Puede en cambio ser una medida útil en poblaciones de bajos ingresos o cuando la dieta es poco variada.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Actitudes:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.
- **Alimentación:** Es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.
- **Características socioeconómicas:** Son aquellos atributos que abarcan la parte social y económica del hogar. - Nivel socioeconómico: conjunto significativo de personas que comparten condiciones económicas y sociales que las hacen similares entre si y distintas de las demás.
- **Complicaciones:** Es una dificultad añadida que surge en el proceso de consecución de una meta determinada o muestra una complejidad que requiere de una atención especial para poder ser resuelta.
- **Conocimientos:** Conjunto de datos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia que permite la reflexión y objetivización de las percepciones y representaciones.
- **Educación sanitaria:** La educación sanitaria es brindar información a la población con la finalidad de que alcancen la salud por sus propios medios.

- **Educación sexual:** Es la información progresiva y adecuada de lo que es la sexualidad humana para su formación, tanto en lo biológico como en lo afectivo - social.
- **Estado nutricional:** Estado de balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y a su vez son dependientes de la interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico.
- **Ganancia de peso gestacional:** Se refiere a la cantidad de peso que incrementa la madre gestante durante el proceso de gestación.
- **Género:** Construcción social de cómo se debe comportar la mujer y el hombre en determinada sociedad. Y en un futuro el o la homosexual. Femenino y Masculino.
- **Hábitos alimentarios:** Conjunto de costumbres y/o actitudes que determinan el comportamiento en relación a los alimentos que consume.
- **Indicador:** Es una medida usada en el nivel demográfico para describir la proporción de un grupo poblacional debajo de un límite o punto de corte.
- **Índice:** Es la combinación de dos o más medidas necesarias para su interpretación. Por ejemplo, un valor de peso por sí solo no tiene ningún significado a menos que se relacione con la edad o con la talla. En consecuencia, se puede combinar el peso con la talla para obtener el índice de masa corporal.
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** Es un índice que relaciona las variables de peso y talla para medir la masa corporal.
- **Mujer:** Personas de sexo femenino, y en el aspecto reivindicativo a la igualdad de derechos.

- **Nutrición:** Proceso por cual el organismo absorbe y asimila las sustancias necesarias para el funcionamiento del cuerpo.
- **Patrón de referencia:** Son medidas de datos recolectados de una población representativa saludable a través de métodos estandarizados y sirven como referencia para comparar valores individuales o colectivos de una población evaluada.
- **Percentiles:** Un número que corresponde a uno de 100 divisiones iguales en un rango de valores Ejemplo: el 60º percentil significa que 60% de valores obtenidos son menores o igual a ello y 40% son mayores o iguales. (*Redefinir concepto de percentil)
- **Peso pregestacional:** Es la cantidad de masa corporal de la gestante antes del embarazo y se expresa en kg.
- **Punto de corte:** Son niveles pre establecidos de los índices que permite identificar la condición del estado nutricional de la persona o de una población.
- **Prácticas:** Son todas aquellas acciones y/o actividades que refieran realizar las mujeres sobre los procesos de alimentación.
- **Prenatal:** Que afecta o concierne al bebé en el período anterior a su nacimiento.
- **Prevención:** La prevención es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir o evitar un daño.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizó en el presente trabajo de tesis fue Tipo Básica y de nivel correlacional, ya que busca el conocimiento por medio de la recolección de datos, de forma que añada datos que profundizaran cada vez más los conocimientos ya existidos en la realidad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016; para luego poder correlacionar las prácticas alimentarias y el estado nutricional en gestantes. Sabino (2002) define a la investigación correlacional “tiene como finalidad medir el grado de relación que existe entre dos o más variables. Esto significa que, ven si estas dos a más variables están o no relacionadas, es decir, si una explica a las otras o viceversa. El propósito de este tipo de estudios es saber cómo se comporta una variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas a ella” [52].

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación que se realizó en el presente trabajo de investigación fue de corte transversal y retrospectivo; ya que este tipo de diseño se caracteriza por que mide una sola vez a la muestra, no importa cuánto tiempo nos demoremos para ello o en qué tiempo lo hagamos, y además aquí se inician con la observación de ciertas causas probables y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias; de las prácticas alimentarias y el

estado nutricional de las gestantes. Martins (2010). El diseño no experimental es el que se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes. Se observan los hechos tal y como se presentan en su contexto real y en un tiempo determinado o no, para luego analizarlos. Por lo tanto, en este diseño no se construye una situación específica si no que se observa las que existen [53].

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Población

La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo conformaron 768 gestantes, que se han atendido en el servicio de obstetricia del Centro de Salud de Hualmay, durante el periodo de marzo a diciembre del 2016.

3.3.2. Muestra

La muestra respecto a la población de estudio lo conformaron 192 gestantes, que se han atendido en el servicio de obstetricia del Centro de Salud de Hualmay, durante el periodo de marzo a diciembre del 2016., esta información se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

N: tamaño de la población.

Z: Grado de confianza que se establece.

E: Error absoluto precisión de la estimación de la proporción.

P: Proporción de unidades que poseen el atributo de interés.

Q: la diferencia aritmética de P respecto a la unidad.

Entonces reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(768)}{(0.05)^2(767) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = 256 \text{ gestantes.}$$

Tamaño final de muestra (n) corregida por KISH:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Entonces reemplazando tenemos:

$$n = \frac{256}{1 + \frac{256}{768}} = 192 \text{ gestantes.}$$

- **Criterios de Inclusión**

- ✓ Gestantes atendidas en el servicio
- ✓ Gestantes que asisten a sus controles con frecuencia

- **Criterios de Exclusión**

- ✓ Gestantes que no deseen participar en la población de estudio
- ✓ Gestantes con patologías asociadas al embarazo

3.4. VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES

3.4.1. Variable Independiente

Prácticas Alimentarias.

Definición Conceptual. -

Ejercicio de un arte o facultad y la destreza que se adquiere, es decir, el uso continuado de un tipo de alimentación.

3.4.2. Variable Dependiente

Estado Nutricional

Definición Conceptual. -

Características antropométricas y bioquímicas de la gestante que determinan su nutrición.

Tabla N° I. Operacionalización de las Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Fuente de Verificación
Variable Independiente: Prácticas Alimentarias	Frecuencia	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia de consumo de alimentos	Encuesta / Cuestionario/
	Tipo de consumo	<ul style="list-style-type: none">• Consumo de proteínas• Consumo de carbohidratos• Consumo de minerales	
Variable Dependiente: Estado Nutricional	IMC pregestacional	<ul style="list-style-type: none">• Peso pregestacional	Ficha / Cuestionario
	Ganancia de peso	<ul style="list-style-type: none">• Incremento de peso	
	Presencia de Anemia	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de anemia	

Fuente: Elaboración Propia

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. Técnicas

La técnica que se utilizó para recabar la información sobre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes fueron la encuesta y test de recolección de datos respectivamente; ya que se realizaron preguntas a cada gestante para indagar sobre las características de su alimentación durante su

embarazo y la recolección de datos durante los 9 meses de gestación en las historias clínicas.

3.5.2. Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos:

Cuestionario de prácticas alimentarias: Cuestionario de prácticas alimentarias: Se utilizó el cuestionario sobre Prácticas Alimentarios en gestantes, validado y confiabilizado (Alfa de Cronbach = 0.81). Este instrumento consta de 14 preguntas que permitieran identificar las prácticas alimentarias de las gestantes, divididas a su vez en: frecuencia de alimentos, consumo de alimentos con proteínas, cereales, frutas y verduras, alimentos con Calcio, alimentos con hierro, alimentos con ácido fólico, alimentos con ácidos esenciales, liquido, conservas, chatarras y snacks, sal y suplementos vitamínicos. Este cuestionario fue utilizado ya que el interés estuvo dado en función de caracterizar las prácticas de consumo de estos alimentos y no el aporte de nutrientes., las respuestas estuvieron formuladas en base a la escala de Likert Modificado (1,2, 3, 4 y 5 puntos). De acuerdo a lo establecido por Medina, las prácticas alimentarias tendrán la siguiente clasificación:

- Práctica alimentaria adecuada : mayor a 51ptos.
- Práctica alimentaria medianamente adecuada: de 45 hasta 51.
- Práctica alimentaria Inadecuados : menor a 45.

Ficha de recopilación de información: cuya estructura estuvo organizada por 12 premisas que ayudaron a recabar información sobre los aspectos personales de las gestantes y su estado nutricional; el primer segmento contribuyo a conocer las características de la población de estudio y el segundo recabo información de las historias clínicas sobre las características antropométricas de las gestantes, el IMC pregestacional, la ganancia de peso y los valores de hemoglobina con que llego la gestante.

Para la categorización del estado nutricional se tomó en cuenta las medidas antropométricas y las pruebas bioquímicas como la valoración de la hemoglobina, de ello se consideró un:

- Estado nutricional adecuado: si el IMC se encuentra dentro de los parámetros normales (18,5 a 24,9 kg/m²), hay una adecuada ganancia de peso y la hemoglobina es mayor o igual 11 g/dl.
- Estado nutricional inadecuado si el IMC se encuentra dentro de los parámetros anormales (bajo peso <18,5 kg/m²; sobrepeso 25 a 29,9 kg/m², obesidad >= 30 kg/m²) y/o hay una inadecuada ganancia de peso y/o la hemoglobina es menor a 11 g/dl.

Índice de masa corporal:

$$IMC = \frac{Peso(kg)}{Estatura(m)^2}$$

Cuadro N° 1. Clasificación del índice de masa corporal

Categoría	IMC
Bajo peso	< 18,9
Normal	19 – 25
Sobrepeso	25,1 – 29,9 2
Obesidad grado I	30,0 – 34.9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III (mórbida)	≥ 40

Fuente: OMS

Cuadro N° 2. Clasificación del índice de masa corporal pregestacional

Categoría	IMC PG
Bajo peso	< 19.8
Normal	19.8 – 26.0
Sobrepeso	26.1 – 29.0
Obesidad	> 29.0

Fuente: MINSA

Cuadro N° 3. Recomendaciones de ganancia de peso de la gestante

Categoría	1er trimestre	2do y 3er trimestre	Recomendaciones de ganancia de peso Total (kg)
Bajo peso (IMC PG < 19.8)	2.3 kg/trim	o.5 kg/sem	12.5 – 18.0
Normal (IMC PG 19.8 – 26.0)	1.6 kg/trim	o.4 kg/sem	11.5 – 16.0
Sobrepeso (IMC PG 26.1 – 29.0)	0.9 kg/trim	o.3 kg/sem	7.0 – 11.5
Obesidad (IMC PG > 29.0)			6.0 – 7.0

Fuente: MINSA

3.6. PROCEDIMIENTOS

Se recolectó la información, luego se llevó a cabo luego haber verificado que el cuestionario cuente con la validez y confiabilidad pertinente. Para el análisis de los datos se hizo uso del programa SPSS v.23.0.0. Se realizaron dos análisis, uno descriptivo mediante el cálculo de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión, y uno inferencial, que permitió determinar la relación entre las variables de estudio; para este análisis se utilizó la prueba no paramétrica del Chi - cuadrado, el cual se utilizó para estimar el grado de asociación entre dos variables, considerando como valores significativos de asociación a un $P < 0.05$.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Tablas y gráficos

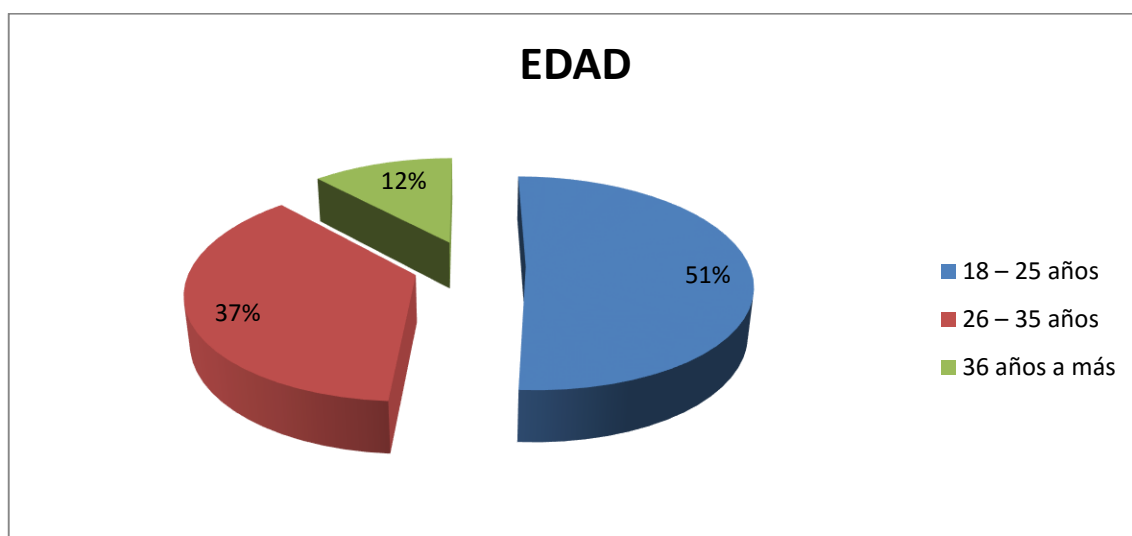
Tabla N° 1. Datos Generales

Características	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 – 25 años	98	51%
	26 – 35 años	71	37%
	36 años a más	23	12%
Estado Civil	Soltera	21	11%
	Casada	64	33%
	Conviviente	102	53%
	Divorciada	5	3%
Ocupación	Ama de casa	149	86%
	Independiente	27	9%
	Dependiente	16	25%
Grado de instrucción	Secundaria	98	51%
	Técnico	35	18%
	Superior	59	31%
Número de hijos	Sin hijos	47	25%
	1 hijo	89	46%
	De dos a más hijos	56	29%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 1, se observan las características sociodemográficas en general de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, el 51% de la población gestante tiene una edad comprendida entre 18 a 25 años, el 53% de las gestantes son convivientes, el 78% son amas de casa, el 51% de las gestantes tienen secundaria completa y el 46% de las gestantes tienen solo un hijo.

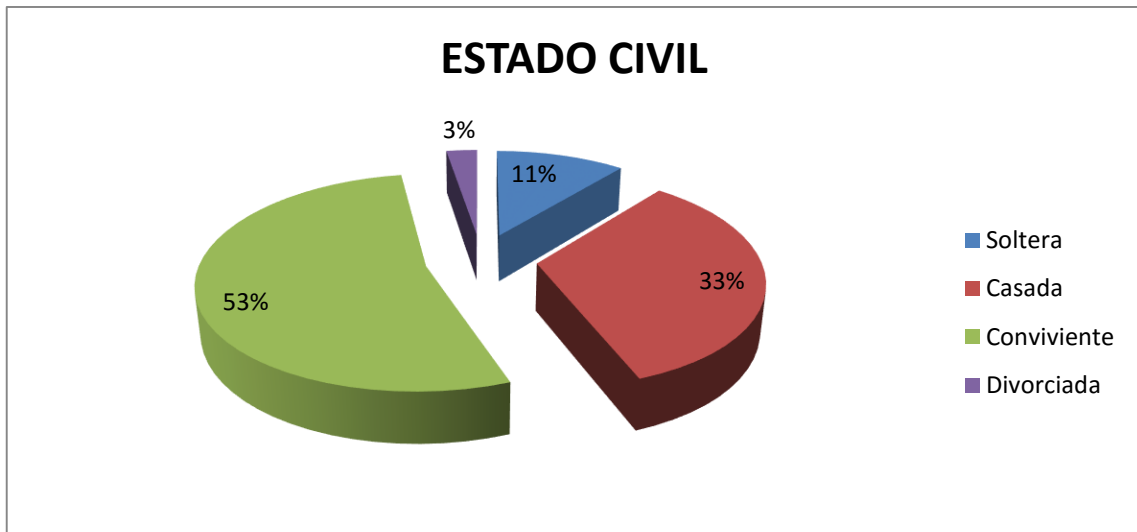
Gráfico N° 1a. Edad de las gestantes



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1a, respecto a la edad de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, podemos observar de la población en estudio, el 51% tiene edades comprendidas entre 18 a 25 años, el 37% tienen edades entre 26 a 35 años y el 12% tienen más de 36 años de edad.

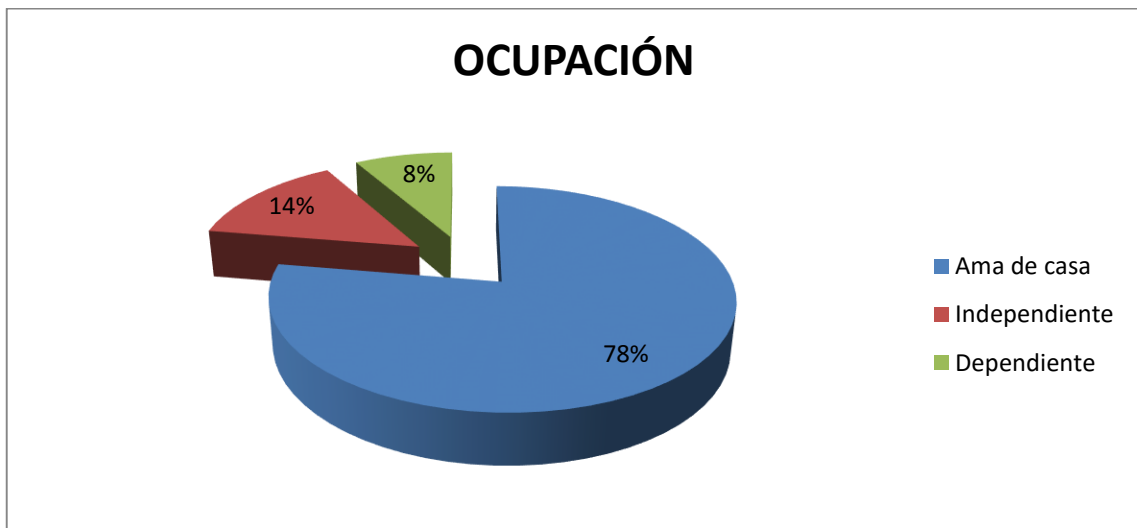
Gráfico N° 1b. Estado civil de las gestantes



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1b, respecto al estado civil de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, podemos observar de la población en estudio, el 11% son solteras, el 33% son casadas, el 53% son convivientes y el 3% son divorciadas.

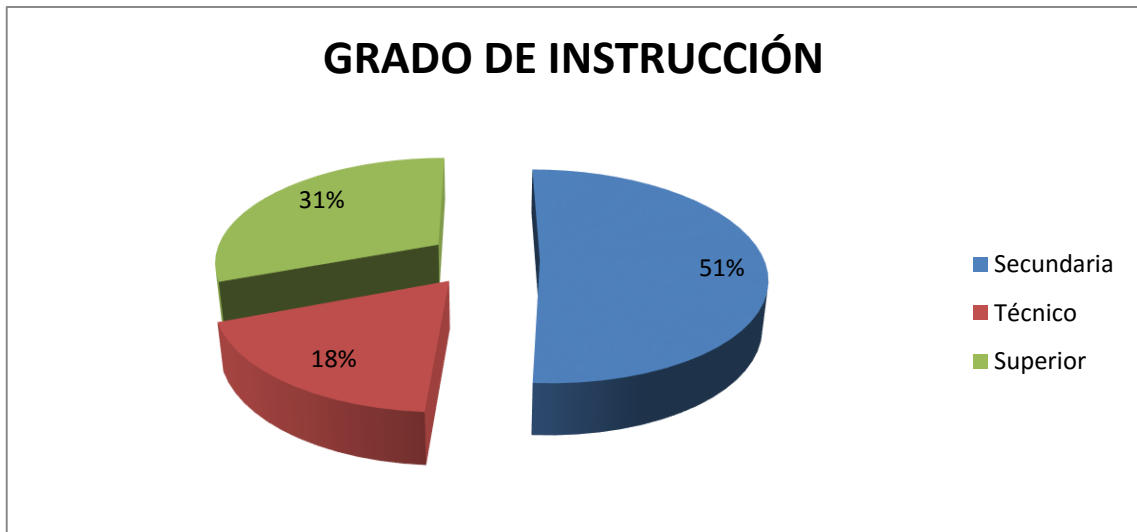
Gráfico N° 1c. Ocupación de las gestantes



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1c, respecto a la ocupación de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, podemos observar de la población en estudio, el 78% son amas de casa, el 14% tienen trabajos independientes y un 8% tienen trabajos dependientes.

Gráfico N° 1d. Grado de instrucción de las gestantes



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1d, respecto al grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, podemos observar de la población en estudio, el 51% tiene secundaria completa, el 18% tienen estudios técnicos y el 31% tienen estudios superiores.

Gráfico N° 1e. Número de hijos de las gestantes



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico N° 1e, respecto al número de hijos de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, podemos observar de la población en estudio, el 25% no tienen hijos, el 46% tiene un hijo y el 29% tiene de dos a más hijos.

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

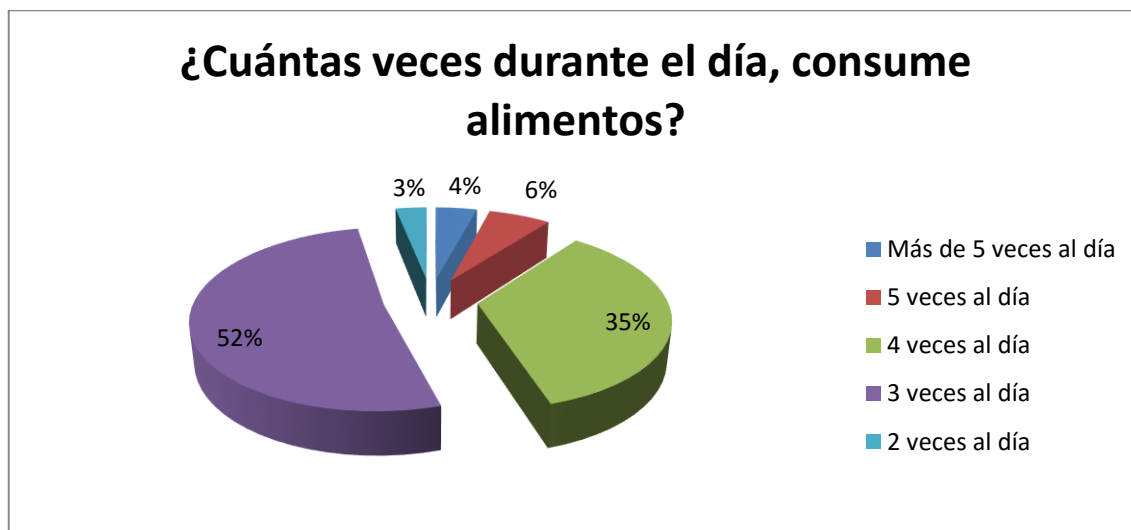
Tabla N° 2. Pregunta 1

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Más de 5 veces al día	8	4%
5 veces al día	12	6%
4 veces al día	67	35%
3 veces al día	99	52%
2 veces al día	6	3%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 2**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces durante el día, consume alimentos?; el 4% consume más de 5 veces, el 6% consume 5 veces al día, el 35% consume 4 veces al día, el 52% consume 3 veces al día y el 53% consume 2 veces al día.

Gráfica N° 2. Pregunta 1



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 2**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta:

¿Cuántas veces durante el día, consume alimentos?; el 52% consume 3 veces al día, siendo este valor el más frecuente y el 3% consume más de 5 veces o 2 veces al día, siendo estos valores los menos frecuente en la población de estudio.

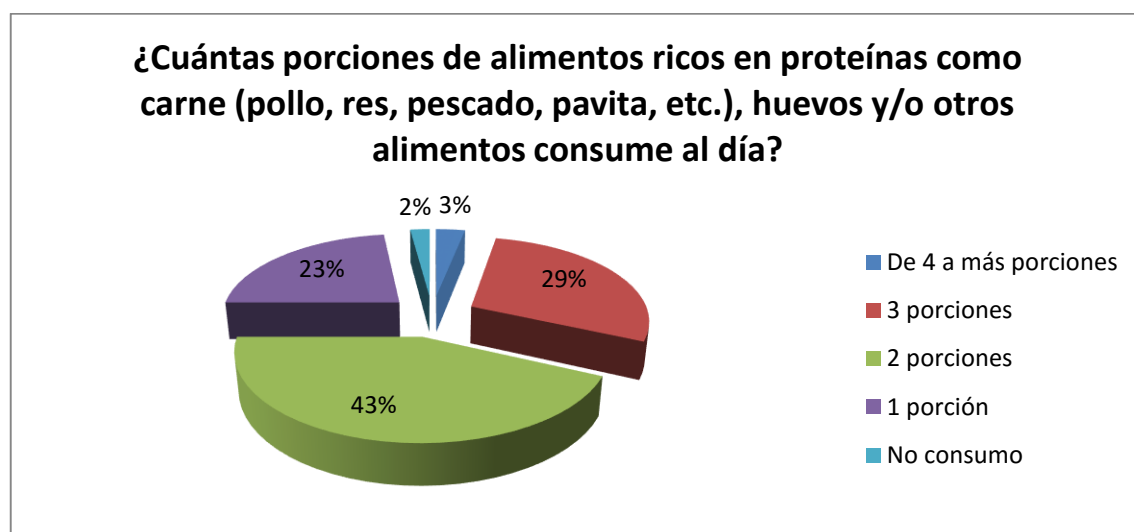
Tabla N° 3. Pregunta 2

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 4 a más porciones	6	3%
3 porciones	55	29%
2 porciones	83	43%
1 porción	44	23%
No consumo	4	2%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 3**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en proteínas como carne (pollo, res, pescado, pavita, etc.), huevos y/o otros alimentos consume al día?; el 3% consume de 4 a más porciones, el 29% consume 3 porciones, el 43% consume 2 porciones, 23% consume 1 porción y el 2% no consume estos alimentos.

Gráfica N° 3. Pregunta 2



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 3**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en proteínas como carne (pollo, res, pescado, pavita, etc.), huevos y/o otros alimentos consume al día?; el 43% consume 2 porciones, siendo este valor el más frecuente y el 2% no consume estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

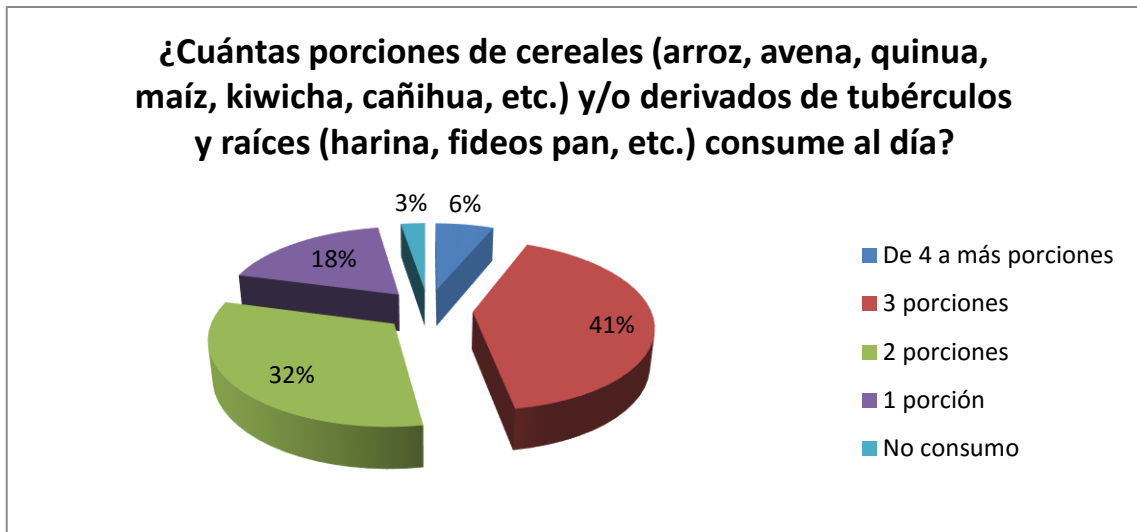
Tabla N° 4. Pregunta 3

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 4 a más porciones	12	6%
3 porciones	79	41%
2 porciones	61	32%
1 porción	35	18%
No consumo	5	3%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 4**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de cereales (arroz, avena, quinua, maíz, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consume al día?; el 6% consume de 4 a más porciones, el 41% consume 3 porciones, el 33% consume 2 porciones, 18% consume 1 porción y el 3% no consume estos alimentos.

Gráfica N° 4. Pregunta 3



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 4**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de cereales (arroz, avena, quinua, maíz, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consume al día?; el 41% consume 3 porciones, siendo este valor el más frecuente y el 3% no consume estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

Tabla N° 5. Pregunta 4

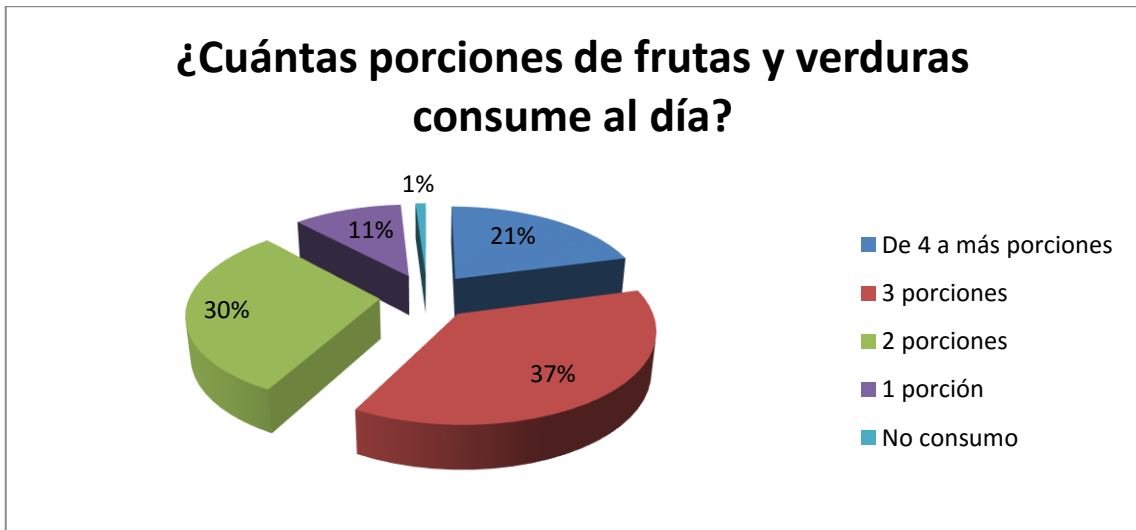
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 4 a más porciones	40	21%
3 porciones	71	37%
2 porciones	58	30%
1 porción	21	11%
No consumo	2	1%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 5, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud

de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume al día?; el 21% consume de 4 a más porciones, el 37% consume 3 porciones, el 30% consume 2 porciones, 11% consume 1 porción y el 1% no consume estos alimentos.

Gráfica N° 5. Pregunta 4



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 5**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume al día?; el 37% consume 3 porciones, siendo este valor el más frecuente y el 1% no consume estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

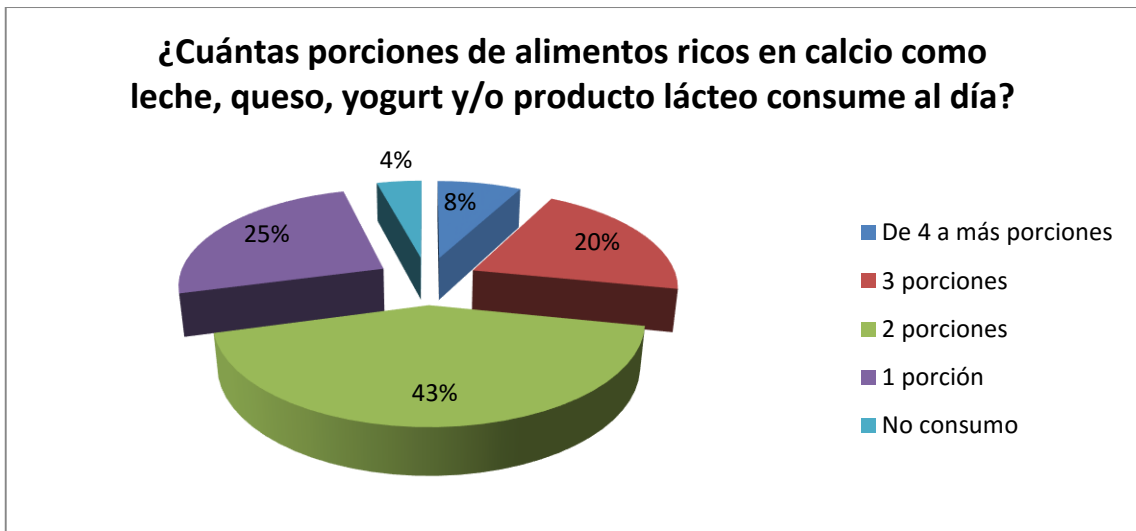
Tabla N° 6. Pregunta 5

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 4 a más porciones	15	8%
3 porciones	39	20%
2 porciones	82	43%
1 porción	48	25%
No consumo	8	4%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 6**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o producto lácteo consume al día?; el 8% consume de 4 a más porciones, el 20% consume 3 porciones, el 43% consume 2 porciones, 25% consume 1 porción y el 4% no consume estos alimentos.

Gráfica N° 6. Pregunta 5



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 6**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o producto lácteo consume al día?; el 43% consume 2 porciones, siendo este valor el más frecuente y el 4% no consume estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

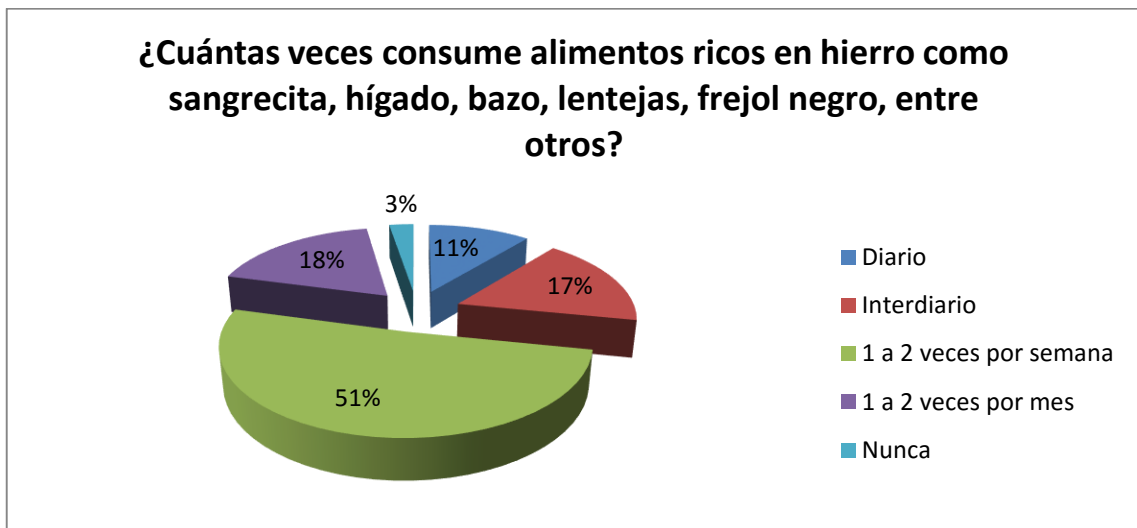
Tabla N° 7. Pregunta 6

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	21	11%
Interdiario	33	17%
1 a 2 veces por semana	98	51%
1 a 2 veces por mes	35	18%
Nunca	5	3%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 7**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro como sangrecita, hígado, bazo, lentejas, frejol negro, entre otros?; el 11% consume diariamente, el 17% interdiario, el 51% de 1 a 2 veces por semana, el 18% de 1 a 2 veces por mes y el 3% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 7. Pregunta 6



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 7**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud

de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro como sangrecita, hígado, bazo, lentejas, frejol negro, entre otros?; el 51% consume de 1 a 2 veces por semana, siendo este valor el más frecuente y el 3% no consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

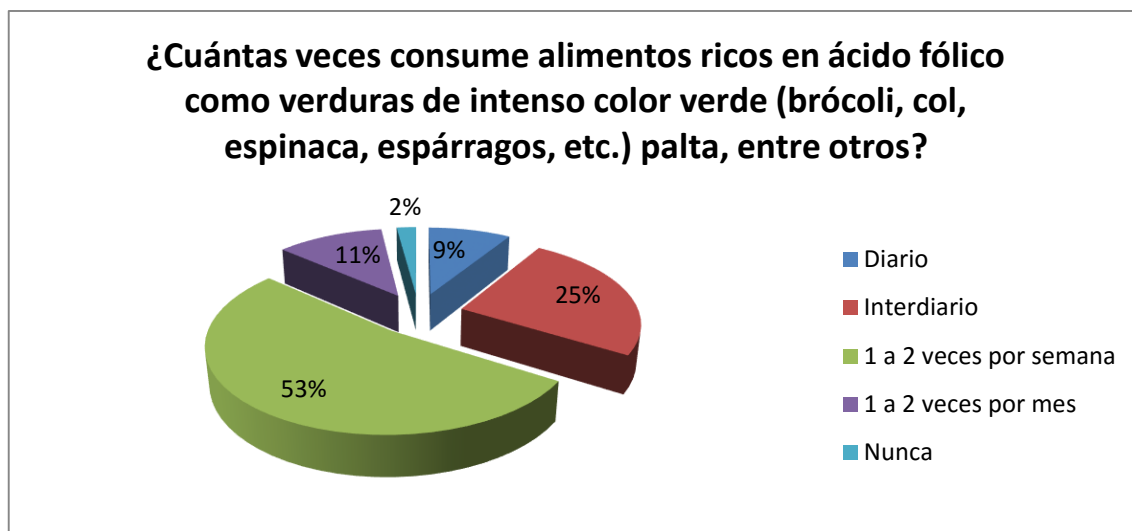
Tabla N° 8. Pregunta 7

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	17	9%
Interdiario	48	25%
1 a 2 veces por semana	101	53%
1 a 2 veces por mes	22	11%
Nunca	4	2%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 8**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácido fólico como verduras de intenso color verde (brócoli, col, espinaca, espárragos, etc.) palta, entre otros?; el 9% consume diariamente, el 25% interdiario, el 53% de 1 a 2 veces por semana, el 11% de 1 a 2 veces por mes y el 2% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 8. Pregunta 7



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 8**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácido fólico como verduras de intenso color verde (brócoli, col, espinaca, espárragos, etc.) palta, entre otros?; el 53% consume de 1 a 2 veces por semana, siendo este valor el más frecuente y el 2% no consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

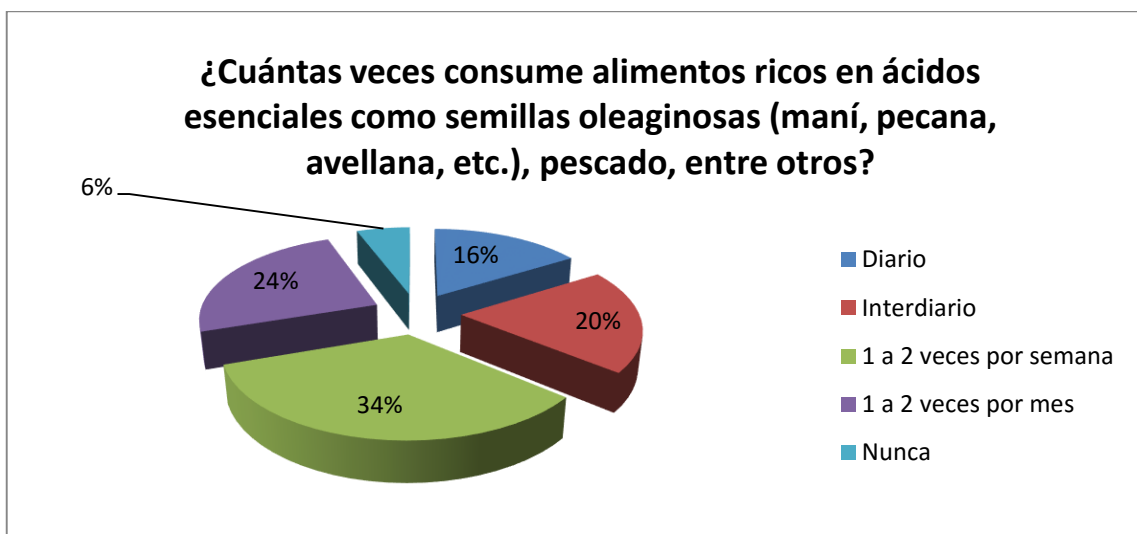
Tabla N° 9. Pregunta 8

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	31	16%
Interdiario	38	20%
1 a 2 veces por semana	65	34%
1 a 2 veces por mes	47	24%
Nunca	11	6%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 9**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales como semillas oleaginosas (maní, pecana, avellana, etc.), pescado, entre otros?; el 16% consume diariamente, el 20% interdiario, el 34% de 1 a 2 veces por semana, el 24% de 1 a 2 veces por mes y el 6% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 9. Pregunta 8



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 9**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales como semillas oleaginosas (maní, pecana, avellana, etc.), pescado, entre otros?; el 34% consume de 1 a 2 veces por semana, siendo este valor el más frecuente y el 6% no consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

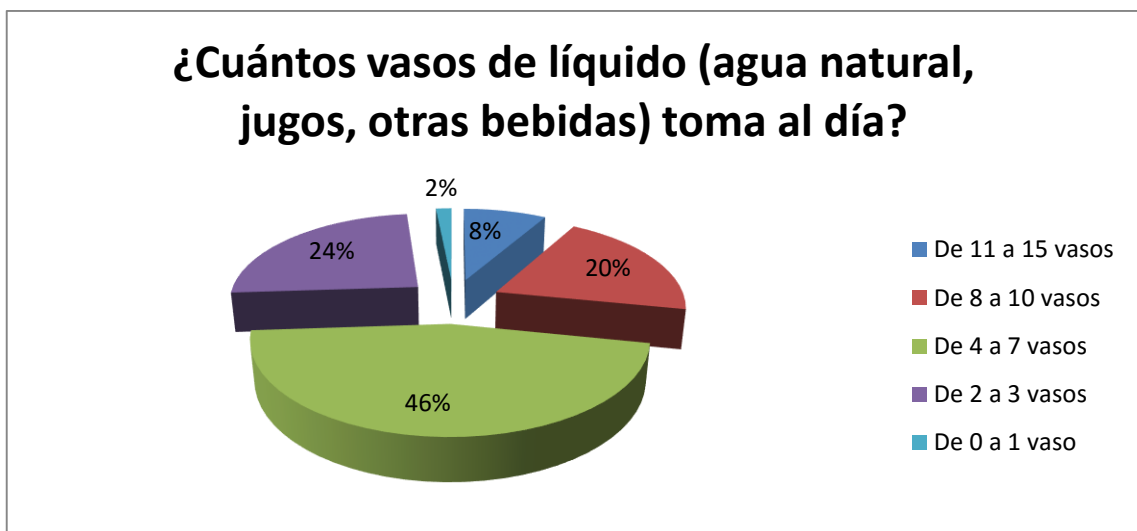
Tabla N° 10. Pregunta 9

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
De 11 a 15 vasos	16	8%
De 8 a 10 vasos	38	20%
De 4 a 7 vasos	88	46%
De 2 a 3 vasos	47	24%
De 0 a 1 vaso	3	2%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 10**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántos vasos de líquido (agua natural, jugos, otras bebidas) toma al día?; el 8% toma de 11 a 15 vasos de líquido, el 20% toma de 8 a 10 vasos de líquido, el 46% toma de 4 a 7 vasos de líquido, el 24% toma de 2 a 3 vasos de líquido y el 2% toma de 0 a 1 vaso de líquido.

Gráfica N° 10. Pregunta 9



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 10**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta:

¿Cuántos vasos de líquido (agua natural, jugos, otras bebidas) toma al día?; el 46% toma de 4 a 7 vasos de líquido, siendo este valor el más frecuente y el 2% toma de 0 a 1 vaso de líquido, siendo este valor el menos frecuente de la población de estudio.

Tabla N° 11. Pregunta 10

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	36	19%
A veces	120	62%
Comúnmente	24	12%
Frecuentemente	9	5%
Siempre	3	2%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 11**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (mermeladas, conserva de duraznos, conserva de pescados, entre otros.)?; el 19% nunca consume estos alimentos, el 62% consume a veces estos alimentos, el 12% consume comúnmente estos alimentos, el 5% consumen frecuentemente estos alimentos y el 2% consume siempre estos alimentos.

Gráfica N° 11. Pregunta 10



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 11**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (mermeladas, conserva de duraznos, conserva de pescados, entre otros.)?; el 62% consume a veces estos alimentos, siendo este valor el más frecuente y el 2% nunca consume estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente de la población.

Tabla N° 12. Pregunta 11

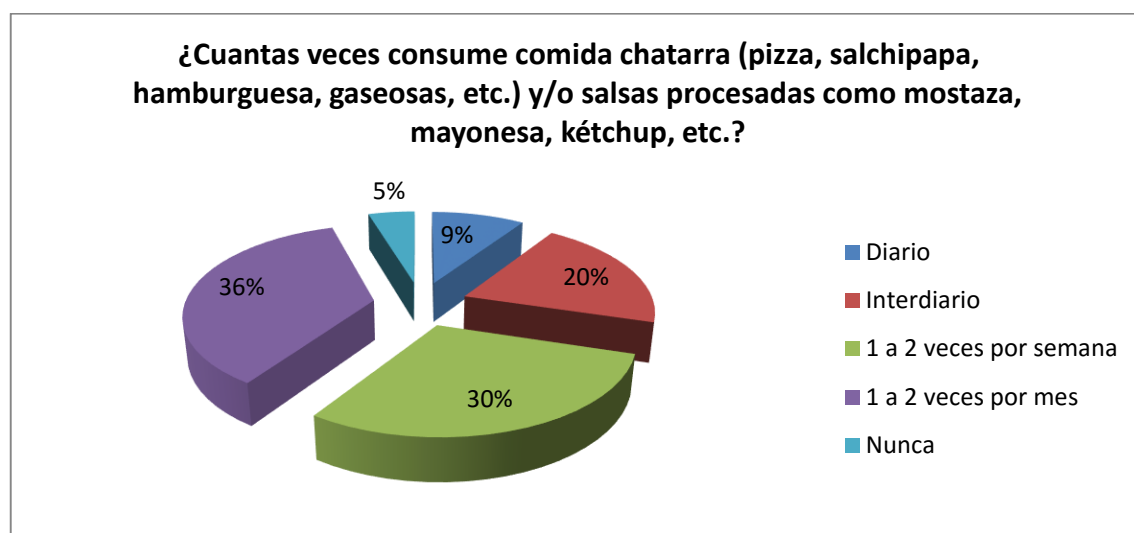
Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	18	9%
Interdiario	39	20%
1 a 2 veces por semana	57	30%
1 a 2 veces por mes	69	36%
Nunca	9	5%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 12**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud

de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, etc.?; el 9% consume diariamente, el 20% interdiario, el 30% de 1 a 2 veces por semana, el 36% de 1 a 2 veces por mes y el 5% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 12. Pregunta 11



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 12**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, etc.?; el 36% consume de 1 a 2 veces por mes, siendo este valor el más frecuente y el 5% no consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

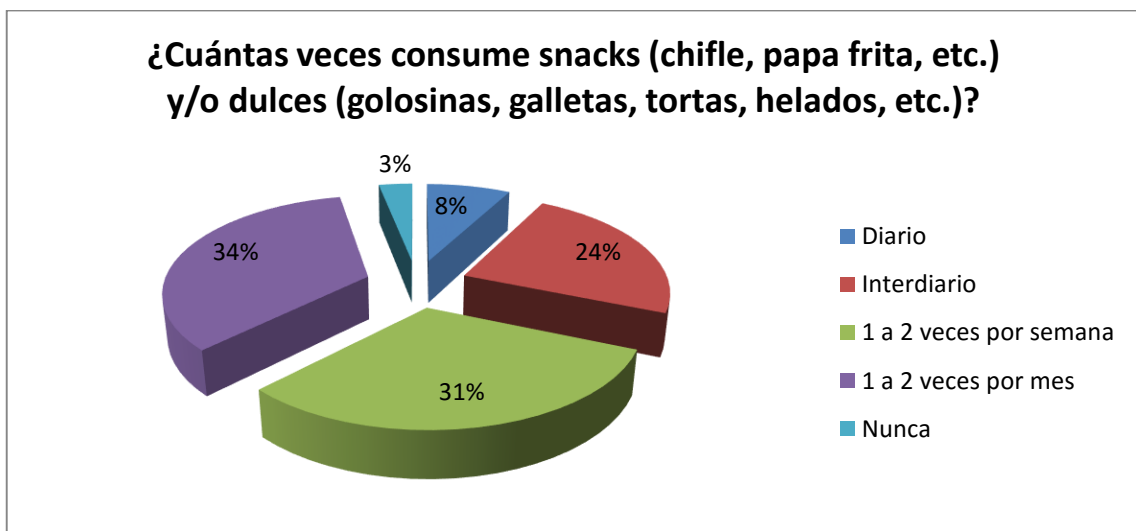
Tabla N° 13. Pregunta 12

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	15	8%
Interdiario	45	24%
1 a 2 veces por semana	60	31%
1 a 2 veces por mes	66	34%
Nunca	6	3%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 13**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, tortas, helados, etc.)?; el 8% consume diariamente, el 24% interdiario, el 31% de 1 a 2 veces por semana, el 34% de 1 a 2 veces por mes y el 3% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 13. Pregunta 12



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 13**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud

de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, tortas, helados, etc.)?; el 34% consume de 1 a 2 veces por mes, siendo este valor el más frecuente y el 3% no consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

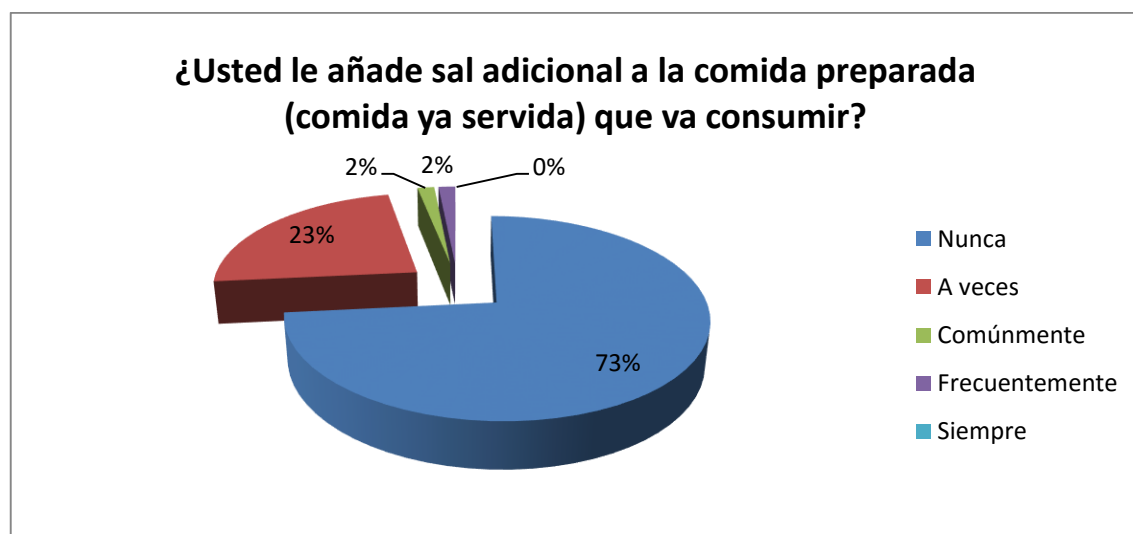
Tabla N° 14. Pregunta 13

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	141	73%
A veces	45	23%
Comúnmente	3	2%
Frecuentemente	3	2%
Siempre	0	0%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 14**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Usted le añade sal adicional a la comida preparada (comida ya servida) que va consumir?; el 73% de la población nunca adicional sal a sus alimentos ya servidos.

Gráfica N° 14. Pregunta 13



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 14**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Usted le añade sal adicional a la comida preparada (comida ya servida) que va consumir?; el 63% nunca añaden sal adicional a lo servido a su comida, siendo este valor el más frecuente.

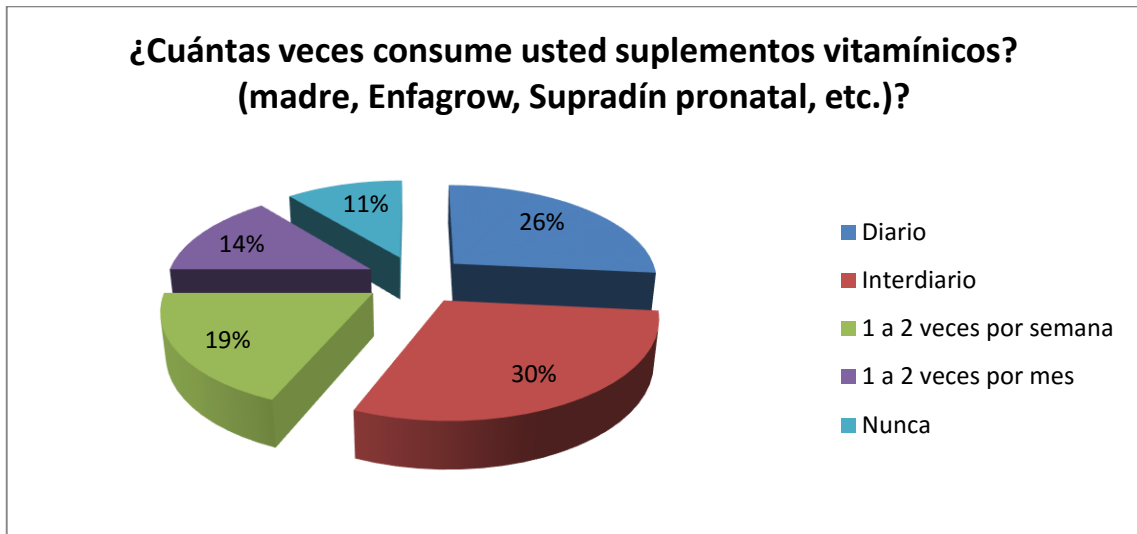
Tabla N° 15. Pregunta 14

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	51	26%
Interdiario	57	30%
1 a 2 veces por semana	36	19%
1 a 2 veces por mes	27	14%
Nunca	21	11%
Total	192	100%

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 15**, muestra las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume usted suplementos vitamínicos? (madre, Enfagrow, Supradín prenatal, etc.); el 26% consume diariamente, el 30% interdiario, el 19% de 1 a 2 veces por semana, el 14% de 1 a 2 veces por mes y el 11% nunca consume estos tipos de alimentos.

Gráfica N° 15. Pregunta 14



Fuente: Elaboración propia

En el **gráfico N° 15**, se observa las respuestas sobre el estudio de prácticas alimentarias y estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016, a la pregunta: ¿Cuántas veces consume usted suplementos vitamínicos? (madre, Enfagrow, Supradín prenatal, etc.); el 30% consume interdiario, siendo este valor el más frecuente y el 11% nunca consume nunca estos alimentos, siendo este valor el menos frecuente en la población de estudio.

Tabla N° 16. Relación entre las prácticas alimentarias y el IMC de las gestantes.

Prácticas Alimentarias	IMC								Total	P
	Bajo peso		Normal		Sobrepeso		Obesidad			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Inadecuada	0	0%	7	4%	3	2%	0	0%	10	0.006
Medianamente adecuada	3	2%	45	23%	27	14%	12	6%	87	
Adecuada	3	2%	62	31%	24	13%	6	3%	95	
Total	6	4%	114	58%	54	29%	18	9%	192	

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 16**, muestra la relación entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016; de los resultados podemos observar las practicas alimentarias están relacionadas con el índice de masa corporal de las gestantes a término con una $p = 0.006$, cumpliendo la condición que la $p < 0.05$, es decir se acepta la hipótesis: “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”.

Tabla N° 17. Relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso.

Prácticas Alimentarias	Ganancia de peso						Total	P
	Alta		Adecuada		Baja			
	n	%	n	%	n	%		
Inadecuada	0	0%	10	5%	0	0%	10	0.044
Medianamente adecuada	12	6%	72	37%	3	2%	87	
Adecuada	6	3%	86	45%	3	2%	95	
Total	18	9%	168	87%	6	4%	192	

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 17**, muestra la relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016; de los resultados podemos observar las practicas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso de las gestantes a término con una $p = 0.044$, cumpliendo la condición que la $p < 0.05$, es decir se acepta la hipótesis: “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”.

Tabla N° 18. Relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia.

Prácticas Alimentarias	Presencia de Anemia				Total	P
	Si		No			
	n	%	n	%		
Inadecuada	7	4%	3	2%	10	0.029
Medianamente adecuada	18	9%	69	36%	87	
Adecuada	0	0%	95	49%	95	
Total	25	13%	167	87%	192	

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 18**, muestra la relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016; de los resultados podemos observar las practicas alimentarias están relacionadas con la presencia de anemia de las gestantes a término con una $p = 0.027$, cumpliendo la condición que la $p < 0.05$, es decir se acepta la hipótesis: “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”

Tabla N° 19. Relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional.

Prácticas Alimentarias	Estado Nutricional				Total	P
	Adecuado		No adecuado			
	n	%	n	%		
Inadecuada	0	0%	10	5%	10	0.000
Medianamente adecuada	57	30%	30	16%	87	
Adecuada	81	42%	14	7%	95	
Total	138	72%	54	28%	192	

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla N° 19**, muestra la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016; de los resultados podemos observar las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes a término con una $p = 0.000$, cumpliendo la condición que la $p < 0.05$, es decir se acepta la hipótesis: “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”.

4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Respecto a las características nutricionales, en el presente trabajo de tesis, se observó que la mayoría de las gestantes tenía un índice de masa corporal, se obtuvo que el 4% tienen Bajo peso, el 58% son Normal, el 29% tienen Sobrepeso y el 9% tienen Obesidad, con una probabilidad aceptable ($p = 0.006$); muy similar al trabajo de Chimbo (2014), que las mujeres embarazadas evaluadas según índice peso-talla y edad gestacional se encuentran en sobrepeso (44%) seguido en menor proporción embarazadas con bajo peso. Y las mujeres en periodo de lactancia se encuentran un 17% en Obesidad Grado 1, y un 40% en sobrepeso, presentándose también el bajo peso en un 17%. Además, Un 26% de madres en periodo de lactancia tienen la creencia de “Consumir batidos con agua de hinojo, ortiga para aumenta la producción de leche materna”, un 10.64% de mujeres creen que “el consumo de bebidas alcohólicas ayuda a quemar grasa y aumentan la secreción de la leche”, un 40.43% de madres en período de lactancia creen que se debe “aumentar a ingesta de líquidos”. Ipiales (2011), donde tuvo los como resultado que el 8,0% presento bajo peso, el 44,0% Sobrepeso, el 12% Obesidad, en cambio las mujeres lactantes, el 1,3% presento bajo peso, el 41,3% Sobrepeso, el 8,7% Obesidad I, y el 0,7% Obesidad tipo II.

En conclusión, de estos resultaos sobre el IMC y con una $p = 0.006$ en la relación de las variables, se afirma que “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.

En lo que concierne a las prácticas alimentarias y la ganancia de peso, el 11% presentan una ganancia de peso alta (el 3% es adecuada, el 5% es medianamente adecuada y el 3% es inadecuada), el 50% presentan una ganancia de peso adecuada (el 8% es adecuada, el 13% es medianamente adecuada y el 29% es inadecuada) y el 39% presentan una ganancia de peso baja (el 6% es adecuada, el 13% es medianamente adecuada y el 20% es inadecuada). Resultados similares obtuvo Ipiales (2011) en su trabajo de investigación donde hay un alto porcentaje (44%) de mujeres embarazadas y lactantes que no consumen alimentos que proporcionan proteínas de origen animal y vegetal, también se encontró que el 14,5% de mujeres no consumen alimentos que son fuentes de carbohidratos, en lo referente al consumo de alimentos que aportan vitaminas y minerales el 20% no consumen. La mayoría de las mujeres dijeron que no consumen condimentos el (62,5%).

A diferencia en el consumo de grasas y azúcares todas las mujeres consumen. No se encontró muchas creencias relacionadas con la alimentación. Landívar (2015) donde existe un 34% y 32% de exceso de consumo de cereales y tubérculos, y frutas respectivamente. Las verduras alcanzan un déficit de consumo del 99% de la población y 9 de cada 10 presenta déficit de consumo de lácteos y carnes. Existe un 30 y 35% de exceso de consumo de grasas y carbohidratos respectivamente. La media de consumo de Calcio es 454.96mg. El Hierro tiene una media de 10.5mg.

En conclusión, de estos resultados sobre el IMC y con una $p = 0.044$ en la relación de las variables, se afirma que “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”.

Los problemas que afectan a la salud pública a nivel mundial es la deficiencia de hierro y la presencia de anemia, con altas prevalencias en grupos vulnerables donde la alimentación es inadecuada, pese a ello en la presente investigación de tesis no se ha identificado presencia de anemia en mayor porcentaje en las gestantes, basándose en las buenas prácticas alimentarias en las gestantes en

estudio. Con una probabilidad $p = 0.027$, podemos afirmar que “Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia en las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016”.

Escobedo (2015) tuvo como resultados donde las gestantes señalaron el tipo de alimentos correcto para proteínas en un 63%, 71% para calcio; 63% en vitamina A; 83% en sulfato ferroso; 65% de hierro; 73% de zinc; 70% de ácido fólico y tan solo conocen en 54% los alimentos que aportan fibra y llama la atención que solo conocen 35% los alimentos que proporcionan vitamina B6. Donde concluye que el nivel de actitud sobre el requerimiento se encontró que el 70% de las encuestadas tuvieron un nivel de actitud adecuado; el 25% se encuentra en un nivel de actitud neutral y un 5% se encuentran en un nivel de actitud inadecuado.

Conclusiones

- En conclusión, existe una relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016. Debido a que el 72% su estado nutricional es adecuado y el 28% su estado nutricional no es el adecuado.
- Existe una relación significativa entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016. Debido a que el 4% tiene bajo peso, el 58% es normal, el 29% tiene sobrepeso y el 9% tienen obesidad.
- Existe una relación significativa entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016. Debido a que el 9% presentan una ganancia de peso alta, el 87% presentan una ganancia de peso adecuada y el 4% presentan una ganancia de peso bajo.
- Existe una relación significativa entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016. Debido a que el 13% si presenta presencia de anemia y el 87% no presenta presencia de anemia.

Recomendaciones

- Implementar charlas o talleres de manera continuas en educación nutricional en los puestos de salud y en las instituciones educativas, para poder fomentar una educación de calidad nutricional en nuestra población.
- Implementar programas de sesiones teóricos/prácticos para su posterior demostración en la elaboración de adecuada de los alimentos, es una de las estrategias que deberían ser implementados en los servicios de los centros de salud con el fin de brindar una atención de calidad a las gestantes.
- Incentivar a las usuarias y de manera específica a las gestantes en la alimentación de productos andinos que contienen la mayoría de los requerimientos nutricionales de vitamina B6, zinc, fibras, ácido fólico para la nutrición como la quinua, la oca, el olluco, hígado, hierbabuena, albahaca, con la opción de diversificar sus alternativas alimentarias.
- Implementar un grupo de chat por tecnología de wasapp a un grupo de gestantes para la comunicación, videos conversación dudas preguntas que tengan sobre una alimentación nutricional adecuada.
- Incentivar a las profesionales de salud que, durante las visitas domiciliarias o barrido, se realice la encuesta correspondiente sobre cómo es su alimentación de las gestantes, que visiten la cocina para observar que alimentos tienen, que cantidad de productos del triángulo alimenticio hay por cantidad, y sobre todo dar una pequeña consejería sobre la correcta alimentación nutricional.

Bibliografía

1. Las Buenas Prácticas en Programas de Información, Comunicación y Educación en Alimentación y Nutrición (ICEAN). Colombia, 2011
2. Ministerio de salud, LINEAMIENTOS DE NUTRICION MATERNO INFANTIL. Ed. Prisma. Lima – Perú 2004.
3. Sánchez A., Bustamante S., Useros R. Estudio cualitativo de la conducta alimentaria en una población de mujeres embarazadas inmigrantes del municipio de Fuenlabrada. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2013; 33(1): 51-60.
4. Munares O., Gómez G., Sánchez J. Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. *Revista Peruana de Epidemiología*. 2013, 17(1): 1-09
5. Grandi C, Maccarone M, Luchtenberg G; Rittler M. La obesidad materna como factor de riesgo para defectos congénitos. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2012, 31(3): 100-111.
6. Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2014
7. Jarvis C. Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem. 6a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
8. Hidalgo K. Hábitos alimentarios saludables. Costa Rica: Ministerio de Educación Pública; 2012. [Accesado el 26 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.mep.go.cr/noticias/habitos-alimentarios-saludables>

9. Baião MR, Deslandes SF. Eating practices during pregnancy: a study of low-income pregnant and postpartum women in Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15: 3199-3206.
10. Saunders C, Santos M., Padilha PC. A dietary counseling program and the quality of a prenatal care service. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33:9-12.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; 2012.
12. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Perú: MINSA; 2004
13. Torres L; Jiménez A; Calderón G; Fabra J; López S; Franco M; Bedoya N; Ramírez D. Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. 2010 [Tesis] Colombia 2010
14. Banco Mundial. Insuficiencia nutricional en el Ecuador. Causas, consecuencias y soluciones. Washington: Banco Mundial; 2007. 33: 31-40.
15. Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2005. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú -2005
16. Guía Nacional de Alimentación A La Gestante programa integral de nutrición. Ministerio de la mujer y el desarrollo social, 2009
17. Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú -2011

18. Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2014. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú -2014
19. Zonana A, Baldenebro R, Ruiz M. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud pública de México 2010; 52(3): 220-225.
20. DIRESA. Oficina general de estadística e informática MINSA, Información estadística 2015
21. Munares O., Gomez G., Sanchez J. Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. Revista Peruana de Epidemiología. 2013, 17(1): 1-09.
22. Consejos de nutrición en el embarazo. UNICEF 2013.
23. Instituto Nacional de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Estado nutricional en niños menores de 5 años y gestantes que acuden a los establecimientos de salud año 2013. Informe Gerencial SIEN 2013.
24. Ministerio de Salud. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. 2014.
25. Medina A. "Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo – julio del 2015" [Tesis]. Perú; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, E.A.P de Obstetricia; 2015.
26. Tarqui C, Alvarez D, Gomez G. Estado Nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. An. Fac. med. 2014; 75(2).

27. Nardi F. Hábitos alimentarios en embarazadas de la ciudad del Rosario [Tesis]. España: Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Fundación H.A. Barcelo. Facultad de Medicina; 2014.
28. Chimbo C. Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud de Huachi Chico durante Junio - Noviembre del 2013 [Tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina; 2014.
29. García, H. Factores culturales y patrón alimentario en mujeres Maya K'iche' en período de gestación. estudio realizado en la consulta externa del Hospital Regional de "El Quiché", Guatemala, 2014. [Tesis]. Guatemala: Universidad Rafael Landivar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
30. Ipiiales, M. Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra. diciembre del 2009 a diciembre 2010. [Tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011.
31. Landívar, L. Determinación de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al Subcentro de Salud del Valle y Sinincay. Cuenca. Año 2014. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
32. Escobedo, L. Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I trimestre. Hospital Belen de Trujillo año 2012. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
33. Catip, R. Estado nutricional durante la gestación y su relación con hábitos alimenticios en pacientes atendidas en el hospital II -1 Moyobamba

Septiembre 2015 – Enero 2016. [Tesis]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.

34. Quintero Y, Bastardo G, Angarita C, Paoli M, Sanz B, Rojas L, et al. Consumo de alimentos, factores socioeconómicos y anemia en mujeres gestantes. *An Venez Nutr.* 2012; 25(2).
35. Darnton I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
36. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la evaluación nutricional antropométrica y ganancia de peso durante la gestación. Cusco: Diresa Cusco; 2012.
37. Martínez C, Pedron C. Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP. [Consultado el 11 de octubre del 2016]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/valoracion_nutricional.pdf
38. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr. Hosp.* 2010; 25 (3).
39. Castillo, Zenteno R. Valoración del Estado Nutricional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana* 2004; 4(2).
40. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Lima: Ministerio de Salud; 2005.
41. Pajuelo J. Valoración del estado nutricional en la gestante. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2014. Pp: 147-151.

42. San Roman M. Aumento del peso durante el embarazo. Modificaciones fisiológicas relacionadas con la ganancia de peso y necesidades nutricionales. España: Universidad de Cantabria; 2013.
43. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Rev. peru. ginecol. obstet. 2012; 58(4).
44. Jiménez F. Diferencias entre hábitos, prácticas y costumbres alimentarias. Perú: Red Peruana de Alimentación y Nutrición; 2005.
45. Ministerio de la Protección Social. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Colombia: OPS/OMS. Disponible en: 45 http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=248:guias-alimentarias-para-gestantes-y-madres-en-lactancia&Itemid=361.
46. Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2012.
47. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Perú: MINSA; 2004.
48. Ministerio de Salud. Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud Materno Infantil: Documento técnico. Lima: Instituto Nacional de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
49. Jacome P. Conferencia 5: Manejo de la nutrición en adolescentes embarazadas. Ecuador: XIII Curso Internacional de la FIPA. [Consultado el 18 de octubre del 2016]. Disponible en: <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod5/con5.pdf>

50. Tamayo, M. El proceso de la investigación científica. México: Editorial Limusa Noriega. Febrero 2004; 12. [Internet]. [citado octubre del 2016]. En: [http://slideshare.net// el –proceso-de-investigacion-cientifica-mario-tamayo](http://slideshare.net/..../el-proceso-de-investigacion-cientifica-mario-tamayo)
51. Santa Paella S. y Feliberto Martins P. Metodología de la Investigación Cuantitativa. 4ta. Edición Editorial Pedagógica de Venezuela; 2010
52. Sabino, C. El proceso de Investigación. Venezuela: Editorial Panapo. 2002. [Internet]. [citado setiembre 2016]. En: [http://slideshare.net /male 2714/el –proceso-de-investigación](http://slideshare.net /male 2714/el-proceso-de-investigación)
53. Martins, F. Metodología de la investigación cuantitativa 3ra Ed (2012)
54. Matton N, Moutquin J, Brown C, Carrier N, Bell L. The Impact of Perceived Maternal Stress and Other Psychosocial Risk Factors on Pregnancy Complications. J Obstet Gynaecol Can 2011; 33(4): 344–352.
55. Ministerio de Salud, (1999) Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud de la Mujer, Lima- Perú.
56. Institute of Medicine (1990), Nutrition during Pregnancy. National Academy Press Washington DC.
57. Organización Mundial de la Salud (1995), El estado Físico, Uso e Interpretación de la Antropometría, Informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos N° 854. Ginebra.
58. Organización Panamericana de la Salud, (2003) Conocimientos Actuales de Nutrición, Publicación científica N° 552. Washington DC.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE HUALMAY. MARZO – JULIO 2016

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p>Problema Principal ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?</p> <p>Problemas Secundarios 1) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de</p>	<p>Objetivo Principal Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p> <p>Objetivos Secundarios 1) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de</p>	<p>Hipótesis Principal Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p> <p>Hipótesis Secundarias 1) Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias y el índice de masa corporal pregestacional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016 2) Existirá relación significativa entre las prácticas alimentarias</p>	<p>Variable Independiente Prácticas Alimentarias</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia X₁ • Tipo de consumo X₂ 	<p>X_{1.1}. Frecuencia de consumo de alimentos</p> <p>X_{2.1}. Consumo de proteínas</p> <p>X_{2.2}. Consumo de carbohidratos</p> <p>X_{2.3}. Consumo de minerales</p>	<p>Población: 768 gestantes</p> <p>Muestra: 192 gestantes</p> <p>Nivel de Investigación: Correlacional</p> <p>Tipo de Investigación: Básica</p>

<p>Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?</p> <p>2) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?</p> <p>3) ¿Cuál es la relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016?</p>	<p>Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p> <p>2) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p> <p>3) Determinar la relación entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p>	<p>y la ganancia de peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p> <p>3) Exitista relación significativa entre las prácticas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay, durante los meses de marzo a julio del 2016.</p>	<p>Variable Dependiente Estado Nutricional</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC pregestacional Y₁ • Ganancia de peso Y₂ • Presencia de anemia Y₃ 	<p>Y_{1.1}. Peso pregestacional</p> <p>Y_{2.1}. Incremento de peso</p> <p>Y_{3.1}. Presencia de anemia</p>	<p>Diseño de Investigación: No experimental de tipo transversal</p> <p>Instrumentos: Para medir las variables Cuestionario de encuesta de 14 ítems.</p> <p>Ficha de recolección de información de historias clínicas de los 9 meses de gestación.</p>
--	---	--	---	--	---

ENCUESTA DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Presentación: Señora, buen día, soy Bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Huacho, y me encuentro realizando un Proyecto de Investigación referente al “**Prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay. Marzo – Julio 2016**”.

Indicaciones

- Este cuestionario es anónimo. Por favor responde con sinceridad.
- Lee detenidamente cada ítem y responde con la mayor sinceridad, marcando con un aspa (X) si tiene dudas preguntar al investigador.

Datos Generales

1. Edad :
2. Estado Civil : () Soltera () Casada () Viuda
() Divorciada () Conviviente
3. Ocupación :
4. Grado instrucción: () Analfabeta () Primaria
() Secundaria () Superior
5. Número de hijos :

I. Estado Nutricional

1. Talla materna :
2. Peso pregestacional :
3. Peso actual :
4. IMC pregestacional :
5. Ganancia de peso :
6. Nivel de hemoglobina :

II. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

1. ¿Cuántas veces durante el día, consume alimentos? Considere desayuno, almuerzo, cena y refrigerio(s).

- a) Más de 5 veces al día ()
- b) 5 veces al día ()
- c) 4 veces al día ()
- d) 3 veces al día ()
- e) 2 veces al día ()

2. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en proteínas como carne (pollo, res, pescado, pavita, etc.), huevos y/o otros alimentos consume al día?

- a) De 4 a más porciones ()
- b) 3 porciones ()
- c) 2 porciones ()
- d) 1 porción ()
- e) No consumo ()

3. ¿Cuántas porciones de cereales (arroz, avena, quinua, maíz, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consume al día?

- a) De 4 a más porciones ()
- b) 3 porciones ()
- c) 2 porciones ()
- d) 1 porción ()
- e) No consumo ()

4. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume al día?

- a) De 4 a más porciones
- b) 3 porciones
- c) 2 porciones
- d) 1 porción
- e) No consumo

5. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o producto lácteo consume al día?

- a) De 4 a más porciones
- b) 3 porciones
- c) 2 porciones
- d) 1 porción
- e) No consumo

6. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro como sangrecita, hígado, bazo, lentejas, frejol negro, entre otros?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

7. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácido fólico como verduras de intenso color verde (brócoli, col, espinaca, espárragos, etc.) palta, entre otros?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

8. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales como semillas oleaginosas (maní, pecana, avellana, etc.), pescado, entre otros?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

9. ¿Cuántos vasos de líquido (agua natural, jugos, otras bebidas) toma al día?

- a) De 11 a 15 vasos
- b) De 8 a 10 vasos
- c) De 4 a 7 vasos
- d) De 2 a 3 vasos
- e) De 0 a 1 vaso

10. ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (mermeladas, conserva de duraznos, conserva de pescados, entre otros)?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Comúnmente
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

11. ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, "Tari", "Uchucuta", etc.?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

12. ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, tortas, helados, etc.)?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

13. ¿Usted le añade sal adicional a la comida preparada (comida ya servida) que va consumir?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Comúnmente
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

14. ¿Cuántas veces consume usted suplementos vitamínicos? (madre, Enfagrow, Supradín prenatal, etc.)

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) 1 a 2 veces por semana
- d) 1 a 2 veces por mes
- e) Nunca

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

N° H CL	Talla	Peso pregest acional	FUM	FPP	Inicio de control prenatal	Hgl	Peso I T°	Peso II T°	Peso III T°	Ganancia de peso	Nivel de hemoglo bina

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1 Apellidos y Nombres:

1.2 Título de la investigación: Prácticas alimentarias y el estado nutricional del peso de las gestantes atendidas en el centro de salud de Hualmay. Marzo – Julio 2016.

1.3 Autor del Instrumento: Bach. CALZADO NARVASTA, Yoselin Yesenia

1.4 Nombre del Instrumento: Encuesta de prácticas alimentarias.

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUACIONES DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS	DEFICIENTE (01-20)				REGULAR (21-40)				BUENO (41-60)				MUY BUENO (61-80)				EXCELENTE (81-100)			
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado																				
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología																				
4. Organización	Existe una organización lógica																				
5. Suficiencia	Comprende los aspectos de cantidad y calidad																				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los aspectos de estudio																				
7. Consistencia	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio																				
8. Coherencia	Entre las variables, dimensiones y los indicadores																				
9. Metodología	La estrategia responde a los objetivos																				
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías																				

2.1 OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

2.2 PROMEDIO DE VALORACIÓN:

2.3 Lugar y fecha: / / 2016

D.N.I. N°