



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TÍTULO DE TESIS:

**CONTROL PRENATAL Y SU INFLUENCIA EN EL ESTADO
NUTRICIONAL EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE GUANO DURANTE
EL PERIODO ENERO A JUNIO 2011**

AUTORA: KARINA BETSABE LEMA INGA

TUTORA: LIC. CLARITA MAYORGA

RIOBAMBA- ECUADOR

2010- 2011

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constatar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por la Srta. Karina Betsabe Lema Inga para optar el título de Licenciada en Enfermería, y que acepto asesorara al estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba,

.....
Lcda. Clara Mayorga

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Karina Betsabe Lema Inga soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

*Este trabajo de investigación va dedicado con todo cariño para mis padres, **Rubén y Elvira** quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡los amo! Sin ustedes no hubiese podido hacer realidad este sueño.*

*A mi adorado hijo **Dryancito** quien me prestó el tiempo que le pertenecía para terminar este trabajo y me motivó siempre con su sonrisa.*

*A mi esposo, **Marco** quien me brindó su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo para que pudiera terminar esta investigación.*

*A mis queridos hermanos **Darío, Wilmer y Jaqueline**, quienes han sido un motivo más para lograr mis objetivos, en especial a mi hermano **Oscarito** a pesar de que ya no está con nosotros.*

A los que nunca dudaron que lograría este triunfo: mis tíos, mis abuelitos, a mis amigos.

AGRADECIMIENTO

*Primero quiero agradecer a **Díos** porque es el quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo,*

*A la **Universidad Nacional de Chimborazo** por abrirme las puertas para culminar mi carrera.*

*A todos **mís docentes** quienes me brindaron todos sus conocimientos al impartir día a día en las aulas de clases.*

*A mi tutora **Lcda. Clarita Mayorga** por su apoyo incondicional durante esta etapa de investigación y quien dispuso de su ocupado tiempo para brindarme su apoyo y sus recomendaciones.*

*A mi amiga **Elvia Mullo** quien siempre estuvo dispuesta a escuchar mis penas, secar mis lágrimas y compartir mis alegrías.*

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Guano ubicado en el cantón Guano, cuyo objetivo es determinar si el control prenatal influye en el estado nutricional de mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Guano, la investigación es de tipo prospectiva y participativo. El Diseño es bibliográfica – documental y de campo, se utilizó el método analítico, el total de la población fue de 288 mujeres que asiste al centro de salud, para el estudio se tomó una muestra de 80 mujeres. La información se obtuvo a través de una encuesta estructurada, que se aplicó a las mujeres involucradas en el estudio y la revisión de carné perinatal en la historia clínica los resultados de la investigación indican que el 66% de mujeres que acuden al CSG no saben lo que es control prenatal, frente a un 34% de mujeres que si conocen, lo que se considera de gran importancia dar a conocer a todas las mujeres sobre el control prenatal, también se conoce que el 59% de mujeres tiene menor a 5 controles, quienes se encuentran entre la clasificación deficiente, seguido de 37% tienen de 5 a 11 controles dentro de la clasificación mínima y tan solo el 4% de mujeres poseen un nivel óptimo, durante estos controles solo el 23% de mujeres gestantes reciben educación sobre temas de nutrición, lo que está relacionado con la existencia de alteración nutricional del 56% entre el bajo peso, sobrepeso y obesidad esto se evidencia con la valoración por medio del carné perinatal, y con la medición por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) podemos observar que en un total de 53% presentan alteración en la nutrición, notando una mínima diferencia en los resultados, entre las dos valoraciones, ya que para la valoración por medio de la gráfica en el carné utilizamos los valores de peso, talla y la semanas gestacionales, en cambio para el cálculo por medio de índice de masa corporal (IMC) se utiliza el peso y la talla, estos datos se obtuvo por medio de la revisión de la historia clínica (carné perinatal), con lo que se ha comprobado que lo controles prenatales si influye en el estado nutricional de la mujer embarazada.

SUMMARY

The present research work was carried out in the Health Center located in the canton Guano whose objective is to determine whether prenatal influences the nutritional status of pregnant women attending Guano Health Center, research is prospective and participatory. Design is literature - documentary and field analytical method was used, the total population was 288 women attending the health center for the study sample consisted of 80 women. The information was obtained through a structured questionnaire, which was applied to the women involved in the study and review of perinatal card in the history of the research results indicate that 73% of women attending the CSG do not know what it is prenatal care, compared to 27% of women if they know, which is considered of great importance to inform all women about prenatal care, is also known that 59% of women have less than 5 controls, who are among the poor ranking, followed by 37% have 5 to 11 controls within the minimum rating and only 4% of women have an optimal level for these controls only 23% of pregnant women receive education about nutrition, which is related to the existence of nutritional alteration of 56% among underweight, overweight and obesity is evident that the valuation by the perinatal card, and the measurement by Body Mass Index (BMI) we see that in a total of 53% with impaired nutrition, noticing a slight difference in results between the two valuations, since for the assessment through the graph on the card use the values of weight, height and gestational weeks, whereas for the calculation by body mass index (BMI) using weight and height, these data were obtained through review of medical history (perinatal card), which has proven prenatal care if it affects the nutritional status of pregnant women.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESÚMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	8

CAPÍTULO I “EL PROBLEMA”

1. PROBLEMATIZACIÓN.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3. OBJETIVOS.....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	15-16

CAPITULO II “MARCO TEÓRICO”

2. MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL.....	17
2.2 BREVE DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	17
2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
2.3.1 Definición de control prenatal.....	19
2.3.2 Esquema de los controles prenatales en un embarazo normal.....	19
2.3.4 Características del control prenatal.....	20
2.4 PROPOSITOS DEL CONTROL PRENATAL.....	21
2.4.1 Identificar factores de riesgo.....	21
2.4.2 Diagnosticar la edad gestacional.....	21
2.4.3 Diagnosticar la condición fetal.....	23
2.4.4 Diagnostico de la condición materna.....	25
2.5 ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL.....	25
2.6 importancia del control y seguimiento nutricional.....	32
2.6.1 Diagnostico y manejo nutricional de la embarazada.....	34
2.6.2 Estado nutricional inicial.....	35
2.6.3 Valoración nutricional durante el transcurso del embarazo.....	35
2.6.4 Categorías del estado nutricional.....	35
2.6.5 Ganancia de peso óptimo durante la gestación.....	36
2.6.6 Estado nutricional materno y crecimiento fetal.....	37
2.7 Nutrición materna y embarazo.....	38

2.7.1	Requerimientos nutricionales de la embarazada.....	38
2.7.2	Hábitos y conocimientos alimentarios en mujeres embarazadas.....	42
2.7.3	Necesidades nutricionales del embarazo.....	43
2.7.4	Molestias relacionadas con la nutrición durante el embarazo.....	44
2.7.5	Términos básico.....	46-47
2.8	HIPÓTESIS	48
2.8.1	Hipótesis	48
2.8.2	Variables.....	48
2.9	Operacionalización de variables.....	49

CAPITULO III “METODOLOGÍA”

3.	MARCO METODOLÓGICO.....	53
3.1	MARCO METODOLÓGICO.....	53
3.2	Tipo de investigación.....	53
3.3	Diseño de la investigación.....	53
3.4	Métodos.....	53
3.5	Población.....	53
3.6	Muestra.....	54
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.8	Técnicas y procedimientos para el análisis de resultados.....	54

CAPITULO IV

	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	55-66
	Comprobación de hipótesis.....	67

CAPITULO V

	CONCLUSIONES.....	68
	RECOMENDACIONES.....	69
	BIBLIOGRAFÍA.....	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA.....	72
ANEXO 2 NOMOGRAMA PARA EL CÁLCULO DEL ÍNDICE PESO-TALLA DE LA EMBARAZADA.....	76
ANEXO 3 DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE PESO-TALLA Y EDAD GESTACIONAL DURANTE EL EMBARAZO.....	77
ANEXO 4 MAPA DE CANTÓN GUANO.....	78
ANEXO 5 CROQUIS DEL CENTRO DE SALUD.....	79
ANEXO 6 REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES EN NUTRICIÓN.....	81
ANEXO 7 LISTADO DE PERSONAL QUE LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD DE GUANO.....	82
ANEXO 8 FLUJOGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD DE GUANO.....	83
ANEXO 9 CENTRO DE SALUD DE GUANO.....	84

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

CONOCIMIENTO DE CONTROL		
PRENATAL.....	55	
NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES SE HA REALIZADO.....	56	
TEMAS EN QUE SE ENFOCA MÁS EL PERSONAL DE SALUD DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES.....	57	
EDUCACIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN EN EL CONTROL PRENATAL.....	58	
CONSUMO EL HIERRO DE LA FORMA INDICADA.....	59	
INICIO SU PRIMER CONTROL PRENATAL.....	60	
FRECUENCIA CON LA QUE SE HA REALIZADO LOS CONTROLES.....	61	
CLASIFICACIÓN DE PESO POR GRÁFICA EN CARNÉ PERINATAL.....	62	
PESO DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	63	
TOTAL DE VECES AL DÍA QUE COME USTED.....	64	
TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONSUME USTED Y CON QUÉ FRECUENCIA....	65	
MOLESTIAS RELACIONADO CON LA ALIMENTACIÓN PRESENTA DURANTE EL EMBARAZO.....	6	

INTRODUCCIÓN

Se sabe que la nutrición materna es muy importante, dado que durante el embarazo y la lactancia los requerimientos nutricionales aumentan en forma significativa, por lo que los problemas de alimentación y nutrición en América Latina han sido temas de investigación desde hace ya varias décadas. Pero sobre todo, existe un interés especial por la salud de madre - hijo y de los factores que la alteran, ya que se sabe que este es un indicador del nivel de bienestar social de un país.

En un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, entre otras cosas, que es importante fomentar actividades que den a conocer mejor, cuáles son las necesidades nutricionales especiales durante el embarazo y la lactancia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de un millón de vidas al año en todo el mundo podrían salvarse si se cumpliera el Programa de Maternidad y Paternidad Consciente, que consiste en preparar a la mujer y a su familia para enfrentar los muy variados procesos del ser padres, e incluye entre sus principales estrategias de trabajo, todo lo concerniente a la calidad de vida y nutrición de la madre y su hijo.

Existen estudios que reportan la relación existente entre el estado nutricional de la gestante y el peso del recién nacido, su crecimiento y desarrollo, debatiendo la utilidad al pronosticar evolución.

Varias veces se ha demostrado la relación que entre los factores nutricionales maternos con el bajo peso al nacer y el retardo de crecimiento intrauterino, por lo que se sabe que la alimentación deficiente repercute en el crecimiento y desarrollo fetal y en el bienestar de la embarazada, por lo cual resulta conveniente conocer el estado nutricional materno antes y durante la etapa de embarazo para poder identificar aquellas pacientes con posibilidad de sufrir algún tipo de complicaciones durante el embarazo.

Es de gran importancia que una red de profesionales sea responsable de la ejecución del control prenatal en los Centros de Salud, en donde la nutricionista está integrada al equipo y se trabaja en forma interdisciplinaria derivándose la mayor parte de embarazadas para el control nutricional.

A pesar de esto, muchas mujeres durante su control no han realizado consulta alguna con el servicio de nutrición. Otras veces, la derivación se realiza en casos considerados especiales o debido a complicaciones como bajo peso o aumento excesivo, pero generalmente en etapas avanzadas del periodo gestacional.

Debe existir un acceso a un nivel adecuado de pautas y conocimientos alimentarios durante los controles prenatales, necesarios para el óptimo desarrollo del embarazo; ya que no siempre la temática de alimentación es abordada por el resto del equipo médico en los controles prenatales.

Por esta razón con el presente trabajo se pretende conocer si los controles prenatales influyen en el estado nutricional de la mujer embarazada, pudiendo determinar si tiene relación el número de los controles que se haya realizado con la ganancia de peso, así como sondear los conocimientos de la calidad de alimentación que debe tener durante el periodo de embarazo.

CAPÍTULO I “EL PROBLEMA”

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las mujeres gestantes se encuentran en el grupo más vulnerable para la asistencia del ministerio de salud pública cuya actividad importante es brindar una atención integral y de calidad mediante los controles prenatales. Esta vulnerabilidad se debe a las condiciones especiales en que se encuentra las mujeres durante las etapas del embarazo, relacionados con los procesos de cambios biológicos, físicos y emocionales siendo igual de gran importancia su estado nutricional para la mujer y el nuevo ser en formación.

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada. Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeña y grande para la edad gestacional, respectivamente.

De acuerdo al situación de la salud en el Ecuador SIISE1 (1), los resultados de la atención que la sociedad otorga al cuidado de la salud de las mujeres durante su edad fértil, permitiendo evaluar la calidad de atención de salud antes, durante y después del parto. Refleja por un lado, el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud y al personal debidamente calificado y por otro, la situación nutricional de la madre, especialmente la presencia de anemia durante el embarazo.

Las principales causas de muerte materna para el año 2004, se presentan a continuación: Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA17(2), en todo el mundo, hay una notable coherencia en cuanto a las causas de defunción materna.

(1)(2) "Situación de la salud en el Ecuador" en Observatorio de la Economía Latinoamericana, Número 77, 2007.
en <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/index.htm>

Se deben, en un 80%, a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preclámia o eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Un 20% de esas defunciones tienen causas indirectas, por lo general trastornos médicos preexistentes agravados por el embarazo o el parto, inclusive anemia, paludismo, hepatitis y, cada vez más, SIDA.

Para el caso del Ecuador, indica que la anemia durante el embarazo, el nivel social de la mujer, la violencia intrafamiliar, la falta de garantías son factores, entre otros, que contribuyen a mantener los altos niveles de morbilidad materna (3).

En el Centro de Salud Guano se cuenta con una población de 288 mujeres embarazadas (4) y se evidenció durante la práctica preprofesional casos de abandono en los controles prenatales, porque para el siguiente control regresaban luego de dos o tres meses y en algunos casos, las mujeres que lo realizaban de forma mensual no recibían un adecuado asesoramiento nutricional por el personal de salud.

El centro de salud cuenta también con un especialista en nutrición, que asiste 2 veces por semana, pero no se presta atención a todas las mujeres embarazadas por distintos motivos como: atención con mayor enfoque a los niños menores de 5 años, falta de derivación a la atención nutricional por parte del personal de enfermería, ginecólogo o médico, falta de tiempo por parte de las mujeres porque no desean recibir dicha atención (5).

En el Centro de Salud de se encontraron los siguientes datos referentes al estado nutricional en los controles realizados durante el periodo enero a septiembre del año anterior, en los primeros controles el 6% de mujeres gestantes se encuentra con peso bajo, 15% de embarazadas con sobrepeso, 10% de embarazadas con obesidad y en un 37% con peso normal, 1% embarazadas con anemia, por lo que se pretendió realizar esta investigación (6).

(3)"situación de la salud en el Ecuador" en observatorio de la economía latinoamericana, número 77, 2007. En <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/index.htm>

(4)(5) información de estadística del Centro de Salud Guano.

(6) Información obtenida del REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES EN NUTRICION

En el primer control prenatal la embarazada debe tener un diagnóstico nutricional, con fines de implementar una serie de medidas en relación a sus características nutricionales. El diagnóstico se basa fundamentalmente en parámetros maternos: el peso, la talla y las semanas gestacionales.

Razón por la cual se vuelve necesario el análisis de esta problemática, porque con esta investigación se beneficia no solo la madre sino el nuevo ser que viene en camino, disminuyendo la alteración del estado nutricional en el periodo gestacional que repercute en la formación de bebe.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿El control prenatal, influye en el estado nutricional en las mujeres embarazadas que acuden al Centro De Salud de Guano durante el periodo enero – junio 2011?

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si el control prenatal influye en el estado nutricional las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud de Guano durante el periodo enero – junio 2011

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer el estado nutricional actual en base a medidas antropométricas de las mujeres embarazadas que acuden al centro de salud con el carné perinatal y por índice de masa corporal (IMC).
- Revisar el número de controles prenatales que tienen cada una de las mujeres gestantes que asisten al centro de salud.
- Establecer relación entre los números de controles prenatales y el estado nutricional actual.
- Determinar las causas de la alteración del estado nutricional de la mujer embarazada que asiste al centro de salud Guano.
- Evaluar si el control prenatal cumple con sus características planteadas.

1.4. JUSTIFICACIÓN

El Centro de Salud de Guano, es una unidad de Ministerio de Salud Pública, que presta atención a la población de mayor riesgo como son adultos mayores, mujeres gestantes, madres y niños con los diferentes programas que beneficia a este grupo, la asistencia se enfoca permanentemente a la atención primaria en salud, a la colectividad del Cantón y sus alrededores mediante las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

En la actualidad se ha observado la concurrencia de mujeres embarazadas, donde reciben una atención integral con las siguientes actividades: diagnóstico de la condición fetal, la condición materna, entrega de hierro y ácido fólico, administración de toxoide tetánico, control odontológico, se evalúa el estado nutricional mediante la relación de la semanas gestacionales y la medida antropométricas (peso talla), pero no existe un asesoramiento nutricional por parte de personal de salud, por lo que encontramos alteraciones como bajo peso, sobrepeso y obesidad.

Se realiza esta investigación con la finalidad de determinar si el bajo peso, sobrepeso u obesidad se relaciona con el número de controles prenatales que se ha realizado la mujer embarazada durante su etapa de gestación, conociendo a su vez como debe ser la ganancia normal de peso durante el embarazo o cuales son las consecuencias en caso de una mala nutrición o un sobrepeso para ella y para el bebe.

Siendo que los controles prenatales son importantes para la vigilancia nutricional de la mujer embarazada, conocer el peso previo al embarazo es muy importante porque de acuerdo a esto se determinara cuantos kilogramos debe subir durante todo el embarazo, no obstante en cada control prenatal se realiza la evaluación nutricional individual y el médico debe valorar la ganancia de peso sobre la base del estado nutricional inicial.

De acuerdo a la investigación se determinara si los controles prenatales influye en el estado nutricional de la mujer embarazada, tomando en cuenta el embarazo como

etapa de múltiples cambios, aquí se basaría en la revisión del carné de control prenatal ya que con la actividad de medición correcta de peso y talla y una gráfica correcta podemos conocer la ganancia adecuada o inadecuada de peso en su embarazo tomando en cuenta también las semanas gestacionales de la mujer.

También es muy importante para la función preprofesional de enfermería, tener conocimientos acerca de una correcta alimentación durante la etapa de embarazo y a su vez proporcionar información sobre el tema durante el desarrollo del internado rotativo en las diferentes áreas de salud, como una medida preventiva que ayudara a disminuir las alteraciones nutricionales para las mujeres gestantes.

Debe existir acceso a un nivel adecuado de pautas y conocimientos acerca de una alimentación tomando en cuenta la cultura, el nivel de escolaridad y el nivel económico de cada mujer, siendo necesarios para el óptimo desarrollo del embarazo; ya que no siempre la temática de alimentación es abordada por el resto del equipo médico en los controles prenatales y de hacerlo, no es en profundidad.

CAPITULO II “MARCO TEÓRICO”

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

El presente trabajo de investigación se fundamenta en el conocimiento de la mujer embarazada que se centra en la importancia de la nutrición por lo que este tema se enmarca dentro de la base teórica que sustenta que los controles prenatales influyen en el estado nutricional de la mujer embarazada, siendo este una actividad muy importante para la salud pública y para todo en personal de salud, el control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos, y asistenciales del equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo, esto influyen de gran manera en la vigilancia nutricional, el punto crítico para definir la ganancia de peso suficiente o insuficiente durante toda la etapa del embarazo.

2.2 BREVE DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

El cantón Guano se encuentra ubicado en la Sierra Central del Ecuador en el Altiplano Andino y con un clima variable con predominancia al cálido-seco en verano. Se encuentra situada al Norte de Riobamba a 2.735 m. de altura a 1° 35´ latitud septentrional y 0°7´ longitud occidental.

Guano casi su totalidad se halla circundado por volcanes y cerros como el Igualata, Tungurahua, Altar, Chimborazo, y la inmensa cordillera por cuyas quebradas desborda el río Chambo.^(Ver anexo 4)

LÍMITES:

Los límites del cantón Guano son:

- **Norte:** Provincia de Tungurahua y sus cantones Quero y mocha, montaña Igualata, el Río Huahua y el Río Mocha
- **Sur:** Cantón Riobamba y quebrada las Abras
- **Este:** margen izquierdo del río Chambo, río Penipe, parroquias Quimiag

- **Oeste:** la Provincia de Bolívar, Quebrada El Huayco, la comuna Rumí- cruz y el puente Punta Loma Ocuiqui, el cantón Riobamba, Parroquia San Juan

El Centro de Salud de Guano se encuentra ubicado en la Avenida 20 de Diciembre y Lando, este centro dispone de cuatro médicos rurales, un ginecólogo, una pediatra, un odontólogo, una rural de odontología, una interna de medicina y una interna de obstetricia, el departamento de enfermería, laboratorista, ingeniera estadista, conserje,(Ver anexo 7) también se cuenta con los siguientes servicios: estadística, sala de preparación, enfermería, medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, odontología, posconsulta, farmacia, laboratorio.(Ver anexo 5)

Esta es una unidad de Ministerio de Salud Pública, que presta atención a la población de mayor riesgo como son adultos mayores, mujeres gestantes, madres, niños con los diferentes programas que beneficia a este grupo, la asistencia se enfoca permanentemente a la atención primaria en salud, y con mejoramiento parcial de la infraestructura y gestión ante el gobierno central para equipamiento el cual ayudado de una manera incondicional e importante para la atención de madres y niños(7).

Gracias a la a contribución de algunas instituciones se mejoran los recursos necesarios que ayuda a las emergencias que posee la colectividad del Cantón y sus alrededores mediante las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Antecedentes de investigación relacionada

Para identificar y sustentar suficientemente este trabajo de investigación es muy necesario conocer lo que sucede en su entorno, apoyado en un estudio retrospectivo para ubicar antecedentes que permitan determinar límites y alcances de trabajos con el mismo tema.

(7) Análisis situacional de salud del centro de salud de guano

Con esta visión se realizó esta investigación, con lo que se consiguió determinar que no se han realizado investigaciones anteriores en este sentido, pero si se ha realizado como temas separados como **el control prenatal** que se ha realizado una investigación en el **Hospital General De México el Instituto Politécnico Nacional la Escuela Superior De Medicina**, también se ha realizado una investigación sobre **Evaluación nutricional y conocimientos sobre alimentación en Embarazadas** en Servicio de Alimentación Hospital. P.Piñero, por lo que es muy necesario presentar este trabajo donde se relaciona la importancia de control prenatal con el estado nutricional de la mujer embarazada.

2.3.1 DEFINICIÓN DE CONTROL PRENATAL

Control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos, y asistenciales del equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La atención prenatal permite identificar algunas complicaciones del embarazo y admite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada, lo que significa un costo menor en su atención posterior, mejorando la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

2.3.2 Esquema De Los Controles Prenatales En Un Embarazo Normal

- Optimo: 12 controles.
- Nivel mínimo eficiente: 5 controles.
- Una mensual hasta las 32 semanas gestacionales.
- Una cada 2 semanas hasta las 36 semanas gestacionales.
- Una cada semana hasta el momento del parto.

(8)Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 .

(9)www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal

2.3.3 OBJETIVOS DEL CONTROL PRENATAL

- a) Promover hábitos de vida saludable, factores protectores a las gestantes y sus familias.
- b) Vigilar el proceso de la gestación para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales.
- c) Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de los mismos.
- d) Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres e hijos mucho antes de que nazcan éstos.
- e) Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el momento del nacimiento de su bebe. ⁽¹⁰⁾

2.3.4 CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL

- **Precoz:** se realiza la primera visita en el primer trimestre, lo que posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud, permitiendo además la detección temprana de embarazos de riesgo.
- **Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo: para la población de bajo riesgo se requieren un mínimo de cinco controles.
- **Integral:** Este garantizara las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- **Con enfoque de riesgo:** sus necesidades se podrán resolver con una atención continua evitando complicaciones durante todo el periodo del embarazo.

Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional. ⁽¹¹⁾

(10) www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. 2001. (12/12/05)

(11) Poletti O y col. Antropometría materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y prematuridad del recién nacido

2.4 PROPOSITOS DEL CONTROL PRENATAL

2.4.1 Identificar factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal, los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad del nuevo ser son: la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas prestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal.

2.4.2 Diagnosticar la edad gestacional

Muchas mujeres acuden a la primera cita prenatal una vez que una prueba de embarazo de las que pueden realizarse en el hogar o en alguna farmacia haya resultado positiva. El registro preciso de la fecha última de menstruación las fechas de relaciones sexuales y la temperatura basal es de gran valor para diagnosticar con precisión el embarazo. No obstante puede ser necesario examinar a las dos o cuatro semanas para verificación del diagnóstico. (12)

(12) LOUDERMILK.D, PERRY.E, BOBAK.I. Enfermería materno infantil 2da edición pág. 213

Es importante conocer las semanas gestacionales, a partir de la fecha última de menstruación (FUM) descontamos a partir de esto el resto de día del mes.

Inicialmente sacamos la diferencia del mes correspondiente con la fecha de la última menstruación, colocamos los días de los meses siguientes hasta la fecha actual, dividimos para 7 (días que tiene la semana) y este resultado nos da la semana de gestación.

Ejemplo:

FUM: 10 de abril de 2011 Fecha actual: 09 de octubre de 2011

20d abril
31d mayo
+30d junio
31d julio
31d agosto
30d septiembre
09d octubre

182días/7= 26SG

Regla de McDonald para altura de fondo uterino

Altura de fondo (cm) x 2/7 = gestaciones de meses lunares.

Altura de fondo (cm) x8/7=gestaciones del embarazo en semanas

Consideraciones al usar la medida de altura de fondo uterino.

Los factores como hidramnios, gestación múltiple, feto de gran tamaño y obesidad pueden afectar la precisión de medición restar 1cm en mujeres que pesen más de 90kg a la medición que obtuvo. (13)

(13) Documentos proporcionados por la Lic. Graciela Rivera

Ultrasonidos

Cuatro métodos para estimar la edad fetal son:

- **Determinación de las dimensiones del útero puede emplearse de la sexta a la décima semana, la actividad cardíaca fetal se detecta la novena a la décima semana.**
- **Medición de longitud desde la coronilla hasta la nalga de la séptima a la catorceava semana.**
- **Determinación de la longitud de fémur después de la semana 12.**
- **Determinación del diámetro biparietal de la cabeza fetal para determinar si el embarazo es a término.**

2.4.3 Diagnosticar la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

Latidos Cardíacos Fetales.

Los LCF son auscultables con estetoscopio desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

Movimientos Fetales

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La

disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

Tamaño Uterino

A medida de que el útero crece sale del área pélvica puede palparse por encima de la sínfisis de pubis entre las 12 y 14 semanas de embarazo, el útero se eleva en forma gradual hasta alcanzar la altura del ombligo entre las 22 y 24 semanas y al término alcanza casi la altura de la apófisis xifoidea del esternón entre las 38 y 40 semanas la altura uterina disminuye porque el feto comienza a descender y a encajarse.

A medida de que el útero se agranda cambia su peso, su posición, su forma para la cual se va a comparar las mediciones entre el útero no gestante y el gestante.

Medición	No gestante	Gestante (40 semanas)
Longitud	6.5 cm	32cm
Ancho	4 cm	24cm
Profundidad	2.5 cm	22cm
Peso	60-70g	1100-1200g
Volumen	>10ml	5000ml

LOUDERMILK.D,PERRY.E, BOBAK.I. Enfermería materno infantil 2da edición pág. 145

Estimación del volumen de líquido amniótico.

Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía.

El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la

agenesia renal. El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

2.4.4 Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal. Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

2.5 ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL

2.5.1 Apertura del carné perinatal y elaboración de la historia clínica perinatal

La historia clínica prenatal base debe ser un documento estructurado con una lista de chequeo que facilite la identificación de los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud. ⁽¹⁴⁾

Elementos básicos de la historia clínica prenatal:

- Identificación de la gestante: nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono
- Anamnesis:
 - Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual
 - Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros.
 - Valoración de condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, soporte familiar y de la pareja, violencia doméstica, embarazo deseado o programado.

Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenésicos.

Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamientos de infertilidad.

(14)Herrera JA. Aplicación de un modelo biosicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. 2ª ed. Bogotá, Ministerio de Salud-Universidad del Valle, 2001.

Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasias, gestaciones múltiples y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina o ecografía obstétrica), identificar la aparición de síntomas, signos y otros eventos adversos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, patrón de sueño alterado y otros.

Otros hallazgos y motivos de consulta: inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

2.5.2 Medición peso/talla materna.

Las medidas antropométricas, como estatura y el peso es muy importante para definir el índice de masa corporal, para establecer el riesgo nutricional que tiene la paciente. (15)

2.5.3 Examen clínico general

Realice la exploración general como cualquier otro examen de rutina. Para tratar de descubrir enfermedades como: tuberculosis, anemia, tumores mamarios. Es necesario prestar particular atención a lo siguiente:

- A. Examen general: Tomar la presión arterial en cada consulta prenatal. La elevación significativa de la presión arterial, junto con edema generalizado y proteinuria, indica la aparición de toxemia. Notar la constitución y el estado nutricional. Palpar mamas y axilas, examinar los pezones, auscultar el corazón y los pulmones.

(15) Revista Pacea Med Fam 2007; 4(6): 128-13

1. Piel y Cabello: Las alteraciones metabólicas frecuentemente se manifiestan al principio por cambios cutáneos.

2. Boca: Valore la higiene bucal.

3. Abdomen: Se estudiara especialmente:

Tamaño, forma y consistencia del útero.

Hernias.

Masas.

4. Extremidades: Se explorará el desarrollo, las deformaciones y la restricción de movimientos de brazos, piernas y columna.

Examen pélvico: Una exploración pélvica minuciosa y ordenada puede hacerse en cualquier ocasión antes de término y es más importante para cada nueva paciente obstétrica. Se prestará particular atención a lo siguiente:

1. Várices vulvares.

2. Cérvix y útero.

3. Masas pélvicas.

2.5.4 Indicación de hierro y ácido fólico:

Hierro.- las necesidades de hierro en el feto son muy importantes, tanto para la formación de sus hematíes como para la creación de reservas útiles que empleara durante los primeros meses de vida extrauterina. Si no se cubren estas necesidades aparecerá anemia tanto para la madre como para el feto. La cantidad de hierro para la gestación en su totalidad es de aproximadamente 1000mg gran parte de la cual se pierde por vía fecal quedando retenido el resto esta cantidad se cubrirá con una cantidad consumida de 3mg día.

Ácido fólico.- durante el embarazo las necesidades de ácido fólico se multiplican por dos. Los folatos intervienen de manera decisiva en el crecimiento celular. Su déficit se ha relacionado de manera directa con la alteración de cierre de tubo neural,

así como con malformaciones fetales, labios leporinos, esta necesidad elevada de fosfato se produce principalmente en el comienzo del embarazo durante las primeras 4 semanas gestacionales, por ello es de gran importancia el consumo de ácido fólico en la época preconcepcional, durante el primer trimestre se recomienda una dosis suplementaria de 400ug además debe consumir cereales, hígado, espinacas acelga etc.⁽¹⁶⁾

2.5.5 Indicación de toxoide tetánico.

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Durante el embarazo pasa el anticuerpo a través del cordón umbilical y confiere inmunidad pasiva contra el TNN. Se deberá colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto. ⁽¹⁷⁾

2.5.6 Educación materna durante los controles prenatales

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

Signos y síntomas de alarma

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio de salud donde atenderá su parto.

(16) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 9

(17)mManual de programa ampliado de inmunizaciones de MSP pág. 40

De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretermino.

Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

Nutrición materna

Un adecuado aporte y metabolismo de los nutrientes son imprescindibles para el desarrollo correcto del nuevo ser que está en el útero materno. Los efectos de una inadecuada alimentación durante el embarazo puedan dar lugar con mayor incidencia en nacimiento de neonatos de bajo peso o pequeños para la edad gestacional y prematuros así como un mayor número de abortos.

Por otro lado puede presentarse obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades coronarias, o hipercolesterolemia, es fundamental informar a la gestante sobre la ganancia de peso recomendado durante el embarazo y mantener un peso adecuado⁽¹⁸⁾.

Lactancia y cuidados del recién nacido

Es la mejor alimentación para el recién nacido (RN) y el niño en su primer año. Debe ser exclusiva en los 6 primeros meses y ser parte importante de la alimentación durante el primer año. La OMS recomienda lactancia hasta los dos años.⁽¹⁹⁾

La actividad física

El ejercicio físico es beneficioso para la embarazada y para el desarrollo del feto, siempre que se realice moderadamente. Es preferible su práctica regular tres o cuatro días a la semana se deberá evitar ejercicio en posición supina.⁽²⁰⁾

Orientación sexual

No existen limitaciones en la actividad sexual en los embarazos normales, sin embargo las relaciones sexuales coitales durante la gestación está contraindicada en las siguientes situaciones: metrorragia, insuficiencia placentaria, placenta previa, ruptura de membranas, amenaza de aborto.⁽²¹⁾

Amenaza de parto pretermino antecedentes de abortos habituales malformaciones congénitas uterinas y enfermedades de transmisión sexual.

Durante el puerperio se recomienda evitar las relaciones sexuales coitales hasta que cese la emisión de los loquios y cicatrice la episiotomía, teniendo siempre presente el deseo y la sensación de bienestar de la pareja.

(18) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 7,

(19) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 373

(20) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág.19

(21) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 13.

Planificación familiar

La aparición de la menstruación tras el parto depende del mantenimiento o no de la lactancia materna. En las mujeres que no dan de lactar suele presentarse hacia los 45 días posparto por lo que es importante indicar a breve rasgos sobre la elección de los métodos anticonceptivos esta depende del mantenimiento o no de la lactancia y la consideración del método como temporal o definitivo para este periodo. Todos los anticonceptivos utilizados durante la lactancia tienen una eficacia mayor que la que presentan fuera de este periodo. (22)

2.5.7 PREPARACIÓN PARA EL PARTO DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Las clases de preparación al parto (psicoprofilaxis obstétricas) deben ir unidas con el control prenatal este consiste en conseguir que la pareja puede vivir activamente y colaborar en el embarazo y parto de su hijo. Con la información dada en los cursos se intenta disminuir el miedo al parto, explicar el desarrollo del embarazo, el parto y los métodos de asistencia, así como la atención del recién nacido. Por otro lado se enseña la forma práctica de relajarse y a realizarla respiración adecuada en cada momento del parto para ayudar a su evolución y disminuir el dolor, la psicoprofilaxis no elimina el dolor que existe y se manifiesta, sino que trata de evitar que esta aparezca. (23)

2.6 IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL

Luego de varias décadas de estudio, se conoce que el estado nutricional deficiente de la madre afecta el desarrollo general y neurológico del feto, y que particularmente, la desnutrición materna es un factor esencial a tener en cuenta, por sus consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo. Al respecto, algunos autores estiman que es vital atender rigurosamente a las gestantes mal nutridas por defecto, dada su gran influencia sobre el bajo peso al nacer en los niños.

(22) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 395

(23) LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 339

Consabido esta que una madre bien alimentada cualitativa y cuantitativamente, es capaz de proporcionar suficientes reservas de energía para proteger al feto.

Por esta razón, además de proporcionarle oportunamente los cuidados prenatales, es primordial realizar un riguroso control de la educación nutricional para obtener resultados favorables. (24)

El **seguimiento nutricional** ocupa un lugar relevante en el control de la embarazada, por el impacto que el mismo produce sobre el resultado final.

Aunque este criterio es aceptado en forma general, se evidencia cierta controversia respecto a cuál de las variables antropométricas maternas es la mejor productora tanto para peso y talla bajos, como para prematuridad del recién nacido.

La nutrición en la embarazada es un aspecto a considerar ya desde la primera consulta prenatal, por cuanto constituye el marco propicio para orientar a la mujer gestante sobre la manera de suministrarle al organismo los niveles requeridos de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, entre otros nutrientes. (25)

Este tema resulta discutido, incluso hasta ignorado por algunos obstetras o abordado en forma desatinada, por falta de tiempo durante la consulta o bien por resultarles difícil la tarea de traducir los conceptos teóricos en recomendaciones prácticas, cotidianas y accesibles a todo tipo de población. No es raro entonces que, cuando dicha tarea no es asumida por nutricionistas, este pilar tan elemental del control gestacional como es el control nutricional, pueda ser relegado a lugares secundarios.

LOS OBJETIVOS DEL ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

1. Aconsejar a la embarazada para que continúe con una dieta balanceada.

1. Interrogar a la paciente para:

a) Confirmar que realiza una adecuada ingesta de alimentos, sobre todo en aquellas de bajos recursos.

(24) Barbosa Ruíz R. Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo. RevEnferm IMSS 2005; 13(1): 3-7.

(25) Torres Magret E et al. Evaluación nutricional de las embarazadas ingresadas en la sala de gestantes patológicas. Rev Cubana Enfermer 1997; 13(1):10-14.

b) Descubrir hábitos alimentarias o dietas no acordes para el embarazo.

2. Controlar la ganancia de peso materno.
3. Instruir a las madres que se encuentran por debajo del peso ideal sobre el plan de alimentación que deben seguir en cuanto a la cantidad de calorías y proteínas mediante el uso de alimentos con los que está familiarizada.
4. No aconsejar la pérdida de peso durante el embarazo en el caso de las madres obesas, como así tampoco el aumento esperado en la embarazada normal. (26)

2.6.1 DIAGNOSTICO Y MANEJO NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA

Constituye uno de los objetivos más importantes del control prenatal. En el primer control prenatal la embarazada debe tener un diagnóstico nutricional, con fines de implementar una serie de medidas en relación a sus características nutricionales.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en dos parámetros maternos: el peso y la talla. La valoración antropométrica durante el embarazo tiene como objetivos:

- Identificar a las gestantes con déficit nutricional o sobrepeso al inicio de la gestación.
- Detectar a las gestantes con ganancia de peso menor o excesivo para la edad gestacional, en función del estado nutricional previo.
- Permitir orientarlas a conductas adecuadas en cada caso, mejorando su estado nutricional, sus condiciones para el parto y el peso del recién nacido.(27)

(26) www.hospitalposadas.org.ar. Gamarino S, Salvo M. Nutrición materna y salud fetal. Revista Nuestro Hospital Año 1. N° 3. 1997. Servicio de Obstetricia.(2/02/06).

(27) www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal

2.6.2 Estado Nutricional Inicial: Se utiliza el IMC pero con puntos de cortes distintos a los convencionales, a saber:

- Bajo peso: $IMC < 19,8$
- Normal: $IMC \geq 19,8$ a $< 26,1$
- Sobrepeso: $IMC \geq 26,1$ a $< 29,0$
- Obesidad: $IMC \geq 29,0$

2.6.3 Valoración nutricional durante el transcurso del embarazo

Para efectuar la valoración, se utiliza frecuentemente la Gráfica de Incremento de Peso para embarazadas del carne perinatal, que es un instrumento mediante el cual el personal del equipo de salud puede evaluar la situación nutricional (peso y talla) en cada control prenatal. Este mismo consta de dos elementos: Un nomograma: que permite realizar el cálculo del porcentaje de peso para la talla (P/T) considerando el peso y la talla de la mujer. Una gráfica de incremento de peso: donde se proyecta el porcentaje hallado en el nomograma en relación con la edad gestacional en la que se efectuó el control. (28)

2.6.4 Categorías del estado nutricional, a saber:

- Área de **Bajo peso**: comprende el área “A” inferior de la curva.
- Área de **Normalidad**: comprende el área “B” de la gráfica.
- Área de **Sobrepeso**: comprende el área “C”.
- Área de **Obesidad**: comprende el área “D” superior de la curva.

Entre las mujeres con mayor riesgo nutricional se encuentran las madres con períodos intergenésicos cortos y las madres adolescentes.

La **desnutrición materna** pregestacional o bien durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbi-mortalidad infantil, en tanto que la **obesidad** también, constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías,

(28) Dirección Nacional de Atención Médica. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, Nº 3.

del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las complicaciones del parto. (29)

2.6.5 Ganancia de peso óptimo durante la gestación

El incremento de peso óptimo podría ser definido como aquel valor que se asocia al menor número de eventos negativos de la madre y del niño, tanto en el embarazo, parto y puerperio, como aún en etapas posteriores de la vida.

Por lo general, las mujeres con un bajo índice de masa corporal (BMI) tienden a ganar más peso mientras que aquellas con un alto BMI suelen ganar menos peso que el recomendado.(30)

Tradicionalmente la mayor preocupación ha estado dirigida a evitar los eventos asociados al déficit nutricional, pero afortunadamente, cada vez hay más conciencia sobre la necesidad de reducir los sucesos asociados al exceso, incluyendo la retención de peso post parto de la madre.

Con relación a la **ganancia ponderal** se recomienda (OMS):

- IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo < de 19,8: ganancia total entre **12,5 y 18 Kg.**
- IMC pregestacional entre **19,8 y 26,1**: ganancia total entre 11,5 y 16 Kg.
- IMC pregestacional entre **26,1 y 29**: ganancia total entre 7 y 11,5 Kg.
- IMC pregestacional mayor o igual de **29**: ganancia total entre 6 a 7 Kg

Varios estudios apoyan que la ganancia de peso durante la gestación varía con el nivel nutricional pregestacional, y que cuanto mayor es el peso pregestacional materno, menor es la ganancia de peso durante la gestación.

(29) Uauy R et al. ALIMENTACION Y NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO. Departamento de Obstetricia y ginecología. Facultad Medicina, Universidad de Chile .(30) Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 (2).

2.6.6 Estado nutricional materno y crecimiento fetal

Uno de los aspectos relevantes del **control prenatal** es el diagnóstico, la evaluación y el manejo de la condición nutricional de la embarazada, puesto que se conoce que el estado nutricional materno, antes y durante la gestación, es un determinante fundamental para el crecimiento fetal y el peso del recién nacido habiéndose establecido su relación con riesgos para el desarrollo de bajo peso al nacer, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) y prematuridad.

El peso materno pregestacional al igual que la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso al nacer, el cual es probablemente el parámetro que se relaciona más estrechamente con la morbilidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido.

Según algunos autores, las mujeres adelgazadas tienden a procrear niños con bajo peso al nacer y las obesas niños macrosómicos. Del mismo modo, las mujeres con pobre ganancia ponderal durante la gestación, procrean niños con bajo peso al nacer y aquellas con ganancia ponderal excesiva recién nacidos macrosómicos. (31)

Se entiende que el crecimiento fetal es un fenómeno complejo multifactorial, que se haya influido en forma predominante por la madre y su desarrollo uterino, por lo tanto, el estado nutricional materno, tanto durante la infancia como inmediatamente antes del embarazo, influye en la futura generación.

Cuando la carencia nutricional materna (carencia de macro y micronutrientes) afecta al feto durante el primer trimestre, puede provocar muerte embrionaria o malformaciones, mientras que si la misma acontece durante el transcurso del segundo y tercer trimestre de gestación provocará retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la morbilidad postnatal.

(31)Faneite P. Estudio nutricional de la embarazada y su neonato. Revista d Obstetricia y Ginecología de Venezuela. RevObstetGinecolVenez v.63 n.2.

Cuando la carencia nutricional materna (carencia de macro y micronutrientes) afecta al feto durante el primer trimestre, puede provocar muerte embrionaria o malformaciones, mientras que si la misma acontece durante el transcurso del segundo y tercer trimestre de gestación provocará retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la morbimortalidad postnatal.

2.7 NUTRICIÓN MATERNA Y EMBARAZO

2.7.1 Requerimientos nutricionales de la embarazada

Calorías.

Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre.

Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales.

El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normonutrida y con feto único. En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 kg; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a ketoacidosis de ayuno que deben ser evitadas. ⁽³²⁾

Proteínas.

El desarrollo de los tejidos maternos y fetales exigen un suplemento proteico en la dieta de la gestante, los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan

en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día.

Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentario.

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos. (33)

Hierro.

La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento. Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa.

El hierro proporcionado por los alimentos oscila entre 6 a 22 mg y sólo el 20% es de origen animal. La absorción del hierro de origen vegetal es del 1% y del hierro de origen animal entre 10 y 25%, de ahí que la suplementación con hierro medicamentoso constituya una de las acciones preventivas más relevantes del control prenatal la suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre. Anemia del embarazo se define en relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico: en el primer trimestre cuando el hematocrito y la hemoglobina es igual o inferior a 33% y 11 g/dl, respectivamente; en el segundo y tercer trimestre, cuando el hematocrito es inferior o igual a 30% y la hemoglobina a 10 g/dl.

Debemos recordar que la ingesta de hierro puede producir intolerancia gástrica, estado nauseoso, constipación y coloración oscura de las deposiciones. Para su mejor absorción debe ingerirse con estómago vacío (entre las comidas) con una bebida cítrica y evitar la ingesta con leche o té que bloquea casi totalmente la absorción enteral. (34)

Calcio

El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio iónico.

Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea que, a término, alcanza 30 a 50% de los valores basales; de igual forma aumenta la calcitonina para proteger al hueso del aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre.

El esqueleto materno puede dañarse sólo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno.

Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan hasta 1.200 mg/día, lo que equivale aproximadamente a un 50% más que en el estado pregestacional. Se recomienda un aporte extra de 400 mg/día mediante aporte adicional de productos lácteos o calcio medicamentoso.

La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 100 ml, de ahí que una madre que puede ingerir entre 750-1.000 cc de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumple adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yogurt, quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplementación medicamentosa de calcio. (35)

Zinc.

También presenta una baja ingesta en las embarazadas y su déficit se ha asociado a bajo peso al nacer y parto prematuro. Las principales fuentes de zinc son mariscos, carnes, lácteos, huevos, cereales integrales y pescado.

Vitaminas. La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplementación adicional de vitaminas.

Prácticamente todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación, especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%. El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que tienen un efecto acumulativo.

Se han descrito malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura. En animales, en dosis equivalentes del humano a 500.000 UI de vitamina A, se han descrito malformaciones oculares, auditivas y labio leporino.

El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesaria una suplementación de esta vitamina. (36)

(32)(33)(34)(35)(36) Donoso, E. y Espinoza, R.: Efecto de algunas variables nutricionales maternas sobre el peso del recién nacido de término. Rev. Latinoam. Perinatol.

2.7.2 HÁBITOS Y CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS EN MUJERES EMBARAZADAS

Al llevar a cabo la elección de los diversos alimentos que serán consumidos cotidianamente, la opción está integrada por seis grupos básicos: leche y derivados lácteos, frutas y verduras, cereales y legumbres, carne, pollo, pescado y huevos, aceites y grasas, y azúcares y dulces.

Sin embargo, a pesar de todo lo conocido, no se debe dejar de reflexionar sobre que el consumo de alimentos está radicalmente condicionado por las creencias

Y los hábitos alimentarios que la población posee, que pueden mantenerse, modificarse o bien adquirirse durante periodos tan particulares como son el embarazo y la lactancia.

Los hábitos alimentarios surgen como producto de la interacción existente entre la cultura y el medio ambiente, se transmiten de una generación a otra, e incluyen desde la manera en que se seleccionan los alimentos, hasta la forma en que los consumen o sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

En el caso de la embarazada, otro de los factores identificados es la posible diferencia entre el número de gestaciones previas, por la exposición de la mujer a mayor información sobre los requerimientos nutricionales durante el embarazo, en comparación con la mujer primigesta. (37)

En cuanto a los conocimientos que poseen las embarazadas sobre alimentación y nutrición, es importante destacar que estos, muchas veces han resultado insuficientes, y los hábitos alimentarios referidos no siempre concuerdan con sus conocimientos, principalmente por cuestiones de índole económica. (38)

De lo anterior, deriva la importancia de atender las necesidades nutricionales de la mujer antes, durante la gestación y después del parto, a través de la identificación de los conocimientos y saberes que estas poseen sobre sus hábitos, actitudes y preferencias alimentarias, con una perspectiva económica.

(37) Barbosa Ruíz R. Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo. RevEnferm IMSS 2005; 13(1): 3-7.(38)Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2004, 21

Pero también cultural, que sostenga la implementación de acciones en beneficio de la salud y el bienestar de las mujeres, sus hijos y sus familias.

2.7.3 Necesidades Nutricionales del embarazo

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer, y esto se debe a que durante el transcurso del mismo, existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales maternas de casi todos los nutrientes, con relación al periodo preconcepcional, puesto que el feto se alimenta sólo a expensas de la madre.

Se calcula que el embarazo insume un total de 80.000 kcal correspondientes a la madre, la unidad feto-placentaria y el metabolismo, por lo tanto es de suponer que habrá que aumentar los valores calóricos ingerido.

De este modo, la nutrición en el embarazo debe ser equilibrada y adecuarse a las esas necesidades nutricionales aumentas durante ese momento.

Sin embargo, a pesar de los avances obtenidos en materia de salud materno-infantil, persisten aún deficiencias nutricionales en la mujer embarazada, por diversos factores:

- La gestación temprana
- El déficit ponderal al momento de la concepción
- Los hábitos alimentarios incorrectos
- El nivel cultural deficiente, etc.

Los **consejos nutricionales** para la mujer embarazada han variado con el tiempo: anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación y a consumir dietas hipocalóricas, mientras que en otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas, con mayor patología materna y fetal.

En la actualidad se comprenden mejor cuáles son las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos para esta etapa de la vida, sin embargo las recomendaciones en cuanto al consumo de energía y calorías, muchas veces no son concordantes y generan confusión en el equipo de salud.

En síntesis, se puede decir que durante la gestación, la alimentación deberá proveer un ingreso incrementado de ciertos nutrientes, especialmente calorías, proteínas, calcio, hierro y ácido fólico, entre otras vitaminas y minerales.

2.7.4 MOLESTIAS RELACIONAL CON LA NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO

2.7.4 .1 Los antojos por determinados alimentos, son frecuentes de observar en las embarazadas. Ello no refleja el déficit de algún nutriente específico en la dieta, como se ha sugerido. No hay argumentos para que ellos no sean "complacidos", en la medida que no afecten la dieta o reemplacen a otros alimentos más importantes. También son frecuentes las "aversiones" o "rechazos" por determinados alimentos (alcohol, café, carnes, etc.), que no necesariamente son perjudiciales. ⁽³⁹⁾

2.7.4 .2 La Pica, es un trastorno en el apetito aberrante por productos tales como tierra o arcilla (geofagia), almidón (amilofagia), greda, hielo, papel, pasta de diente, u otro material que no es alimento habitual. Paralelamente el consumo de esta sustancia modifica la absorción de los nutrientes, por lo que es necesario evaluar el estado nutricional de la embarazada y realizar educación alimentaría y si es preciso, suplementación. Se la ha asociado al déficit de micronutrientes (hierro y zinc entre otros), aunque no ha sido adecuadamente demostrado. Puede presentarse también en mujeres con un trastorno mental que afecta la conducta alimentaria. La pica puede determinar malnutrición al desplazar nutrientes esenciales de la alimentación. La prevalencia de pica durante el embarazo se encuentra generalmente subestimadas pudiendo afectar a un alto porcentaje de gestantes.

Muchos de estos comportamientos, pueden deberse a costumbres y tradiciones que pasan de madres a hijas. Debe procurarse que la pica no sustituya los alimentos con alto contenido de nutrientes esenciales. ⁽⁴⁰⁾

2.7.4.3 Náuseas y Vómitos. Las mujeres embarazadas experimentan náuseas y vómitos especialmente en el primer trimestre del embarazo. Esta condición está fuertemente ligada a cambios hormonales y no tiene causas bien conocidas.

La mayoría de las veces estos trastornos no condicionan una patología propiamente tal aunque generan preocupación y ansiedad en la paciente y su entorno familiar y por tanto requerirán un abordaje más bien educativo y tranquilizador. Estados más severos (hiperémesis gravídica) presentan riesgos de deshidratación, desequilibrios electrolíticos, alteraciones metabólicas y pérdida de peso. ⁽⁴¹⁾

2.7.4.4 Estreñimiento

Es normal padecer de estreñimiento durante el embarazo, por lo que es importante tener una ingesta adecuada de fibra. La ingesta de comprimidos con altas dosis de hierro puede potenciar el estreñimiento.

La fibra se encuentra en gran proporción en el pan integral, las verduras crudas, los cereales, las leguminosas y las frutas (especialmente aquéllas con cáscara). La fibra solamente surte el efecto deseado en combinación con líquido. Por ello, cuando se sigue una dieta rica en fibra, es importante beber mucho líquido, incluido en el agua, jugos de frutas, leche, té o café.

(39)(40)(41)Marquez. D Universidad de la Integración de Las Américas - Segundo Semestre – Nutrición Asunción, Paraguay – 2007

TÉRMINOS BÁSICOS

Antojo.- Deseo intenso, imprevisto y pasajero de una cosa capricho durante el embarazo.

Control prenatal.- Control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos, y asistenciales del equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido.

Centro de salud.- se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

Control precoz.- Debe iniciarse desde el primer trimestre de la gestación.

Control periódico.- son la que se repiten con una frecuencia y oportunidad que variaran según el grado de riesgo del embarazo.

Control integral.- Este es la que garantizara las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

Embarazada.- período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto

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 teniendo siempre en cuenta el peso anterior

Influencia.- es la habilidad de ejercer poder (en cualquiera de sus formas) sobre alguien, de parte de una persona, un grupo o de un acontecimiento en particular.

La Pica.- es un trastorno en el apetito aberrante por productos tales como tierra o arcilla (geofagia), almidón (amilofagia), greda, hielo, papel, pasta de diente, u otro material que no es alimento habitual.

Náuseas.-se presentan como una situación de malestar en el estómago, asociada a la sensación de tener necesidad de vomitar

Nutrición.-es la encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades.

Perinatal.- se emplea para referirse a todo aquello que es en materia de tiempo inmediatamente anterior o posterior al momento del nacimiento del bebé, es decir, desde la semana 28 de gestación aproximadamente hasta los primeros siete días después del parto.

Vómito.- también llamado emesis, es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.

2.8 HIPÓTESIS

2.8.1 Hipótesis

El control prenatal influye en el estado nutricional de las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud de Guano durante el periodo enero – junio 2011

2.8.2 Variables

Variable independiente

El control prenatal

Variable dependiente

Estado nutricional de mujeres embarazadas

2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	ESCALA
<p>Variable independiente</p> <p>El control prenatal</p>	<p>Control prenatal es un conjunto de acciones periódicos y asistenciales para la evaluación integral de las mujeres en el periodo de gestación, a fin de determinar el número de controles, que permite establecer medidas preventivas oportunas considerando aspectos relevantes como la condición nutricional entre otros, por parte del personal de salud, con un inicio precoz.</p>	<p>NOMINAL</p> <p>Conocimiento sobre control prenatal</p> <p>Nº de controles que tiene la mujer embarazado</p> <p>Aspectos relevantes del control prenatal</p>	<p>Sabe(conoce)</p> <p>No sabe (desconoce)</p> <p>Óptimos =12 controles</p> <p>Mínimos = 5 controles</p> <p>Deficientes= Menor de 5 controles</p> <p>Registros</p> <p>Atención de la madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Signos de peligro • Tratamiento • Educación- información • Indicación de hierro y ácido fólico <p>Evolución del bienestar fetal</p>

		<p>Personal de salud</p> <p>Inicio de primer control</p> <p>Frecuencia</p>	<p>Médico</p> <p>Gineco-obstetra</p> <p>Obstetrix</p> <p>Nutricionista</p> <p>Enfermera</p> <p>Odontólogo</p> <p>Auxiliar de enfermería.</p> <p>Primer trimestre = precoz</p> <p>Segundo trimestre= tardío</p> <p>Tercer trimestre= tardío</p> <p>Trimestral</p> <p>Mensual</p> <p>Quincenal</p> <p>Semanal</p> <p>Ninguno</p>
--	--	--	--

<p>Variable dependiente</p> <p>Estado nutricional de mujeres embarazadas</p>	<p>Situación en la que se encuentra la mujer embarazada en relación con la ingesta de nutrientes valorando el peso anterior a la gestación y la ganancia mensual, para esto es necesario las medidas antropométricas (peso, talla). Se valora por medio de carné perinatal y el índice de masa corporal, la condición nutricional se relaciona con el aporte nutricional diario, la frecuencia de consumo de grupos alimenticios y las molestias que se relacionan con el embarazo.</p>	<p>CONTINUA</p> <p>Peso/Talla</p> <p>IMC</p> <p>Ganancia de peso</p> <p>Grafica en el carnet perinatal (categorías)</p> <p>Aporte nutricional(número de comidas)</p>	<p>Bajo peso: IMC < 19,8</p> <p>Normal: IMC ≥ 19,8 a < 26,1</p> <p>Sobrepeso: IMC ≥ 26,1 a < 29,0</p> <p>Obesidad: IMC ≥ 29,0</p> <p>Ganancia total entre 12,5 y 18 Kg.</p> <p>Ganancia total entre 11,5 y 16 Kg.</p> <p>Ganancia total entre 7 y 11,5 Kg.</p> <p>Ganancia total entre 6 a 7 K</p> <p>Área de Bajo peso: comprende el área “A”</p> <p>Área de Normalidad: comprende el área “B”</p> <p>Área de Sobrepeso: comprende el área “C”.</p> <p>Área de Obesidad: comprende el área “D”</p> <p>Desayuno</p> <p>Colación 1</p> <p>Almuerzo</p> <p>Colación 2</p> <p>Merienda</p>
---	---	--	--

		Frecuencia de consumo de grupos alimenticios	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Diario</th> <th>Una vez a la semana</th> <th>Cada 15 días</th> <th>Cada mes</th> <th>Nunca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frutas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verduras</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cereales</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hortalizas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lácteos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Carnes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Diario	Una vez a la semana	Cada 15 días	Cada mes	Nunca	Frutas						Verduras						Cereales						Hortalizas						Lácteos						Carnes					
				Diario	Una vez a la semana	Cada 15 días	Cada mes	Nunca																																									
Frutas																																																	
Verduras																																																	
Cereales																																																	
Hortalizas																																																	
Lácteos																																																	
Carnes																																																	
		Molestias durante el embarazo	<p> Náuseas Vómitos Picas Antojos Estreñimiento </p>																																														

3.1 MARCO METODOLÓGICO

3.2 Tipo de investigación

Esta investigación se caracteriza por ser **prospectiva** porque los hechos se registran a medida que va sucediendo, es decir que se observa el peso real en cada control prenatal que la mujer va a realizar. **Participativa** porque yo participativo en el grupo de investigación.

3.3 Diseño de la investigación

Investigación bibliográfica – documental

Porque constituye la investigación de relación entre el control prenatal y estado nutricional con el propósito de ampliar, profundizar y analizar las base teórica mediante la utilización de fuentes primarias como documentos, libros, publicaciones y páginas en internet.

De campo

Porque el proceso investigativo se llevó a cabo en un lugar específico que es en el Centro de salud Guano.

3.4 Métodos

Método analítico porque este sirve para analizar ordenadamente la particularidad de cada tema a fin de llegar a construir la relación existente entre sí.

3.5 Población

La población estará integrado por las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud Guano que comprende una totalidad de 288, las mujeres son del mismo cantón y de las parroquias pertenecientes al mismo.

3.6 Muestra

Para la obtención de la muestra se partirá del universo, se determinará el margen de error que debe ser menor al 0.1% y, se aplicará la fórmula:

$$N = n/E^2(n-1)+1$$

$$N = 288/0.01 (288-1) +1$$

$$N= 80.2$$

Siendo que:

n= número total de población.

N= muestra.

E²=margen de error (0.1)².

Debido a que la muestra esta pequeña, el tribunal considera aumentar a 80 el número de muestra de las mujeres gestantes.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como **técnica** la Encuesta ya que se necesita obtener información sobre las personas en estudio respecto a los indicadores de las variables de la hipótesis y como **instrumento** el análisis documental, la historia clínica de la paciente para valorar el estado nutricional en el carné perinatal y el número de controles prenatales.

3.8 Técnicas y procedimientos para el análisis de resultados

Los datos que se recolectaron, se clasificaron, procesaron y se tabularon todos los datos obtenidos.

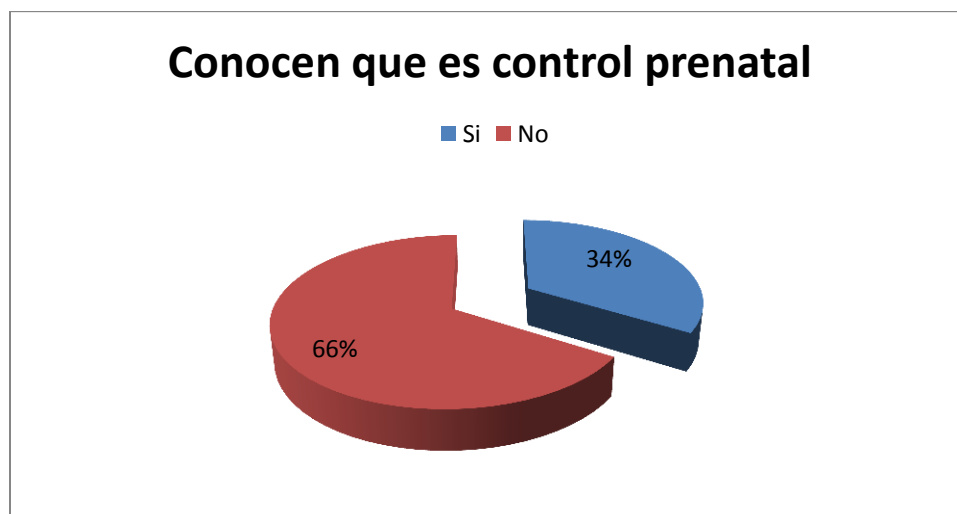
CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Gráfico N° 1

¿Usted sabe que es control prenatal?

	N° de personas
Si	27
No	53
Total	80



Fuente: encuestas realizadas en CSG, información de estadística.

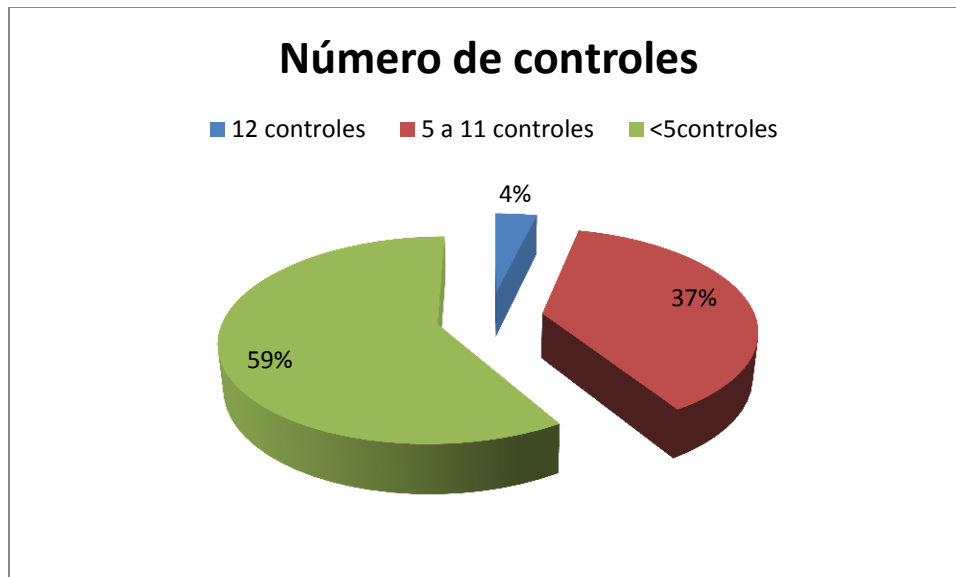
Elaborado por: Lema K

Análisis: En cuanto a los conocimientos que tenían las mujeres sobre, que es control prenatal, el 66 % manifestó no saber, este valor resulta mayor, frente al 34%, de las mujeres embarazadas que acuden al CSG que si sabían lo que es control prenatal, de acuerdo al marco teórico considera que es de gran importancia que las mujeres en periodo de gestación conozcan que es control prenatal, para que lo cumpla de forma periódica hasta el momento del parto, evitando posibles complicaciones.

Gráfico N° 2

¿Usted cuántos controles prenatales se ha realizado hasta hoy?

N° de controles	N° de personas
12 controles	3
5 a 11 controles	30
<5controles	47
Total	80



Fuente: encuestas realizadas en CSG, revisión del carné perinatal.

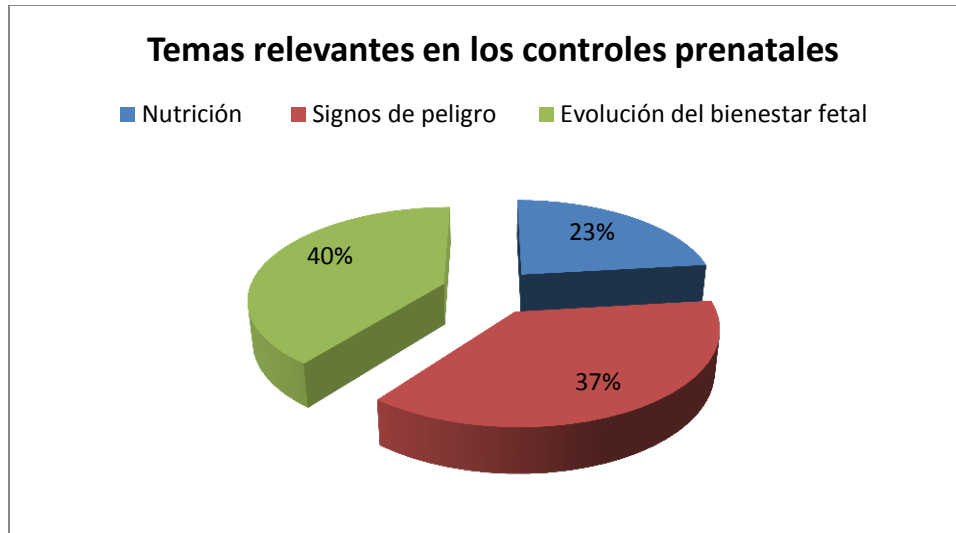
Elaborado por: Lema K

Análisis: De las gestantes que efectuaron sus controles en el CSG un 59% tiene menor a 5 controles lo que consta como clasificación deficiente, y el 37% se han realizado de 5 a 11 controles este consta dentro de la clasificación mínima, y tan solo el 4 % poseen un nivel óptimo de controles, esto se relaciona con falta de conocimiento de toda las mujeres sobre la importancia y las actividades que se realizan en cada uno de los controles, para que las mujeres cumplan periódicamente obteniendo al final un embarazo satisfactorio.

Gráfico N° 3

¿En que se enfoca más el personal de salud durante los controles prenatales?

Temas	Reciben	No reciben
Atención de la madre		
Nutrición	41	39
Signos de peligro	66	14
Evolución del bienestar fetal	70	10



Fuente: encuestas realizadas en CSG.

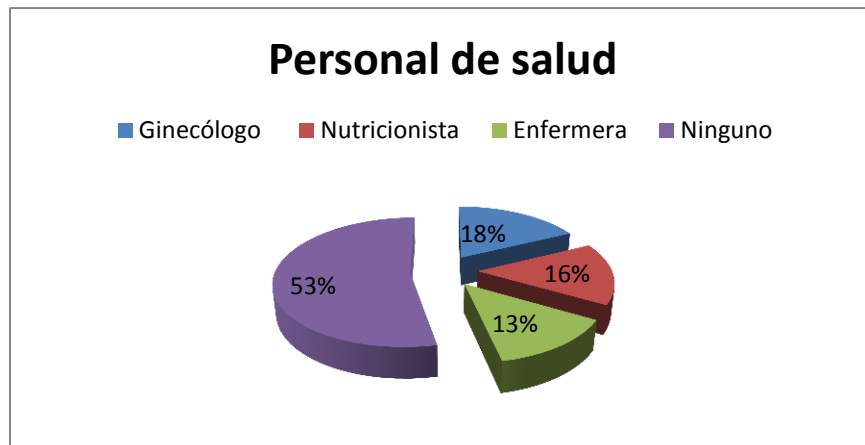
Elaborado por: Lema K

Análisis: durante los controles prenatales el personal de salud se enfocan en la evolución del bienestar fetal el 40%, seguido de atención a la madre en los temas: signos de peligro el 37%, en nutrición solo existe el 23% de mujeres que han recibido educación, siendo que cada control prenatal es integral y de calidad lo ideal sería que todas las mujeres deberían recibir educación en todos los temas concernientes al periodo de la gestación, para no encontrar alteraciones como bajo peso, sobrepeso u obesidad.

Gráfico N° 4

¿Quién le educó sobre la nutrición en el control prenatal?

Personal de salud	N° de personas
Médico	0
Gineco - obstetra	12
Nutricionista	16
Enfermera	14
Odontólogo	0
Ninguno	38
Total	80



Fuente: encuestas realizadas en CSG.

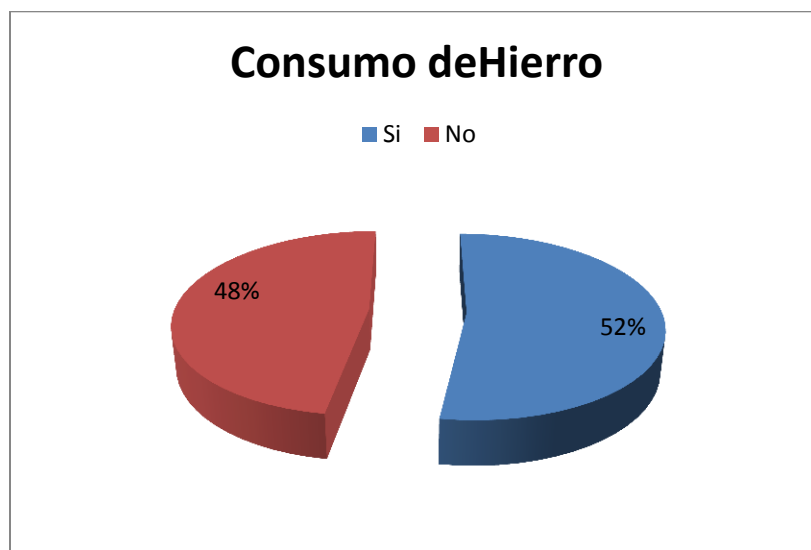
Elaborado por: Lema K

Análisis: en este gráfico se observa que el 53% de mujeres no reciben educación sobre el tema de la nutrición por parte de personal de salud, seguido de 18% quienes han recibido educación por parte del ginecólogo, el 16% por parte del nutricionista y el 13% por parte de la enfermera, cuando lo más importante sería que todos quienes conforma el personal de salud se deben enfocar en el tema de nutrición y la derivación del médico, ginecólogo, enfermera al servicio de nutrición debe ser sin excluir a ninguna mujer.

Gráfico N° 5

¿Usted consume el hierro de la forma indicada?

Suplementos	Si	No
Hierro	42	38



Fuente: preguntas realizadas en CSG, información de enfermería.

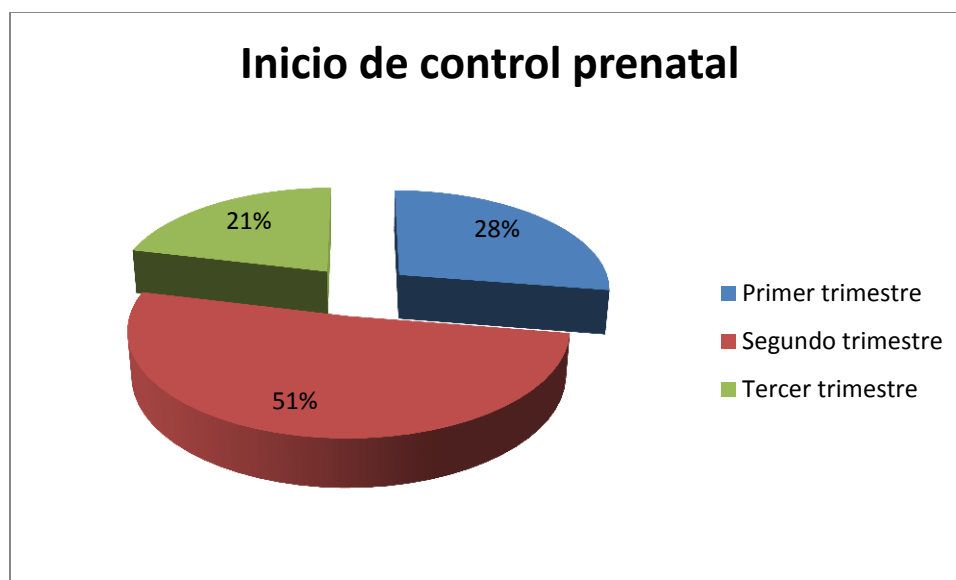
Elaborado por: Lema K

Análisis: de acuerdo al consumo del suplemento de hierro, encontramos que el 52% de mujeres si consumen, frente al 48% que no consumen por distintos motivos, a pesar de que a todas las mujeres se les entrega el suplemento de hierro a partir del tercer mes de embarazo hasta el tercer mes posparto con su respectiva indicación, no todas lo consumen, siendo este importante para la formación de sus hematíes como para la creación de reservas útiles que empleara durante los primeros meses de vida extrauterina. Si no se cubren estas necesidades aparecerá anemia tanto para la madre como para el feto.

Gráfico N° 6

¿Cuándo inicio su primer control prenatal?

Inicio de control prenatal	N° de personas
Primer trimestre	22
Segundo trimestre	41
Tercer trimestre	17
Total	80



Fuente: encuestas realizadas en CSG, revisión de carné perinatal

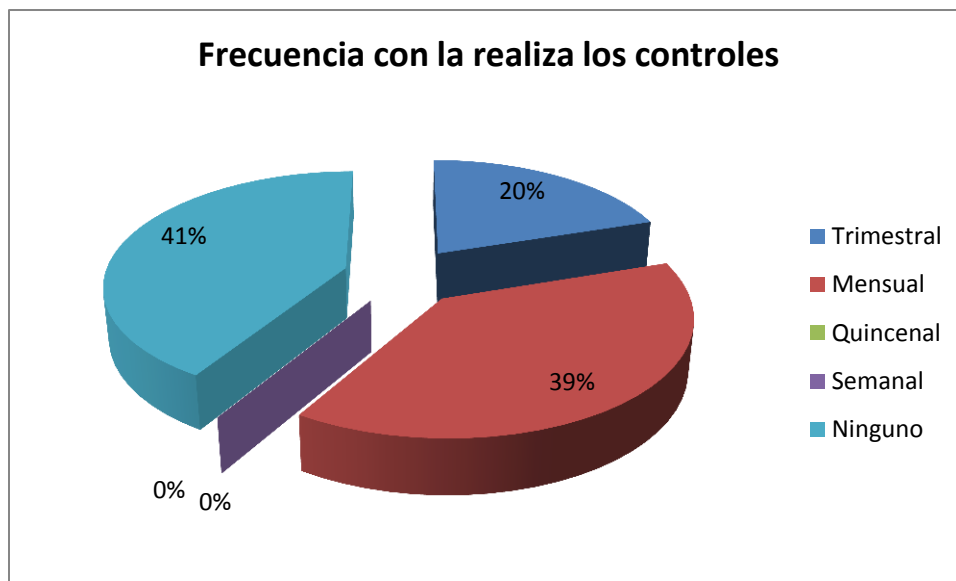
Elaborado por: Lema K

Análisis: en este gráfico encontramos que el 51% de mujeres embarazadas inician su control en el segundo trimestre al igual que un 21% inicia en el tercer trimestre, estos dos considerándose como de inicio tardío para los controles prenatales, y solo el 28% de mujeres lo hacen en el primer trimestre considerado este como precoz, con el inicio de los controles en el primer trimestre se podría detectar de forma temprana alguna alteración en el embarazo y se cumpliría con un nivel óptimo de controles.

Gráfico N° 7

¿Con qué frecuencia se ha realizado los controles?

Frecuencia	N° personas
Trimestral	16
Mensual	31
Quincenal	0
Semanal	0
Ninguno	33
Total	80



Fuente: encuestas realizadas en CSG, revisión de carné perinatal.

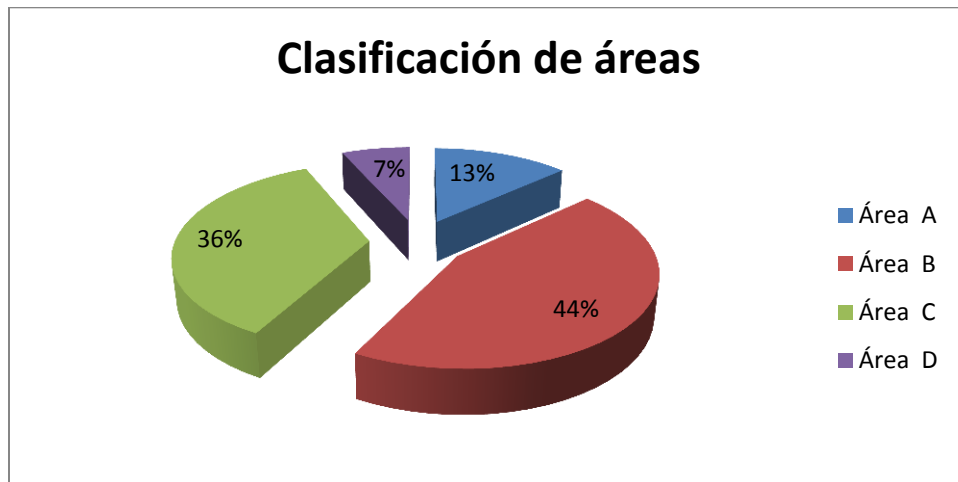
Elaborado por: Lema K

Análisis: al evaluar la frecuencia con la que se realiza los controles encontramos los siguientes resultados el 41% de mujeres que asisten al centro de salud no utilizan ninguna frecuencia para asistir a los controles prenatales, el 39% lo hacen de forma mensual, y el 20% de mujeres que lo hacen en forma trimestral, siendo que todas deben realizarlo de forma mensual para poseer un óptimo nivel de controles, ya que cada mes va evolucionando el embarazo, la valoración de la condición nutricional mensual sería ideal.

Gráfico N° 8

Clasificación de peso por gráfica en carné perinatal

Clasificación de áreas	N° de personal
Área A	12
Área B	40
Área C	32
Área D	6
Total	80



Fuente: revisión del carné perinatal.

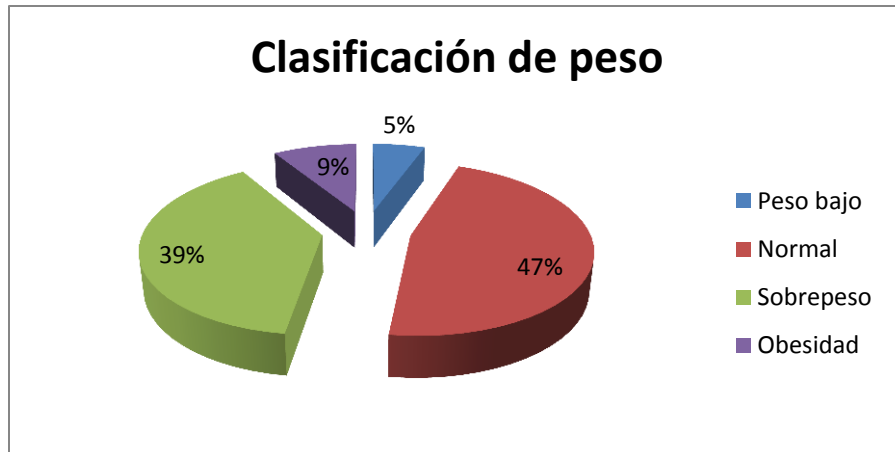
Elaborado por: Lema K

Análisis: con la valoración de las medidas antropométricas en el carné perinatal encontramos los siguientes datos dentro de la área A considerado bajo peso el 13%, dentro del área B considerado como rango normal el 44%, en el área C considerado como sobrepeso el 36% y el 7% en la área D considerado como obesidad, en total en mayor porcentaje encontramos alteración en el estado nutricional, para esta medición se utiliza el peso, talla y la semanas gestacionales.

Gráfico N° 9

Peso de acuerdo al índice de masa corporal

Clasificación de peso	N° de personal
Peso bajo	5
Normal	42
Sobrepeso	35
Obesidad	8
Total	80



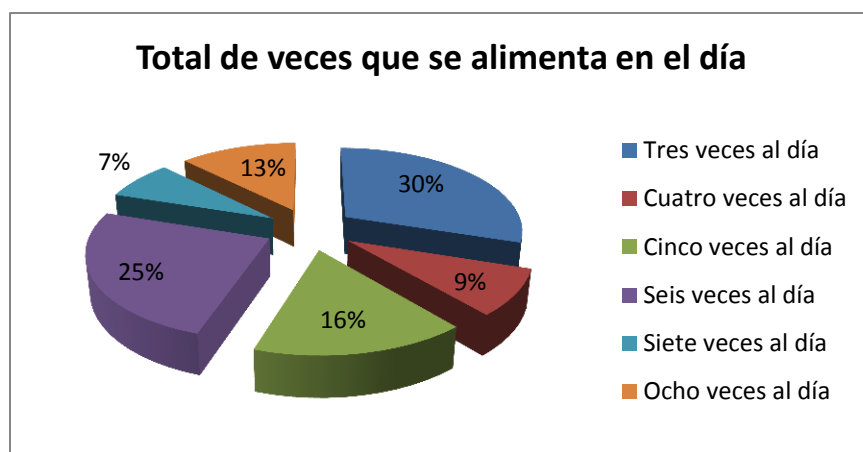
Fuente: revisión del carné perinatal.
Elaborado por: Lema K

Análisis: de acuerdo al cálculo del índice de masa corporal (IMC) podemos observar que el 47% de mujeres se encuentran dentro del rango normal su valor normal es de $19,8 < a < 26,1$ luego encontramos el 39% de mujeres con sobrepeso con valores de $\geq 26,1$ a $< 29,0$ seguido de 9% de mujeres con obesidad con valores $\geq 29,0$ y por último tenemos el 5% que corresponde a bajo peso con valor $< 19,8$, al final se obtuvo un porcentaje mayor de alteración del estado nutricional, también existe una clara diferencia con los datos obtenidos de acuerdo al carné perinatal, aquí para la valoración utilizamos el peso y la talla, cuya la fórmula para la medición es peso dividido para la talla al cuadrado.

Gráfico N° 10

¿Cuántas veces al día come usted?

Veces al día	N° de persona
Tres veces al día	24
Cuatro veces al día	7
Cinco veces al día	13
Seis veces al día	20
Siete veces al día	6
Ocho veces al día	10



Fuente: revisión del carné perinatal.

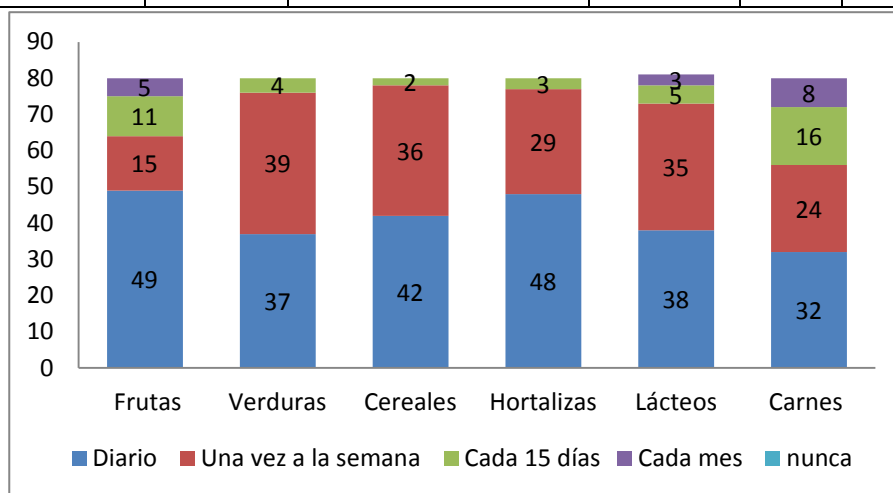
Elaborado por: Lema K

Análisis: al evaluar el número de veces que se alimentan en el día se observa los siguientes datos, el 30% de mujeres lo hacen tres veces al día el 25% se alimentan seis veces al día, seguido de 16% que lo hacen cinco veces al día, el 13% se alimentan ocho veces al día, el 9% lo hacen cuatro veces al día, el 7% se alimentan siete veces en el día, cuando lo ideal para todas sería que se alimenten cinco veces en el día considerándose un café, colación 1, almuerzo, colación 2, merienda, si todas las mujeres recibieran un adecuado asesoramiento nutricional conocerían que una correcta alimentación es desayuno, colación uno, almuerzo, colación dos, merienda con alimentos variados de diferentes grupos alimentarios.

Gráfico N° 11

¿Tipos de alimentos que consume usted y con qué frecuencia?

Tipo de Alimento	Frecuencia				
	Diario	Una vez a la semana	Cada 15 días	Cada mes	Nunca
Frutas	49	15	11	5	
Verduras	37	39	4		
Cereales	42	36	2		
Hortalizas	48	29	3		
Lácteos	38	35	5	3	
Carnes	32	24	16	8	



Fuente: encuesta aplicada en el CSG.

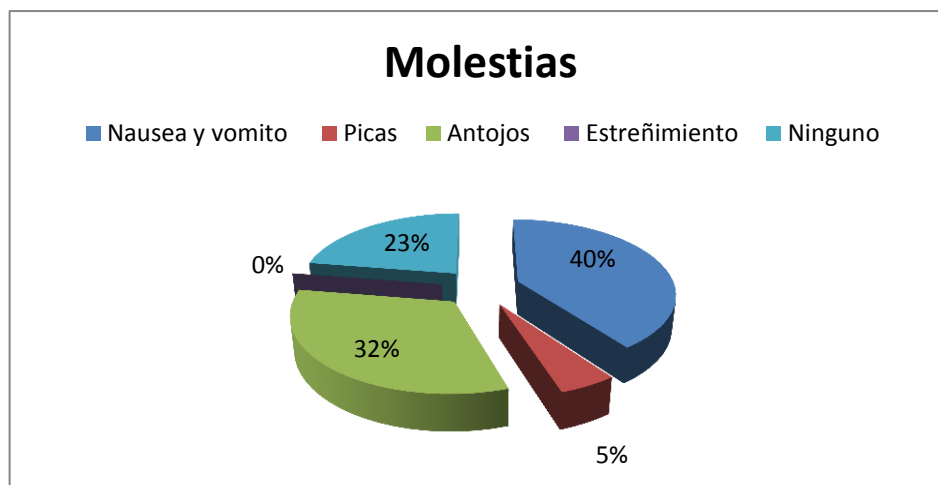
Elaborado por: Lema K

Análisis: de acuerdo a la frecuencia de consumo de los grupos alimentarios podemos observar que 49 mujeres de 80 consumen frutas de forma diaria, seguido de 48 que consumen hortalizas cada día, y los cereales 42 mujeres, sin embargo con respecto al consumo de carnes, lácteos y verduras no alcanza ni al 50% y el resto de mujeres encontramos que consumen una vez por semana o cada 15 días, esto se revela en la alteración del estado nutricional del grupo en estudio, para reducir esta alteración la alimentación debe ser variada y se debe consumir porciones de cada grupo en forma diaria.

Gráfico N° 12

¿Cuál de estas molestias relacionado con la alimentación presenta durante el embarazo?

Molestias	N° de personas
Nausea y vomito	32
Picas	4
Antojos	26
Estreñimiento	0
Ninguno	18



Fuente: encuesta aplicada en el CSG.

Elaborado por: Lema K

Análisis: de acuerdo a las molestias relacionados con el embarazo encontramos los siguientes datos el 40% de mujeres han presentado náusea y vómito, seguido de a un 32% de mujeres han presentado antojos a diferentes tipos de alimentos, el 5% han presentado picas alimentarias, y tan solo el 23% de mujeres no han experimentado ningún tipo de molestias durante su periodo de gestación, al presentar alguna molestia en exceso o por periodo prolongado habrá posibles complicaciones en cuanto al estado nutricional.

Comprobación de la hipótesis

Al analizar la información obtenida se ha comprobado que el control prenatal si influye en el estado nutricional de las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Guano ya que se ha comprobado con la gráfica N° 8 por medio de la medición del carné perinatal, existe alteración en el estado nutricional de la mujeres del 56% entre bajo peso, sobrepeso y obesidad lo que está relacionado con el 59% de controles deficiente, además durante la atención se enfocan en el tema de nutrición tan solo en un 23% lo que se evidencia en la gráfica N° 3 y con el inicio tardío de los controles del 72% lo que impide tener un nivel óptimo de controles.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Con el presente trabajo de investigación se ha concluido que existe alteraciones en el estado nutricional de la mujer embarazada tanto con la medición en el carné perinatal como con la medición del índice de masa corporal (IMC), sobre todo encontramos sobrepeso y obesidad en mayor cantidad que el bajo peso, lo que se relaciona con la falta de educación en una correcta nutrición. Se ha concluido también que para la clasificación de peso de acuerdo con el carné perinatal para su valoración se utiliza la talla, el peso con las semanas gestacionales, por medio de IMC se valora con peso y talla.
- Por medio de la revisión de carne perinatal y el registro de los controles se concluye que existe una deficiencia en el número de controles prenatales, también conoce que pocas mujeres se encuentran en la clasificación mínima de controles y por último solo algunas mujeres que poseen un nivel óptimo de controles, lo que se relaciona con el inicio tardío de su primer control.
- También se ha concluido que si existe relación entre los números de controles prenatales con el estado nutricional de la madre sobre todo porque el personal que presta atención no se enfocan en el tema de la nutrición al igual que existe un deficiente número de controles en la mujeres, y el inicio tardío de la misma.
- Se ha concluido que no se cumple con toda las características fundamentales de los controles prenatales ya que no se lo realiza de forma periódico, el inicio tardío del control prenatal, número deficiente de controles, falta de asesoramiento por lo que existe alteración en el estado nutricional.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda en especial al personal de Centro de Salud Guano que se dé a conocer la importancia de los controles prenatales, al igual se enfoque más en el tema de la nutrición durante su atención a la mujer embarazada.
- También que se recomienda que durante la posconsulta el personal de enfermería eduque sobre la alimentación y refiera donde la nutricionista para que preste una atención especializada en el tema de la nutrición, sin exclusión de ninguna embarazada.
- Se recomienda al ginecólogo/a que luego de la atención de a conocer la importancia de un control mensual estricto, citando a la mujer con carácter de urgente para el siguiente mes.
- Se recomienda también que existe una medición de talla y peso exacto durante la preparación y sobre todo lo apunten en el carné perinatal para obtener datos reales del estado nutricional de la mujer embarazada que asiste al centro de salud y poder clasificarlo.
- Se recomienda tomar siempre en cuenta el estado nutricional de la mujer con el peso real y ubicarlas dentro de los grupos: bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad, y llevar siempre en cuenta el porcentaje real de cada grupo.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 .
- ✓ Poletti O y col. Antropometría materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y prematuridad del recién nacido
- ✓ LOUDERMILK.D,PERRY.E, BOBAK.I. Enfermería materno infantil 2da edición pag 213
- ✓ LOUDERMILK.D,PERRY.E, BOBAK.I. Enfermería materno infantil 2da edición pág. 145
- ✓ Rev Pacea MedFam 2007; 4(6): 128-13
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 9 (10)manual de programa ampliado de inmunizaciones de MSP pág. 40
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 7,
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág 373
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág19.
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 13.
- ✓ LOMBARDIA.P, LOPEZ.F problemas de salud en el embarazo MMX editorial océano, barcelona españa, pág. 395
- ✓ Torres Magret E et al. Evaluación nutricional de las embarazadas ingresadas en la sala de gestantes patológicas. Rev Cubana Enfermer 1997;13(1):10
- ✓ Dirección Nacional de Atención Médica. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1996, XV, N° 3.

- ✓ Uauy R et al. ALIMENTACION Y NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO. Departamento de Obstetricia y ginecología. Facultad Medicina, Universidad de Chile. (23) Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21
- ✓ Faneite P. Estudio nutricional de la embarazada y su neonato. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela.
- ✓ Rev Obstet Ginecol Venez v.63 n.2. Caracas jun. 2003.
- ✓ Donoso, E. y Espinoza, R.: Efecto de algunas variables nutricionales maternas sobre el peso del recién nacido de término. Rev. Latinoam. Perinatol.
- ✓ Barbosa Ruíz R. Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo. Rev Enferm IMSS 2005; 13(1): 3-7.
- ✓ Casini y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2004, 21 (2).
- ✓ Marquez. D Universidad de la Integración de Las Américas - Segundo Semestre – Nutrición Asunción, Paraguay – 2007
- ✓ Documentos proporcionados por la Lic. Graciela Rivera

LINCOGRAFIA

- ✓ www.hospitalposadas.org.ar. Gamarino S, Salvo M. Nutrición materna y salud fetal. Revista Nuestro Hospital Año 1. N° 3. 1997. Servicio de Obstetricia.(2/02/06)
- ✓ (www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal
- ✓ www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. 2001. (12/12/05)
- ✓ www.msal.gov.ar. Schwarcz R y col. El cuidado prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA APLICADA A MUJERES EMBARAZADAS

DATOS INFORMATIVOS

NOMBRE:.....

EDAD: EDAD GESTACIONAL:.....

PESO:.....

TALLA.....

Objetivo de la encuesta.- Determinar si el control prenatal influye en el estado nutricional de mujeres embarazadas que acuden al Centro De Salud Guano.

1.- ¿Usted sabe que es control prenatal?

Si..... No.....

2.- ¿Usted cuántos controles prenatales se ha realizado hasta hoy?

12 controles.....

5 a 11 controles.....

Menor de 5 controles.....

3.- ¿Cuál de los siguientes temas se enfocan más el personal de salud durante los controles prenatales?

Atención de la madre

- Nutrición.....
- Signos de peligro.....

Evolución del bienestar fetal.....

4.- ¿Quién le educo sobre la nutrición en el control prenatal?

Médico.....

Ginecó-obstetra.....

Nutricionista.....

Enfermera.....

Odontólogo.....

Auxiliar de enfermería.....

Ninguno.....

5.- ¿Usted consume el hierro de la forma indicada?

Si.....

No.....

6.- ¿Cuándo inicio su primer control prenatal?

En el primer trimestre.....

En el segundo trimestre.....

En el tercer trimestre.....

7.- ¿Con qué frecuencia se ha realizado los controles?

Trimestral.....

Mensual.....

Quincenal.....

Semanal.....

Ninguno.....

8.- Peso actual.....Clasificación en el carne perinatal.....

9. clasificación Por IMC.....

10.- ¿Cuántas veces al día come usted?

Desayuno.....

Almuerzo.....

Merienda.....

Refrigerios.....

11.- ¿Tipos de alimentos que consume usted y con qué frecuencia?

Marque con una X

	diario	Una vez a la semana	Cada 15 días	Cada mes	Nunca
Frutas					
Verduras					
Cereales					
Hortalizas					
Lácteos					
Carnes					

12.- ¿Cuál de estas molestias relacionado con la alimentación presenta durante el embarazo?

Nauseas.....

Vómitos.....

Picas.....

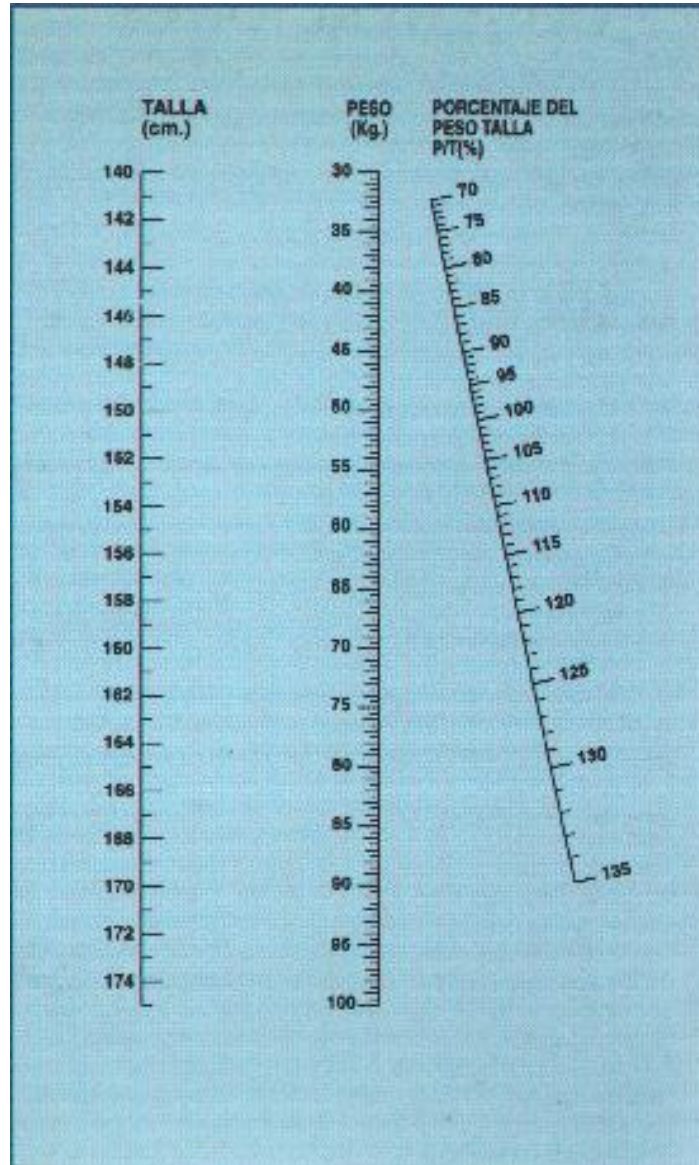
Antojos.....

Estreñimiento.....

Ninguno.....

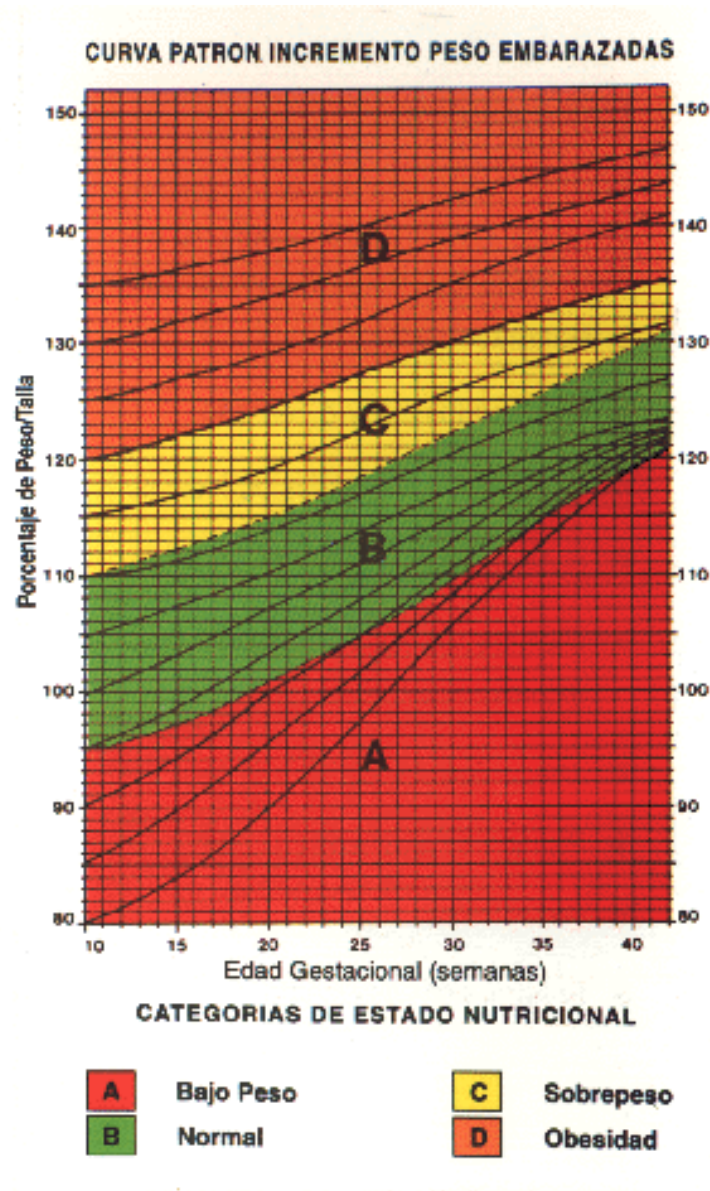
ANEXO 2

Nomograma para el cálculo del índice peso-talla de la embarazada



ANEXO 3

Diagnóstico nutricional según índice peso-talla y edad gestacional durante el embarazo



ANEXO 4

PROVINCIA DE CHIMBORAZO CANTON GUANO



- Comunidades
- Vías
- Vías De Primer Orden
- Vías de Segundo Orden
- Vías de Tercer Orden
- Vía Fret
- Rio
- Rios
- Obras
- Quebradas
- Canales
- Laguna
- Curvas de Nivel
- 1
- 2
- Ciudades

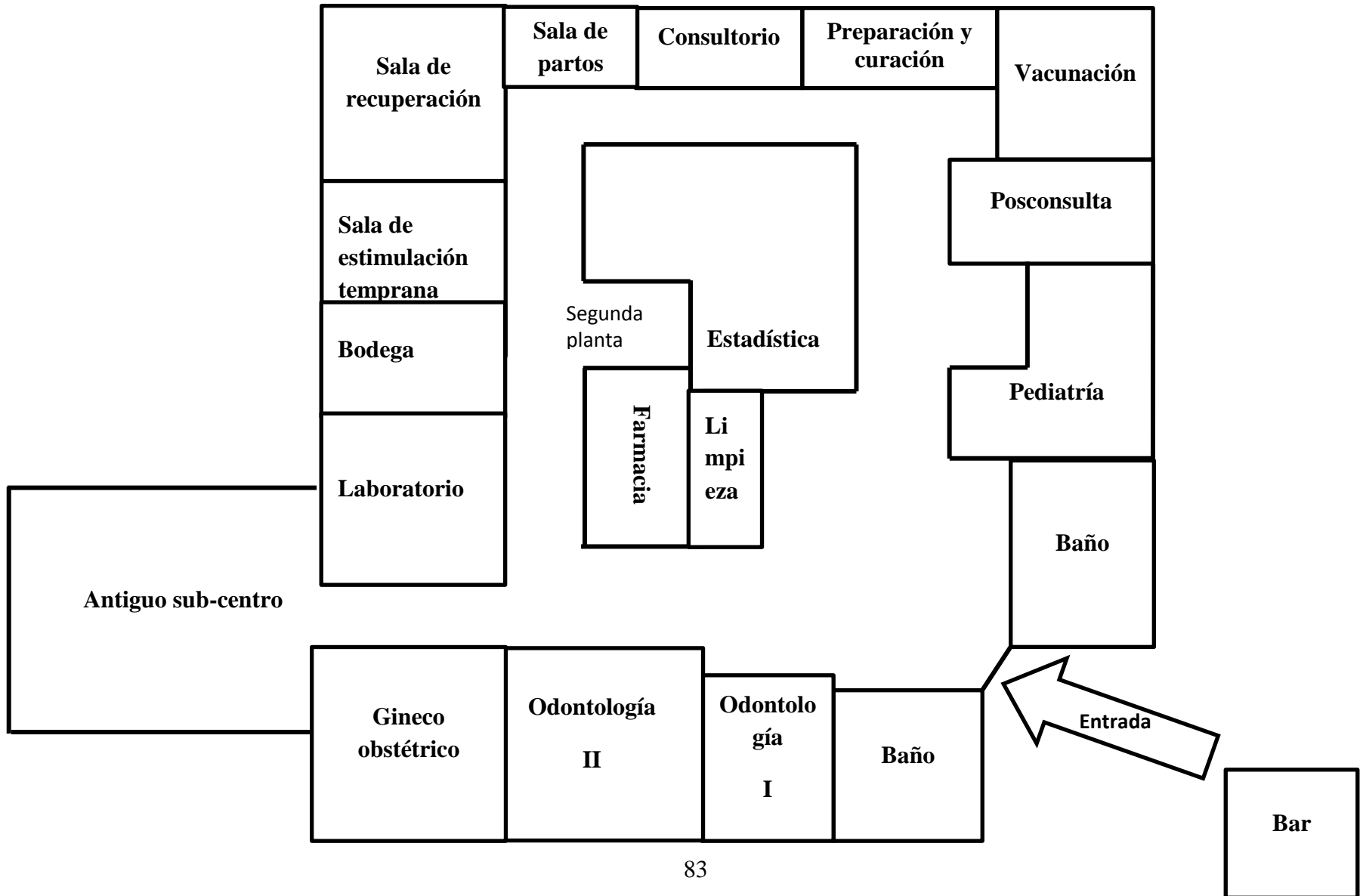
0 2 4 6 8 10 12 14 16 Kilómetros

Datum: Prov San 58
Fuente: SIG - H.C.P.Ch
Escala: 1:17500
Fecha: Ribba/Mayo 2009

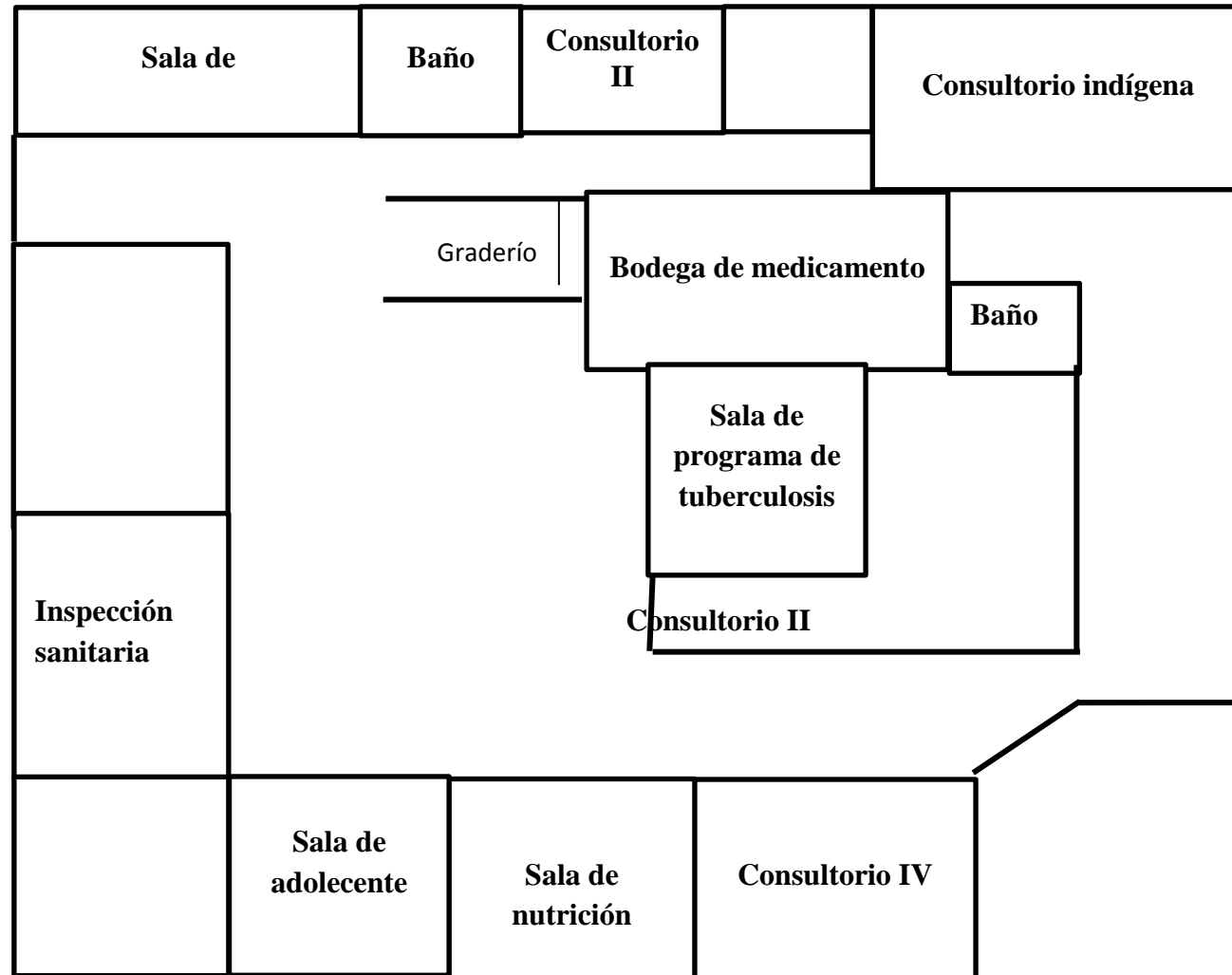


ANEXO 5

CROQUIS DE CENTRO DE SALUD GUANO - PRIMERA PLANTA



SEGUNDA PLANTA





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
SISTEMA COMUN DE INFORMACION
REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES EN NUTRICION

PROVINCIA: Chimborazo

CANTON: Guano

PARROQUIA: La Matriz

AREA: Guano Penipe

UNIDAD OPERATIVA: Guano

MES	MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERIODO DE LACTANCIA													
	PRIMERAS	SUBSECUENTES	PRESENTA ANEMIA		EVALUACION				GANANCIA DE PESO			PRESCRIPCION DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA	
			SI	NO	Bajo Peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad	SI	NO	NO APLICA		PRIMERAS	SUBSECUENTES
Enero	29	57	2	5	4	10	12	0	1	37	15	13	2	1
Feb.	53	46	20	14	6	27	19	1	1	33	12	52	5	1
Marzo	33	1	0	1	2	12	11	3	0	1	0	32	12	0
Abril	43	10	0	0	7	21	12	1	0	6	3	0	0	0
Mayo	14	17	0	0	3	6	3	1	0	9	6	0	0	0
Junio	15	16	0	0	0	6	5	0	0	11	5	7	2	0
TOTAL	187	147	22	20	22	82	62	6	2	97	41	104	21	2

ANEXO 7

LISTADO DE PERSONAL QUE LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD DE GUANO

Dra. Daniela Miñaca	Directora del C.S Guano
Lic. Irma Monar	Líder de Enfermería del C.S Guano
Dra. Graciela Moreno	Médico Rural del C.S Guano
Dra Viviana Llumiyinga	Médico Rural del C.S Guano
Dr. Ángel Vizuete	Odontólogo del C.S Guano
Dra. Carmen Gualancañay	Odontóloga Rural del C.S Guano
Aux. Gretta Garay	Auxiliar de Odontología del CS Guano
Lic. Lorena Ríos	Licenciada de enfermería del C.S Guano
Lic. Claudia Valladares	Licenciada Rural de enfermería
Lic. Mery Carvajal	Nutricionista del C.S Guano
Aux. Piedad Mañay	Auxiliar de enfermería del C.S Guano
Lcda. Fernanda Pancho	Licenciada de Laboratorio del C.S Guano
Lic. Eduardo Ruiz	Cumple funciones Inspector Sanitario
Sr Abel Allauca	Auxiliar de Servicios Varios del C.S Guano

ANEXO 8

FLUJOGRAMA ESTRUCTURAL DEL CENTRO DE SALUD DE GUANO

ANEXO 9
CENTRO DE SALUD DE GUANO