

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FACULTAD DE MEDICINA



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO/A**

**VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES
GESTANTES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE, PERÍODO
ENERO – JUNIO 2017.**

AUTORA: ABIGAIL YESSENIA REINO PÉREZ

DIRECTORA: DRA. PATRICIA VANEGAS IZQUIERDO

CUENCA-ECUADOR

2017

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico a Dios y a mis Padres por el deseo de superación y amor que me brindan cada día, por guiar mi vida por el sendero de la verdad a fin de poder honrar a mi familia con los conocimientos adquiridos, brindándome el fruto de su esfuerzo y sacrificio por ofrecerme un mañana mejor.

Abigail Reino

Agradecimientos

A mi madre, por su paciencia, dedicación y esfuerzo constante para que yo pudiera lograr cada una de mis metas, por fomentar mis ideales y principios morales, las palabras no alcanzan para agradecerle todo su amor y sus desvelos, apoyándome siempre en los momentos buenos y malos.

A mi padre por enseñarme lo que significa el esfuerzo para lograr un objetivo, porque a pesar de la distancia que nos separa siempre ha encontrado la manera de estar conmigo, dándome su apoyo y su amor incondicional.

A mis hermanos, gracias por acompañarme en este camino, su apoyo y cariño, por estar presentes en los momentos más importantes de mi vida. Este logro también es de ustedes.

A mi pequeño José Alejandro mi sobrino, por ayudarme a encontrar el lado dulce de la vida, por sacarme una sonrisa incluso en los días más difíciles, por ser desde el día que nació mi inspiración para seguir adelante.

A mi abuelita Sara a quien todavía la tengo junto a mí, gracias por la confianza, por todo su cariño y sus palabras de apoyo; a mi ángel en el cielo, mi abuelita Julia a quien siempre recurro en todo momento, sé que desde donde esté aboga por mí y me ayuda en este largo camino.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
CAPÍTULO I.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	11
CAPÍTULO II.....	12
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES.....	12
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	14
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	17
2.4 HIPÓTESIS.....	18
CAPÍTULO III.....	18
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	18
3.1 OBJETIVO GENERAL	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	18
CAPÍTULO IV.....	19
4. DISEÑO METODOLÓGICO	19
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	19
4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	20
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	20
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	21

4.4.3.2 TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	22
4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS	22
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	22
CAPÍTULO V.....	25
5. RESULTADOS	25
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	25
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
5.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
CAPÍTULO VI.....	34
6. DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VII.....	37
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....	37
7.1 CONCLUSIONES	37
7.2 RECOMENDACIONES	39
7.3 BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS.....	44
ANEXO 1. CÓDIGO DE BIOÉTICA	44
ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN	45
ANEXO 3. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO	46
ANEXO 4. FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	49
ANEXO 5. RECIBO ANTIPLAGIO	55
ANEXO 6. OFICIO DEL DIRECTOR	57
ANEXO 7. OFICIO DE DERECHO DE AUTOR.....	59
ANEXO 8.CURVAS DE GANACIA DE PESO.....	60

RESUMEN

Antecedentes: durante el embarazo, el bienestar materno y el crecimiento fetal dependen de una adecuada alimentación y un buen estado de salud general que asegure el desarrollo de ambos. Aunque suele ocurrir que la alimentación no sea la apropiada, debido a factores culturales, socioeconómicos o religiosos.

Objetivo General: valorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero-junio 2017.

Metodología: se realizó una investigación descriptiva cuantitativa con un universo de 261 gestantes tomando una muestra de 186, que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el periodo establecido, mediante entrevistas a las pacientes y revisión de historias clínicas. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables de estudio categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

Resultados: predominaron las gestantes de 20 a 34 años (80,6%), mestizas (95,7%), y solteras el 31,2%. El nivel de instrucción secundario (54,3%) fue mayoritario. Habitaban en zonas rurales el 53,2%. El 37,1% trabajaba, y el 37,6% tenían nivel socioeconómico medio. Predominó el estado nutricional normal (65,1%). Los alimentos más consumidos fueron las frutas (27,4%). Más del 50% ingerían 4 a 5 comidas diarias. En cuanto a los parámetros de laboratorio predominaron los valores normales en más del 75%.

Conclusiones: la valoración del estado nutricional de las gestantes objeto de estudio se puede calificar de peso normal, predominado los parámetros normales en los análisis sanguíneos.

Palabras clave: Embarazadas, Estado nutricional, Hábitos alimenticios.

ABSTRACT

Background: during pregnancy, the well-being of women and the fetal growth depend principally on an adequate nutrition and a good shape of general health that guarantees the development of both. Although often to happen for nutrition not to be always her adequate, either for cultural, social, religious or cost-reducing factors.

General objective: Appreciating the nutritional state of pregnant women that are attended in the Basic Hospital of Paute in the period January- June 2017.

Methodology: a descriptive research with 186 pregnant women that were attended in the Basic Hospital of Paute in the period January – June 2017 was performed. Interviews to the patients came true and they checked the case histories for the informational collection. The statistical analysis came true by means of the statistical package SPSS v19.0 for Windows. For the descriptive analysis quantitative and qualitative categorized variables were used, showing up through frequencies and percentages, in tie.

Results: the pregnant women predominated of from 20 to 34 years (80.6 %), persons of mixed racial ancestry (95.7 %), unmarried women the 31.2 %, married women a 29.6 % and the 28.5 % in free union. The secondary level of instruction (54.3 %) is majority. They inhabit in back countries the 53.2 %. The 37.1 % works, and the 37.6 % have average socioeconomic status, the 34.9 % Half-Way Bass, while one 22.0 are poor. The normal nutritional state predominated (65.1 %). Foods more consumed are fruits (27.4 %), frequently of proteins (23.7 %). More of the 50 % 4 accomplish 5 daily foods. The 91.9 % uses vitamin supplements. As to the biochemical and hematological parameters the normal values in more than 75 % of the cases predominate.

Findings: the assessment of the nutritional state of the pregnant women the object of study can write himself of good, with not much tendency to the obesity, as well as of vitamin supplements, predominated the normal parameters in the analyses of blood.

Passwords: Pregnancy woman, Nutritional status, Food customs.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, el bienestar de las mujeres y el crecimiento del feto dependen principalmente de una adecuada alimentación y un buen estado de salud general que asegure el desarrollo de ambos. Aunque suele ocurrir que la alimentación no sea siempre la adecuada, ya sea por factores culturales, sociales, religiosos o económicos. En el embarazo confluyen multitud de factores que implican que la vida de un futuro ser fracase o se desarrolle con total o parcial éxito. Desde el momento de la fecundación, acontecen en el nuevo ser, multitud de procesos que desarrollan paulatinamente el número y tamaño de células. Al igual que la especialización funcional que permite adaptarse y subsistir extrauterinamente (1).

Se sostiene que existe una relación directa entre buena alimentación de la madre y desarrollo corporal del feto. Por lo general, la literatura argumenta que la madre al empezar la gestación debe tener un índice de masa corporal (IMC) de 19.8kg/m^2 , de lo contrario es se estarían presentando peligros para el feto (2).

De ahí la importancia de la evaluación alimentario-nutricional de la embarazada a la vez que su educación. Estas deberían ser prácticas rutinarias acompañadas de la consulta obstétrica como herramientas para mejorar las condiciones del embarazo y puerperio (3).

El conocimiento y la cultura de la gestante muchas veces pueden influenciar positiva o negativamente, alterando las opciones alimentarias de ellas. Es importante recalcar que en caso de déficit nutricional o inadecuada ganancia de peso se incrementa el riesgo de problemas cardíacos para la madre además de

traer consecuencias negativas para el feto, muchas de estas consecuencias todavía están en estudio (4).

Según datos, entre un 60 y 80% de muertes neonatales ocurren entre bebés con bajo peso al nacer. Los continentes más agravados son Asia en donde sobre el 25% de los niños nacen con bajo peso y la causa es precisamente las insuficiencias alimentarias en el proceso de gestación (5).

Las evaluaciones de nutrición durante el embarazo varía según regiones y culturas, por ejemplo en la India y Egipto la tasa de desnutrición supera el 75% y 39.2% respectivamente. En Chile y en Venezuela la prevalencia de desnutrición en gestantes se encuentra entre 15.2% y 16.9% (6).

En Perú, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 en mujeres en edad fértil, los mayores porcentajes de sobrepeso se encuentran en las mujeres de 30 a 39 años de edad (43,4%) y la obesidad en mujeres de 40 a 49 años de edad (33%) (7).

En una revisión sistemática y metanálisis de 34 estudios sobre programas de educación y asesoramiento sobre nutrición se halló que la educación y el asesoramiento sobre nutrición permitían mejorar el aumento de peso gestacional en 0,45 kg. Esto reduce el riesgo de anemia al final del embarazo en un 30%, aumentar el peso del recién nacido en 105 gramos y reducir el riesgo de parto prematuro en un 19% (8).

En un estudio realizado a 986 gestantes en el año 2013 que fueron atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca, se obtuvo como resultados que aproximadamente el 10.1% de dichas pacientes tenía sobrepeso u obesidad, de las cuales la mayoría se encontraba en edades comprendidas entre 35 a 40 años (9).

En el año 2013 en Cuenca se llevó a cabo un estudio en el Centro de Salud N°1 Pumapungo, dicho estudio fue aplicado a 614 mujeres en estado de

gestación, de ellas 140 presentaron sobrepeso y obesidad determinando la prevalencia de sobrepeso en un 14.98% y obesidad en un 7.82% (10).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La desnutrición pregestacional y durante el embarazo presenta una importante correlación con el riesgo en la morbimortalidad infantil, así como la obesidad se correlaciona con algunas patologías del embarazo entre las que cabe destacar la hipertensión arterial y la diabetes gestacional, razones por las que se han elaborado Guías sobre Nutrición en el Embarazo basadas en las recomendaciones de los especialistas en este campo. Los hábitos nutricionales, aun cuando están condicionados por hábitos y costumbres de cada región, pueden ser modificables según el nivel educacional y campañas informativas sobre las necesidades en cada etapa de la vida, en las que se destaque el valor de cada uno de los alimentos ingeridos en nuestra dieta diaria (11).

El estado nutricional de cada individuo está determinado por el balance entre la ingesta de alimentos, el consumo y las pérdidas que todo proceso metabólico conlleva. Para su medición se requiere hacer una valoración de su estado, la que conlleva una valoración antropométrica (peso, talla, Índice de masa corporal) y el estado metabólico mediante la medición de parámetros bioquímicos en su sangre (hemoglobina, hematocrito, linfocitos y glucemia) (12).

Zurita Mejía M. E. encuentra en su estudio en el cantón Quero que el bajo peso materno es un factor de riesgo para el bajo peso al nacer (13).

El embarazo y la lactancia han sido reconocidos como los periodos de mayor demanda nutricional en la vida de una mujer, por cuanto deben garantizar las necesidades de nutrientes de la propia madre o del feto en crecimiento o el recién nacido en sus primeros meses de vida, con lo cual se garantiza la salud de ambos. Existen estudios que demuestran la relación tanto del déficit o exceso de nutrientes o el propio peso de la madre al inicio del embarazo con malformaciones fetales, parto prematuro, bajo peso al nacer, incremento de los partos por cesáreas y dificultades en la evolución del neonato (14).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Se desconoce cuál es el estado nutricional de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 y la repercusión sobre la salud materno-infantil, por lo que se formularon las siguientes interrogantes:

- ✓ ¿Cuál es el estado nutricional de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017?
- ✓ ¿Cuáles son los patrones alimentarios que siguen las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017?
- ✓ ¿Cómo se comportan los parámetros bioquímicos y hematológicos de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los problemas que afecta con mayor prevalencia en las embarazadas es el bajo peso, que puede alcanzar entre un 40-70 %, con mayor incidencia en los países pobres (15).

A pesar del esfuerzo gubernamental de Ecuador con la creación de Programas de Salud Materno-Infantil, los datos reflejan que existen factores que

condicionan el sobrepeso y bajo peso durante el embarazo, mas agravado en el grupo de madres adolescentes, constituyendo un mayor riesgo para la madre y el producto de la concepción.

Como puede comprenderse, el conocimiento sobre esta etapa de la vida presenta particularidades propias en cada región e institución, condicionado tanto por factores culturales como del nivel educacional, lo cual justifica la realización de la presente investigación.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En Bangladesh se analizó a 112 mujeres entre embarazadas y recién paridas en el mes de julio del año 2014. El análisis lo realizó Salim y Begum y se obtuvo hasta un 23,5% de mujeres bajo peso durante el embarazo (16).

Según la VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala (ENSMI) 2014-2015, el sobrepeso y la obesidad se encuentran en más de la mitad de las mujeres (52%). El porcentaje de sobrepeso es de 32% y el de obesidad, de 20%. El 22% de las mujeres más jóvenes de 15 a 19 años, presentaron sobrepeso y obesidad en comparación con el 74% en el grupo de 40 a 49 años, grupo en el que también se encuentra el mayor nivel de obesidad (34%) (17).

En Salta – Argentina, en el año 2016, María Florencia Borelli y Meri Mayorga realizaron un estudio en el cual la muestra definitiva quedó conformada por 302 gestantes entrevistadas en los Centros de Salud de Salta Capital. El 62% de las gestantes, al momento del estudio, presentó estado nutricional adecuado según IMC para la edad gestacional, un 27% tenían sobrepeso y obesidad, y un 12% bajo peso. De estas últimas, el 37% eran adolescentes (18).

En Lima, Montero J. conformó una muestra a estudiar de 368 gestantes a término, en el Instituto Nacional Materno Perinatal desde enero a febrero del 2016. Entre los resultados más importantes se observó que el 29.1% tiene sobrepeso y el 9.2% obesidad (19).

Estudios realizados en Ecuador por Chimbo Oyaque en el 2014 señalaron que al evaluar a las mujeres embarazadas en el Centro de Salud de Huachi Chico en Ambato, se encontró un 44 % de sobrepeso y un 17 % de bajo peso (20).

Por su parte Estupiñán S. en la ciudad de Esmeraldas en el 2016 encontró un 38 % de sobrepeso y un 21 % de bajo peso (21), mientras que el estudio de Landivar Soto y Pillco Buestán en Cuenca en el 2014 encontraron un 58 % normalidad, seguido de bajo y sobre peso con el 17 % (22).

En otro estudio con adolescentes entre 17-19 años realizado por Leonardo Ramón en el 2014, en el Guabo - Machala, encontró que el 75 % presentó bajo peso, de las que el 61% reportó una ingesta inadecuada de grasas y frituras (23).

Ipiales Belén M. y Rivera F. en el 2013 encontraron en un estudio realizado en el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra un 8 % de bajo peso, un 44.0 % de sobrepeso y un 12.0 % de obesidad, debido a que un importante número de embarazadas mantuvieron hábitos nutricionales no adecuados al no consumir alimentos que aportan proteína de origen animal, alimentos fuentes de carbohidratos, vitaminas y minerales (24).

Ramírez Gallardo M. E. en 2012 en un estudio llevado a cabo en Loja en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Isidro Ayora que el 51.5 % de las mujeres tenían un estado nutricional adecuado, donde el 37,7 % de sus recién nacidos no presentaron complicación, así como que el 64,5 % de los recién nacidos no presentaron alteración alguna, solo un 14.8 % presentaron bajo peso, 7,27 % macrosomía y un 8,4 % fueron prematuros (25).

2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

La evaluación del estado nutricional se define como la medición de indicadores alimentarios y nutricionales relacionados con el estado de salud, para identificar la posible ocurrencia, naturaleza y extensión de las alteraciones del estado nutricional, las cuales pueden ir de la deficiencia a la toxicidad (26).

Cambios fisiológicos durante el embarazo

Durante la gestación se producen una serie de cambios hormonales que dirigen los nutrientes hacia la placenta para favorecer la transferencia de los mismos al feto y promover su crecimiento. Aumenta la filtración glomerular a la vez que disminuye la capacidad de excretar agua, provocando edemas. Los cambios metabólicos se caracterizan por una primera fase de anabolismo con aumento de los depósitos grasos maternos gracias al aumento de la ingesta de alimentos, la lipogénesis y la mayor absorción de nutrientes. Le sigue una fase de catabolismo que asegura el crecimiento del feto, favorecida por el aumento de la gluconeogénesis hepática y la lipólisis maternas (27).

En cuanto a la variación del índice de masa corporal, se espera que las gestantes con IMC < 20 kg/m² previo al embarazo tengan una ganancia de peso entre 12 a 18 kg, aquellas con IMC previo de 20 – 24.9 kg/m² la ganancia de peso debe ser entre 10 a 13 kg, aquellas mujeres con un IMC pregestacional 25 - 29 kg/m² la ganancia de peso debe ser entre 7 a 10 kg y en las gestantes con IMC > 30 kg/m² la ganancia de peso debe ser entre 6 a 7 kg (28).

Necesidades nutricionales en el embarazo

Los requerimientos nutricionales durante las distintas etapas de la gestación se podrían resumir en los siguientes:

- En el primer trimestre, el crecimiento fetal es rápido y cualquier déficit de nutrientes puede provocar alteraciones irreversibles en el feto. Las necesidades calóricas apenas varían pero se debe asegurar un aporte

de nutrientes de buena calidad, por lo que se necesitan alimentos de elevada densidad nutricional.

- En el segundo trimestre, el crecimiento fetal continúa y se establecen los depósitos grasos de la madre. Éstos están destinados a garantizar la lactancia materna, por lo que el aporte calórico es fundamental ya que, si no se asegura, podría comprometerse la futura lactancia.
- En el tercer trimestre se incrementa la demanda de energía y nutrientes porque el aumento de peso del feto es muy elevado (29, 27).

Energía

El coste energético de la gestación completa es de aproximadamente 75.000 kcal. Las recomendaciones varían desde un incremento de 200 kcal al día, que son aconsejadas por las instituciones británicas sólo en el tercer trimestre, a las 300 kcal extras diarias que recomienda la Organización Mundial de la Salud durante todo el embarazo (30, 27).

Proteínas

Durante el embarazo, el recambio de proteína corporal total aumenta y se acumulan abundantes cantidades de proteínas por el crecimiento del feto, útero, volumen de sangre, placenta, líquido amniótico y la masa osteomuscular materna. La literatura sostiene que se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento del feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal (31, 29).

Lípidos

Los expertos en nutrición, obstetras y neonatólogos han concluido que la ingesta diaria debería ser de 200 mg/día de DHA (ácido docosahexaenoico), un tipo de ácido graso omega 3. Esta cantidad se consigue con el consumo de pescado graso una o dos veces a la semana. Se considera una fuente importante de energía para el cuerpo y ayuda en la absorción de vitaminas liposolubles (32, 29).

Hidratos de carbono

La ingesta de hidratos de carbono debe aportar el 50-55% de la energía total tanto en el embarazo como en la lactancia. El embarazo tiene un cierto efecto diabético por lo que hay que asegurar el mantenimiento de la glucemia materna en valores normales (33, 27)

Minerales

Los requerimientos de hierro están incrementados durante el embarazo para aumentar la masa eritrocitaria y para la unidad fetoplacentaria, así como para compensar las pérdidas de sangre durante el parto. Este hierro suplementario se puede obtener a partir del aumento de la absorción intestinal que se produce en la gestación, el ahorro que supone la amenorrea y la utilización de los depósitos tisulares maternos (34, 30).

Vitaminas liposolubles

Vitamina A, la deficiencia de esta vitamina durante el embarazo se ha asociado a un aumento de la mortalidad materna, el bajo peso neonatal y el parto prematuro, y a un riesgo aumentado de preeclampsia (35, 27).

La Vitamina C, por su parte, contribuye a prevenir el estrés oxidativo disminuyendo la incidencia de preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado y rotura prematura de membranas. Las mujeres fumadoras o bebedoras habituales podrían tener mayor riesgo de déficit, por lo que se recomienda suplementar la dieta. En cualquier caso, en la segunda mitad de la gestación se necesitan 80 mg/día de esta vitamina para cubrir las necesidades fetales (36, 28).

Vitamina D, la deficiencia grave durante el embarazo se asocia a problemas en el metabolismo del calcio en madre e hijo, como el retraso del crecimiento intrauterino, raquitismo e hipocalcemia neonatal, tetania y alteraciones en el esmalte dental (37, 28).

Vitamina E, las recomendaciones de ingesta de vitamina E durante el embarazo están aumentadas un 25% con respecto a las de las mujeres no gestantes, por su papel estimulante del crecimiento fetal, su posible papel en la patogenia de la preeclampsia, a través de una alteración en el metabolismo lipídico, y en la rotura prematura de membranas (38, 27).

Antropometría

Son las mediciones del peso, la talla y el cálculo del Índice de masa corporal (39, 27).

Parámetros bioquímicos y hematológicos

Se incluyen la cuantificación de Hemoglobina (en g/L), Glucemia (mg/dL), controlados durante el embarazo.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Alimentación adecuada: ingerir una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes necesarios para mantener una buena salud. Estos nutrientes incluyen las proteínas, los carbohidratos, las grasas, el agua, las vitaminas y los minerales (40, 31).

Anemia: disminución de los niveles de hemoglobina o de los glóbulos rojos, que a su vez impide o disminuye la llegada de oxígeno a los tejidos del organismo, la anemia es causada por ingesta insuficiente o la mala absorción de hierro, folato, vitamina B12 y otros nutrientes. Según la Guía de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública se considera como anemia en el embarazo a la Hemoglobina con valores menores a 11 g/dL (hematocrito < 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina con valores menores 10,5 g/L (hematocrito < 32%) en el segundo trimestre (41, 32).

Diabetes gestacional: alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una

insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante. Es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo. Según la Guía de Práctica la glicemia central en ayunas debe ser menor o igual a 90 mg/dL y postprandial (2 horas) debe ser igual o menor a 120 mg/dL (42, 33).

Desnutrición: ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez causa una deficiencia nutricional (43, 32).

2.4 HIPÓTESIS.

No se realizó hipótesis debido a que es un estudio descriptivo.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Valorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero - junio 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.
- Determinar y describir el estado nutricional de las mujeres embarazadas estudiadas.
- Determinar los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.
- Determinar el comportamiento de los parámetros bioquímicos de las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de una investigación descriptiva, para lo cual se realizó un estudio de cohorte transversal a las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.

4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Hospital Básico de Paute. Paute es un cantón localizado en la provincia de Azuay, a 40 minutos de Cuenca, tiene fecha de fundación 26 de febrero de 1860. Según los datos del censo del año 2010 había 25.494 personas (44, 34).

4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017. Universo de 261 personas.

4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Ingresaron al estudio todas las gestantes atendidas en el período establecido que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.

4.1.5.1 Población

La población total fue 261 pacientes gestantes que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.

4.1.5.2 Muestra

La integran las 186 pacientes gestantes que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.

4.1.5.3 Muestreo

Método estadístico no probabilístico de tipo intencional, donde se incluyeron todas las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Área de hospitalización del Hospital Básico del Cantón Paute, Provincia Azuay, Ecuador.

4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación descriptiva, de cohorte transversal.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todos las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 acepten formar parte

del estudio y hayan firmado el consentimiento informado o asentimiento en caso de menores de edad.

4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 cuya historia clínica este incompleta o no legible.
- Mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 que no deseen participar en el estudio.

4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Entrevista estructurada y revisión de documentos.

4.4.2 TÉCNICA

Se realizaron entrevistas a las pacientes y se revisaron las historias clínicas para la recolección de la información, recogidas en el formulario de recolección de datos (Anexo 4).

4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

4.4.3.1 ENTREVISTA

Se llevó a cabo una entrevista a cada paciente de manera personal, la misma recoge datos de las distintas variables; esta entrevista fue realizada con la respectiva aceptación de participar en este estudio y la firma correspondiente del consentimiento o asentimiento informado (Anexo 3) según el caso. Esta fue elaborada en base a las variables y a la encuesta del INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos).

4.4.3.2 TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A cada paciente que participó en este estudio, se tomó su peso en balanzas previamente calibradas, marca Seca. El peso pregestacional fue tomado del registro de la historias clínica de cada participante.

4.4.3.3 EDAD GESTACIONAL

Calculada en base a la fecha de última menstruación.

4.4.3.3 TABLAS

Los datos de las variables fueron recogidos en el formulario de recolección de datos, que se reunieron en una base de datos confeccionada en Excel 2013.

4.4.3.4 MEDIDAS ESTADÍSTICAS

Los datos recogidos fueron volcados en una base de datos confeccionada en Excel 2013. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas.

4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Este estudio no ocasionó ningún riesgo para las pacientes, para la realización del mismo se solicitó el consentimiento informado de las mismas (Anexo 3) y se les brindó información acerca de los beneficios que se obtengan en la misma para elevar el nivel de calidad de vida de las pacientes gestantes, en tanto este estudio permitió valorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017.

4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Edad, Afinidad ancestral, Estado civil, Zona de procedencia, Nivel de instrucción, Vinculación laboral, Nivel socioeconómico, Estado nutricional, Hábitos alimentarios, Parámetros bioquímicos y hematológicos.

4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	ESCALA	TIPO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cronológica	Años cumplidos	-Menor de 20 -20 a 34 -35 o más
AFINIDAD ANCESTRAL	Clasificación antropológica en base a los grupos humanos	Etnográfica	Identificación propia de cada participante	-Blancas -Mestizas -Amerindia -Afro descendiente
ESTADO CIVIL	Estado de la embarazada en relación al código civil	Jurídica	Historia clínica	-Soltera -Casada -Unión libre -Divorciada -Viuda
ZONA DE PROCEDENCIA	Zona en que reside el paciente	Localización geopolítica	Tipo de población	-Urbana -Rural
INSTRUCCIÓN	Nivel escolar alcanzado	Educativo	Historia clínica	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Superior

VINCULACIÓN LABORAL	Labor que realiza habitualmente	Económica	Historia clínica	-Trabaja -No trabaja
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Medida social y económica de una persona,	Social	Ingresos	-Medio alto -Medio -Medio Bajo -Pobre
ESTADO NUTRICIONAL	Relación entre peso y talla	Antropométrica	Según peso pregestacional y curvas de ganancia de peso en gestantes	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Acción de las usuarias en relación a los hábitos alimentarios y actitudes frente a la alimentación	Hábitos	Tipo de alimento de mayor consumo	-Carbohidratos - Frutas - Verduras - Lácteos - Proteínas.
			Número de comidas al día	-1 a 3 -4 o 5 -Más de 5
PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y HEMATOLÓGICOS	Estado de los parámetros bioquímicos y hematológicos de las gestantes	Biológica fisiológica	Hemoglobina (g/dl)	Primer trimestre -Normal 11g/dL -Bajo <11 g/dL Segundo Trimestre -Normal 10.5g/dL -Bajo <10.5g/dL Tercer trimestre -Normal 11g/dL -Bajo <11 g/dL

			Glucemia central en ayunas (mg/dl) Valores referenciales del laboratorio del Hospital de Paute	-Elevado >90 mg/dL -Normal 60-90 mg/dl -Bajo <60 mg/dl
--	--	--	---	--

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación permitió obtener los resultados esperados según lo planificado, se pudo valorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero - junio 2017.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo compuesta por 186 mujeres gestantes. Las edades estuvieron comprendidas entre los 12 y 44 años, predominando el grupo de 20 a 34 años (80,6%), seguido del de 35 años y más (11,3%), y un 8,0% fueron menores de 20 años. Predominaron las mestizas (95,7%).

El estado civil más representado fueron las solteras (31,2%), las casadas fueron el 29,6% y un 28,5% correspondieron a unión libre.

El nivel de instrucción secundario (54,3%) fue mayoritario, seguido del primario (23,1%) y superior (21,0%). Habitaban en zonas rurales el 53,2% y en zonas urbanas el 46,8%. Trabajaban el 37,1% de las gestantes, el resto (62,9%) no lo hacía.

5.3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.3.1. Análisis de las características sociodemográficas de las gestantes.

Tabla 1. Características socio-demográficas de las gestantes estudiadas.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	%
EDAD (años)	Menor de 20	15	8,0
	20 a 34	150	80,6
	35 y más	21	11,3
ESTADO CIVIL	Soltera	58	31,2
	Casada	55	29,6
	Unión libre	53	28,5
	Divorciada	16	8,6
	Viuda	4	2,2

AFINIDAD ANCESTRAL	Mestiza	178	95,7
	Blanca	1	0,5
	Indígena	4	2,2
	Afro descendiente	3	1,6
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	43	23,1
	Secundaria	101	54,3
	Superior	39	21,0
	Ninguno	3	1,6
PROCEDENCIA	Urbana	87	46,8
	Rural	99	53,2
TOTALES		186	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Abigail Yessenia Reino Pérez

Análisis e Interpretación

Las edades estuvieron comprendidas entre los 12 y 44 años, predominando el grupo de 20 a 34 años (80,6%), seguido del de 35 años y más (11,3%), y un 8,0% fueron menores de 20 años.

Predominaron las mestizas (95,7%), las indígenas conformaron el 2,2%, las afro descendientes fueron el 1,6% y solo un caso de afinidad ancestral blanca (0,5%).

El estado civil más representado perteneció a las solteras (31,2%), las casadas fueron el 29,6% y un 28,5% estuvieron en unión libre, divorciadas el 8,6% y solo un 2,2% viudas.

El nivel de instrucción secundario (54,3%) fue mayoritario, seguido del primario (23,1%) y superior (21,0%), solo 3 gestantes analfabetas (1,6%).

Habitaban en zonas rurales el 53,2% y en zonas urbanas el 46,8%.

Tabla 2. Distribución de las gestantes según ocupación y nivel socioeconómico.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		N	%
VINCULACIÓN LABORAL	Trabaja	69	37,1
	No trabaja	117	62,9
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Pobre	41	22,0
	Medio-Bajo	65	34,9
	Medio	70	37,6
	Medio-Alto	10	5,4
TOTALES		186	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
 Autora: Abigail Yessenia Reino Pérez

Análisis e Interpretación

En cuanto a la vinculación laboral el 37,1% trabajaba, y el 62,9 no lo hacía.

El nivel socioeconómico reflejó que el 37,6% de las gestantes fueron de nivel medio, el 34,9% medio - bajo, mientras que un 22,0% eran pobres y solo un 5,4% tenían nivel medio - alto.

5.3.2. Análisis del estado nutricional de las gestantes.

Tabla 3. Distribución de las gestantes según el estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	N	%
Bajo peso	31	16,7
Normal	121	65,1
Sobrepeso	30	16,1
Obesidad	4	2,2
TOTALES	186	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Abigail Yessenia Reino Pérez

Análisis e Interpretación

En relación al estado nutricional predominaron las gestantes con índice de masa corporal normal (65,1%), mientras el 16,7% estaban bajo peso y el 16,1% con sobrepeso, solo el 2,2% eran obesas.

5.3.3. Análisis de los Hábitos alimentarios de las gestantes.

Tabla 4. Distribución de las gestantes según sus hábitos alimentarios.

HÁBITOS ALIMENTARIOS		N	%
ALIMENTOS DE MAYOR CONSUMO	Carbohidratos	36	19,4
	Frutas	51	27,4
	Lácteos	25	13,4
	Verduras	30	16,1
	Proteínas	44	23,7
NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS	1 a 3	56	30,1
	4 a 5	94	50,5
	Más de 5	36	19,4
TOTALES		186	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Abigail Yessenia Reino Pérez

Análisis e Interpretación

Los alimentos más consumidos por las gestantes, a pesar de haber bastante diversidad, fueron las frutas (27,4%), seguido de las proteínas (23,7%), en menor medida los carbohidratos (19,4%), las verduras (16,1%) y los lácteos (13,4%).

La mayoría de las gestantes refirieron ingerir 4 a 5 comidas diarias (50,5%), el 30,1% 3 comidas o menos y el 19,4% más de 5 comidas al día.

5.3.3. Análisis de los hábitos alimentarios de las gestantes.

Tabla 5. Distribución de las gestantes según los parámetros bioquímicos y hematológicos.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS Y HEMATOLÓGICOS		N	%
GLUCEMIA	Elevada	8	4,3
	Normal	171	91,9
	Baja	7	3,8
HEMOGLOBINA	Primer trimestre		
	Normal	47	25,2
	Baja	10	5,3
	Segundo trimestre		
	Normal	69	31,7
	Baja	19	10,3
	Tercer trimestre		
	Normal	53	23,11
	Baja	12	4,4
TOTALES		186	100

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Autora: Abigail Yessenia Reino Pérez

Análisis e Interpretación

En cuanto a los parámetros bioquímicos y hematológicos predominaron los valores normales en más del 75% de los casos.

La Glucemia mostró que el 91,9% de las gestantes tienen valores normales, solo un 4,3% elevada y un 3,8% valores bajos.

La hemoglobina si mostró valores diferentes, según el trimestre de gestación aunque la mayoría se encontraba en valores normales.

De aquellas mujeres que se encontraban en el primer trimestre de gestación el 47% presentaba valores normales mientras que solo el 5,3% tenían valores bajos.

En cuanto a quienes se encontraban en el segundo trimestre el 31,7% tenían valores normales de hemoglobina y el 10,3% se encontraban con valores bajos.

Las gestantes que se encontraban en el tercer trimestre el 23,1% tenían valores normales y solo el 4,4% pertenecían al grupo de gestantes con hemoglobina baja.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2012; la edad de gestación más común en la sociedad actual es la recomendada por los especialistas, 20 a 34 años. Llama la atención el alto porcentaje de gestantes solteras, lo que habla de problemas sociales en relación a la formación de la familia. Con los avances en la educación de nuestro país a pesar de que la población rural es mayor que la urbana, predomina el nivel secundario en más de la mitad de las entrevistadas. El porcentaje de gestantes trabajadoras es bajo, pero esto puede estar relacionado con el tiempo de gestación que tienen y el nivel socioeconómico tiende a ser bajo (45, 35).

Montero en Lima – Perú en el año 2016, por su parte tuvo en su investigación una edad promedio de 28.25 años, con predominio de edades comprendidas entre 20 a 29 años (58%), el estado civil en la mayoría fue conviviente (65%) y casada (20%). El grado de instrucción secundario (65%) y la ocupación es ama de casa (70%) (46, 19)

El grupo de 20 a 34 años (80,6%) fue el mayoritario. Predominaron las mestizas (95,7%). Las solteras (31,2%), las casadas fueron el 29,6% y un 28,5% estaban en unión libre fueron los más representados. El nivel de instrucción secundario (54,3%) fue mayoritario, primario (23,1%) y superior (21,0%), solo 3 analfabetas (1,6%). Habitaban en zonas rurales el 53,2%. El 37,1% trabajaba. El 37,6% de las gestantes pertenecía de nivel medio (37,6%), el 34,9% Medio-Bajo, mientras que un 22,0% eran pobres.

En Lima, Montero J. en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2016, observó que de las gestantes evaluadas, el 29.1% tiene sobrepeso y el 9.2% obesidad (47, 19).

Estudios en Ecuador, como por ejemplo el realizado por Chimbo Oyaque en el 2014 en Ambato en el Centro de Salud de Huachi Chico, se encontró un 44 % de sobrepeso y un 17 % de bajo peso (48, 20). Estupiñán S. en la ciudad de

Esmeraldas en el 2016 encontró un 38 % de sobrepeso y un 21 % de bajo peso (49, 21) , mientras que el estudio de Landivar Soto y Pillco Buestán en Cuenca en el 2014 encontraron un 58 % normalidad, seguido de bajo y sobre peso con el 17 % (50, 22).

Ipiates Belén M. y Rivera F. en el 2013 en el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra un 8 % de bajo peso, un 44.0 % de sobrepeso y un 12.0 % de obesidad (51, 24). Ramírez Gallardo M. E. en 2012 en un estudio llevado a cabo en Loja en el Hospital Isidro Ayora que el 51.5 % de las mujeres tenían un estado nutricional adecuado (52, 25).

En relación al estado nutricional predominaron las gestantes con IMC Normal (65,1%), mientras el 16,7% estaban Bajo peso y el 16,1% con Sobrepeso, solo el 2,2% eran obesas. Esto está muy en el avance de la gestación ya que depende de las semanas de embarazo y la cantidad de peso ganado que se evaluaron con las tablas de la OMS de la ganancia de peso en gestantes.

En el estudio de Montero en Lima en el 2016, el 83.4% de las gestantes tenía prácticas alimentarias inadecuadas, en el 13.1% es medianamente adecuadas y solo un 3.5% adecuada. En cuanto al consumo diario, el 41.2% consumía tres veces alimentos, mientras el 56% consume dos porciones de alimentos proteicos, el 46.2% consume dos porciones de cereales, tubérculos y raíces, el 39.1% consume tres porciones de frutas y verduras, el 33.2% consume dos porciones de alimentos ricos en calcio. Respecto a los alimentos ricos en hierro semanal, el 61.4% consume de una a dos veces, el 54.9% consume una a dos veces a la semana alimentos ricos en ácido fólico, el 47.8% de las gestantes consume una a dos veces por semana semillas oleaginosas, el 60.3% consume comida chatarra de una a dos veces por mes. El 67.4% no añade sal a las comidas. Igualmente el 67.4% de la gestantes consume suplementos vitamínicos de manera diaria (53,19).

Los alimentos más consumidos por las gestantes, a pesar de haber bastante diversidad, fueron las frutas (27,4%), seguido de las proteínas (23,7%), en menor medida los carbohidratos (19,4%), las verduras (16,1%) y los lácteos (13,4%), por lo que se puede hablar de una dieta bastante adecuada.

La mayoría de las gestantes realizaban 4 a 5 comidas diarias (50,5%), el 30,1% 3 comidas o menos y el 19,4% más de 5 comidas al día. El poco más del 30% de gestantes con 3 comidas o menos al día si es llamativo puesto que en esta etapa deben alimentarse bien pero como ya analizamos el nivel socioeconómico de la población de estudio tiende a ser bajo lo que no posibilitaba una adecuada alimentación.

En el estudio de Montero en Lima 2014, en, el 28.5% de las gestantes presentaba anemia (54,19). Mientras que en la investigación de Ipiales Belén M. y Rivera F. en el 2013 encontraron en un estudio realizado en el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra, la hemoglobina promedio de las pacientes fue 13.3 ± 0.9 g/dL, de la glucosa en ayuno fue 77 ± 10.8 mg/dL. (55, 24).

En cuanto a los parámetros bioquímicos y hematológicos predominaron los valores normales en la mayor parte de los casos. La Glucemia mostró que el 91,9% de las gestantes tenían valores normales, solo un 4,3% elevada y un 3,8% valores bajos.

La hemoglobina si mostró valores diferentes, las gestantes que se encontraban en el primer trimestre de gestación el 47% presentaba valores normales mientras que solo el 5,3% tenían valores bajos. Quienes estaban en el segundo trimestre el 31,7% tenían valores normales de hemoglobina y el 10,3% se encontraban con valores bajos y las gestantes que se encontraban en el tercer trimestre el 23,1% tenían valores normales y solo el 4,4% pertenecían al grupo de gestantes con hemoglobina baja.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

7.1 CONCLUSIONES

- La población de estudio mostró un predominio del grupo etario de 20 a 34 años de estas la mayoría se identificaba como mestizas. El estado civil más representado fueron las solteras en más de un cuarto de la muestra estudiada, seguida por las casadas aunque quienes se encontraban unión libre también ocupaban un porcentaje importante. El nivel de instrucción secundario ocupaba más de la mitad de los casos. La mayoría de las gestantes habitaban en zonas rurales y más de un cuarto de ellas trabajaba. Más de un tercio de la población en estudio tenía nivel socioeconómico medio y una mínima parte de ellas tenían nivel medio - alto.
- En relación al estado nutricional predominaron las gestantes con índice de masa corporal (IMC) normal con más de la mitad de los casos, mientras quienes estaban con bajo peso ocupaban menos de un cuarto de los casos al igual de quienes tenían sobrepeso, las gestantes con obesidad cubrían un porcentaje mínimo.
- Los alimentos más consumidos por las gestantes fueron las frutas, seguidas de las proteínas, en menor medida los carbohidratos, las verduras y los lácteos. Más de la mitad realizaban 4 a 5 comidas diarias en la mitad de los casos, más de un cuarto de la población restante ingería 3 comidas o menos.
- En cuanto a los parámetros bioquímicos y hematológicos predominaron los valores normales en la mayoría de los casos. Solamente una mínima parte tenía valores elevados de glicemia. En cuanto a los niveles de hemoglobina quienes se encontraban en el segundo trimestre de gestación son quienes presentaban la mayor parte de valores normales.

- La valoración del estado nutricional de las gestantes objeto de estudio se puede calificar de buena, con poca tendencia a la obesidad, predominado los parámetros normales en los análisis sanguíneos.

7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar un adecuado programa seguimiento de las gestantes, para su orientación sobre lo riesgoso de los hábitos alimentarios no saludables y sus consecuencias.
- Ayudar en la implementación de estrategias para el cuidado de la salud y la alimentación con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las embarazadas de la comunidad.
- Continuar los estudios en esta línea de investigación, con el fin de poder hacer análisis comparativos con otros grupos poblacionales de nuestro país.

7.3 BIBLIOGRAFÍA

7.3.1- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-Muniz FJ, Gesteiro E, Espárrago Rodilla M, Rodríguez Bernal B, Bastida S. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutr Hosp.* 2013;28:250-74.
2. Rodríguez Domínguez PL, Martín Ojeda V. Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. *Rev Médica Electrónica.* 2011;33:448-55.
3. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. *Nutrición y Embarazo. Recomendaciones para los equipos de salud.* Quito: Ministerio de Salud Pública. 2012.
4. Ramírez María. Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el período enero a junio 2012. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2012.
5. Fadéla C, Glenn T. La OMS proporciona orientación acerca de la doble amenaza emergente que plantean la obesidad y la desnutrición. Ginebra; 2013.
6. Ramírez R, Salamanca L. Informe de Situación de la Niñez y Adolescencia en el Salvador. El Salvador; 2014.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
8. OMS | Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Estados Unidos de América. 2013.

9. López G, Naula L. Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2013.
10. Urgilés L, Bonete B. Prevalencia del sobrepeso y obesidad en mujeres embarazadas, atendidas en el Centro de Salud No 1 Pumapungo-Cuenca. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2013.
11. Vallejo J. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013;LXX.
12. Probst L. Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas de distintos niveles socioeconómicos de la ciudad de Eldorado, que asisten a centros de salud Públicos y Privados. [Argentina - Eldorado]: Universidad Abierta Interamericana. Facultad de medicina y Ciencias de la salud.; 2013.
13. Zurita M. Estado nutricional materno como factor de riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de madres adolescentes del cantón Quero. [Quero - Tungurahua]: Universidad Central del Ecuador; 2014.
14. Carbajal Á, Martínez Roldán C. Manual práctico de nutrición y salud Kellogg's: alimentación para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes. Madrid: Exlibris; 2012.
15. OMS | Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. Ginebra; 2013.
16. Salim F, Begum N. Nutritional Status and Knowledge about Nutrition during Pregnancy among Pregnant and Postpartum Women. Northern International Medical College Journal. 2015;6(2).
17. Prodhon UK, Islam MS, Alam MR, Vasker TK, Kabir H, Alim MA. Assessment on Nutritional Status of Pregnant Women and Their New Born Baby in the Hospitalized Care System. Am J Health Res. 19 de enero de 2017;4(6):194.

18. Borelli MF, Mayorga M, Vega SM de la, Contreras NB, Tolaba AM, Passamai MI. Estado Nutricional y Percepción de la Imagen Corporal de Embarazadas asistidas en Centros de Salud de Salta Capital, Argentina. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. 2016;20:174-9.
19. Montero J. Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Lima]: Universidad Nacional de San Marcos; 2016.
20. Chimbo C. Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes atendidas en el Centro de Salud de Huachi Chico. [Ambato]: Universidad Técnica de Ambato; 2013.
21. Estupiñán S. Nutrición de las embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Vicente de Paúl. [Esmeraldas]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
22. Landívar L, Pillco J. Determinación de la ingesta alimentaria y su relación con el estado nutricional de las gestantes que asisten al subcentro de salud del Valle Sinincay. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015.
23. Ramón V. Evaluación del estado nutricional en las madres adolescentes gestantes que acuden a la consulta externa del Hospital María Lorena Serrano Aguilar del cantón Guabo. [Guabo - El Oro]: Universidad de Machala; 2014.
24. IpiALES M, Rivera F. Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra. [Ibarra]: Universidad Técnica del Norte; 2013.
25. Ramírez M, Carrión B. Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja. [Loja]: Universidad Nacional de Loja; 2012.

26. Lupaca Z, García A. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes. [Buenos Aires - Argentina]: Universidad nacional de San Agustín; 2013.
27. Palacios S. Manual Práctico de Nutrición y Salud. Nutrición en las diferentes etapas y situaciones de la vida. En Madrid - España; 2014.
28. Ministerio de salud pública. Control Prenatal: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
29. Ross CA, Caballero B, Cousins RJ. Nutrición en la salud y la enfermedad. Barcelona [etc.: Wolters Kluwer Health; 2014.
30. Paz S. Incidencia y categorización clínico - epidemiológica de pacientes gestantes con anemia. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015.
31. Ministerio de Salud Pública. Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
32. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo: Guía de práctica clínica. Quito: Ministerio de salud pública; 2014.
33. Ministerio de salud pública. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo (Pregestacional y gestional): guía de práctica clínica. Quito: MSP; 2014.
34. Municipio Paute. Ilustre Municipalidad de Paute. Azuay-Ecuador. 2017.
35. Ferreira Salazar C, García García K, Macías Leiva L, Pérez Avellaneda A, Tomsich C. Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III: serie información estratégica. Quito: Editorial Ecuador; 2013.
36. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico. Quito-Ecuador; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1. CÓDIGO DE BIOÉTICA



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 02 de agosto de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE PERIODO ENERO - JUNIO 2017", cuyo investigador principal es la Srta. Abigail Yessenia Reino Perez y que se encuentra siendo dirigida por la Dra. Dra. Patricia Vanegas.

Código: RPAY2

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,


Dr. Wilson Campoverde Barros

COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y
BIENESTAR



DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO 2. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

INVESTIGACION - CARRERA DE MEDICINA -MATRIZ

Oficio Nro. UCACUE-UASB- M- 002-2017-OF
Cuenca, 4 de Mayo de 2017

Asunto: Autorización para realización de estudio de tesis previo a la obtención de título de Médico tercer nivel

Señora Dra.
MARÍA ALEXANDRA GARCÍA PACHECO
DIRECTORA DEL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE

Su despacho.-

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo, y deseándole éxitos en sus labores diarias por medio de la presente, me permito solicitar a usted y por su intermedio Hospital Básico de Paute, de la manera más comedida la autorización para realizar el estudio de tesis **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE, PERIODO ENERO – JUNIO 2017**, realizado por la estudiante **ABIGAIL YESSSENIA REINO PÉREZ** interna de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

Este protocolo ha sido aprobado en la comisión académica de Unidad de Titulación de la Facultad de Medicina Matriz de la Universidad Católica de Cuenca, instancia encargada de este tramite

Sin otro particular por comunicar, nos suscribimos de Usted con sentimientos de consideración y estima

Atentamente;

Dr. Lorgio Aguilar PHD
Director del Departamento de investigación

Dra. Patricia Vanegas I. Mgs
Coordinador de la UTM

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



ANEXO 3. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/ASENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Consentimiento / asentimiento informado

Estimado participante:

Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.

Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.

Introducción (Objetivos del proyecto de investigación): El embarazo constituye una etapa vital en el ciclo de la vida de una mujer, a la cual la misma debe llegar en un estado nutricional adecuado, que además debe mantenerse durante todo el embarazo y la lactancia materna, para con ello lograr el mejor desarrollo del feto. El embarazo y la lactancia han sido reconocidos como los periodos de mayor demanda nutricional en la vida de una mujer, por cuanto deben garantizar las necesidades de nutrientes de la propia madre o del feto en crecimiento o el recién nacido en sus primeros meses de vida, con lo cual se garantiza la salud de ambos. Existen estudios que demuestran la relación tanto del déficit o exceso de nutrientes o el propio peso de la madre al inicio del embarazo con malformaciones fetales, parto prematuro, bajo peso al nacer, incremento de los partos por cesáreas y dificultados en la evolución del neonato

Como se realizará el estudio:

El presente trabajo se realizará mediante un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de indagar la relación existente entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional en las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el periodo Enero – Junio 2017.

Criterios de inclusión/exclusión.

- **INCLUSIÓN:** Todos las mujeres embarazadas que son atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 que acepten ser incluidas en el estudio y hayan firmado el consentimiento informado.
- **EXCLUSIÓN:** Las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Básico de Paute en el período enero – junio 2017 que no den su consentimiento para ser incluidas en el estudio que presenten enfermedades nutricionales diagnosticadas. Mujeres gestantes cuya historia clínica este incompleta o no legible.

Durante la investigación usted puede recibir documentos que contienen preguntas sobre su estado de salud. Nos gustaría que complete estos espacios ya que forman parte de la información que se requiere en el estudio propuesto a usted.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado. No hay objeciones éticas.

AUTONOMÍA

Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

BENEFICENCIA

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al

desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

NO MALEFICENCIA

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

JUSTICIA

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

CONFIDENCIALIDAD

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardara todas las normas antes establecidas.

Si usted tiene cualquier otra pregunta que no esté suficientemente cubierta en esta información escrita o quiere obtener información adicional, su investigador a cargo le ayudará gustosamente. En caso de preguntas posteriores, por favor contactar a Abigail Yessenia Reino Pérez (0979352204)

Participante

Tutor/a y/o Representante (menores de edad)

Cuenca, ____ de _____ del 2017

ANEXO 4. FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha: _____

Número Historia Clínica: _____

Datos generales y sociodemográficos:

Lugar de Procedencia: _____

Urbana ____ Rural ____

Fecha Nacimiento: _____

Instrucción

Ninguna ____

Primaria ____

Secundaria ____

Superior ____

Edad: _____

Vinculación laboral:

Trabaja ____ No trabaja ____

Datos antropométricos:

Talla: _____ m

Peso pregestacional: _____ Kg

Peso actual: _____ Kg

IMC (según curvas de la OMS. Anexo 8):

Bajo peso ____ Normal ____ Sobrepeso ____ Obeso ____

Fecha de última menstruación: _____

Edad gestacional: _____

Hábitos nutricionales

Mayor consumo:

Carbohidratos____ Proteínas____ Vegetales____ Grasas____ Minerales ____

Comidas al día 1 a 2 _____ 3 _____ 4 o 5 _____ más de 5 _____

Análisis bioquímicos y hematológicos:

Hemoglobina: _____

Glicemia en ayunas: _____

ENCUESTA DEL INEC PARA DETERMINAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Tipo de vivienda

Suite de lujo	59
Cuarto en casa de inquilinato	59
Departamento en casa o edificio	59
Casa/Villa	59
Mediagua	40
Rancho	4
Choza/ Covacha/Otro	0

Material predominante de las paredes de la vivienda

Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe/ Tapia	47
Caña revestida o bahareque/ Madera	17
Caña no revestida/ Otros materiales	0

Material predominante del piso de la vivienda

Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32

Tierra/ Caña/ Otros materiales 0

¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene?

No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar 0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha 12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivos con ducha 24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivos con ducha 32

Tipo de servicio higiénico

No tiene 0
Letrina 15
Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada 18
Conectado a pozo ciego 18
Conectado a pozo séptico 22
Conectado a red pública de alcantarillado 38

¿Tiene este hogar servicio de internet?

No___ 0 Si___ 45

¿Tiene computadora de escritorio?

No___ 0 Si___ 35

¿Tiene computadora portátil?

No___ 0 Si___ 39

¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?

No tiene celular nadie del hogar 0
Tiene 1 celular 8
Tiene 2 celulares 22
Tiene 3 celulares 32
Tiene 4 ó más celulares 42

¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?

No____ 0 Si____ 19

¿Tiene cocina con horno?

No____ 0 Si____ 29

¿Tiene refrigeradora?

No____ 0 Si____ 30

¿Tiene lavadora?

No____ 0 Si____ 18

¿Tiene equipo de sonido?

No____ 0 Si____ 18

¿Cuántos TV a color tienen en este hogar?

No tiene TV a color en el hogar	0
Tiene 1 TV a color	9
Tiene 2 TV a color	23
Tiene 3 ó más TV a color	34

¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?

No tiene vehículo exclusivo para el hogar	0
Tiene 1 vehículo exclusivo	6
Tiene 2 vehículo exclusivo	11
Tiene 3 ó más vehículos exclusivos	15

¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?

No____ 0 Si____ 6

¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?

No____ 0 Si____ 26

¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?

No____ 0 Si____ 27

¿En el hogar alguien está registrado en una red social?

No____ 0 Si____ 28

Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo

¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?

No____ 0 Si____ 12

¿Cuál es el nivel de instrucción del Jefe del hogar?

Sin estudios	0
Primaria incompleta	21
Primaria completa	39
Secundaria incompleta	41
Secundaria completa	65
Hasta 3 años de educación superior	91
4 o más años de educación superior (sin postgrado)	127
Postgrado	171

¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?

No____ 0 Si____ 39

¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?

No____ 0 Si____ 55

Ocupación del Jefe del hogar

Personal directivo de la Administración Pública y de empresas	76
Profesionales científicos e intelectuales	69
Técnicos y profesionales de nivel medio	46

Empleados de oficina	31
Trabajador de los servicios y comerciantes	18
Trabajador calificado agropecuario y pesquero	17
Oficiales operarios y artesanos	17
Operadores de instalaciones y máquinas	17
Trabajadores no calificados	0
Fuerzas Armadas	54
Desocupados	14
Inactivos	17

Según la suma de puntaje final (Umbrales),
identifique a que grupo socioeconómico pertenece su hogar:

Grupos socioeconómicos	Umbrales
A (alto)	De 845.1 a 1000 puntos
B (medio alto)	De 696.1 a 845 puntos
C+ (medio típico)	De 535.1 a 696 puntos
C- (medio bajo)	De 316.1 a 535 puntos
D (bajo)	De 0 a 316 puntos

Fuente: INEC (36)

ANEXO 5. RECIBO ANTIPLAGIO

TESIS

por Abigail Reino

Fecha de entrega: 10-ago-2017 04:23p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 836361301

Nombre del archivo: ABIGAIL_REINO_TESIS_FINAL.docx (1.58M)

Total de palabras: 7927

Total de caracteres: 48295

TESIS

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%	3%	0%	0%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%



Excluir citas Activo www.unicef.org Excluir coincidencias < 200 words

Fuente de Internet Activo

ANEXO 6. OFICIO DEL DIRECTOR



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA**

Cuenca, 15 de septiembre del 2017.

Señor, Doctor.

Lorgio Aguilar

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Señora, Doctora.


Patricia Vanegas

DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: **VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE PERÍODO ENERO JUNIO 2017**; realizado por el estudiante ABIGAIL YESSENIA REINO PÉREZ, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


Directora Dra. Patricia Vanegas
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 7. OFICIO DE DERECHO DE AUTOR



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Yo, Abigail Yessenia Reino Pérez, autor del proyecto de investigación titulado: VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES GESTANTES EN EL HOSPITAL BÁSICO DE PAUTE, PERÍODO ENERO – JUNIO 2017; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Atentamente

Abigail Yessenia Reino Pérez

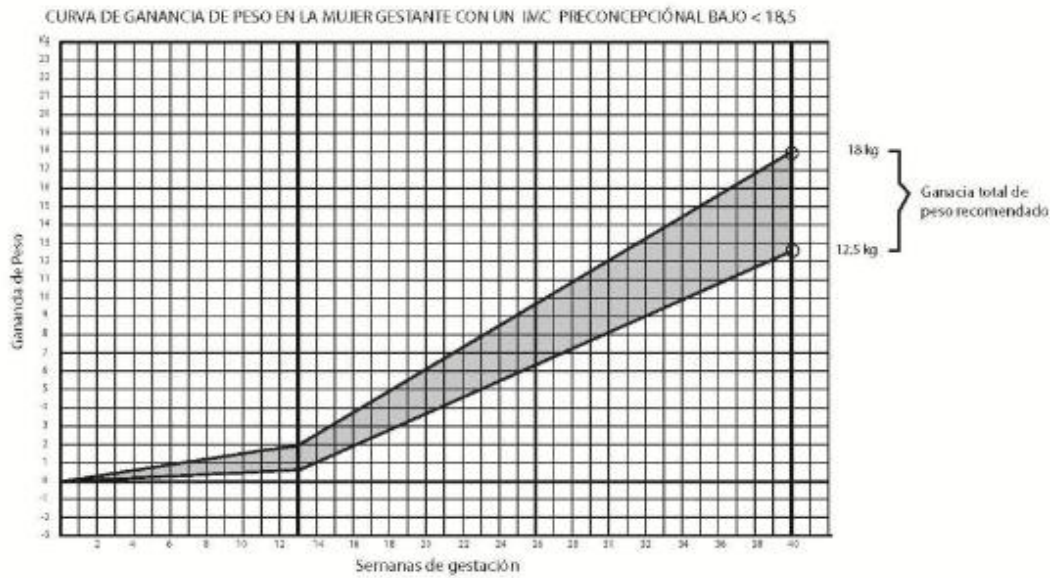
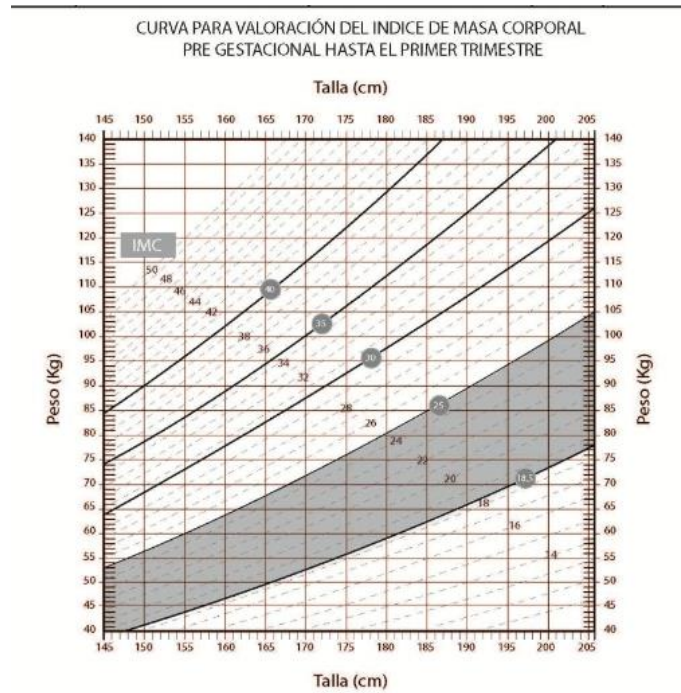
CI: 0104290739

Manuel Vega y Pio Bravo

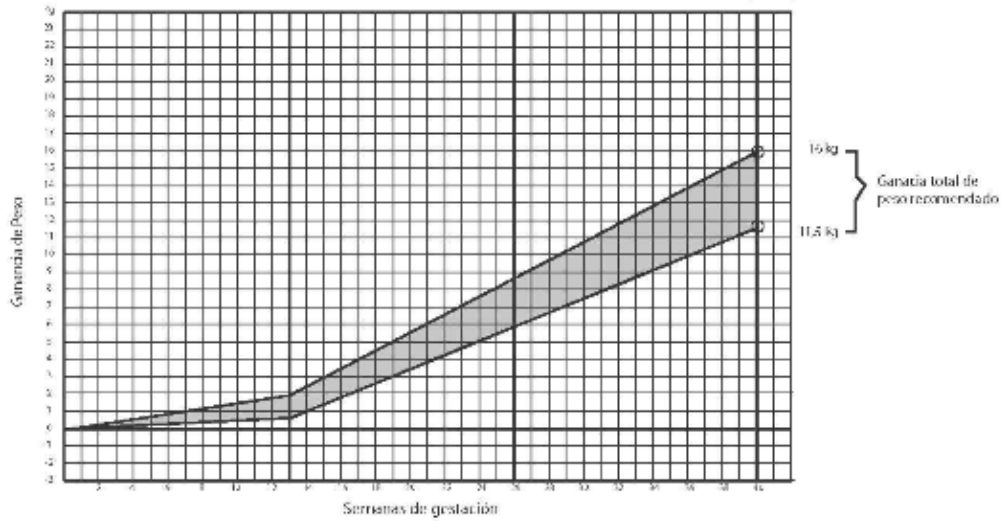
Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec

ANEXO 8. CURVAS DE GANANCIA DE PESO



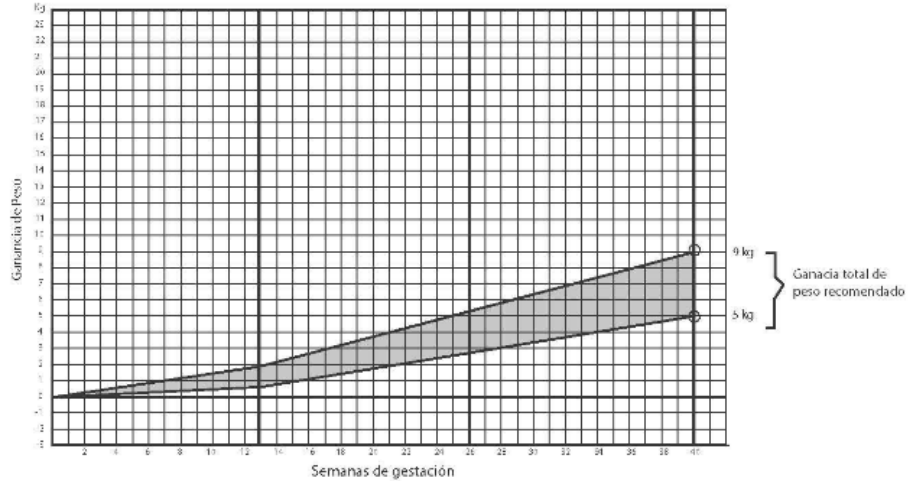
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL 18,5 - 24,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0 - 29,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



Fuente: Guía de Práctica Clínica: control prenatal (28)