



Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión

Facultad de Bromatología y Nutrición

Unidad de Posgrado

**Prácticas de consumo alimentario y estado nutricional en gestantes del tercer trimestre
atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero - abril 2022**

Tesis

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad Profesional
en **Nutrición Clínica**

Autoras

Elizabeth Helida Moreno Terry
Noemy Fátima Retuerto Sánchez

Asesora

Dra. Cecilia Maura Mejía Dominguez

Huacho – Perú
2024



Reconocimiento - No Comercial – Sin Derivadas - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reconocimiento: Debe otorgar el crédito correspondiente, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de ninguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso. **No Comercial:** No puede utilizar el material con fines comerciales. **Sin Derivadas:** Si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado. **Sin restricciones adicionales:** No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros de hacer cualquier cosa que permita la licencia.



UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

LICENCIADA

(Resolución de Consejo Directivo N° 012-2020-SUNEDU/CD de fecha 27/01/2020)

FACULTAD DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE BROMATOLOGÍA Y NUTRICIÓN

INFORMACIÓN

DATOS DEL AUTOR (ES):		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FECHA DE SUSTENTACIÓN
Elizabeth Helida Moreno Terry	41236758	27 de marzo 2024
Noemy Fátima Retuerto Sánchez	15617561	27 de marzo 2024
DATOS DEL ASESOR:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Cecilia Maura Mejía Dominguez	15636319	0000-0003-1914-8825
DATOS DE LOS MIEMBROS DE JURADOS – PREGRADO/POSGRADO-MAESTRÍA-DOCTORADO:		
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CÓDIGO ORCID
Elfer Orlando Obispo Gavino	15721919	0000-0002-9238-6179
Rodolfo Willian Dextre Mendoza	15637996	0000-0003-0735-4269
Ruben Guerrero Romero	15603092	0000-0002-2820-7009

Prácticas de consumo alimentario y estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero - Abril 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
2	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	2%
3	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	2%
4	repositorio.umsa.bo Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	Henrique Diório de Souza. "Bacteriúria e infecção urinária em gestantes adolescentes: fatores de risco, modelos preditivos,	1%

TÍTULO

**“PRÁCTICAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES
DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,
FEBRERO – ABRIL 2022”**

PRESIDENTE DE JURADO

Mg. Elfer Orlando Obispo Gavino

SECRETARIO DE JURADO

Lic. Rodolfo Willian Dextre Mendoza

VOCAL DE JURADO

Lic. Rubén Guerrero Romero

ASESORA

Dra. Cecilia Maura Mejía Domínguez

DEDICATORIA

A mi esposo, hijos, hermanos y a mi madre que me ilumina desde el cielo, por su apoyo incondicional en todo momento; en especial a mi querida hermana Ivonne quien me ha inculcado solidos valores y a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

AGRADECIMIENTOS

A las docentes de la Segunda Especialidad en Nutrición Clínica de la UNFSC quienes compartieron su conocimiento para ser mejores y poder brindar una mejor atención a los pacientes en nuestra área.

Debo agradecer al Hospital Regional de Huacho por el apoyo brindado incondicional.

Del mismo modo Dra. Cecilia Maura Mejía Domínguez, por su inmensa ayuda para desarrollar y concluir la presente investigación.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con amor a mi familia a mi esposo Alejandro, y mis hijas Lizet y Alison por darme la fortaleza y el apoyo incondicional en todo momento; y por permitirme culminar con éxito mi tan anhelada segunda especialidad.

AGRADECIMIENTOS

A las docentes de la Segunda Especialidad en Nutrición Clínica de la UNFSC quienes compartieron su conocimientos para ser mejores y poder brindar una mejor atención a la población de nuestro País.

Mi agradecimiento a la Dra. Cecilia Maura Mejía Domínguez, por su inmensa ayuda para desarrollar y concluir la presente investigación.

INDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la realidad problemática	3
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general	5
1.2.2 Problemas específicos	5
1.3 Objetivos de la investigación	6
1.3.1 Objetivo general.....	6
1.4 Justificación de la investigación.....	6
1.5 Delimitación del estudio	7
1.6 Viabilidad del estudio	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	8

2.1 Antecedentes de la Investigación.....	8
2.1.1 Investigaciones Internacionales.....	8
2.1.2 Investigaciones Nacionales	11
2.2 Bases Teóricas... ..	17
2.3 Bases Filosóficas.....	34
2.4 Definición de términos básicos	36
2.5 Hipótesis e investigación	36
2.5.1 Hipótesis General.....	36
2.5.2 Hipótesis específicos	36
2.6 Operacionalización de las variables.....	38
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	39
3.1 Diseño metodológico	39
3.1.1 Tipo de investigación	39
3.1.2 Nivel de investigación	39
3.1.3 Diseño	39
3.3.1 Técnicas a emplear	40
3.3.2 Descripción de los instrumentos.....	40
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información.....	42
CAPITULO IV: RESULTADOS	43
4.1 Análisis de los Resultados	43

4.2 Contratación de Hipótesis.....	62
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	67
5.1 Discusión de resultados	67
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
6.1 Conclusiones.....	74
6.2 Recomendaciones	75
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS	76
7.1 Referencias Bibliográficas.....	76
ANEXOS	83
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	84
Anexo 2: Hoja de registro de recolección de datos	86
Anexo 3: Prácticas de consumo alimentario en gestantes	87
Anexo 4: Consentimiento Informado	91
Anexo 5: Prueba Piloto – Fiabilidad Estadística.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Clasificación de Prácticas de alimentación</i>	27
Tabla 2. <i>Valoración del estado nutricional según OMS</i>	30
Tabla 3. <i>Clasificación de la mujer en gestación de acuerdo a su IMC pre gestacional....</i>	30
Tabla 4. <i>Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en gestantes</i>	34
Tabla 5. <i>Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	43
Tabla 6. <i>Estado nutricional de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	44
Tabla 7. <i>Ganancia de peso de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	45
Tabla 8. <i>Prácticas Alimentarias de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	46
Tabla 9. <i>Grado de anemia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	47
Tabla 10. <i>Tiempos de comida de la Gestante</i>	48
Tabla 11. <i>Porciones de alimentos de alimentos proteicos</i>	49
Tabla 12. <i>Consumo de Alimentos ricos en carbohidratos</i>	50
Tabla 13. <i>Consumo de frutas y verduras por semana</i>	51
Tabla 1. <i>Consumo de alimentos ricos en calcio</i>	52
Tabla 2. <i>Consumo alimentos de origen animal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	53

Tabla 3. <i>Consumo alimentos de origen vegetal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>54</i>
Tabla 4. <i>Consumo de Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>55</i>
Tabla 5. <i>Consumo de líquidos en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>56</i>
Tabla 6. <i>Consumo de alimentos enlatados en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>57</i>
Tabla 20. <i>Consumo de comida chatarra en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	<i>58</i>
Tabla 21. <i>Consumo snack y/o dulces en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	<i>59</i>
Tabla 22. <i>Consumo de sal en exceso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>60</i>
Tabla 23. <i>Consumo de suplementos nutricionales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	<i>61</i>
Tabla 7. <i>Relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>62</i>
Tabla 8. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	<i>63</i>
Tabla 9. <i>Relación entre las prácticas alimentarias y Hemoglobina de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>64</i>
Tabla 10. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	<i>64</i>
Tabla 11. <i>Relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>65</i>
Tabla 12. <i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	<i>65</i>

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Estado nutricional de las gestantes del Hospital Regional de Huacho.....</i>	44
Figura 2: <i>Ganancia de peso de las gestantes Hospital Regional de Huacho</i>	45
Figura 3. <i>Prácticas alimentarias de la gestante del Hospital Regional de Huacho</i>	46
Figura 4: <i>Grado de anemia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	47
Figura 5: <i>Tiempos de comida de la Gestante.....</i>	48
Figura 6: <i>Consumo de alimentos de alimentos proteicos</i>	49
Figura 7: <i>Consumo de Alimentos ricos en carbohidratos</i>	50
Figura 8: <i>Consumo de frutas y verduras por semana</i>	51
Figura 9: <i>Consumo de alimentos ricos en calcio.....</i>	52
Figura 10: <i>Consumo alimentos de origen animal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	53
Figura 11: <i>Consumo alimentos de origen vegetal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	54
Figura 12: <i>Consumo de Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	55
Figura 13: <i>Consumo de líquidos en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	56
Figura 14: <i>Consumo de alimentos enlatados en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	57
Figura 15: <i>Consumo de comida chatarra en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	58

Figura 16: <i>Consumo snacks y/o dulces en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	<i>59</i>
Figura 17: <i>Consumo de sal en exceso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho</i>	<i>60</i>
Figura 18: <i>Consumo de suplementos nutricionales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.....</i>	<i>61</i>

“Prácticas de consumo alimentario y estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022”

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional en gestantes del último trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho durante el mes de febrero- abril 2022. **Metodología:** El estudio es de tipo descriptivo - correlacional, enfoque cuantitativo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 gestantes del último trimestre atendidas en el Hospital regional de Huacho durante febrero-abril del 2022. La técnica que se utilizó para recabar la información sobre el estado nutricional de las gestantes fue documental (historia clínica, hoja de registro), y para las prácticas alimentarias se utilizó la encuesta personalizada en el consultorio de nutrición del Hospital Regional de Huacho. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS v.22, ejecutándose un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes y para el análisis inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para estimar la asociación entre las dos variables ($p < 0.05$). **Resultados:** El 50% de las gestantes del último trimestre presentaron un estado nutricional inadecuado, con un 43,3% de sobrepeso; 3,3% bajo peso y 3,4% con obesidad. En relación a la ganancia de peso el 53,3% de las gestantes tenían alta ganancia de peso y el 31,7% ganancia adecuada de peso. El 71,1% no presentaron anemia con un valor de Hemoglobina ≥ 11 g/dl con prácticas alimentaria adecuada del 60% y con cuatro comidas al día. Las porciones de alimentos consumidos por las madres gestantes, el 55% consume 3 a 4 veces a la semana alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro; el 68,3% consumen 2 a 3 porciones semanales de alimentos ricos en calcio y el 43,3% consumen siempre suplementos nutricionales. **Conclusiones:** Se ha evidenciado que las practicas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional ($p=0,047$), la ganancia de peso ($p=0,040$) y con el nivel de hemoglobina ($p=0,001$).

Palabras claves: prácticas alimentarias, estado nutricional, gestante, anemia, ganancia de peso,

"Food consumption practices and nutritional status in third-trimester pregnant women treated at the Huacho Regional Hospital, February - April 2022"

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between dietary practices and nutritional status in pregnant women in the last trimester attended at the Regional Hospital of Huacho during the months of February-April 2022. **Methodology:** The study is descriptive - correlational, quantitative and cross-sectional approach. The population consisted of 60 pregnant women from the last trimester treated at the Huacho Regional Hospital during the months of February-April 2022. The technique that was used to collect information on the nutritional status of pregnant women was documentary (clinical history, record sheet), and for eating practices, the personalized survey was used in the nutrition office of the Regional Hospital of Huacho. The statistical analysis was carried out through the SPSS v.22 program, performing a descriptive analysis by calculating frequencies and percentages and for the inferential analysis, the non-parametric Chi-square test was used to estimate the association between the two variables ($p < 0.05$). **Results:** 50% of the pregnant women in the last trimester presented an inadequate nutritional status, with 43.3% being overweight 3.3% underweight and 3.4% obese. In relation to weight gain, 53.3% of pregnant women had high weight gain and 31.7% adequate weight gain. 71.1% did not present anemia with a hemoglobin value ≥ 11 g/dl with adequate food practices of 60% and with four meals a day. The portions of food consumed by pregnant mothers, 55% consume 3 to 4 times a week foods of animal and vegetable origin rich in iron; 68.3% consume 2 to 3 weekly portions of foods rich in calcium and 43.3% always consume nutritional supplements. **Conclusions:** It has been shown that eating practices are related to nutritional status ($p=0.047$), weight gain ($p=0.040$) and hemoglobin level ($p=0.001$).

Keywords: dietary practices, nutritional status, pregnant woman, anemia, weight gain

INTRODUCCION

En estos últimos años, a nivel mundial se han registrado datos que evidencian que el estado nutricional de la gestante no es el apropiado, debido a una mala alimentación. Por ejemplo, tenemos que en la India la tasa de desnutrición en gestantes es del 75%, Egipto 39,2% y en los Estados Unidos, se han reportado cifras de 12 % en la ciudad de los Ángeles y 9,7 % en San Francisco. En países de América Latina, varios estudios han determinado que la prevalencia de desnutrición en gestantes es por ejemplo en Chile 15,2%; Venezuela 16,9%; Bolivia 16,7% y Brasil 18,8% (San Gil y colab. 2021).

En Perú, la tendencia de sobrepeso y obesidad está aumentando rápidamente, sobre todo en las mujeres jóvenes y adultas. Cerca de 41,1% de adultas jóvenes y 68,3% de adultas tienen exceso de peso (sobrepeso u obesidad), sobre todo en las zonas urbanas; consecuentemente, el sobrepeso y la obesidad en gestantes también ha aumentado. Existen estudios que manifiestan que una de cada ocho gestantes tiene sobrepeso y una de cada 3 gestantes tienen obesidad, también indican que dos de cada cinco gestantes tienen ganancia de peso insuficiente y una de cada cinco gestantes tienen ganancia excesiva de peso, lo cual influye en el pronóstico del recién nacido, la primera se relaciona con el bajo peso al nacer y la segunda con la macrosomía fetal, pre eclampsia, muerte fetal parto prematuros y las cesáreas. (Tarqui-Mamani, Álvarez-Dongo y Gómez-Guizado, 2014). La calidad de la dieta, las prácticas alimentarias y los estilos de vida de la mujer antes del embarazo, son factores determinantes en el estado nutricional de la etapa gestacional y la consecuente ganancia de peso, la cual se va a asociar a mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Salud (INS, 2020) la prevalencia de sobrepeso en gestantes aumentó de 30,4% a 44%, entre los años 2009 y 2019, esta tendencia hacia el incremento se observa en todas las regiones del país, principalmente en la zona sur del país, en las regiones de la costa y de la selva norte, a pesar de la tendencia a ser personas delgadas, mostrando de esta manera de que el exceso de peso es un problema nacional, independientemente de la ubicación. En la costa sur del país se encuentra la mayoría de las regiones con prevalencia de sobrepeso en gestantes mayores al 50%, siendo Tacna con 63,2% y Moquegua 58,2%.

Por toda esta información, decidimos investigar sobre el estado nutricional de las gestantes del último trimestre que se atendieron en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Febrero-Abril 2022, es decir, evaluar el estado nutricional en función a las prácticas de consumo alimentario y la relación que existe entre estas prácticas y la ganancia de peso en la etapa gestacional y nivel de hemoglobina en estas gestantes.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la alimentación durante la gestación y el puerperio debe ser exhaustivamente vigilada por el personal de salud, toda vez que se encuentra en una etapa muy importante, donde una vida genera otra vida (OPS/UNICEF/MINSA, 2011).

A nivel mundial, el déficit nutricional y la inadecuada ganancia de peso incrementan el peligro de padecer patologías del corazón en la gestante como en el producto. La tasa de desnutrición mayor al 75% y 39,2% se presentan en la India y Egipto respectivamente; el 15,25 y 16,9% de desnutrición en Sudamérica corresponde a Chile y Venezuela. En México podemos observar lo opuesto con los índices de sobrepeso y obesidad en un 50% las personas adultas. En este problema de salud pública están incluidas las mujeres en edad fértil, así como las gestantes (Munares et al, 2013).

En un estudio realizado en Colombia señalan que las embarazadas tienen conocimientos básicos sobre la ingesta de hierro, pero los conocimientos sobre consumo de líquidos, calcio y ácido fólico son bajos en por lo menos 50% de las gestantes. Por otro lado, en cuanto a las prácticas se reporta que es frecuente en las gestantes el consumo de alimentos ricos en calcio para el 74,6% y que el 50% consumía alimentos ricos en hierro. Otro dato importante a mencionar es que el 87% de las evaluadas consumían micronutrientes como suplementos (Torres et al, 2010)

Según el Instituto Nacional de Salud, el porcentaje de gestantes atendidas en los establecimientos de Salud del MINSA es de 11,3%, el 41,7% correspondería a gestantes con sobrepeso y el 19,1 % se les diagnosticó anemia con un valor menor o igual a 11 g/dl. (Informe General del SIEN, 2018). Finalmente, se observó que el 82,5% de gestantes que desconocían de una adecuada alimentación durante la gestación tuvieron inadecuadas prácticas alimentarias (Jorge, 2016).

Durante el embarazo, el bienestar de las mujeres y el crecimiento fetal dependen principalmente de una adecuada alimentación y un buen estado de salud general que asegure el desarrollo de ambos, sin embargo, por diversas situaciones ya sean sociales y/o culturales las gestantes pueden adoptar una alimentación diferente que puede verse evidenciado en un inadecuado estado nutricional de la misma asociándose a complicaciones obstétricas y neonatales (Munares, 2013).

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

La nutrición en el embarazo es un tema muy importante ya que si la gestante no recibe una adecuada alimentación no tendrá un buen aporte nutricional que es necesario para

Las demandas energéticas requeridas para la formación de un nuevo ser humano, la salud del mismo y de la madre.

Por lo expuesto líneas arriba, consideramos muy importante realizar la investigación titulada “Prácticas de consumo alimentario y estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero–Abril 2022”

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas de consumo alimentario y el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las prácticas de consumo alimentario en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022?
- ¿Cuál es el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero– abril 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – abril 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre las prácticas de consumo y el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre, atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero– abril 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las prácticas de consumo alimentario en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital regional de Huacho, Febrero – abril 2022.
- Evaluar el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero –abril 2022
- Determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022.
- Determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022.
- Determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – abril 2022.

1.4 Justificación de la investigación

Se sabe que, en nuestro país, hay una alta prevalencia de malnutrición en gestantes y por ello diversos estudios busca conocer que tanto las gestantes saben de una adecuada alimentación y que contribución tiene ésta para la formación de sus hijos que a la larga repercutirá en la salud de los mismos.

En esta investigación se buscará saber que tanto las mujeres embarazadas cuentan con

Conocimientos de una alimentación adecuada y cómo contribuye esta alimentación para la formación de sus hijos, así como saber cuántas lo llevan a la práctica durante la gestación.

Por esta razón, se considera de gran importancia evaluar las prácticas alimentarias que tienen las gestantes, valorando principalmente estas conductas, en el último trimestre de gestación, ya que se podrá identificar la forma de alimentación que han tenido durante el tiempo de embarazo. Con los resultados a obtener se espera incentivar al personal de salud, brindándoles la información de los resultados y así ellos puedan dar un mejor apoyo a las gestantes.

Considerando que actualmente hay pocos estudios que aborden este tema en Huacho y a nivel nacional, se podrá fortalecer la estrategia sanitaria de nutrición en nuestras gestantes, con la finalidad de disminuir la prevalencia de malnutrición durante el embarazo.

1.5 Delimitación del estudio

La presente investigación se desarrollará en los consultorios externos del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Huacho. Los meses en que se realizará la investigación, será durante los meses de febrero a abril 2022.

El estudio se centrará de manera preferencial, a la valoración de las prácticas de consumo de las gestantes y su relación con el estado nutricional durante el tercer trimestre de gestación.

1.6 Viabilidad del estudio

La investigación propuesta si es factible de realizarlo, toda vez que se ha coordinado con los directivos del Hospital Regional y con el consentimiento informado de cada gestante inmerso en la investigación. Asimismo, se cuenta con los recursos de materiales y económicos para la ejecución de la investigación.

Capítulo II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Investigaciones Internacionales

Villares, Fernández & Avilés (2006) reportaron que en Cuba el 35% de las embarazadas padecían de anemia en el tercer trimestre de gestación y la razón de su alta tasa fue el factor alimentario, debido a que el hierro de la dieta fue insuficiente tanto en calidad como en cantidad. Por ello se indica que la falta de hierro constituye la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia, esto podría conllevar a producir, dificultades en el transporte de oxígeno que repercutirá sobre el bienestar fetal.

San Gil et al (2021), realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional de las embarazadas en el momento de la captación del municipio Regla, Cuba. Realizaron un estudio descriptivo, transversal, evaluaron a 81 gestantes, aparentemente sanas a la captación, en el área de salud “Lidia y Clodomira”, en el período comprendido de enero a mayo del 2019. Las variables evaluadas fueron: sociodemográficas, antecedente obstétrico y estado nutricional, utilizaron el SPSS-22 para Windows para el análisis estadístico. Entre los resultados que hallaron fue: La edad materna más frecuente se encontró en el grupo de edades de 20 a 35 años, en su mayoría amas de casa con un alto nivel escolar, y baja paridad. El 56,8% presentó un estado nutricional adecuado (79% sin anemia), aun así, el resto mostró alteraciones del peso (por defecto o exceso). Además, hallaron que no todas las mujeres realizaban las 6 frecuencias alimentarias recomendadas ni consumían diariamente los alimentos de los 7 grupos básicos. Concluyeron que la mayoría de las gestantes tenían un estado nutricional adecuado a la captación del embarazo: expresión del estado nutricional

Pre gestacional. Sin embargo, presentaron hábitos alimentarios no saludables durante esta etapa de la vida, en la cual la alimentación es fundamental para la madre y el producto de la concepción.

Salazar et al (2019), realizaron una investigación sobre estado nutricional de las mujeres gestantes que participan del “Programa de atención integral a la primera infancia modalidad familiar a partir de la caracterización antropométrica, Popayán 2015”, cuyo objetivo fue identificar el estado nutricional de mujeres gestantes que participan del programa de atención integral a la primera infancia modalidad familiar en el municipio de Popayán, a partir de la caracterización antropométrica. Para determinar las características sociodemográficas consultaron la historia clínica. para identificar factores protectores y de riesgo en el embarazo, se empleó la Ficha de caracterización socio familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Modulo 3. Para establecer las prevalencias de inseguridad alimentaria en el hogar (INSAH) utilizaron la Escala (ELCSA), adaptada y validada para Colombia. Los resultados que encontraron fue que el IMC pre gestacional entre las gestantes se encontraron en rangos normales, el IMC promedio de las mujeres durante el primer trimestre de gestación no tuvo mayor variación permaneciendo bajo rangos normales, sin embargo, durante el segundo y tercer trimestre la mayoría de las gestantes se encontraba en sobrepeso. En los hogares donde se halló mayor probabilidad de inseguridad alimentaria fue común que las gestantes tuvieran estudios primarios, se dedicaran a las labores del hogar y provinieran de estratos bajos con ingresos mensuales de un salario mínimo. Concluyeron que la INSAH se asoció de forma significativa con el IMC de la gestante, especialmente en el primer trimestre de gestación. También se asoció de forma significativa con las variaciones de peso por mes, en especial en el último trimestre, encontrando medias superiores a un 1 kilo por mes.

Tome (2018), en su tesis “Estado nutricional en embarazadas en el primer y segundo trimestre de gestación” tuvo como objetivo determinar la evolución del estado nutricional en las embarazadas del primer al segundo trimestre de gestación en una unidad de primer nivel de atención del I.M.S.S., Puebla. Aplicó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, y prospectivo. Evaluó a 114 embarazadas que se encontraban en el primer trimestre de gestación, adscritas a la U.M.F. No. 6 y quienes acudieron a control prenatal durante el período del 1 de enero al 30 de junio del 2016. Durante el estudio realizó dos mediciones: la primera la aplicó entre la 8^a y 12^a semana de gestación, y posteriormente la segunda durante la 20^a y 24^a semana de gestación en la misma población. Usó la gráfica de Atalah y Cols, e índice de Quételet en el primer y segundo trimestre del embarazo. Realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y medición de proporciones para las variables cualitativas, para el análisis inferencial utilizó Wilcoxon para comparación de medianas del estado nutricional en el primer y segundo trimestre. Los resultados mostraron que las embarazadas, tenían una edad media 28,17 años $DE \pm 6,21$, escolaridad bachillerato 43% (n=49), nivel socioeconómico medio bajo 42,1% (n=48), número de gestas con una media de 1,92 $DE \pm 0,88$. Fueron captadas en la primera fase con una media de 10,27 $SDG DE \pm 1,40$, IMC normal 55,3% (n=63), estado nutricional normal 44,7% (n=51); en la segunda fase una media de 22,15 $SDG DE \pm 1,9$ con IMC normal 43% (n=49) estado nutricional normal 45,6% (n=52). Al concluir la investigación comprobó que el estado nutricional no se modifica del primer trimestre al segundo trimestre del embarazo estadísticamente significativo.

Guacales (2017), en su tesis: “Evaluación del estado nutricional durante el embarazo en gestantes de la población de Tanguarin San Antonio-Ibarra 2016”, realizado en Ecuador, planteó como objetivo evaluar el estado nutricional en gestantes de la población de Tanguarin

San Antonio-Ibarra 2016, el estudio de tipo metodológico se basó en un enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal. Evaluó a 15 mujeres en periodo de gestación en la comunidad; como técnicas de investigación utilizó la encuesta y la observación completándose con exámenes de laboratorio. Los principales resultados fueron que el 20% de gestantes tuvieron una ganancia de peso adecuada, el 40% tuvo una excesiva ganancia de peso y otro 40% insuficiencia en la ganancia de peso. Según el peso de las gestantes se obtuvo que el 13,3% tuvieron bajo peso, el 53,3% tuvo un peso adecuado y el 6,7% obesidad y por último el 26,7% sobrepeso. Concluyó que la mayoría de las gestantes evaluadas tienen pesos inadecuados para su embarazo ya sea como obesidad o insuficiencia de peso.

2.1.2 Investigaciones Nacionales

Cholán (2022), en su investigación “Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes. Centro de Tulpuna. Cajamarca, 2020”, tuvo como objetivo determinar la relación entre hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes en el Centro de Salud La Tulpuna. El estudio fue de un diseño no experimental, cuantitativa, correlacional, y de corte transversal. La población estuvo conformada por 236 embarazadas a quienes aplicaron una encuesta a través de un cuestionario. Los resultados hallados fueron: El 43,25% de las gestantes tuvieron edades entre 26 a 35 años y el 7,53 % ≤ 18 años, en relación al grado de instrucción el 28,77% tenían secundaria completa. Sobre el estado nutricional, observaron que el 28,08% tuvo baja ganancia, el 32,88% alta y el 39,04% adecuada ganancia. Referente a los hábitos alimentarios identificaron que el 32,88% tuvo una frecuencia de alimentación de 4 veces al día y 67,12% inadecuada. Los macronutrientes como los carbohidratos, el 44,5% de las gestantes tuvieron un alto consumo; el 32,9% consumo bajo de proteínas; el 65,1% consumo bajo y 0,7% consumo alto de grasas; respecto a los micronutrientes como los minerales el 84,2% de las gestantes tuvieron consumo bajo y 49,3% consumo medio y el 41,8% de las gestantes presentaron un alto consumo de vitaminas, Los alimentos no nutritivos y las sustancias

inhibidoras, poseyeron un consumo bajo con 95,2% y 99,3%, respectivamente; finalmente 89,7% presentó un consumo bajo de frituras y alimentos a la plancha. Concluyó que: existe relación entre el estado nutricional y los hábitos alimentarios en gestantes; al encontrarse un consumo alto de carbohidratos, consumo bajo de grasas, alimentos no nutritivos y de frituras; ya que la prueba Chi cuadrado fue $<,05$.

Arellano & Zurita (2021), en su investigación "Prácticas alimenticias y el estado nutricional de gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán- Lima 2018" tuvieron como objetivo determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el estado nutricional en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán – Lima, 2018. Realizaron una investigación de tipo básica, con un enfoque cuantitativo de nivel relacional, con un diseño no experimental y de corte transversal. Evaluaron a 56 gestantes y para la recolección de datos emplearon fichas de registro y un cuestionario estructurado. Para el procesamiento de datos, usaron el software estadístico SPSS v.25 y el Microsoft Excel v. 2016 y; el tratamiento estadístico de la hipótesis, se estableció a través de la prueba no paramétrica X^2 . Entre sus resultados hallaron que en el 44,64% de las gestantes presentaron unas prácticas alimenticias adecuadas y en relación a su estado nutricional el 58,93% fueron adecuadas. De la misma manera, respecto a las características del estado nutricional en las gestantes, en el 48,21% de ellas, se observó una adecuada ganancia de peso durante el embarazo; en el 32,14% se reportó hemoglobina menor a 11g/dl; el 67,9% de las gestantes, presenta índice de masa corporal pre gestacional normal. Concluyeron que existe una relación estadística significativa entre las prácticas alimenticias y el estado nutricional en gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán–Lima, 2018.

Pacheco y Díaz (2021), en su tesis "Factores asociados a la anemia en gestantes del tercer trimestre del Centro de Salud Hualmay de Huaura 2020 a 2021". Se plantearon como objetivo determinar los factores asociados a la anemia en gestantes del tercer trimestre.

Realizaron una investigación observacional, analítico, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 307 gestantes del tercer trimestre atendidas en el centro de salud Hualmay; y una muestra de 117 gestantes con anemia del tercer trimestre. Realizaron un análisis documental, a través de la ficha de registro de datos, y usaron el Chi cuadrado de independencia para buscar la relación entre la anemia y factores personales, obstétricos y nutricionales. Resultados: La anemia de las gestantes fue: leve 35,9%, moderada 41% y severa 27%. Los factores demográficos: adolescentes 20,5%; joven 35%; adulta 44,4%; son Convivientes 42,7%; casadas 26,5%; solteras 22,2%; viuda 8,5%; sin grado de instrucción 15,4%, nivel primaria 6,8%; secundaria 37,6%; superior técnico 24,8%; superior universitario 15,4%; son ama de casa 48,7%; trabajan 38,5%; estudian 12,8%. Los factores obstétricos: Nulípara 17,1%; primípara 53,8%; multípara 21,4%; gran multípara 7,7%; periodo intergenésico corto 26,5%; adecuado 44,4%; largo 12%; gestante controlada 91,5%; gestante atendida 8,5%; parto vaginal 72,6%, cesárea 27,4%. Factores nutricionales: índice de masa corporal prestacional bajo peso 15,4%; normal 51,3%; sobre peso 26,5%; obesidad 6,8% y el índice de masa corporal gestacional bajo peso 40,2%; normal 23,1%; sobre peso 28,2%; obesidad 8,5%. La investigación concluyó que si existe relación entre factores nutricionales y grado de anemia en gestantes del centro de salud Hualmay de Huaura, 2020 a 2021.

Espinoza (2020), en su tesis “Prácticas alimentarias y estado nutricional en las gestantes de 19 a 35 años atendidas en el Hospital María Auxiliadora periodo de setiembre a octubre del 2019”, realizado en Cañete, tuvo como objetivo determinar la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes de 19 a 35 años. El estudio aplicado fue de tipo correlacional, cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental. La población estaba conformada por 197 gestantes que se atienden en el Hospital María Auxiliadora, para la recolección de los datos realizaron una encuesta de dos divisiones la

Primera fue un cuestionario de 16 preguntas para las prácticas alimentarias, y la segunda fue para evaluar su estado nutricional según la antropometría IMC y hemoglobina. El autor, encontró una relación significativa entre las prácticas alimentarias y el nivel de hemoglobina en las gestantes de 19 a 35 años atendidas en el Hospital María Auxiliadora. Concluyó que el 87,8% de las gestantes tienen una práctica alimentaria mediamente adecuado y su estado nutricional; también determinó que existe relación entre las prácticas alimentarias y el IMC de las gestantes; así mismo halló una relación entre las prácticas alimentarias y el nivel de hemoglobina.

Pacheco (2019), realizó una investigación para determinar las características del control prenatal en gestantes que llegan al parto con anemia atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2018. Desarrolló un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, con un enfoque mixto, para lo cual revisó el registro de historias clínicas del banco de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) del Hospital Regional de Huacho. Evaluó un total de 3040 gestantes cuyo embarazo culminó en parto vaginal o cesárea que ingresaron al servicio de hospitalización de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Huacho durante el año 2018. Entre los resultados que halló fueron: El 18,75% de las gestantes llegaron al parto con anemia, de los cuales 480 cumplieron con los criterios de selección, encontrándose que 67,3% presentaron un grado leve de anemia, mientras que el 32,3% un grado moderado, y tan solo 0,4% un grado severo. La mayoría, de ellas recibieron asesoramiento nutricional (70%), en relación a los controles de hemoglobina el primer control se cumplió en un 72%, el segundo control se cumplió en solo el 47%, mientras que el tercer control se cumplió en la mayoría (83%). El medicamento prescrito en el 80% fue el sulfato ferroso en tabletas, mientras que la primera suplementación se cumplió en el 65%; la segunda suplementación se cumplió en 54%, y la suplementación antes del parto se cumplió en la mayoría 83%, se encontró además que entre las que no tuvieron control por un médico el porcentaje de anemia

Moderada es mayor que entre las que tuvieron control por un médico en el segundo y tercer trimestre (64,3% vs 35,7%; OR= 3,011; IC= 95%; 2,025-4,477). Según estos resultados se puede interpretar que el control prenatal no alcanza para prevenir la anemia al final del embarazo.

Quijaite (2016), en su tesis “Prácticas de consumo y estado nutricional en mujeres en el último trimestre de gestación atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Noviembre – Diciembre 2018”, tuvo como objetivo establecer la relación entre las prácticas de consumo y el estado nutricional de las mujeres en el último trimestre de gestación. Aplicó un estudio observacional, correlacional, transversal con enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por 63 gestantes. Para el análisis de los datos usó el programa SPSS V24.00 y realizaron un análisis descriptivo e inferencial, aplicando la prueba no paramétrica Chi cuadrado. Entre los resultados obtenidos observó que el 50,8%, tenían prácticas de consumo adecuadas, de las que el 42,9% tuvieron un estado nutricional adecuado y el 15,9% tuvieron prácticas de consumo inadecuadas. En relación a la ganancia de peso el 27% obtuvieron una ganancia de peso adecuada con prácticas de consumo adecuadas, el 9,5% ganancia de peso inadecuada con prácticas de consumo inadecuadas. El 46,2% de las gestantes no tenían anemia ya que el valor de Hemoglobina fue ≥ 11 g/dl y con prácticas de consumo adecuadas: el 4,9% con anemia y hemoglobina ≤ 11 g/dl con prácticas de consumo de alimentos inadecuadas. Concluyó que existe una relación significativa entre las prácticas de consumo y el estado nutricional de la gestante en el último trimestre de gestación ($p=,05$).

Montero (2016), realizó una investigación sobre el Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero – febrero del 2016. El estudio realizado fue de tipo observacional con diseño correlacional, transversal con enfoque cuantitativo, Evaluaron a

368 gestantes a término. Los resultados reportados muestran que el 29,1% tuvieron sobrepeso y el 9,2% obesidad; el 50,5% una ganancia bajo de peso y el 28,5% de las gestantes presentaron anemia y el estado nutricional de las gestantes fue “inadecuado” en un 73,6%. En relación a las prácticas alimentarias son “inadecuadas” en un 83,4% de las gestantes y en un 13% medianamente adecuadas. Asimismo, evidenciaron que las practicas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso ($p=0.029$) y las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de la gestante ($p=0.000$). Concluyó que las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes a término ($p=0.000$), observándose que con una mayor frecuencia de las prácticas alimentarias ”inadecuadas” hay un “inadecuado” estado nutricional y a una mayor frecuencia de prácticas alimentarias “adecuadas” hay un “adecuado” estado nutricional.

Tarqui-Mamani, Álvarez & Gómez (2014), en su investigación “Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas 2009 -2010, realizado en el Instituto Nacional de Salud. Las mediciones antropométricas lo realizaron según metodología internacional, el estado nutricional se obtuvo mediante el IMC pre gestacional y la ganancia de peso se calculó según el Instituto de Medicina de los EE UU. Entre los resultados hallaron que el 34.9% de gestantes iniciaron con peso normal, 47% con sobrepeso, 16,8% con obesidad y solo el 1,4% con peso bajo. Asimismo, durante el embarazo el 59,1% de las gestantes tuvieron ganancia de peso insuficiente, el 20,9% excesiva y solo el 20% tuvieron una ganancia de peso adecuada, esto independiente al IMC pregestacional.es importante recalcar que la mayoría de las gestantes con sobrepeso y obesidad vivían en zonas urbanas y no fueron pobres. Concluyeron que más del 50% de las gestantes de hogares peruanos comprendidos en el año 2009-2010, iniciaron el embarazo con exceso de peso (sobrepeso u obesidad) y la mayoría de las gestantes tuvieron insuficiente ganancia de peso durante el embarazo.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Prácticas Alimentarias

Son comportamientos conscientes colectivos y repetitivos, en respuesta a influencias sociales, culturales, religiosas, económicas, etc. que conllevan a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas. La evaluación de prácticas alimentarias es altamente aconsejable para detectar tempranamente hábitos posibles de ser mejorados e impactar positivamente en el estado nutricional de la mujer y el niño.

Según Montero (2016), una práctica alimentaria adecuada es la obtención y distribución correcta de alimentos durante el embarazo para el correcto desarrollo del feto y que una inadecuada práctica alimentaria se debe a la deficiencia ó al sobrepeso de las gestantes y que esto ocasionaría problemas obstétricos y neonatales. Asimismo, indica que las practicas alimentarias durante la gestación, componen uno de los ejes de la promoción de la salud materna e infantil, por ello las formas de obtención y distribución de los alimentos son importantes para la prevención de problemas de sobrepeso, obesidad o bajo peso; pese a ello, se ha evidenciado que las prácticas de alimentación que ejercen las gestantes se ven influenciadas por los hábitos de consumo y creencias sociales, así como por la barreras de alimentación, lo cual promueve cambios en las conductas alimentarias. Es importante destacar que el conocimiento y la cultura de la gestante muchas veces pueden influenciar positiva o negativamente, alterando su opción alimentarias.

Un estudio realizado por Jorge en el 2016, observó que el 90,5% de gestantes no tenían conocimientos sobre los alimentos que deberían consumir durante su gestación, el 53,7% desconoce sobre hierro, así mismo el 37,9% desconoce sobre el calcio y ácido fólico sin embargo más del 55% sabe que son muy importantes en este periodo. Por otro lado, se

Observó también que más del 65% no consumían alimentos ricos en hierro, calcio y ácido fólico.

Las prácticas alimentarias durante el embarazo son:

a) Frecuencia del consumo de alimentos:

La utilización de cuestionarios dietéticos juega un rol importante ya que por medio de encuestas podemos identificar la calidad y la cantidad de alimentos ingeridos durante un periodo de tiempo, también se conoce el horario, el número de veces y el lugar donde se ingieren los alimentos, así como también identificar sus hábitos alimenticios. Estos cuestionarios pueden lograr advertir posibles complicaciones nutricionales a causa de una ingesta inadecuada de alimentos (Goñi et al; 2016).

Los cuestionarios de frecuencia de consumo se encargan de evaluar la dieta habitual preguntando con qué frecuencia y qué cantidad se consume de cierto grupo de alimentos o bien sea de alimentos específicos en un periodo de tiempo determinado (Pérez et al; 2015). Realizar una frecuencia de consumo de alimentos implica de la predisposición de tiempo del paciente y del tratante ya que son muchas las incógnitas que deben ser resueltas para poder llegar a un diagnóstico coherente y más preciso.

Huiza (2018), manifiesta que para tener una alimentación balanceada durante el embarazo solo es necesario consumir la cantidad óptima de un grupo de alimentos, para decir que tiene una alimentación balanceada y variada. Se debe consumir las tres comidas y un refrigerio diariamente. Cada uno de los grupos de alimentos contribuye con sustancias específicas para la salud de la mujer embarazada y, en su conjunto, aportan los nutrientes necesarios para la nutrición adecuada. Es importante que se consuma por lo menos un alimento de cada grupo cada día y en las cantidades adecuadas para que la alimentación sea completa y además que se alternen los alimentos dentro de cada grupo para que la alimentación

sea variada.

Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son: cereales y derivados; frutas y vegetales; leche, yogur y quesos; carnes y huevos; aceites vegetales; y agua potable. La gestante debe comer además de las tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) un refrigerio al día (Ministerio de Salud, 2010).

b) Consumo de alimentos ricos en proteínas:

Durante el embarazo, las proteínas se necesitan para cubrir las necesidades del crecimiento de feto, de la placenta y de los tejidos maternos. Cuando existe un balance energía/proteínas adecuado (cuando el consumo de proteínas no supera el 25% de la energía total), se consigue mayor peso del niño al nacer y un menor riesgo de muerte fetal y neonatal. Por tanto, Palacios (2016) y Jácome (2015) indican que es importante que las gestantes consuman aproximadamente 25 g adicionales a los requerimientos previos al embarazo. Estas pueden ser de origen: animal como las carnes, el pescado, la leche y huevos o de origen vegetal como la levadura, los frijoles, la soya, los maníes, las harinas, etc. (Valdés & Rozo, 2004).

c) Consumo de cereales y/o derivados de tubérculos y raíces:

Estos alimentos son ricos en sustancias que dan la energía y las fuerzas necesarias, además aportan al organismo cerca del 50% de la recomendación diaria de kilocalorías. Entre los alimentos que conforman los cereales se encuentran: arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, pan, pastas, harinas blancas e integrales y entre los tubérculos y raíces se encuentran el camote, papa, yuca, plátano, etc. (Muñoz, 2009).

d) Consumo de frutas y verduras:

Las frutas y verduras de todas las variedades y sus jugos naturales son fuente de gran variedad de vitaminas y minerales, como así también de fibra. Algunas vitaminas y minerales se pierden en los procesos de cocción, por ello es aconsejable el consumo de por lo menos

una porción en crudo cada día.

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú (Ministerio de Salud 2004), se menciona que las frutas y verduras son fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra y que su consumo debe ser diario, dividiéndose en:

Alimentos ricos en Vitamina A:

Es recomendable que una mujer gestante consuma todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudara a una mejor absorción de esta vitamina.

Alimentos ricos en vitamina C:

Se ha evidenciado valores bajos de la vitamina C en plasma en relación a problemas de pre eclampsia y rotura prematura de las membranas, afectando dicha carencia en la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón, toronja son fuentes de vitamina C, así como otras frutas no cítricas (pina, papaya, aguaje, maracuyá), verduras y tomate son fuentes de vitamina C.

Alimentos ricos en fibra:

La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos, ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de gestación. El aumento del consumo de agua, otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento en la mujer gestante, por ello es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido de fibra.

e) Consumo de alimentos con calcio:

Los requerimientos maternos de calcio aumentan durante la gestación. Las hormonas reguladoras del calcio están alteradas, de manera que hay mayor absorción del mismo en el

intestino. La gestante retiene casi 30 g de calcio, la mayor parte del cual se deposita en el feto en el tercer trimestre. Se transporta al feto entre 50 y 350 mg de calcio ionizado al día. La cantidad de calcio transferida al feto es solo un pequeño porcentaje (2,5%) del calcio materno total almacenado principalmente como hueso. El balance del calcio durante la gestación también se modifica por una mayor excreción urinaria, tal vez debida a la mayor tasa de filtración glomerular. La recomendación diaria de calcio para la no gestante de 25 a 50 años es de 800 mg, la recomendación establecida es de 1,300 a 1,500 mg/día durante la gestación, la cual puede cubrirse con una alimentación que incluya al menos tres porciones de alimentos ricos en calcio, como leche, queso, yogur, yema de huevo, sardinas, frijol y brócoli (Valdés & Rozo, 2004).

De acuerdo a lo que estipula los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, el calcio es necesario para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre, tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia. Existe evidencia de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, la cual incluye pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión. En nuestro país el consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta; por ello, es importante el consumo diario de leche, yogur o queso en la mujer gestante (Ministerio de Salud 2004). Las menestras también tienen buena cantidad de calcio, pero su biodisponibilidad se ve limitada porque tiene inhibidores de su absorción. Sin embargo, su aporte es considerable.

f) Consumo de alimentos con Hierro:

La evidencia muestra que la anemia durante el embarazo se asocia con incremento de la mortalidad materna y con riesgos fetales, causando partos prematuros y por consiguiente, menor peso en los recién nacidos y mortalidad neonatal; con anemia severa ($Hb < 7g/dl$)

aumenta el riesgo de muerte perinatal y materna. La anemia ferropénica se asocia también con una ganancia de peso insuficiente durante la gestación. Se calcula que el gasto total de hierro durante la gestación es de 1,040 mg, de los cuales 200 mg quedan en la mujer cuando el volumen de sangre disminuye después de la gestación y 840 mg constituyen una pérdida permanente. El hierro pasa al feto (unos 300 mg) y se utiliza para la placenta (de 50 a 75 mg), para la expansión de la masa eritrocitaria (alrededor de 450 mg) y para la sangre que se pierde durante el parto (unos 200 mg).

Las fuentes de alimentos de hierro son: carnes rojas, hígado, bazo, pulmón de res, sardinas, yema de huevo, leguminosas secas, mezclas vegetales, espinacas, avena, cebada y harina de trigo fortificada con este mineral (Valdés & Rozo 2004 y Careceda & Quintana, 2014). De acuerdo a lo mencionado por los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, durante el embarazo la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto. Se ha observado que uno de los principales problemas nutricionales durante el embarazo es la anemia nutricional, la cual se previene con un adecuado consumo de hierro durante esta etapa. El hierro proveniente de todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, sangrecita, etc., es considerado de alta biodisponibilidad, pues se absorbe con mayor facilidad y se altera poco ante la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro, siendo importante para poder mejorar las condiciones nutricionales (Ministerio de Salud, 2004).

Según Careceda y Quintana (2014), manifiestan que la ingesta dietética recomendada de hierro es de 27 mg/día, que usualmente no puede ser cubierta con aporte dietario, haciéndose necesaria su suplementación. La Organización Mundial de la Salud recomienda la suplementación diaria con hierro durante el embarazo, como parte de los cuidados estándar

En la población con riesgo de deficiencia en hierro.

g) Consumo de alimentos con ácido fólico:

Durante la gestación, el folato tiene importancia en la organogénesis por lo tanto una ingestión inadecuada preconcepcional y en las primeras semanas de la gestación, se asocia con un mayor riesgo de defectos del tubo neural. Las malformaciones por deficiencia de ácido fólico se producen durante los primeros 28 días de la gestación, cuando muchas mujeres ignoran aún que están en gestación. El aumento de los requerimientos alimentarios durante la gestación, se relaciona con la eritropoyesis materna, el crecimiento tisular uterino y mamario, y el correspondiente placentario fetal. La ingestión disminuida de folato se observa en mujeres que rara vez ingieren frutas, vegetales verdes y cereales integrales o fortificados.

La cantidad de folato alimentario necesaria durante la gestación, según las recomendaciones internacionales, es de 280, 660 y 470 $\mu\text{g}/\text{día}$ en el primero, segundo y tercer trimestres, respectivamente. El aporte de un suplemento de ácido fólico se asocia con un adecuado peso al nacer y con una reducción del número de recién nacidos con bajo peso, tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo. Los principales alimentos fuente de ácido fólico son: vegetales crudos de hojas verdes, frutas cítricas, cereales fortificados como la harina de trigo, leguminosas secas, vísceras y huevos. El folato es una coenzima necesaria para el metabolismo, el recambio tisular y el crecimiento normal (Valdés & Rozo, 2004).

Según lo señalado por los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú, toda mujer gestante necesita ácido fólico para: producir glóbulos sanguíneos adicionales que necesita y el crecimiento de la placenta y del feto. Esta vitamina es necesaria para la producción del ADN. Cuando las cantidades de ácido fólico son inadecuadas, la capacidad de división

de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o de la placenta. La deficiencia de ácido fólico está asociada a defectos del tubo neural, otras malformaciones congénitas y parto prematuro. Así mismo, el ácido fólico contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica. Está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos (Ministerio de Salud, 2004).

h) Consumo de alimentos ricos en ácidos grasos esenciales:

De igual forma, el aporte de lípidos es necesario durante el primer trimestre para lograr depósitos tisulares en el organismo materno y para lograr el crecimiento del feto y la placenta en el segundo y tercer trimestre. Las necesidades de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico y linolénico se estiman en alrededor de 600g a lo largo de toda gestación, lo que representa un aporte diario de aproximadamente 2,2 g/día. Entre los principales alimentos se encuentran: el maní, las pecanas, las avellanas, el pescado, etc. (Jácome, 2015).

i) Consumo de líquidos como el agua, jugos y otros:

Durante el embarazo el agua ingerida es usada para la producción de líquido amniótico. Algunas condiciones, además de las climáticas y la actividad física, que incrementan la necesidad de agua durante el embarazo son las náuseas y el vómito en la gestación, así como el mayor consumo energético; durante la lactancia se requiere más agua para la producción de leche. La deshidratación durante el embarazo encierra riesgos especiales, por lo que debe evitarse.

Diversos cambios fisiológicos alteran el metabolismo del agua durante el embarazo, por ejemplo, se incrementa el volumen sanguíneo y la tasa de filtración glomerular, se pierde más agua por sudoración y exhalación. La placenta contiene, a término, 500 ml de agua, y hay de 500 a 1,200 ml de líquido amniótico. Diferentes fuentes recomiendan un consumo total de agua de 2,700-4,800 ml/día, de las que 1,470-2,370 ml corresponden a bebidas y agua

simple. Con base en el consumo energético y la recomendación de 1-1,5 ml/kcal, al inicio del segundo trimestre de embarazo incrementan, en al menos 300 ml/día, las necesidades de agua. (Ministerio de la Salud de la Nación, 2012 y Figueroa et al; 2013).

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú señalan que el aumento del consumo de agua ayuda a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como la que da de lactar (Ministerio de Salud, 2004)

j) Consumo de alimentos en conservas, chatarra, snack y otros:

Con respecto a los alimentos enlatados, se recomienda que se limite su consumo, pues no proporciona los nutrientes necesarios como otros alimentos. También se recomienda a las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar que limiten el consumo de café y otras bebidas (te, cacao, ciertos refrescos), ya que estudios epidemiológicos demuestran la asociación que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos. Asimismo, el café, té, cocoa y chocolate, interfieren en la absorción de hierro. Es necesario también disminuir el consumo de gaseosas, golosinas y dulces, ya que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud, 2010).

k) El consumo de sal:

Es recomendable que la población haga uso de la sal yodada en sus alimentos para cubrirlos requerimientos nutricionales (Ministerio de Salud, 2004), debido a que algunos productos animales y vegetales no contienen las cantidades de yodo necesarios para satisfacer los requerimientos del cuerpo, No obstante, es importante consumir las cantidades necesarias, sin exceso.

l) Suplementación vitamínica durante el embarazo:

Se refiere al suministro de micronutrientes en comprimidos, capsulas, jarabe, polvo, etc. Según la Norma Técnica de atención integral de salud materna recomienda la

Suplementación durante la gestación, de lo siguiente: La suplementación de ácido fólico se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación, pero también se debe administrar durante el embarazo, siendo la dosis recomendada de 400 ug. La suplementación de calcio se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el término. En la suplementación de hierro, se administra sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y que se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación, siendo la dosis diaria de 300 mg. En casos de mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso. Debe ser ingerido media hora antes del almuerzo, de preferencia con jugos ricos en ácido ascórbico, no administrarlo con leche, infusiones de hierbas, café o té que impiden la absorción del hierro (Ministerio de Salud, 2013).

Respecto a las porciones de alimentos.

La porción de alimento se define como la cantidad o tamaño de un alimento que comúnmente se consume, siendo su tamaño o peso convencional. Se expresan en medidas caseras comunes y se les asigna, por grupo de alimentos, un valor promedio del contenido de energía, proteínas y grasas para ayudar al cálculo nutricional de la dieta.

En los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú se menciona que toda gestante debe consumir como mínimo una porción diaria de cada grupo de alimentos. Por su parte el Ministerio de Salud en su documento sobre la alimentación durante el embarazo, señaló que toda mujer gestante necesita unas 285 calorías adicionales para su mantenimiento, por ello, teniendo en cuenta los grupos de alimentos, recomiendan el consumo de las siguientes cantidades de porciones de los cuatro grupos básicos de alimentos: 4 o más porciones de frutas y de verduras, 4 o más porciones de pan y de cereales integrales o enriquecidos (calorías), 4 o más porciones de leche y de productos lácteos (calcio) y 3 o más porciones de carne, ave, pescado, huevos y legumbres (proteína) (Ministerio de la Salud,

2007).

2.2.1.2 Clasificación de prácticas de alimentación

La propuesta de clasificación se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1

Clasificación de Prácticas de alimentación

Indicador	Interpretación
Bueno: \geq de 16 pts.	Nivel satisfactorio de prácticas alimentarias en la gestación
Regular: 10 – 14 pts.	Medianamente satisfactorio de prácticas alimentarias en la gestación
Deficiente: \leq 12 pts.	Nivel insatisfactorio de prácticas alimentarias en la gestación

Fuente: Escobedo L, Lavado C. (2015). Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes del I Trimestre. Hospital Belén de Trujillo.

2.2.2 Estado Nutricional

El estado nutricional está basado en una evaluación de varios elementos tanto antropométricos como bioquímicos. etc. por ejemplo: Gibson establece que el resultado de la evaluación es la representación de la información que se obtenga al realizar estudios clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos; y está determinado a través de lo que se consume y de utilización de los nutrientes de las personas y/o población. Lee, la define como “la evaluación del estado de nutrición de los individuos o poblaciones a partir de la medición de su consumo de alimentos y nutrimentos y la valoración de los indicadores de nutrición relacionados con el estado de salud”. Por su parte la OMS no la define pero la ubica como la aplicación metodológica cuyo propósito final es mejorar la salud de los seres humanos. (Suverza & Huaua, 2010).

Gimeno (2021), define al estado nutricional como el resultado de la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales que conlleva a la utilización de estos, manteniendo las reservas y compensar las pérdidas. La FAO (2019), define al estado nutricional como un estado fisiológico relacionado con la ingesta de nutrientes, las necesidades nutrimentales y la capacidad del cuerpo humano para digerir, absorber y utilizar estos nutrientes.

El estado nutricional refleja el grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas de un individuo, es decir, cuando las personas se alimentan y completan sus requerimientos energéticos de acuerdo a su talla, peso, edad y actividad física, se obtiene una buena salud; visto desde otro punto cuando la ingesta es insuficiente o excesiva en cantidad de nutrientes esta compromete la salud (Lapo & Quintana, 2018).

La evaluación del estado nutricional se realiza mediante la aplicación de indicadores antropométricos, bioquímicos y dietéticos, los cuales nos permiten estimar la situación nutricional de un individuo o población. El uso de estos indicadores nos ayuda identificar la composición corporal y la ingesta habitual con la finalidad de detectar de forma temprana y sistemática los riesgos de malnutrición, ya sea por excesos o déficit dado que se enlaza a la prevención y al tratamiento de patologías, con el fin de identificar las necesidades energéticas de macronutrientes y micronutrientes.

Según Castillo & Zenteno (2014), La valoración del estado nutricional de la gestante se deberá realizar en el primer trimestre del embarazo, con la finalidad de poder realizar la intervención nutricional para asegurar un resultado exitoso al final de la semana 40 de gestación.

2.2.2.1 Parámetros antropométricos.

Peso preconcepcional

Las condiciones ideales para el peso corporal de la madre deberán corresponder tomando en un plazo máximo de dos meses antes del inicio del embarazo. De no ser posible, se considera aceptable de acuerdo con los criterios presentados por la OMS, obteniéndose durante el primer trimestre. Este valor tiene importancia como parámetro. (Ochoa, 2016)

Talla:

Según Ochoa (2016), la talla durante el embarazo aumenta de manera importante las curvaturas de la columna vertebral lo que tal vez haga que varíe la talla inicial.

Este dato, es necesario para la obtención de IMC (pre gestacional y gestacional) en mujeres embarazadas instituye un indicador aproximado del crecimiento infantil y la estructura ósea pélvica.

Índice de masa corporal: (IMC)

Es la medición que relaciona el peso y la talla de la persona, creada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, pero fue solo hasta 1972 cuando Ancel Keys, le designo el nombre literal de “Body Mass Index” que ya se conocía como fórmula de Quetelet:

Índice de Masa Corporal

$$\mathbf{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Es un indicador para estimar el estado nutricional una forma práctica, sencilla y económica para establecer la malnutrición y el aumento excesivo de peso unido a la obesidad, lo que ayuda para determinar los riesgos de salud en cada caso antes mencionado (Aquino y Carretero, 2017). La valoración del estado nutricional según la OMS, se da en la tabla 2.

Tabla 2*Valoración del estado nutricional según OMS*

Estado Nutricional	IMC (Kg/m²)
Bajo peso	18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad I	30 a 34,9
Obesidad II	35 a 39,9
Obesidad III	40

Fuente: Estado Nutricional IMC según la OMS Valoración del Estado Nutricional. Jaime Pajuelo Ramírez. 2014.

Aumento – ganancia de peso en la gestante

Las mujeres en gestación, pueden clasificarse de acuerdo a su IMC pre gestacional, de acuerdo a la tabla 3:

Tabla 3*Clasificación de la mujer en gestación de acuerdo a su IMC pre gestacional*

Clasificación nutricional según IMCPG	IMC (kg/m²)	Ganancia Total (kg)
Bajo peso	<18,5	12,5 a 18,0
Normal	18,5 a 24,9	11,5 a 16,0
Sobrepeso	25 a 29,9	7 a 11,5
Obesidad	>30,0	5 a 9

IMCPG=Índice de masa corporal pre gestacional.

La ganancia de peso de la gestante depende de la clasificación del estado nutricional según el índice de masa corporal pre gestacional y se refiere al incremento de peso durante

el embarazo. Todas las gestantes deben ganar peso incluyendo las que se encuentran en obesidad, debido a que está formando un nuevo ser.

De acuerdo a las directrices emitidas en las tablas de evaluación nutricional se recomiendan que las mujeres deben ganar peso de acuerdo a su peso pre gestacional como por ejemplo la de IMC pre gestacional entre 18,5 y 24,9, deben tener un aumento de peso total de 11,5 a 16 Kg. Las gestantes con un IMC inferior a 18,5, es decir con bajo peso deberían subir entre 12,5 y 18 Kg. En mujeres con sobrepeso, es decir un IMC entre 25 y 29,9 se aconseja un incremento entre 7 y 11,5 Kg. Y por último en gestantes con IMC por encima de 30 que se clasifica como obesidad se recomienda que sea entre 5 a 9 Kg. (Ministerio de Salud, 2012).

Según el Ministerio de Salud (2012), la clasificación de la ganancia de peso es:

a) Baja ganancia de peso

Cuando la gestante no ha alcanzado la ganancia mínima recomendada para su edad gestacional o condición de embarazo, llevando a un inadecuado estado nutricional de la madre e incrementando el riesgo de sufrir complicaciones maternas como la amenaza de parto pre término, pre eclampsia, talla baja y bajo peso al nacer.

b) Adecuada ganancia de Peso

Esta clasificación se da cuando la gestante ha podido obtener la ganancia de peso dentro de los rangos recomendados de acuerdo a su IMC pre gestacional. Eso nos da mayores posibilidades que el recién nacido nazca con un buen peso y talla al nacer, lo que asegura una mejor situación de salud.

c) Alta ganancia de peso

Esta clasificación nos indica que la gestante ha excedido el aumento de peso recomendado para su IMC pre gestacional, lo cual es más común en embarazos

múltiples y también en sobre alimentación.

2.2.2.2 Pruebas bioquímicas en la gestante

Las pruebas bioquímicas permiten medir el nivel hemático (sanguíneo) de vitaminas, minerales y proteínas e identificar la carencia específica de estos. Su importancia radica en detectar estados de deficiencias subclínicas por mediciones de las consecuencias de un nutrimento o sus metabolitos, que reflejen el contenido total corporal o el tejido específico más sensible a la deficiencia y en el apoyo que representan para otros métodos de evaluación nutricional (Castillo, 2004).

Uno de los principales problemas que acontecen en nuestro país es la anemia en la gestación, debido a que hay un bajo consumo de hierro, mineral indispensable para la formación de hematíes. Milman (2012), define a la anemia como niveles de hemoglobina < 11,0 g/dl en el primer y en el tercer trimestre y < 10,5 g/dl en el segundo trimestre de la gestación.

Según Medina (2015), para definir el estado nutricional en adecuado e inadecuado, teniendo en cuenta el IMC pre gestacional, la ganancia de peso y la presencia o no de anemia se consideran las siguientes categorías:

- Estado nutricional adecuado: cuando el IMC pre gestacional es Normal, la ganancia de peso es normal y no hay anemia ($Hb \geq 11$ gr/dl.).
- Estado nutricional inadecuado: cuando el IMC pre gestacional es de bajo peso, sobrepeso u obesidad y/o hay una ganancia inadecuada de peso y/o hay presencia de anemia ($Hb < 11$ gr/dl.).

Según la Organización Mundial de la Salud define la anemia como la deficiencia de la hemoglobina menor a 11 gr/dl y/o hematocrito menor a 33%; si el embarazo inicia con estos valores, durante el tercer trimestre este valor de la hemoglobina decae aún más por los

requerimientos del feto. Esto tendría como consecuencia: anemia, mortalidad materna como fetal, partos prematuros, retardo de crecimiento intrauterino y malformaciones (Arana et al; 2017).

Durante la gestación se produce un incremento de volumen plasmático, esto se produce ya que se necesita para la circulación placentaria y mamaria. Este aumento se inicia a partir de la sexta semana y llega al máximo en la semana 30 para luego regresar a la normalidad durante la tercera y octava semana post parto. Los niveles de hemoglobina y hematocrito bajos en una gestante se deben a la elevación del volumen plasmático, según la fisiología estas suelen disminuir en el tercer y quinto mes, teniendo en cuenta que disminuye aún más entre el quinto y octavo mes, con un ligero aumento a término del embarazo y llega a su normalidad en la sexta semana después del parto (OMS, 2018).

Asimismo (Annamraju & Pavor, 2016) comenta: La anemia severa en el embarazo, especialmente si no es detectada y/o no corregida, puede justificar la terapia de hierro intravenoso o incluso transfusión de sangre. Esta puede ser requerida antes o después del nacimiento. La transfusión de sangre está asociada con diversos riesgos incluyendo reacciones agudas de transfusión, transfusiones incorrectas, infecciones y sensibilización que conducen a la aloinmunización fetal materna futura.

En el embarazo, la anemia puede agravarse por diversas afecciones, como hemorragias uterinas o placentarias, hemorragias gastrointestinales y pérdida de sangre en el parto. Además de las consecuencias generales de la anemia, existen riesgos específicos durante el embarazo para la madre y el feto, como el retraso del crecimiento intrauterino, la prematuridad, el índice de falta feto-placentario y un mayor riesgo de transfusión de sangre periparto (Breyman, 2015).

La definición de anemia recomendada por el Centro para el Control y Prevención de enfermedades es un valor de hemoglobina (Hb) o hematocrito (Hct) por debajo del percentil cinco de la distribución de Hb o Hct en una población sana de referencia basada en las etapas de la gestación. La Clasificación derivada del suplemento de hierro. La población enumera los siguientes niveles como anémicos de Hb (g / dl) y Hct. (porcentaje) en niveles por debajo de:

- Primer trimestre: 11 g / dl y 33%
- Segundo trimestre: 10,5 g / dl y 32%
- Tercer trimestre: 11 g / dl y 33% (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008).

Según la del Ministerio de Salud (2017), la anemia en gestantes y puérperas tiene los siguientes valores, Tabla 4:

Tabla 4

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en gestantes

Mujeres gestantes y Puérperas	Severa	Moderada	Leve	Sin anemia
Mujer gestante de 15 años a más	< 7,0	7,0 – 9,9	10,0 – 10,9	≥11,0
Mujer Puérpera	< 8,0	8,0 – 10,9	11,0 - 11,9	≥12,0

Fuente: Norma técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas (MINSA, 2017).

2.3 Bases Filosóficas

Como menciona el filósofo francés Rene Descartes (Padre del Racionalismo): "Si no se come no se piensa", partimos de esta premisa para dar importancia a una correcta alimentación.

Para Descartes el consumo habitual de determinados alimentos está estrechamente vinculado a la conservación de la salud, puesto que nuestro cuerpo llega a estar bien acostumbrado al estilo de vida que nosotros llevamos, consecuentemente, toda alteración en nuestro régimen conforma la causa de afecciones, dado que cuando nosotros cambiamos este estilo de vida, entonces, mucho más a menudo, nuestra salud empeora (García, 2017).

Durante la gestación, los riesgos de padecer enfermedades y desnutrición están condicionados por antecedentes biológicos, hereditarios, psicológicos, el acceso a los servicios de salud y la situación socioeconómica y cultural de la gestante. Es en este marco donde se localizan las prácticas alimentarias, las cuales adquieren relevancia si se considera que éstas, aunadas a los aspectos antes mencionados, determinan el estado nutricional de la madre. Por ello mismo es que el embarazo es considerado, por diversos sistemas y tradiciones médicas, como una etapa de riesgo nutricional (Reyes, 1995 y Martínez, 1998).

Las distintas etapas del proceso reproductivo, además de tener un componente biológico común e idéntico en todo grupo humano, presentan una dimensión fundamental de unicidad y diferenciación en sus formas de manifestarse, debido a su intrínseca relación con el conjunto sociocultural de procedencia; es decir, toda comunidad, a partir de sus vivencias, genera creencias y tradiciones que cristalizan en actividades, hábitos y prácticas que tienen que ver con la salud individual y colectiva y que se manifiestan de manera diferenciada en las personas que la integran. De acuerdo con lo anterior, las formas de atender el proceso embarazo-parto- puerperio y al recién nacido, así como las actitudes y prácticas hacia la fertilidad y sus trastornos en los distintos pueblos, tienen un marco referencial que se distingue notablemente de su correspondiente en la atención biomédica (Icaza, 1990 y Sesia, 1992).

2.4 Definición de términos básicos

a) Gestante

Mujer en proceso de desarrollo de un producto de vida intrauterina, con un promedio de tiempo entre 37 a 42 semanas o 280 días. Sizer (2014), refiere como gestación o embarazo a “aquel periodo de desarrollo intrauterino que se extiende alrededor de las 38 y 42 semanas y éstas se dividen en trimestres, los cuales duran entre 13 y 14 semanas, incluidos desde el origen o concepción hasta nacimiento del bebé”.

b) Estado nutricional

Valoración del nivel de salud del individuo o población y su bienestar, poniendo como referencia la nutrición, en el cual se examina el nivel de sus requerimientos metabólicos, bioquímicos y fisiológicos y su cobertura por la ingestión de alimentos (Martínez & Padrón, 2018).

c) Prácticas alimenticias

Vienen a ser las actitudes y conductas que presenta un individuo, respecto a su alimentación (Cruz et al, 2012).

d) Alimentación

Conjunto de actividades y procesos, los cuales tienen su base en la dotación de alimentos del medio externo, y su incorporación en el organismo para brindar los requerimientos acordes a la edad, actividad y/o desarrollo fisiológico de acuerdo a la etapa de vida del ser humano (Ministerio de Salud, 2016).

2.5 Hipótesis e investigación

Hipótesis 1:

H₀: Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

H_a: Las prácticas alimenticias si están asociadas al nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

Interpretación:

pvalor = $>,05$ se acepta H_0

pvalor = $<,05$ se rechaza H_0 ; se acepta H_a

Hipótesis 2:

H_0 : Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

H_a : Las prácticas alimenticias si están asociadas al nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

pvalor = $>,05$ se acepta H_0

pvalor = $<,05$ se rechaza H_0 ; se acepta H_a

Hipótesis 3:

H_0 : Las prácticas alimenticias no tienen relación con el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

H_a : Las prácticas alimenticias tienen relación con el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

pvalor = $>,05$ se acepta H_0

pvalor = $<,05$ se rechaza H_0 ; se acepta H_a

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación:

El estudio corresponde a una investigación con enfoque mixto (cuali y cuantitativo). (Hernández-Sampiere & Mendoza, 2018).

3.1.2 Nivel de investigación:

La investigación es de nivel correlacional (Hernández-Sampiere & Mendoza, 2018).

3.1.3 Diseño:

La investigación es de diseño cuasi experimental, porque se manipula de manera parcial la variable. (Hernández, Fernández y Baptista 2014).

3.1.4 Enfoque: Es de tipo cuantitativo

3.2 Población y Muestra

La población estuvo conformada por todas las gestantes que fueron atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional de Huacho entre los meses de febrero y abril 2022.

Unidad de Análisis: gestante atendida en consultorio externo del Hospital Regional de Huacho durante los meses de febrero-abril 2022.

Tamaño Muestral: La muestra fue tomada de manera no probabilística y el tamaño de la muestra también fue tomado por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Gestantes con historia clínica perinatal en el Hospital Regional de Huacho, entre febrero y abril 2022.
- Gestantes con atención prenatal en el Hospital Regional de Huacho, entre febrero y abril 2022.
- Gestantes que dieron consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Gestantes sin historia clínica perinatal en el Hospital Regional de Huacho, entre febrero y abril 2022.
- Gestantes sin atención prenatal en el Hospital Regional de Huacho, entre febrero y abril 2022.
- Gestantes que no dieron consentimiento informado

3.3 Técnicas de recolección de datos**3.3.1 Técnicas a emplear**

La técnica que se utilizó para recabar la información sobre el estado nutricional de las gestantes fue documental, y para las prácticas alimentarias se utilizó la encuesta personalizada durante la consulta en el consultorio de nutrición del Hospital Regional de Huacho, ya que se realizaron preguntas a cada gestante para indagar sobre las características de su alimentación durante su embarazo.

3.3.2 Descripción de los instrumentos**- Ficha de registro – historia clínica perinatal – Estado nutricional**

A través de la ficha de registro, se extrajo la información de la historia clínica, respecto a los valores antropométricos y bioquímicos para valorar el estado nutricional de la gestante. (Ver anexo 2).

Con esta ficha se logró recabar información sobre los aspectos personales de la gestante y su estado nutricional como son las características antropométricas, el IMC pre gestacional, ganancia de peso y los valores de hemoglobina con que llegó la gestante en el tercer trimestre de embarazo.

Para la valoración del estado nutricional se consideró las medidas antropométricas y el nivel de la hemoglobina, categorizándolo de la siguiente forma:

- *Estado nutricional adecuado:*

Si el IMC está entre parámetros normales de 18,5 a 24,9Kg/m², hay una adecuada ganancia de peso y la hemoglobina es mayor o igual a 11 g/dl.

- *Estado nutricional inadecuado:*

Si el IMC está entre parámetros anormales:

Bajo peso < 18,5 Kg/m²

Sobrepeso 25 a 29,9 kg/m²

Obesidad \geq 30 Kg/m²

y/o hay una inadecuada ganancia de peso y/o la hemoglobina es menor a 11g/dl.

- **Cuestionario Escala de actitudes - prácticas alimenticias**

Para evaluar las prácticas alimentarias se utilizó la encuesta a través de la aplicación del cuestionario validado y confiabilizado (alfa de Cronbach= 0.794) por Medina (2015). Este instrumento consta de 14 ítems para valorar prácticas alimenticias en gestantes, como la frecuencia de alimentos, consumo de tipos de alimentos y suplementos. (Ver Anexo 3, 4 y 5)

Las alternativas de respuesta indican el nivel de prácticas. Siempre, casi siempre, regularmente, a veces, nunca.

El nivel de actitudes fue medido como se indica:

- 5: Siempre
- 4: casi siempre
- 3: Regularmente
- 2: A veces
- 1: Nunca

Las respuestas de este cuestionario están formuladas en base a la escala de Likert (1, 2, 3,4 y 5 puntos). Según, lo establecido por Media (2015) las prácticas alimentarias tienen la siguiente clasificación:

VALORACIÓN	PUNTAJE
Práctica Adecuada	50 - 70
Práctica parcialmente inadecuada	35 - 49
Práctica Inadecuada	14 - 34

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

El registro y ordenamiento de los datos se realizó con el programa Microsoft Excel en su versión 2016. Para el procesamiento y el análisis se utilizó el programa SPSS, versión 23. Asimismo, el análisis descriptivo se llevó a cabo a través de la utilización de tablas de frecuencia y porcentaje.

El método estadístico para comprobar las hipótesis es Chi-cuadrado (X^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si X^2_c es $>$ que X^2_t , se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Si X^2_t es $>$ que X^2_c se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Capítulo IV: RESULTADOS

4,1 Análisis de Resultados.

Tabla 5

Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

		Frecuencia	Porcentaje
Grupo etario	< 20 años	5	8,3
	De 20 a 35 años	49	81,7
	> 35 años	6	10,0
	Total	60	100,0
Grado de instrucción	Primaria	13	21,7
	Secundaria	36	60,0
	Superior	11	18,3
	Total	60	100,0
Estado civil	Casada	3	5,0
	Conviviente	29	48,3
	Soltera	28	46,7
	Total	60	100,0
Ocupación	Ama de casa	26	43,3
	Empleada	3	5,0
	Estudiante	10	16,7
	Independiente	21	35,0
	Total	60	100,0
N° de hijos	0	1	1,7
	1	21	35,0
	2	38	63,3
	Total	60	100,0

En la Tabla 5 se observan las características generales de las gestantes atendidas en el Hospital

Regional de Huacho; donde la mayoría presenta una edad de “20 a 35 años” (81,7%); estado civil de “conviviente” (48,3%); grado de instrucción de nivel “secundario” (60%); ocupación “ama de casa” (43,3%); con dos hijos (63,3%).

Tabla 6

Estado nutricional de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	2	3,3
Peso normal	30	50,0
Sobrepeso	26	43,3
Obesidad I	1	1,7
Obesidad II	1	1,7
Total	60	100,0

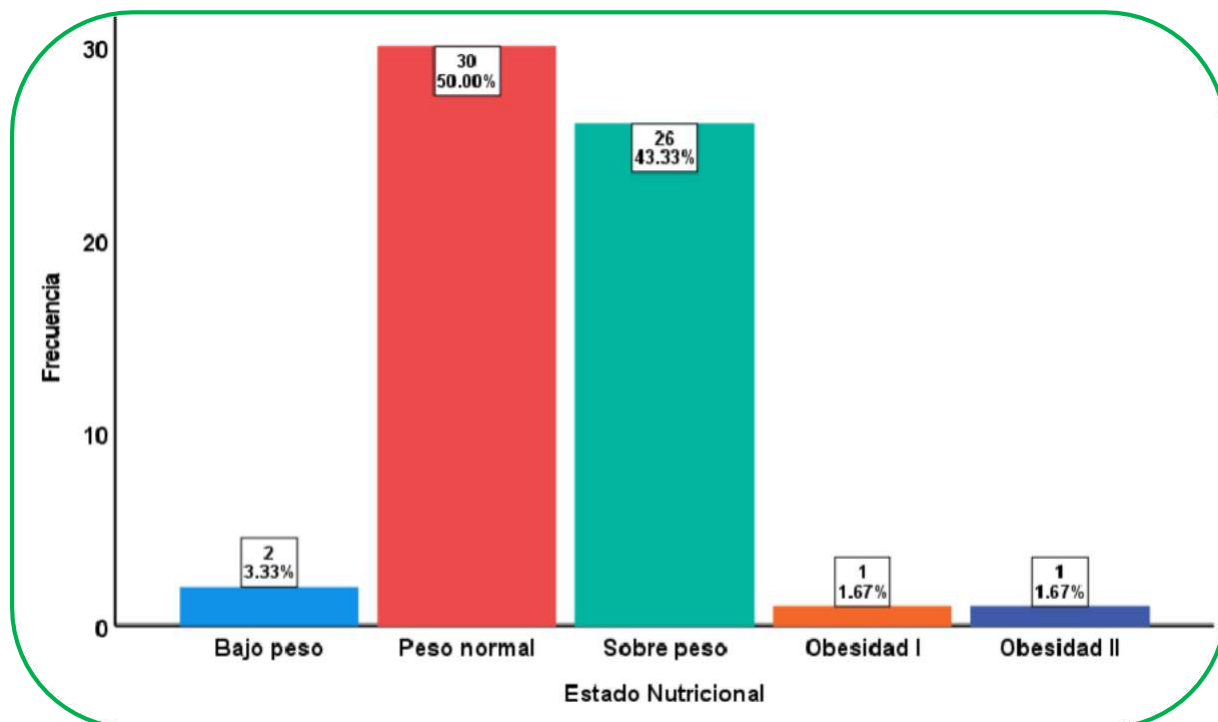


Figura 19. Estado nutricional de las gestantes del Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

La Tabla 6 y la figura 1 muestra que el 3,33% de las gestantes a término tiene un índice de masa corporal pre gestacional bajo peso, el 50% Normal, el 43,33% sobrepeso, el 1,67% obesidad tipo I y un 1,67% obesidad tipo II.

Tabla 7

Ganancia de peso de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Ganancia de Peso	Frecuencia	Porcentaje
Baja	9	15,0
Adecuada	19	31,7
Alta	32	53,3
Total	60	100,0

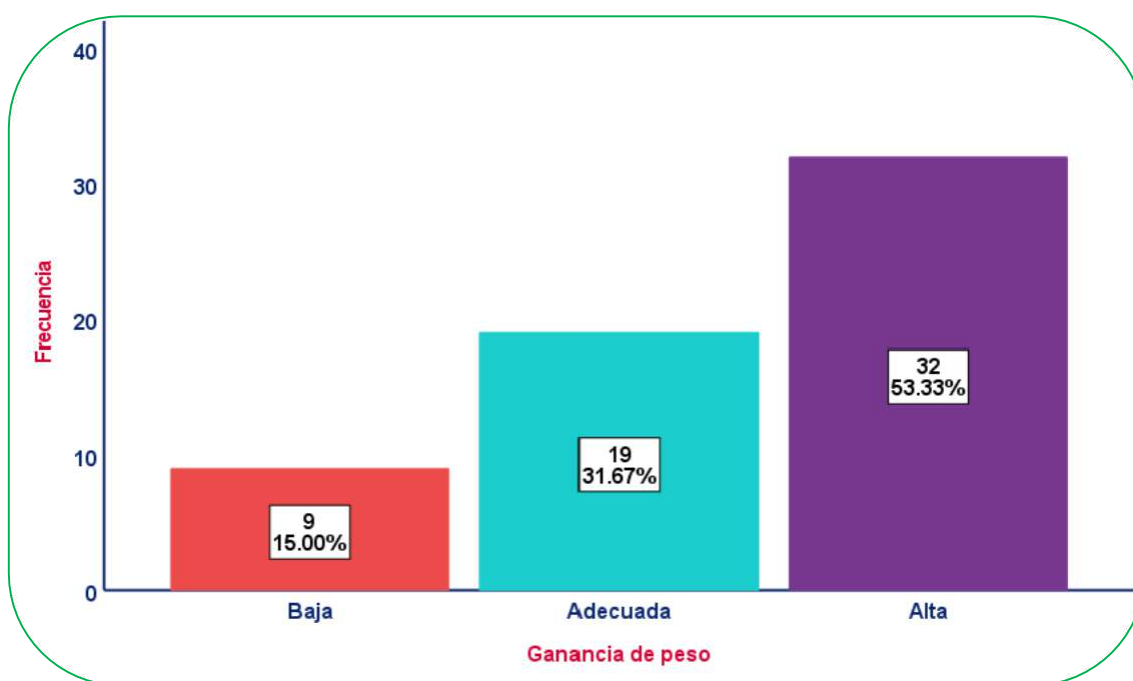


Figura 20: *Ganancia de peso de las gestantes Hospital Regional de Huacho*

Interpretación:

La tabla 7 y Figura 2 muestran que el 53.33% tiene ganancia de peso alta, el 15,00% tiene

ganancia de peso baja, el 31,67% tiene ganancia de peso adecuada.

Tabla 8

Prácticas Alimentarias de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Prácticas Alimentarias	N	%
Parcialmente inadecuada	24	40,0
Adecuada	36	60,0
Total	60	100,0

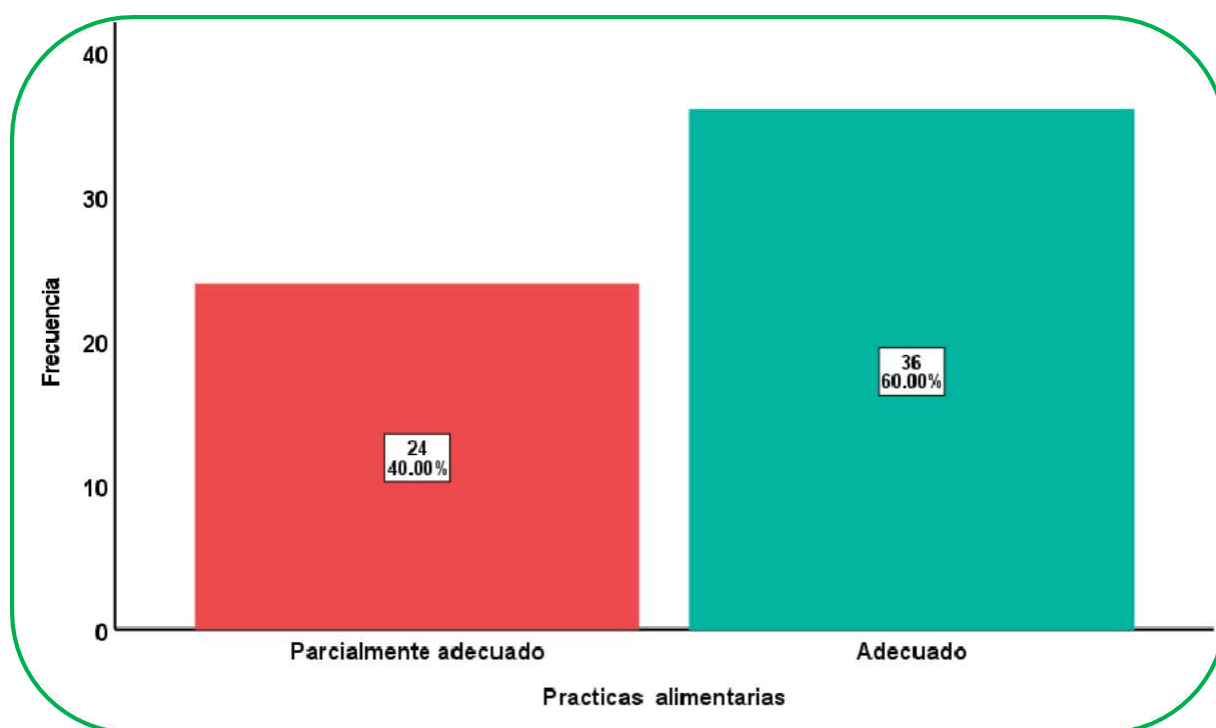


Figura 21. Prácticas alimentarias de la gestante del Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

La tabla 8 y figura 3 muestran los resultados en la encuesta aplicada respecto a la práctica de consumo alimentario, se tiene que el 40,00% tiene practicas alimentarias parcialmente inadecuadas y un 60,00% tiene practicas alimentarias adecuadas.

Tabla 9

Grado de anemia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Grado de anemia	N	%
Moderada	5	8,3
Leve	12	20,0
Normal	43	71,7
Total	60	100,0

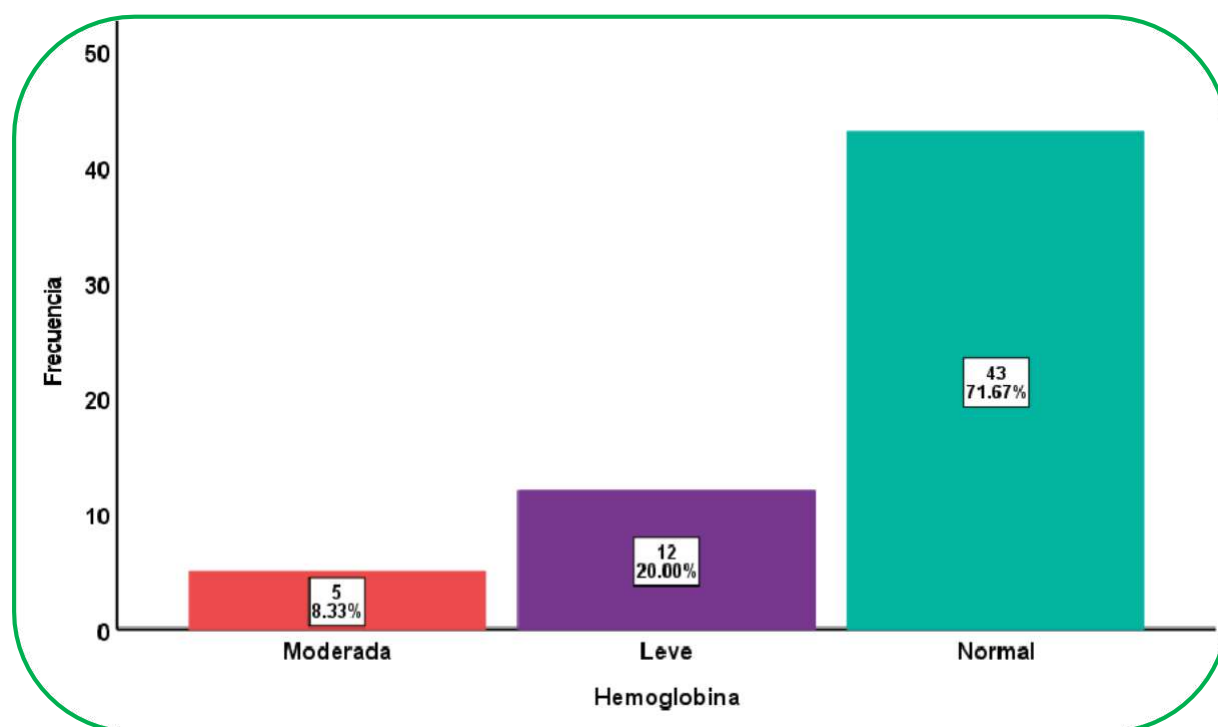


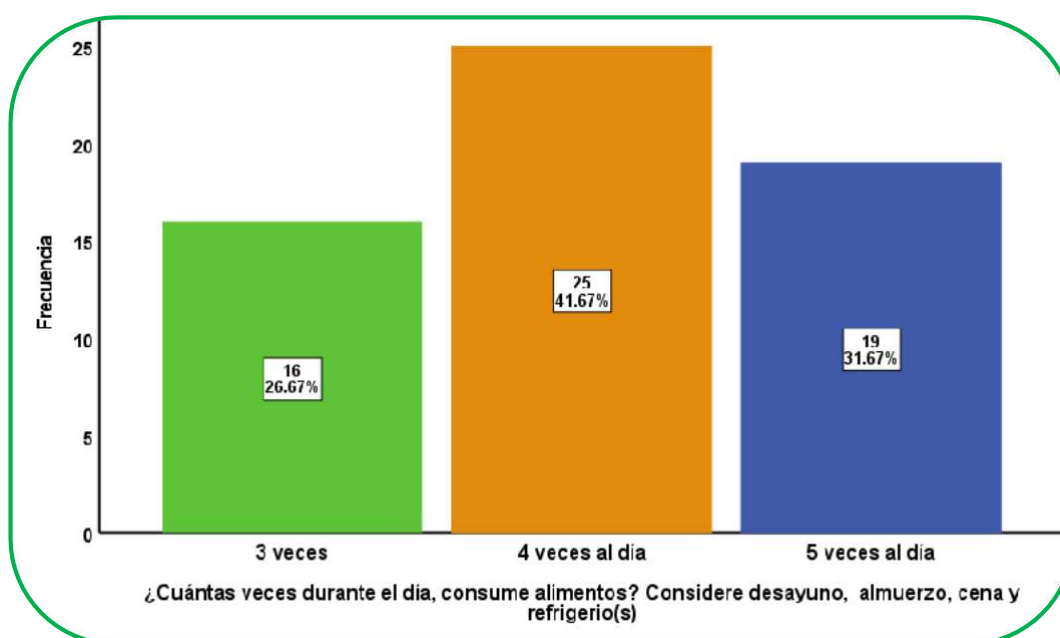
Figura 22: Grado de anemia de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

La tabla 9 y la figura 4 muestran que, de un total de 60 gestantes atendidas, se obtuvo que el 8,33% presenta un grado de anemia moderada, 20,00% una anemia leve y 71,67% Normal.

Tabla 10*Tiempos de comida de la Gestante*

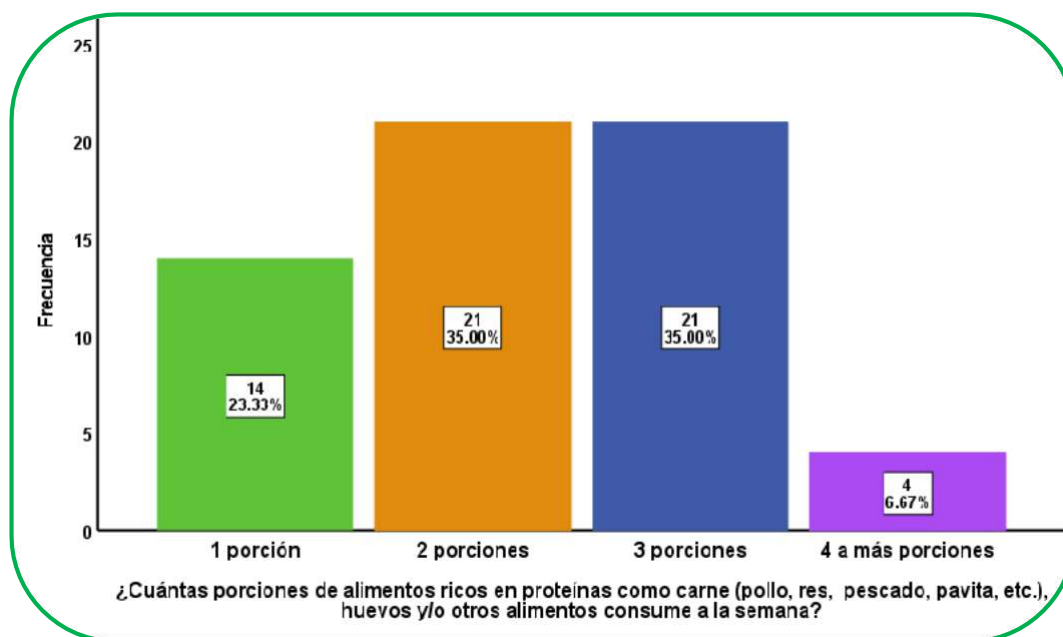
¿Cuántas veces durante el día, consume alimentos?		
Considere desayuno, almuerzo, cena y refrigerio(s)	N	%
3 veces	16	26,7
4 veces al día	25	41,7
5 veces al día	19	31,7
Total	60	100,0

**Figura 23: Tiempos de comida de la Gestante***Interpretación:*

De la encuesta aplicada, se tiene que el 26,67% considera que el tiempo de comida es 3 a veces al día, el 41,67% considera que el tiempo de comida es 4 a veces al día, el 31,67% considera que el tiempo de comida es 5 a veces al día.

Tabla 11*Porciones de alimentos de alimentos proteicos*

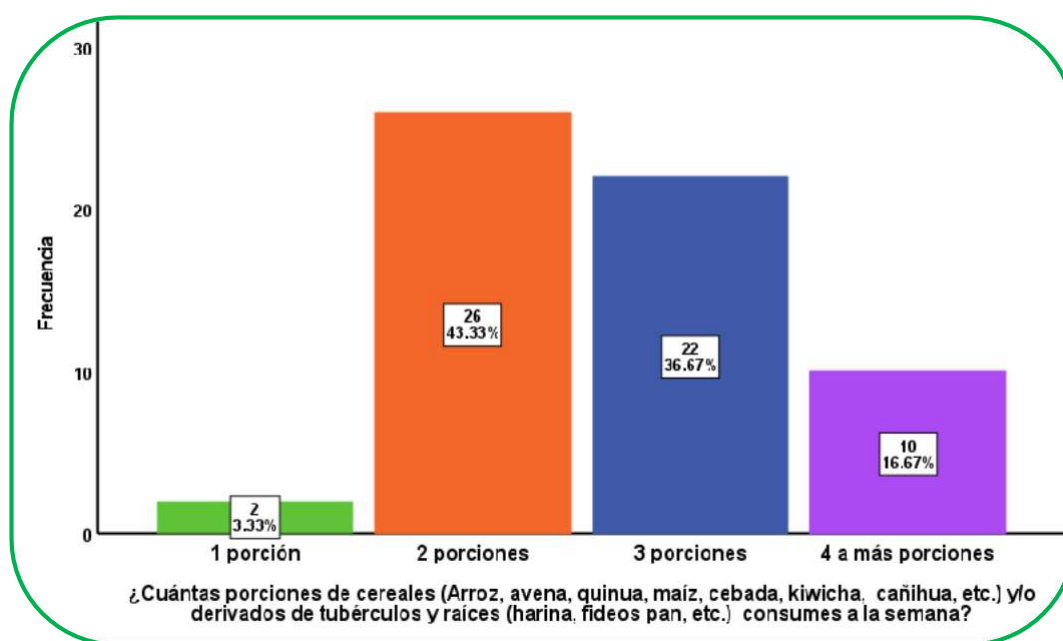
¿Cuántas porciones de alimentos ricos en proteínas como carne (pollo, res, pescado, pavita, etc.), huevos y/o otros alimentos consume a la semana?	N	%
1 porción	14	23,3
2 porciones	21	35,0
3 porciones	21	35,0
4 a más porciones	4	6,7
Total	60	100,0

**Figura 24: Consumo de alimentos de alimentos proteicos***Interpretación:*

De la encuesta aplicada, se tiene que el 23,33% consume 1 porción de alimentos proteicos, el 35% consume 2 y 3 porciones de alimentos proteicos, el 6,67% consume de 4 a más porciones de alimentos proteicos a la semana.

Tabla 12*Consumo de Alimentos ricos en carbohidratos*

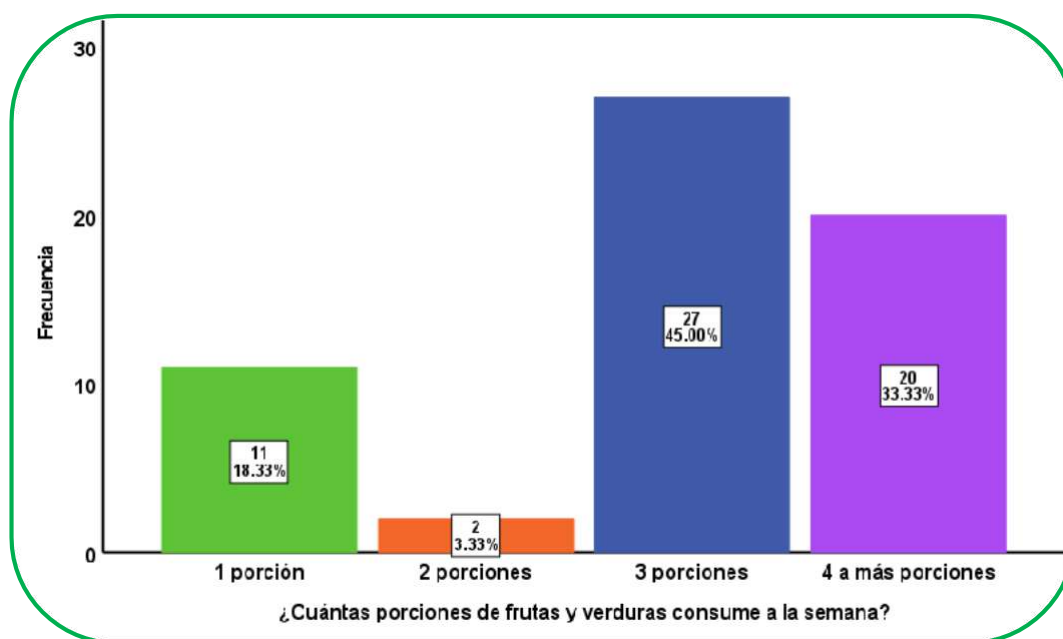
¿Cuántas porciones de cereales (Arroz, avena, quinua, maíz, cebada, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consumes a la semana?	N	%
1 porción	2	3,3
2 porciones	26	43,3
3 porciones	22	36,7
4 a más porciones	10	16,7
Total	60	100,0

**Figura 25: Consumo de Alimentos ricos en carbohidratos***Interpretación:*

De la encuesta aplicada, se tiene que el 43.3% consume 2 porciones de alimentos energéticos, el 36,67% consume de 3 porciones de alimentos energéticos, el 16,67% consume 4 a más porciones de alimentos energéticos y el 3,33% consume 1 porción de alimentos energéticos a la semana.

Tabla 13*Consumo de frutas y verduras por semana*

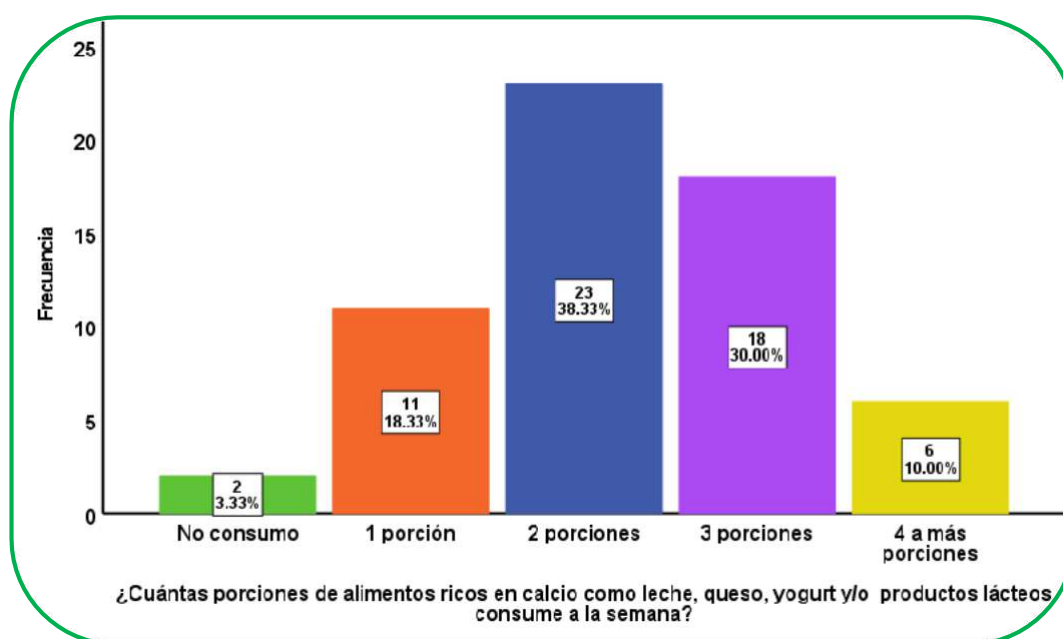
¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume a la semana?	N	%
1 porción	11	18,3
2 porciones	2	3,3
3 porciones	27	45,0
4 a más porciones	20	33,3
Total	60	100,0

**Figura 26: Consumo de frutas y verduras por semana***Interpretación:*

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume a la semana?, se tiene que el 45% consume 3 porciones, el 33,33% consume de 4 a más porciones, el 18,33% consume una porción y el 3,33% consume 2 porción a la semana.

Tabla 13*Consumo de alimentos ricos en calcio*

¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o productos lácteos consume a la semana?	N	%
No consumo	2	3,3
1 porción	11	18,3
2 porciones	23	38,3
3 porciones	18	30,0
4 a más porciones	6	10,0
Total	60	100,0

**Figura 27: Consumo de alimentos ricos en calcio***Interpretación:*

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o productos lácteos consume a la semana?, se tiene que el 38,33% consume 2 porciones, el 30% consume 3 porciones de alimentos ricos en calcio y el 18,33% consume una porción y 10,0% consume 4 a más porciones y un 3,33% 2 porciones por semana.

Tabla 14

Consumo alimentos de origen animal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen animal como sangrecita, hígado, bazo, pescado, entre otros a la semana?	N	%
Nunca	2	3,3
1 – 2 veces	9	15,0
3 – 4 veces	33	55,0
5 - 6 veces	7	11,7
Diario	9	15,0
Total	60	100,0

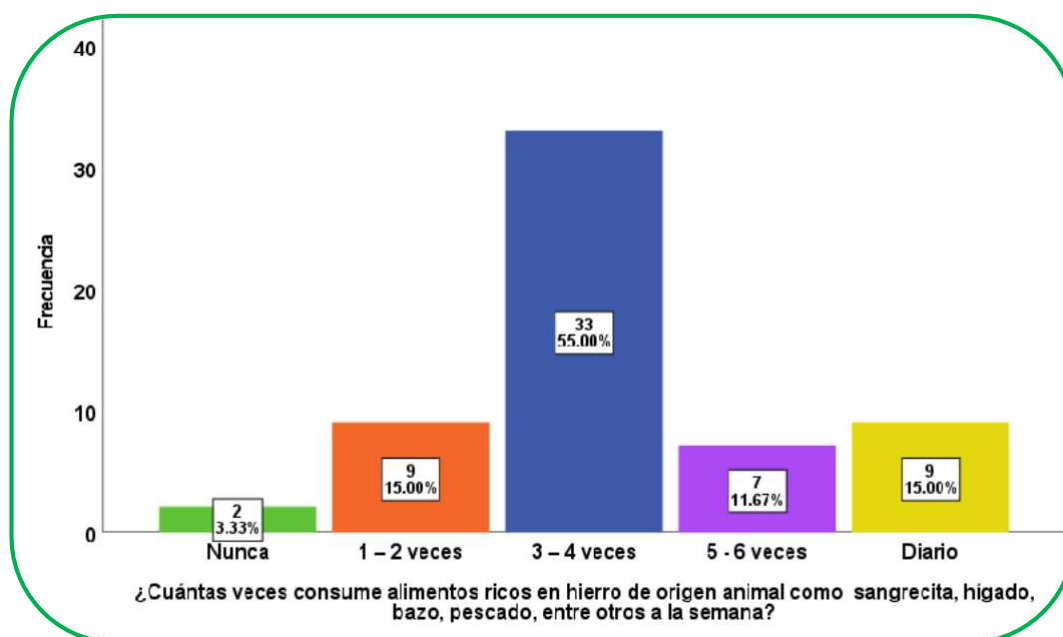


Figura 28: *Consumo alimentos de origen animal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho*

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen animal como sangrecita, hígado, bazo, pescado, entre otros a la semana?, se tiene que el 55% consume 3 a 4 veces, el 15% consume 1 a 2 veces, 11,67% consume 5 a 6

veces y el 3,33% no consume ningún alimento rico en hierro por semana.

Tabla 15

Consumo alimentos de origen vegetal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen vegetal como lenteja, frijol negro, espinaca, pistachos, entre otros a la semana?	N	%
1 – 2 veces	14	23,3
3 – 4 veces	33	55,0
5 - 6 veces	6	10,0
Diario	7	11,7
Total	60	100,0

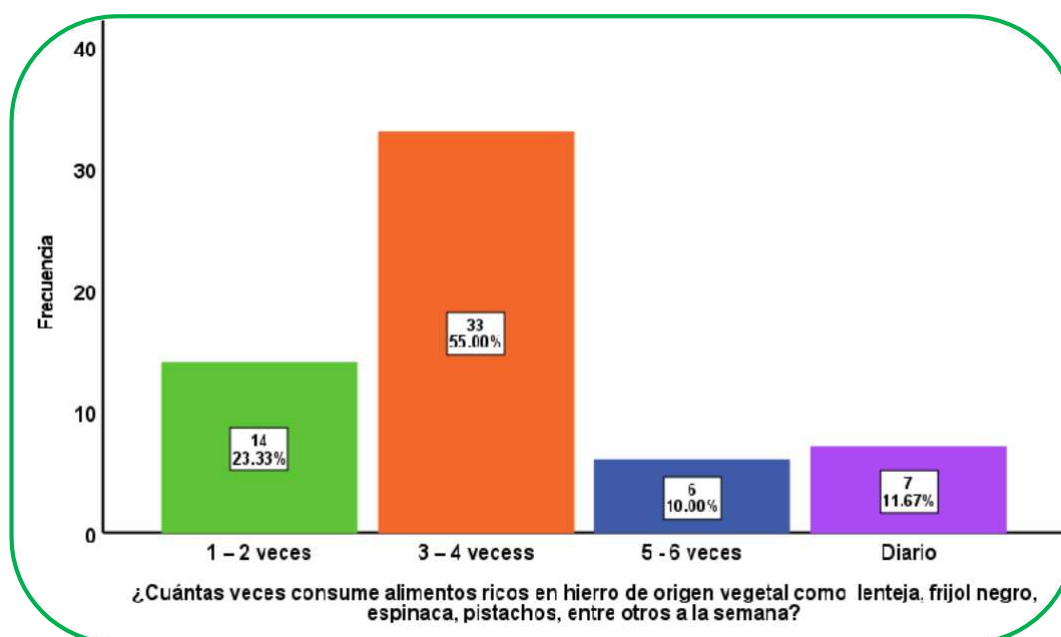


Figura 29: Consumo alimentos de origen vegetal ricos en hierro en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen vegetal como lenteja, frijol negro, espinaca, pistachos, entre otros a la semana?, se tiene que el 55% consume 3 a 4 veces, el 23,33% consume 1 a 2 veces, 10,0% consume 5 a

6 veces y el 11,67% consume todos los días de la semana.

Tabla 16

Consumo de Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales vegetal como semilla oleaginosa (maní, pecanas, avellanas, etc.) pescado entre otros a la semana?	N	%
1 – 2 veces	13	21,7
3 – 4 veces	28	46,7
5 - 6 veces	15	25,0
Diario	4	6,7
Total	60	100,0

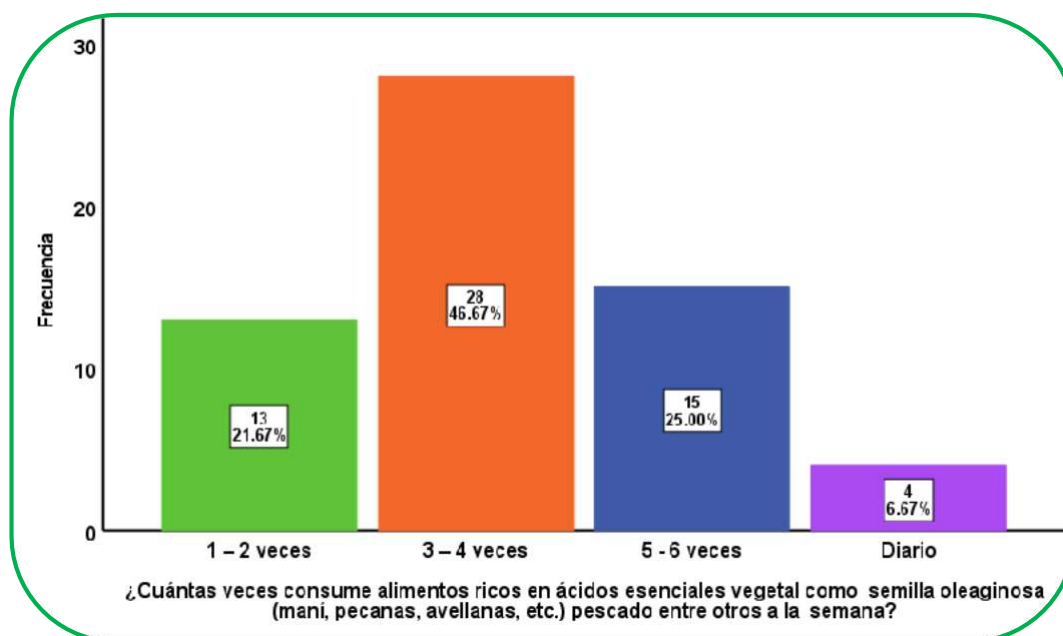


Figura 30: Consumo de Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales vegetal como semilla oleaginosa (maní, pecanas, avellanas, etc.) pescado

entre otros a la semana?, se tiene que el 46,67% consume 3 a 4 veces, el 25,0% consume 5 a 6 veces, 21,67% consume 1 a 2 veces y el 6,67% consume todos los días de la semana.

Tabla 17

Consumo de líquidos en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántos vasos de líquido (agua mineral, jugos, otras bebidas) toma al día?	N	%
De 0 a 1 vasos	4	6,7
De 2 a 3 vasos	20	33,3
De 4 a 7 vasos	11	18,3
De 8 a 10 vasos	21	35,0
De 10 a 15 vasos	4	6,7
Total	60	100,0

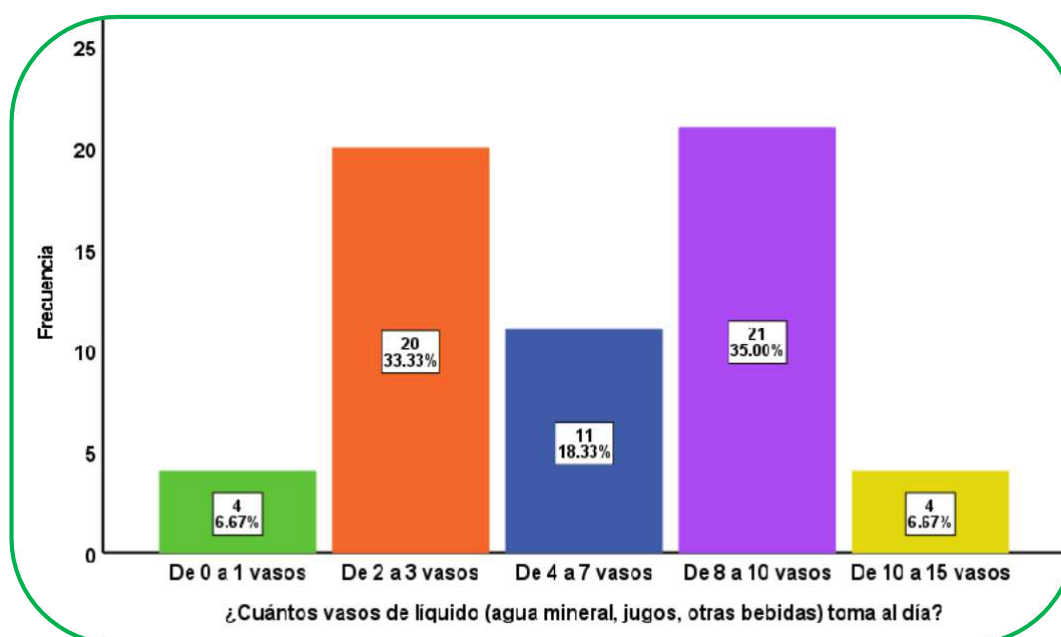


Figura 31: Consumo de líquidos en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántos vasos de líquido (agua mineral, jugos, otras bebidas) toma al día?, se tiene que el 35,00% consume 8 a 10 vasos, el 33,33% consume 2 a 3 vasos, 18,33% consume 4 a 7 vasos y el 6,67% consume de 10 a 15 vasos al día.

Tabla 18

Consumo de alimentos enlatados en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (mermeladas, conserva de durazno, entre otros a la semana)?	N	%
Casi siempre	5	8,3
Regularmente	11	18,3
A veces	38	63,3
Nunca	6	10,0
Total	60	100,0

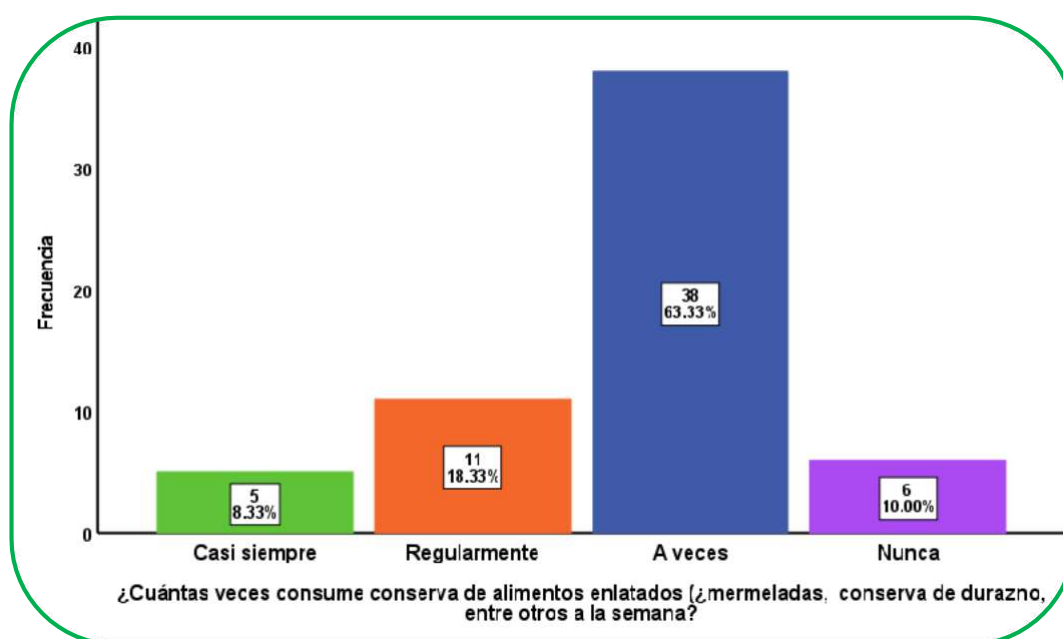


Figura 32: Consumo de alimentos enlatados en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (mermeladas, conserva de durazno, entre otros a la semana) se tiene que el 63,33% consume a veces, el 18,33% consume regularmente, 10,0% nunca consume y solo el 8,33% consume casi siempre.

Tabla 20

Consumo de comida chatarra en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, “tari”, uchucutá, etc.? Durante la semana	N	%
3 – 4 veces	23	38,3
1 - 2 veces	30	50,0
Nunca	7	11,7
Total	60	100,0

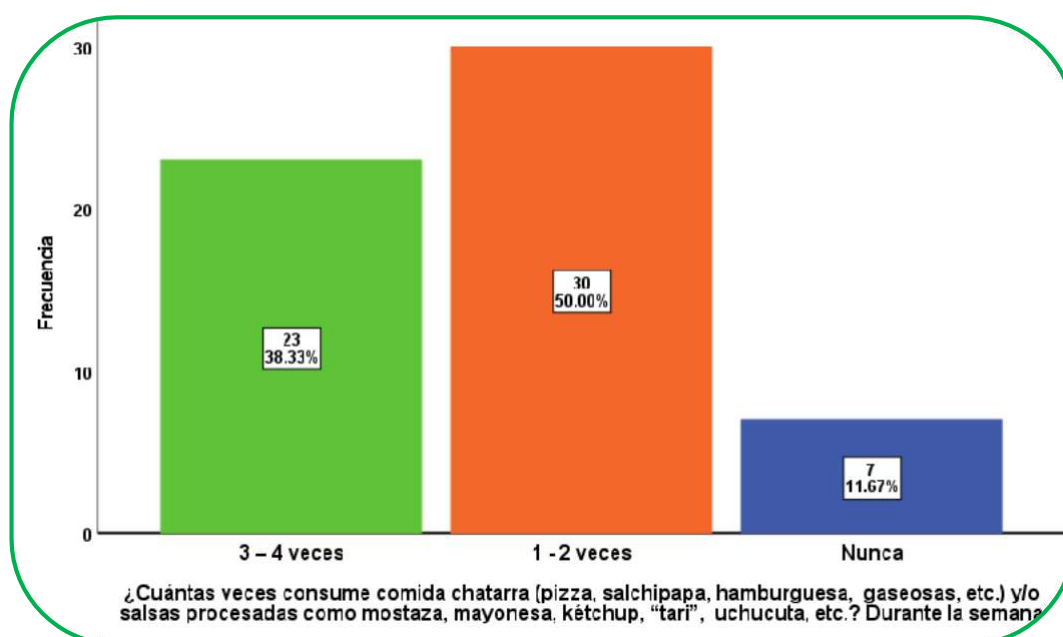


Figura 33: Consumo de comida chatarra en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, “tari”, uchucuta, etc.?, se tiene que el 50,00% consume 1 a 2 veces, el 38,33% consume 3 a 4 veces, 11,67% nunca consume.

Tabla 21

Consumo snacks y/o dulces en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, torta, helados, etc.) durante la semana?		N	%
Válido	5 - 6 veces	10	16,7
	3 - 4 veces	23	38,3
	1 - 2 veces	24	40,0
	Nunca	3	5,0
Total		60	100,0

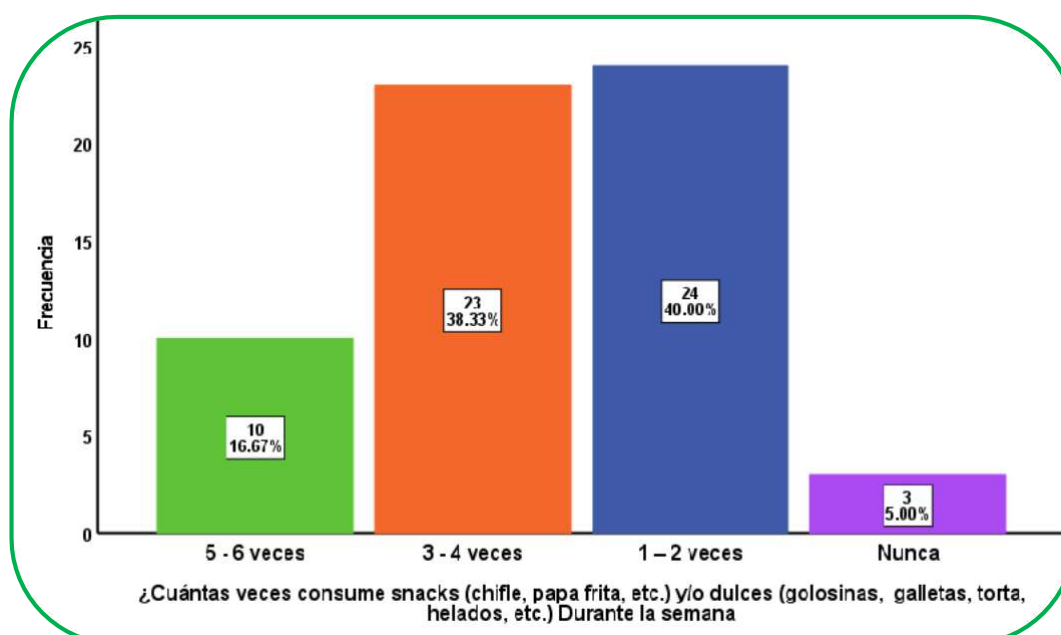


Figura 34: Consumo snacks y/o dulces en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, torta, helados, etc.) durante la semana?, se tiene que el 40,00% consume 1 a 2 veces, el 38,33% consume 3 a 4 veces, 16,67% 5 a 6 veces y un 5,00% nunca consume.

Tabla 22

Consumo de sal en exceso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Usted le añade sal adicional a la comida (comida ya servida) que va a consumir?	N	%
Regularmente	9	15,0
A veces	28	46,7
Nunca	23	38,3
Total	60	100,0

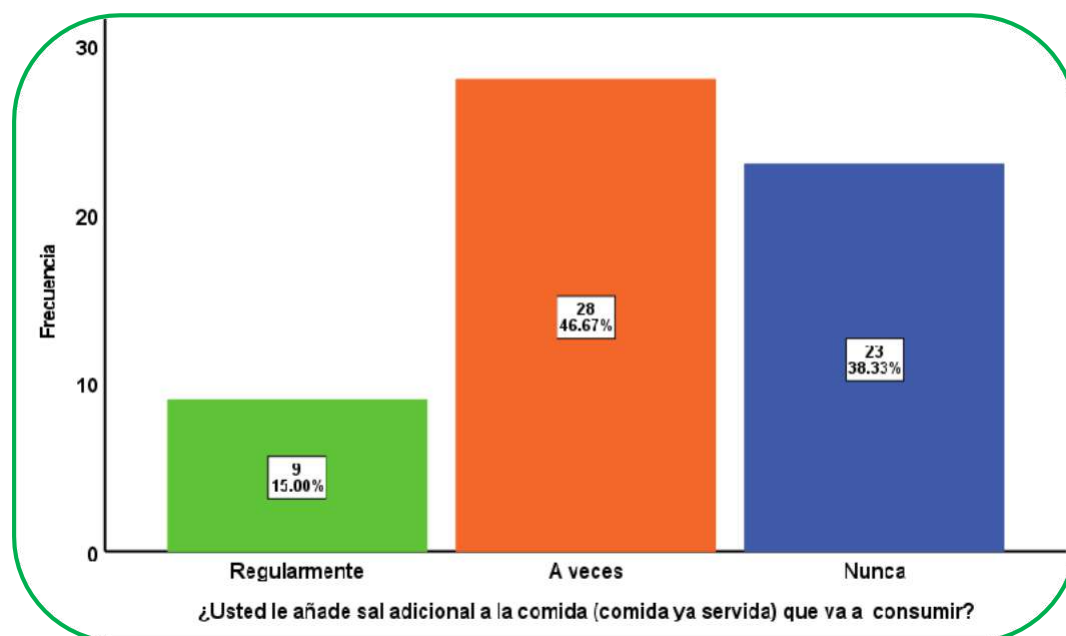


Figura 35: Consumo de sal en exceso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Usted le añade sal adicional a la comida (comida ya servida) que va a consumir?, se tiene que el 46,67% a veces adiciona sal, el 38,33% nunca adiciona y un 15,00% adiciona regularmente.

Tabla 23

Consumo de suplementos nutricionales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

¿Cuántas veces consume usted suplementos nutricionales?	N	%
Nunca	9	15,0
A veces	6	10,0
Regularmente	6	10,0
Casi siempre	13	21,7
Siempre	26	43,3
Total	60	100,0

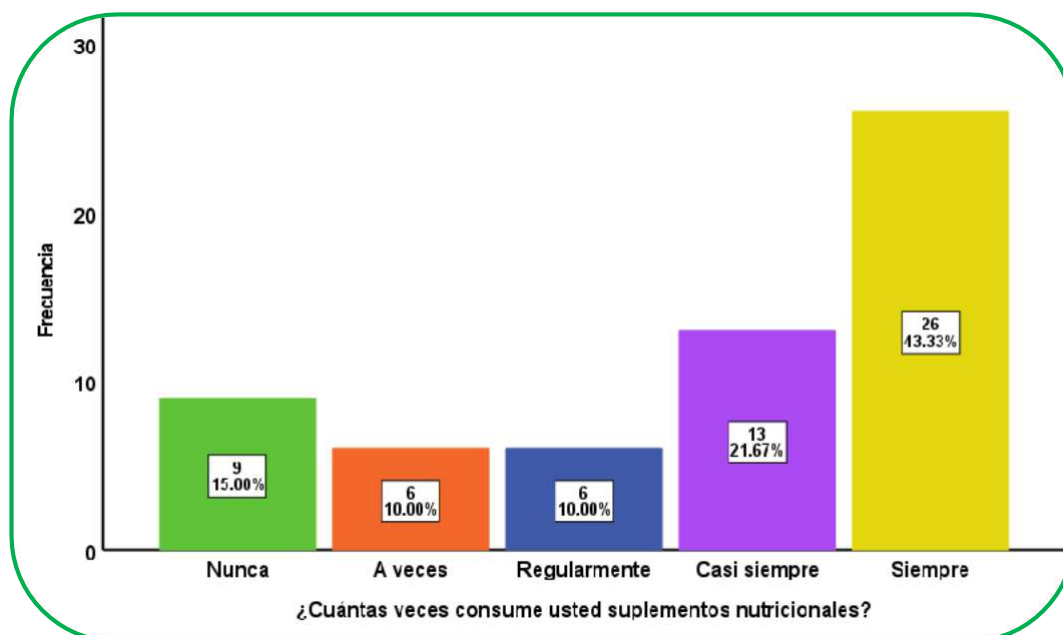


Figura 36: Consumo de suplementos nutricionales en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Interpretación:

De la encuesta aplicada, respecto a la pregunta ¿Cuántas veces consume usted suplementos nutricionales?, se tiene que el 43,33% siempre consume, el 21,67% consume casi siempre, 10,00% 5 a veces y un 15,00% nunca consume.

4.2 Contrastación de Hipótesis**Tabla 19**

Relación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso durante el embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Prácticas alimentarias	Ganancia de peso				
		Baja	Adecuada	Alta	Total
Parcialmente adecuada	N	7	7	10	24
	%	77,78 %	36,84 %	31,25 %	40,00 %
Adecuado	N	2	12	22	36
	%	22,22 %	63,16 %	68,75 %	60,00 %
Total	N	9	19	32	60
	%	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

Interpretación:

La tabla 24 muestra la relación entre las prácticas sobre alimentación durante la gestación y la ganancia de peso en el embarazo: donde el 40% de las gestantes tienen prácticas alimentarias parcialmente inadecuadas y el 60% presenta prácticas alimentarias adecuadas. Las gestantes con Ganancia de peso adecuado el 63,16% tuvo practicas alimentarias adecuadas y 36,84% practicas alimentarias parcialmente adecuada; de las gestantes con Ganancia de peso bajo el 77,78% presentan practicas alimentarias parcialmente inadecuada y 22,22% presentan practicas alimentarias adecuadas Adecuada.

Planteamiento de Hipótesis

Ho: Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

Ha: Las prácticas alimenticias si están asociadas al nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 20

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,452 ^a	2	0,040
Razón de verosimilitud	6,469	2	0,039
Asociación lineal por lineal	4,894	1	0,027
N de casos válidos	60		

Toma de decisión

Con el valor de “p” (0,04) es menor a 0,05 decimos que, existe relación significativa entre las prácticas sobre alimentación y la ganancia de peso, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 21

Relación entre las prácticas alimentarias y Hemoglobina de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Prácticas alimentarias		Hemoglobina			Total
		Moderada	Leve	Normal	
Parcialmente adecuado	N	4	9	11	24
	%	80,0%	75,0%	25,6%	40,0%
Adecuado	N	1	3	32	36
	%	20,0%	25,0%	74,4%	60,0%
Total	N	5	12	43	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la tabla 26, la relación entre hábitos alimentarios y nivel de hemoglobina de las gestantes, el 60,00% presentan hábitos alimentarios adecuados con un nivel de hemoglobina normal de 74,4%; 25,0% Leve y 20,0% moderada, el 40% presento hábitos alimentarios parcialmente adecuados, con un nivel de hemoglobina de 25,6% normal, 75,0% leve y 80% moderada.

Planteamiento de Hipótesis

Ho: Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Ha: Las prácticas alimenticias si están asociadas al nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Tabla 22

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,183 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitud	13,359	2	0,001
Asociación lineal por lineal	11,511	1	<,001
N de casos válidos	60		

^a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,00.

Toma de decisión

Como el valor de “p” (0,001) es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula, afirmando que existe relación significativa entre las prácticas sobre alimentación y el nivel de hemoglobina, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

Tabla 23

Relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Prácticas alimentarias		Índice de masa corporal pre gestacional					Total
		Bajo peso	Peso normal	Sobre peso	Obesidad I	Obesidad II	
Parcialmente adecuado	N	2	14	6	1	1	24
	%	100,0%	46,7%	23,1%	100,0%	100,0%	40,0%
Adecuado	N	0	16	20	0	0	36
	%	0,0%	53,3%	76,9%	0,0%	0,0%	60,0%
Total	N	2	30	26	1	1	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Planteamiento de Hipótesis

Ho: Las prácticas alimenticias no tienen relación con el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Ha: Las prácticas alimenticias tienen relación con el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho

Tabla 24

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.658 ^a	4	0,047
Razón de verosimilitud	11.215	4	0,024
Asociación lineal por lineal	1.026	1	0,311
N de casos válidos	60		

a. 6 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Toma de decisión

Con el valor de “p” (0,047) es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula, decimos que, existe relación significativa entre las prácticas sobre alimentación y el Estado Nutricional, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho.

V. DISCUSION

5.1 Discusión de resultados

La evaluación del estado nutricional de las gestantes del tercer trimestre, a través del Índice de masa corporal (IMC) se encontró que el 50% de las gestantes tenían un IMC normal, seguido por sobrepeso en un 43,3% (Tabla 6). Estos valores hallados son similares con lo reportado por Medina (2015), Huiza (2018) y Montero (2016) quienes hallaron un 47,9% , 63,3% y 59,5% de gestantes con un IMC normal y según Tarqui y colab, (2014) y Medina (2015) que hallaron 47% y 37,5% de sobrepeso, respectivamente. A diferencia de lo mostrado por Tarqui y colab. (2014) que observaron solo un 34,9% de gestantes con IMC normal y un 47% con sobrepeso, esto debido a que las gestantes evaluadas eran de zonas urbanas y no estaban consideradas como pobres, por lo que predominaban el sedentarismo y el alto consumo de grasas saturadas y comidas no saludables. Según los diversos estudios mencionados se determina que durante este periodo gestacional hay sobrepeso y obesidad, lo cual se observa en toda la etapa gestacional tal como lo manifiesta Guacales (2017) que la mayoría de las gestantes evaluadas durante toda la etapa gestacional presentaron un 46,7% pesos inadecuados para su embarazo (13,3% bajo peso, 26,7% sobrepeso y 6,7% obesidad.

En relación a ganancia de peso de las gestantes en el tercer trimestre (Tabla 7), el 53,3% de las gestantes presentan una ganancia alta de peso, el 31,7% ganancia adecuado de peso y un 15% de ganancia de peso insuficiente, estos valores hallados contrastan con lo reportado por Montero (2016) que halló el 50,5% de gestantes con baja ganancia de peso y 29,9% ganancia adecuada de peso en las gestantes con embarazo a término; de igual manera Tarqui-Mamani y colab. (2014) hallaron que el 59,1% de las gestantes tenían una

ganancia de peso insuficiente, 20,9% ganancia excesiva y 20% ganancia adecuada y por último Medina (2015), reportó el 34,7% de gestantes con alta ganancia de peso y con un 34% de baja ganancia de peso.

Estos valores hallados en esta investigación y los reportados por los autores indicados nos demuestran que existe una inadecuada alimentación, la cual podría conllevar posteriormente a problemas maternos y fetales, esto lo sustenta Cholán (2022), manifestando que el índice de masa corporal pre gestacional es muy importante en la ganancia de peso durante el embarazo y para el desarrollo del feto, ya que según clasificación antes de la gestación, se ganará el peso, en delgadez deberá obtener entre 12,5 a 18,0 Kg, cuando se encuentre normal 11,5 a 16,0, sobrepeso de 7,0 a 11,5 y en obesidad de 5,0 a 9,0. Asimismo, Francia (2017) manifiesta que en los dos primeros trimestres el aumento de peso es debido a la reserva de grasa materna, mientras que en el tercer trimestre el incremento se debe al crecimiento de los productos de la concepción como el feto, la placenta y el líquido amniótico. La ganancia excesiva de peso se asocia con recién nacidos grandes para su edad gestacional o bebés macrosómicos, es decir 4000 gramos o más, esto acarrea complicaciones maternas y desproporción pélvico-cefálica y por último, un poco de ganancia de peso produce restricción del crecimiento intrauterino y muerte perinatal.

De acuerdo a lo demostrado, el perfil nutricional de las gestantes que acuden a este centro de salud es inadecuado, pues presentan sobrepeso (43,3%) y alta ganancia de peso (53,3%) (Tabla 6 y 7), lo cual se relaciona con los hábitos alimentarios parcialmente inadecuados (40%) que se mostraron en la encuesta pues una gestante con una inadecuada ganancia de peso ya sea por exceso o déficit puede presentar diversas enfermedades; esto tal vez ocurra por una inadecuada consejería, información y orientación acerca de la combinación de alimentos que se deben

consumir, lo que se puede manifestar en una alimentación inapropiada.

En lo que concierne a las prácticas alimentarias (Tabla 8), la mayoría de las gestantes tiene practicas alimentarias adecuada (60%) ya que consumen alimentos 4 veces al día (41,7%) y parcialmente inadecuada (40%), esto se obtuvo sumando las respuestas de la encuesta y está determinado por la cantidad de alimentos que consume al día o la mala elección de los alimentos, no rigiéndose a lo que establecen los Lineamiento de Nutrición del Ministerio de Salud de nuestro país; estos resultados son similares a los estudios de Huiza (2018) que halló un 65,0% de prácticas alimentarias medianamente adecuadas (63,3%), a los de Medina (2015), quien encontró que las gestantes tenían hábitos alimentarios de medianamente adecuados (50%) a adecuados (27,8%), en cambio Montero (2016) encontró que la mayoría de las gestantes tienen prácticas alimentarias “inadecuadas” (83,4%) debido a que consumían alimentos con frecuencia de tres veces al día (41,3%); esto evidencia que el grupo encuestado, probablemente no ha recibido la consejería necesaria sobre los tipos de alimentos que debe consumir durante la etapa gestacional.

Además, hemos identificado que el 58,4% de las gestantes tiene una inadecuada frecuencia de alimentación (Tabla 10) debido a que el 26,7% consume alimentos solo 3 veces al día o ≥ 5 veces al día en un 31,7%, mientras que el 41,7% consume 4 veces al día, esto es lo que realmente repercute en el estado nutricional y la ganancia de peso de las gestantes al no tener un adecuado hábito alimentario. Según el Ministerio de Salud (2015), recomienda que una gestante debe consumir cuatro alimentos diarios, debido a que durante la gestación es necesario el consumo de alimentos para cubrir necesidades nutricionales de la madre y feto para su desarrollo. La embarazada debe consumir tres comidas más una ración

adicional al día, y debe tener la siguiente distribución calórica: desayuno 20%, almuerzo 45%, cena 20% y merienda o refrigerio 15%.

En cuanto al grado de anemia en las gestantes del tercer trimestre (Tabla 9), observamos que el 28,3 % presentaron anemia (20% anemia leve y el 8,3% anemia moderada), y el 71,7 % de gestantes no presentaron anemia, esto debido a que el 55% de ellas consumían 3 a 4 veces a la semana alimentos de origen animal ricos en hierro, así como de origen vegetal y el 11,67% consumían todos los días dichos alimentos. Estos valores hallados son similares a los obtenidos por Montero (2016), Medina (2015) y Quinteros et al (2012) quienes reportaron que el 28,5%; 22,9% y el 25,8% de las gestantes con embarazo a término tuvieron anemia ($Hb < 11$ g/dl.), respectivamente. Asimismo, nuestros datos difieren con lo reportado por Pacheco y Díaz (2021) quienes encontraron anemia leve el 35,9%, moderada 41% y severa 27% en las gestantes del tercer trimestre. Es importante tener en cuenta que la anemia durante el embarazo se asocia con incremento de la mortalidad materna y con riesgos fetales causando partos prematuros y por consiguiente menor peso en los recién nacidos y mortalidad neonatal, con la anemia severa ($Hb < 7$ g/dl) aumenta el riesgo de muerte perinatal y materna.

Frente a los resultados hallados podemos indicar que al evaluar el estado nutricional de las gestantes del último trimestre atendidas en el hospital regional durante los meses de febrero a abril 2022 hemos consideramos los valores del IMC, el nivel de hemoglobina y la ganancia de peso, así como la relación de estos con los hábitos alimentarios de las gestantes. Al evaluar los tres parámetros indicados encontramos que el estado nutricional a través del IMC en las gestantes es inadecuado en el 50% (43,3% sobrepeso; 3,3% bajo peso y 3,4% con obesidad), con hemoglobinas mayor de 11g/dl en el 71,7% de gestantes

y con alta ganancia de peso gestacional 53,3% y baja ganancia de 15% encontrando solo el 31,7% con ganancia normal de peso.

En relación al consumo de alimentos proteicos (Tabla 11) se observó que el 70% de las madres gestantes consumen entre 2 a 3 porciones de alimentos proteicos y el 23,3% consume solo una porción, estos resultados son muy similares a lo reportado por Cholan (2022) quien encontró en mayor porcentaje el consumo medio de alimentos ricos en proteínas (59,6%), es importante recalcar que el crecimiento de los tejidos maternos y fetales aumentan el requerimiento de proteínas y estas se aceleran a partir del segundo mes de embarazo, por tanto, el requerimiento pre gestacional según FAO (2017) es de 1,0 a 1,3 g/kg/día y recomiendan un incremento de 1,3; 6,2 y 10,7 g/día de dosis proteínicas, en el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente o un promedio de 6 g/día durante el embarazo. El consumo inadecuado de proteínas se ve manifestado en el peso del futuro bebé por nacer, por tal motivo la ingesta proteica tiene que ir acompañada de carbohidratos y grasas para una mejor práctica alimentaria, de la misma manera el Ministerio de Salud (MINSa) recomienda consumir proteínas con alto valor biológico, principalmente de origen animal, tales como: carnes rojas, pescados, sangrecita, huevos, pollo, pavo, entre otros. Por ello es fundamental y necesario que la embarazada tenga hábitos alimentarios adecuados para una correcta ganancia de peso de la madre y del bebé.

Asimismo, el 80% de las gestantes del último trimestre consumen de 2 a 3 porciones de carbohidratos a la semana y el 16,7% 4 porciones a más (Tabla 12), así mismo, el 46,7% consumen alimentos ricos en ácidos grasos esenciales (Tabla 17), el 45% de ellas consumen 3 porciones de frutas y verduras a la semana y el 33,3% de 4 a más porciones (Tabla 13); el 38,3% consumen comidas chatarra entre 3 a 4 porciones semanales (Tabla 20) y en relación a dulces o snack (Tabla 21), el 55% de las gestantes consumen de 3 a 6

veces semanales, sin embargo, cabe destacar que las gestantes si consumen alimentos de origen animal ricos en hierro (Tabla 16), de 3 a 4 veces a la semana (55%) y el 68,3% de ellas consumen de 2 a 3 porciones alimentos ricos en calcio (leche y productos derivados) (Tabla 14) y el 43,3% consumen siempre suplementos nutricionales (Tabla 23).

En relación a la ingesta de ácidos grasos esenciales (Tabla 17), el 46,7% de gestantes consumen semillas oleaginosas y pescado de 3 a 4 veces a la semana, estos nutrientes deben ser consumidos adecuadamente, por tanto, una gestante debe tener hábitos alimentarios correctos, ya que el consumo excesivo de grasas saturadas conlleva a niveles altos de colesterol, por ello se debe de controlar su consumo. La ingesta de estos alimentos es necesario durante el embarazo ya que es necesario que se cubra entre 20 a 35% del aporte calórico diario. Existen dos tipos de grasas, las mono insaturadas presente en el aceite de oliva, frutos secos y las grasas poliinsaturadas, que se encuentran en el pescado el cual contiene omega 3, este tipo de ácido graso solo puede ser obtenido mediante la ingesta de este alimento. Por ello, es de vital importancia conocer y tener adecuados hábitos alimentarios para poder llevar un embarazo normal sin ningún riesgo nutricional. El consumo adecuado de grasas y carbohidratos deben ser consumidos en una proporción adecuada para evitar una inadecuada ganancia de peso y de esta manera reducir los casos de sobrepeso y obesidad en relación a la madre y bajo peso al nacer del recién nacido,

En mérito a estos resultados, podemos decir que estas prácticas alimentarias inciden mucho en el estado nutricional de las gestantes, toda vez que hemos encontrado un 43,3% de sobrepeso, una alta ganancia de peso en la etapa gestacional (53,3% y un 15% de baja ganancia y un 28,3% de las gestantes con grado de anemia de leve a moderada.

Por tanto, podemos indicar que el estado nutricional de las gestantes está influenciado por sus hábitos alimentarios y si la selección de sus alimentos no es equilibrada al momento de preparar sus alimentos y si se consume alimentos ricos en carbohidratos (papa, arroz, fideos) o lípidos en demasía conlleva un sobrepeso u obesidad, debido a que estos alimentos aportan mucha calorías, pero son importantes durante el embarazo debido a que su consumo favorece la ganancia de peso y el aporte de energía, pero no es recomendable consumirlo diariamente o excesivamente, porque hay un incremento desmesurado de calorías las cuales al final, se transforman en grasa y puede conllevar a que exista sobrepeso u obesidad en la madre y macrosomía fetal.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. Entre las características sociodemográficas, la edad de las madres gestantes atendidas en el hospital Regional de Huacho oscila entre 20 a 35 años en un 81,7%, con nivel de instrucción secundaria (60%), ama de casa en un 43,3% y un 35% con trabajo independiente.
2. El estado nutricional, en las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, en términos generales, es inadecuado en el 50% (43,3% sobrepeso; 3,3% bajo peso y 3,4% con obesidad) y el otro 50% presenta un estado nutricional normal o adecuado.
3. El 53.3% de las madres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho presentan una alta ganancia de peso y solo el 31,7% una ganancia adecuada de peso.
4. El nivel de hemoglobina en las madres gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho fue ≥ 11 g/dl en un 71,7%; con una práctica alimentaria adecuada del 60% y con 4 comidas al día (41,7%).
5. Las porciones de alimentos consumidos por las madres gestantes, el 55% consume 3 a 4 veces a la semana alimentos de origen animal y vegetal ricos en hierro; el 68,3% consumen 2 a 3 porciones semanales de alimentos ricos en calcio y el 43,3% consumen siempre suplementos nutricionales.

6. Se ha demostrado que existe relación estadística significativa entre las prácticas sobre alimentación y la ganancia de peso, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho con un p-valor 0,040.
7. Se ha demostrado que existe relación estadística significativa entre las prácticas sobre alimentación y el nivel de hemoglobina, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, con un p-valor 0,001.
8. Se ha demostrado que existe relación estadística significativa entre las prácticas sobre alimentación y el estado nutricional, en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho, con un p-valor 0,047.

6.2 Recomendaciones

- Coordinar un trabajo integral con la Facultad de Bromatología y Nutrición para promover e implementar programas de consejería nutricional a las gestantes y que se puedan realizar sesiones demostrativas con las cuales se puedan concientizar y promover las buenas prácticas nutricionales, sobre todo durante el embarazo y la lactancia.
- Fortalecer el trabajo multidisciplinario y en equipo en las interconsultas para el adecuado manejo profesional de la gestante en riesgo de desnutrición y/o mal nutrición.
- Promover e incentivar en las gestantes que acude al hospital el consumo de alimentos ricos en hierro y calcio en mayores proporciones, así como disminuir la ingesta de comidas chatarras.

VII. REFERENCIAS

7.1 Referencias Bibliográficas

- Arellano, J. P. & Zurita, K. K. (2021). *Prácticas alimenticias y el estado nutricional de gestantes atendidas en el Hospital de Huaycán – Lima, 2018*. Tesis para Optar el Título Profesional de Obstetra. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Aquino, Y. & Carretero, L. (2017). *Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del recién nacido*. [tesis de pregrado]Lima: Universidad Norbert Wiener, 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1015/TITULO%20-%20Aquino%20Tolentino%2c%20Yolanda%20Otilia%20de%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cholán, Y. B. (2022). *Hábitos alimentarios y estado nutricional en gestantes*. Centro de Tulpuna. Cajamarca, 2020. Tesis. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú.
- Dzul, M. (2013). *Aplicación básica de los métodos científicos*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Escobedo, L.& Lavado, C. (2015). *Conocimientos y actitudes sobre requerimientos nutricionales durante el embarazo en gestantes el I trimestre Hospital Belén de Trujillo año 2012* [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Espinoza, K. M. (2020). En su tesis “*Prácticas alimentarias y estado nutricional en las gestantes de 19 a 35 años atendidas en el Hospital María Auxiliadora periodo de setiembre a octubre del 2019*”. Tesis. Universidad Privada Sergio Bernales. Cañete. Perú.
- Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (2012). *Glosario de nutrición. Un recurso para comunicadores*. UNICEF.
- Francia, C. (2017). *Conocimientos asociados a las prácticas de alimentación en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte, setiembre 2017*. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 16 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1248/64%20CFrancia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- García, S. (2017). *Hábito y Autonomía del sujeto: La preservación cartesiana de la salud a través de la dieta*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/revista.oa?id=2090>
- Jorge, S. (2016). *Relación entre los conocimientos y las prácticas alimentarias en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho Febrero – Marzo, 2016*. [Tesis], Universidad Nacional Mayor de San Marcos- Lima.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, T. Ch (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill- educación.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
- Huiza, S. (2018). *Estado nutricional y Prácticas alimentarias en las gestantes a término atendidas en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan – Comas*. [Tesis de pregrado] Perú: Universidad Cesar Vallejo. Perú. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16103/Huiza_HSY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Icaza, M. C. (1990), "La organización comunitaria y la promoción de la salud", en S. Zubirán, P. Arroyo y H. Ávila (coord.), *La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y el puerperio*, México, FCE, pp. 33-40. Informe Gerencial del SIEN (2018). Instituto Nacional de Salud periodo anual.
- Jiménez, F. (2005). *Diferencias entre hábitos, prácticas y costumbres alimentarias*. Perú: Red Peruana de Alimentación y Nutrición.
- Martínez, C., & Pedrón, C. (2002). Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. *Journal of Educational Psychology*, 1,1-21.
- Martínez, J. A. (1998), *Fundamentos teórico-prácticos de nutrición y dietética*, Madrid, McGraw Hill-Interamericana.
- Medina A. (2015). "Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo – julio del 2015" [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima
- Ministerio de Salud (2004). Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Perú.
- Ministerio de Salud. (2010). *Consejería nutricional en el marco de la atención integral de*

- salud Materno Infantil*: Documento técnico. Lima: Instituto Nacional de Salud. Lima-Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2012). Directiva Sanitaria para la evaluación nutricional antropométrica y ganancia de peso durante la gestación. DIRESA- Cusco.
- Ministerio de Salud (2013). Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2016). Guía Técnica: Consejería Nutricional en el marco de la atención integral de salud de la Gestante y Puérpera Lima – Perú.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Muñoz C. (2009). Guía alimentaria para mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia, de Canton Plan La Lima, Malacatan, San Marcos. [Tesis]. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Ochoa, Y. (2016). *Conocimientos y prácticas de alimentación en el estado nutricional y nivel de hemoglobina de la madre gestante, Centro de Salud Chupa – Azángaro 2016* [Tesis de pregrado] Universidad Nacional del Altiplano-Puno. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6287/Ochoa_Chupa_Yasm_in_Mariela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pacheco, S. J. A. (2019). *Características del control prenatal en gestantes que llegan al parto con anemia atendidas en el Hospital Regional de Huacho 2018*. Tesis. UNJFSC. Huacho
- Pacheco, K.L & Díaz, A.M. (2021). *“Factores Asociados a la Anemia en Gestantes del Tercer Trimestre del Centro de Salud Hualmay de Huaura, 2020 a 2021”*. Tesis. Universidad Roosevelt. Huancayo.
- Quintero Y, Bastardo G, Angarita C, Paoli M, Sanz B, Rojas L, et al. (2012). Consumo de alimentos, factores socioeconómicos y anemia en mujeres gestantes. *An Venez Nutr.* 25(2).
- Reyes Gómez, L. (1995), *"Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal"*, Tesis de maestría, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Sesia, P. (1992), "La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo biomédico", en P. Sesia (ed.), *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, Oaxaca, CIESAS-Gobierno del Estado

De Oaxaca, pp. 17-54.

Suverza, A., Haua, N. K, & Gómez, S.I. (2010). El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. México, D.F.: McGraw-Hill; 2010

Tome, J. M. D. (2018). “*Estado nutricional en embarazadas en el primer y segundo trimestre de gestación*”. Tesis presentada para obtener el Título de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Puebla. Zaragoza.

7.2 Fuentes Hemerográficas

Annamraju, H., & Pavord, S. (2016). Anaemia in pregnancy. *British Journal of Hospital Medicine*, 77(10), 584-588. doi:10.12968 / hmed.2016.77.10.584

Breyman, C. (2015). Iron Deficiency Anemia in Pregnancy. *Seminars in hematology*, 52(4), 339-347. Doi:10.1053 / j.seminhematol.2015.07.003

Castillo, R. (2004). Valoración del Estado Nutricional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*; 4.

Cereceda M, y Quintana M. (2014). Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet*; 60(2).

Cruz C, Cruz L, López M, & González. (2012). Nutrición y embarazo: Algunos aspectos generales para su manejo en la atención primaria de salud. *Rev. Habana. Cienc. Méd.* [Revista en Internet].

Figueroa, R. et al. (2013). Consumo de agua en el embarazo y lactancia. *Perinatología y reproducción humana. Perinatol Reprod Hum*; 27(1):24-30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ips131d.pdf>.

Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2019). El estado de la seguridad alimentaria y nutrición en el mundo: Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Place of publication not identified: Food & Agriculture Organization.

Lapo, D. A & Quintana, M.R. (2018). Relación entre el estado nutricional por antropometría y hábitos alimentarios con el rendimiento académico en adolescentes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*; 22(6):755-74

Milman, N. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Rev. Perú. ginecol. obstet.*; 58(4).

- Montero, M. J. N. (2016). *Estado nutricional y prácticas alimentarias durante el embarazo en las gestantes a término atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante enero - febrero del 2016*. Tesis de Título Profesional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- Munares, O. Gómez G. y Sánchez J. (2013). Estado nutricional de gestantes atendidas en servicios de salud del Ministerio de Salud, Perú 2011. *Revista Peruana de Epidemiología*. 17(1): 1-09.
- Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, Ministerio de Salud del Perú (2011). *Lactancia Materna Lima: MINSA*.
- Pérez, C, Aranceta J, Salvador G, y Varela G. (2015). Métodos de Frecuencia de consumo alimentario. *Revista Española de Nutrición comunitaria*; (2):42-52.
- Salazar, C. I., Ortiz, M.F., Zuluaga, A. M., Rojas, M., Sarmiento, K. & Yépez, Y. (2019). Estado nutricional de las mujeres gestantes que participan del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia Modalidad Familiar a partir de la caracterización antropométrica, Popayán 2015. *Revista de Investigación e innovación en Ciencias dela Salud* 1(1): 50-61 ISSN: 2665-2056, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia.
- San Gil, C., Ortega, Y., Lora, J. & Torres, J. (2021). Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo en el municipio Regla. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1365/437>
- Tarqui-Mamani, C., Álvarez-Dongo, D., & Gómez-Guizado, G. (2014). Estado nutricional y ganancia de peso en gestantes peruanas, 2009-2010. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(2),99-105. [Fecha de Consulta 16 de marzo de 2023]. ISSN: 1025-5583. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37931577002>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (1 de julio de 2008). Anemia inpregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 95. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 112(1), 201-207. doi:10.1097/AOG.0b013e3181809c0d
- Torres, T.L., Ángel, J.G., Calderón, H.G., Fabra, A.J., López, G.S., Franco, R.M. et al. (2012). Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. *Perspect Nutr Humana*; 14(2):185-198.

Valdés, S. A. & Rozo, M. A. (2004). Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Ministerio de la protección social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la nutrición Infantil (NUTRIR). Santa Fe de Bogotá, D.C. 2004.

Villares, A.I., Fernández, A.J., Avilés, M.M., Mediaceja, V.O. & Guerra, A.T. (2006). Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 32(1).

7.3 Fuentes Electrónicas

Arana, A., Intriago, A., Gómez, S., De la Torre, J. Ecuador (2017). Factores de riesgo que conllevan a la anemia en gestantes adolescentes de 13-19 años. [artículo] Ecuador: *Dominio de las Ciencias.* Disponible en: [file:///C:/Users/KATHERINE/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoQueConllevanALaAnemiaEnGestantesAd-6325495%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/KATHERINE/Downloads/Dialnet-FactoresDeRiesgoQueConllevanALaAnemiaEnGestantesAd-6325495%20(1).pdf)

FAO (2017). Necesidades nutricionales. [citado 7 de enero de 2020]. Disponible en:

<http://www.FAO.org/3/am401s/am401s03.pdf>

Gimeno E. (2003). Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13044456>

Goni, M. L., Aray, M. M., Martínez, H. A., & Cuervo, Z. M. (2016). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambios. *Nutr Hosp* [Internet]. 33(6). Disponible en:

<http://revista.nutricionhospitalaria.net/index.php/nh/article/view/800>

Guacalés, P. F. P. (2017). *Evaluación del estado nutricional durante el embarazo en gestantes de la población de Tangarán San Antonio, Ibarra 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica del Norte]. Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/7398>

Instituto Nacional de Salud (2020): Informe Gerencial 'Estado nutricional de niños y gestantes que acceden a establecimientos de salud' del Sistema de información del Estado Nutricional. [https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-](https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD)

[gestantes-aumento-de-304-](https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD)

[44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%](https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD)

[20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD](https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD)

Ministerio de Salud (2007). Nutrición por etapa de vida. Alimentación de la mujer gestante.

Perú: Ministerio de Salud. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION-GESTANTE.pdf>

Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud, (2015). Lineamientos de nutrición;52.

Disponible en: http://bvs.MINSA.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf

Ministerio de Salud. (2017). *Norma técnica - Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Disponible en:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

OMS (2018). Suiza. Obesidad y sobrepeso [página web]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Palacios, S. Capítulo 12: Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Disponible en:

http://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_12.pdf

Jácome, P. Conferencia 5: Manejo de la nutrición en adolescentes embarazadas. Ecuador:

XIII Curso Internacional de la FIPA. Disponible en:

<http://www.prenatal.tv/lecturas/mod5/con5.pdf>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA: “PRÁCTICAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, FEBRERO – ABRIL 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA/INSTRUMENTO
<p>Problema General</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es la relación entre las prácticas de consumo alimentario y el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero –Abril 2022? 	<p>Objetivo General</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación que existe entre las prácticas de consumo alimentario y el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre, atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero –Abril 2022” 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> Las prácticas de consumo alimentario no tienen relación significativa con el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022 	<p>V. INDEPENDIENTE</p> <p>PRÁCTICAS DE CONSUMO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Adecuada (50 – 70 puntos) Parcialmente Adecuada (35-49) Inadecuada (14 – 34) 	<p>ENCUESTA: Cuestionario con 14 preguntas (Escala Licker)</p>
<p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son las prácticas de consumo alimentario en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022? ¿Cuál es el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero –abril 2022? 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las prácticas de consumo alimentario en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022. Evaluar el estado nutricional en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022 Determinar la relación que existe entre las prácticas 	<p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero - Abril 2022 Las prácticas alimenticias no tienen relación con el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero - Abril 2022 Las prácticas alimenticias no están asociadas al nivel de ganancia de 	<p>V. DEPENDIENTE</p> <p>ESTADO NUTRICIONAL</p>	<p>Índice de Masa Corporal Pre gestacional</p> <p>Bajo peso: < 18,5 Peso normal: 18,5 – 24,9 Sobrepeso: 25 – 29,9 Obesidad I: 30 – 34,9 Obesidad II: 35 – 39,9 Obesidad III: ≥ 40</p> <p>Ganancia de Peso</p> <p>Bajo: 12.5 a 18.0 kg</p>	<p>Historia clínica y fichas de registro</p>

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de hemoglobina en gestantes 	<p>alimenticias y el nivel de hemoglobina en gestantes del tercer trimestre atendidas en el</p>	<p>peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero Abril 2022</p>		<p>Normal: 11.5 a 16,0 Kg Sobrepeso: 7 a 11.5 Kg Obesidad: 5 a 9 kg</p>	
<p>Del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022? • ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, Febrero – Abril 2022? 	<p>Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el índice de masa corporal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022. • Determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el nivel de ganancia de peso en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Regional de Huacho, febrero – Abril 2022. 			<p>Valor de Hemoglobina Normal. 11 -14 g/dl Leve: 10,0 -10,9g/dl Moderada: 7 -9,9 g/dl Severa: < 7g/dl</p>	

ANEXO 02**HOJA DE REGISTRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****Edad:****Estado civil:**

- Soltera:
- Casada:
- Viuda:
- Divorciada:
- Conviviente:

Grado de instrucción:

- Analfabeta:
- Primaria:
- Secundaria:
- Superior:

Ocupación:

- Ama de casa:
- Estudiante:
- Empleada:
- Independiente:

Número de hijos:

- No tiene hijos:
- 1 hijo:
- De dos a más hijo:

Estado nutricional:

- Talla materna:
- Peso pregestacional:
- Peso actual:
- Índice de masa corporal pre gestacional:
- Ganancia de peso:
- Nivel de hemoglobina:

ANEXO 03

PRÁCTICAS DE CONSUMO ALIMENTARIO EN GESTANTES

PRESENTACION:

Buenos días, el presente instrumento tiene por finalidad obtener información sobre las prácticas de consumo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Huacho. Para lo cual solicitamos su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso exclusivo de las autoras. Gracias por su participación.

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

- 4 veces al día. (5puntos)
- 5 veces al día. (4 puntos)
- 3 veces al día. (3 puntos)
- 2 veces. (2 puntos)
- Más de 5 veces al día. (1 punto)

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

- 3 porciones (5 puntos)
- De 4 a más porciones (4 puntos)
- 2 porciones (3 puntos)
- 1 porción (2 puntos)
- No consumo (1 punto)

3. ¿Cuántas porciones de cereales (Arroz, avena, quinua, maíz, cebada, kiwicha, cañihua, etc.) y/o derivados de tubérculos y raíces (harina, fideos pan, etc.) consumes a la semana?

- 4 a más porciones (5 puntos)
- 3 porciones (4 puntos)
- 2 porciones (3 puntos)
- 1 porción (2 puntos)
- No consumo (1 punto)

4. ¿Cuántas porciones de frutas y verduras consume a la semana?

- 4 a más porciones (5 puntos)
- 3 porciones (4 puntos)

- 2 porciones (3 puntos)
- 1 porción (2 puntos)
- No consumo (1 punto)

5. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt y/o productos lácteos consume a la semana?

- 4 a más porciones (5 puntos)
- 3 porciones (4 puntos)
- 2 porciones (3 puntos)
- 1 porción (2 puntos)
- No consumo (1 punto)

6. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen animal como sangrecita, hígado, bazo, pescado, entre otros a la semana?

- Diario (5 puntos)
- Interdiario (4 puntos)
- 3 – 4 veces (3 puntos)
- 1 – 2 veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

7. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en hierro de origen vegetal como lenteja, frijol negro, espinaca, pistachos, entre otros a la semana?

- Diario (5 puntos)
- Interdiario (4 puntos)
- 3 – 4 veces (3 puntos)
- 1 – 2 veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

8. ¿Cuántas veces consume alimentos ricos en ácidos esenciales vegetal como semilla oleaginosa (maní, pecanas, avellanas, etc.) pescado entre otros a la semana?

- Diario (5 puntos)
- Interdiario (4 puntos)
- – 4 veces (3 puntos)
- 1 – 2 veces (2 puntos)
- Nunca (1 punto)

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

- De 10 a 15 vasos (5 puntos)
- De 8 a 10 vasos (4 puntos)
- De 4 a 7 vasos (3 puntos)
- De 2 a 3 vasos (2 puntos)
- De 0 a 1 vasos (1 puntos)

10. ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados (¿mermeladas, conserva de durazno, entre otros a la semana?

- Nunca (5 puntos)
- A veces (4 puntos)
- Regularmente (3 puntos)
- Casi siempre (2 puntos)
- Siempre (1 punto)

11. ¿Cuántas veces consume comida chatarra (pizza, salchipapa, hamburguesa, gaseosas, etc.) y/o salsas procesadas como mostaza, mayonesa, ketchup, "tari", uchucutay, etc.? Durante la semana

- Diario (1 punto)
- Interdiario (2 puntos)
- 1 – 2 veces (3 puntos)
- 3 - 4 veces (4 puntos)
- Nunca (5 puntos)

12. ¿Cuántas veces consume snacks (chifle, papa frita, etc.) y/o dulces (golosinas, galletas, torta, helados, etc.) Durante la semana.

- Diario (1 puntos)
- Interdiario (2 puntos)
- 1 – 2 veces (3 puntos)
- 3 - 4 veces (4 puntos)
- Nunca (5 punto) puntos)

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

- Nunca (5 puntos)
- A veces (4 puntos)
- Regularmente (3 puntos)

➤ Casi siempre (2 puntos)

➤ Siempre (1 puntos)

14. ¿Cuántas veces consume usted suplementos nutricionales?

➤ Nunca (1 punto)

➤ A veces (2 puntos)

➤ Regularmente (3 puntos)

➤ Casi siempre (4 puntos)

➤ Siempre (5 puntos)

Calificación y Valoración:

El nivel de actitudes fue medido como se indica:

5: Siempre

4: casi siempre

3: Regularmente

2: A veces

1: Nunca

VALORACIÓN	PUNTAJE
Práctica Adecuada	50 - 70
Práctica parcialmente inadecuada	35 - 49
Práctica Inadecuada	14 - 34

Basado en “Encuestas de Hábitos Alimentarios” por Medina A. (2015)

ANEXO 04

Consentimiento Informado

A través de mi firma en este documento, de forma voluntaria, expreso mi consentimiento de mi participación en la investigación **“PRÁCTICAS DE CONSUMO ALIMENTARIO Y ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES DEL TERCER TRIMESTRE ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, FEBRERO – ABRIL 2022**

Doy por consentido la participación voluntaria para responder algunas interrogantes sobre mis prácticas de consumo alimentario durante mi embarazo, ello como usuaria que viene realizando su atención de su embarazo en el Hospital Regional de Huacho. El consentimiento no considera la realización de algún procedimiento invasivo u otro que ponga en riesgo mi integridad física y/o emocional.

Con la información detallada del estudio sobre los objetivos y los propósitos el cual se me detalló en reunión personal se acepta ser partícipe del estudio de investigación.

Pongo en claro también, que la información brindada por mi persona es de carácter confidencial. Por otra parte, queda acordado que mi participación está sujeta a la libre decisión, pudiendo retirarme cuando así lo decida.

Igualmente, se pone en claro que no se percibirá retribución alguna por mi participación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

DNI.....

FIRMA DEL APODERADO

DNI.....

Firma de la investigadora

Huacho,..... del 2022.

ANEXO 05

PRUEBA PILOTO: Para el presente estudio se realizó la prueba piloto que estuvo conformada por 30 gestantes que acudían a sus controles prenatales en el Hospital Regional de Huacho, las cuales no fueron parte de la muestra.

N°	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	5	3	3	2	2	3	2	3	2	4	4	2	5	3
2	3	4	4	4	2	2	3	2	3	2	3	2	4	1
3	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	4	4	3	4
4	3	4	5	4	3	3	3	3	2	4	4	4	3	4
5	4	3	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	5	2
6	4	4	5	2	4	3	3	2	1	4	3	3	4	1
7	3	2	4	4	2	3	3	2	3	2	3	2	4	1
8	5	3	3	5	4	4	3	3	2	4	4	3	5	5
9	3	2	3	2	1	3	2	3	2	4	4	4	5	5
10	5	3	4	4	5	5	2	3	4	3	4	4	4	5
11	4	3	4	5	4	3	5	3	2	5	5	3	4	5
12	5	3	3	5	4	3	2	3	2	4	4	3	5	5
13	5	3	3	5	4	3	3	3	2	4	4	3	5	5
14	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	5	2
15	4	3	4	5	4	3	5	3	2	5	4	3	4	5
16	4	2	3	4	3	3	3	4	3	3	5	4	4	5
17	5	3	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	4	5
18	3	2	2	4	2	5	3	2	3	2	3	2	4	1
19	5	2	3	2	2	1	2	3	2	4	4	2	5	3
20	4	3	3	4	3	5	3	4	4	4	3	3	5	2
21	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5
22	4	2	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	5
23	3	2	3	2	1	3	2	3	2	4	4	4	5	5
24	5	3	3	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	5
25	4	4	4	2	5	2	3	2	1	4	3	3	4	1
26	5	4	4	4	5	5	5	5	2	4	5	4	5	4
27	5	3	5	5	4	3	5	3	5	5	4	5	4	5
28	5	2	3	2	2	3	2	3	2	4	4	2	5	3
29	4	4	5	2	4	3	3	2	1	4	3	3	4	1
30	5	2	3	2	2	5	2	3	2	4	4	2	5	3

Prueba estadística: Para la fiabilidad del estudio, se utilizó la escala de fiabilidad con el programa SPSS. Dando como resultado el siguiente cuadro:

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.794	14