



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela de Nutrición

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL EN EL EMBARAZO Y EL PESO
DEL RECIÉN NACIDO**

Tesis para optar el título profesional de licenciada en nutrición

AUTORA

Palomino Obregón, María Elena

ASESOR

Lic. Martínez Valdivia, Cesar

JURADO

Dr. Gallardo Vallejo, Duber Odilón

Dr. López Gabriel, Wilfredo

Lic. Márquez Rodríguez, Carmen

Lic. Ponce Castillo, Diana

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos quienes siempre estuvieron conmigo apoyándome en todo momento y confiaron en que lograría alcanzar mis metas.

Agradecimiento

Agradezco a Dios sobre todas las cosas, por cuidarme, protegerme y darme fuerzas para concluir esta carrera universitaria.

Agradezco a mis padres por enseñarme que con esfuerzo y dedicación se puede lograr muchas cosas.

ÍNDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	13
1.3. Objetivos	16
1.4. Justificación.....	16
1.5. Hipótesis.....	17
II. MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Estado nutricional durante la gestación.....	18
2.2. Índice De Masa Corporal Pre Gestacional (IMC-PG)	18
2.3. Ganancia de Peso Gestacional.....	19
2.4. Riesgos en el embarazo	20
2.5. Peso del recién nacido	21
III. MÉTODO	24
3.1. Tipo de investigación	24
3.2. Ámbito temporal y espacial.....	24
3.3. Variables.....	24
3.4. Población y muestra	24
3.5. Instrumentos	25
3.6. Procedimientos	26

3.7. Análisis de datos.....	26
IV. RESULTADOS.....	28
4.1. Análisis descriptivo de la muestra (madre).....	28
4.2. Análisis descriptivo de la muestra (neonato)	36
4.3. Análisis bivariado de contraste de hipótesis	41
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	44
VI. CONCLUSIONES	50
VII. RECOMENDACIONES	51
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
IX. ANEXOS	56

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL IMC.....	19
TABLA 2. CLASIFICACIÓN SEGÚN PESO AL NACER.	22
TABLA 3. CLASIFICACIÓN SEGÚN PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.....	23
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA SEGÚN SU ASISTENCIA AL CONSULTORIO NUTRICIONAL DURANTE SU GESTACIÓN.....	28
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA QUE ASISTEN A CONSULTORIO NUTRICIONAL SEGÚN CLASIFICACIÓN DE EDADES.	30
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA SEGÚN EL NÚMERO CONSULTAS NUTRICIONALES.....	31
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRE DE LA PRIMERA CONSULTA NUTRICIONAL.....	32
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA SEGÚN SU ESTADO NUTRICIONAL PRE GESTACIONAL.	33
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LA MUESTRA SEGÚN LA GANANCIA DE PESO DURANTE SU GESTACIÓN.	35
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NEONATO SEGÚN SU PESO AL NACER.	37
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NEONATO SEGÚN SU PESO AL NACER DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN O NO ASISTEN AL CONSULTORIO NUTRICIONAL DURANTE SU GESTACIÓN.	38
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DEL NEONATO SEGÚN SU TALLA AL NACER DE LAS GESTANTES QUE ASISTEN O NO ASISTEN AL CONSULTORIO NUTRICIONAL DURANTE SU GESTACIÓN..	40
TABLA 13. RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS.	41
TABLA 14. TABLA DE CONTINGENCIA ENTRE LA GANANCIA DE PESO DE LA GESTANTE Y EL PESO DEL NEONATO.	41
TABLA 15. PRUEBA CHI-CUADRADO.....	42

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. WEIGHT GAIN DURING PREGNANCY: REEXAMINING THE GUIDELINES POR IOM (INSTITUTO OF MEDICINE).....	20
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA ASISTENCIA DE LA MUESTRA A CONSULTA NUTRICIONAL.	29
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA QUE ASISTEN Y NO ASISTEN A CONSULTORIO NUTRICIONAL.....	30
FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS CANTIDADES DE ASISTENCIA A CONSULTA NUTRICIONAL.	32
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD GESTACIONAL POR TRIMESTRE DE SU PRIMERA CONSULTA NUTRICIONAL.	33
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LA MUESTRA SEGÚN IMC-PG.....	34
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRUPO DE ASISTENCIA SEGÚN GANANCIA DE PESO AL FINAL DE SU GESTACIÓN.....	36
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DEL PESO AL NACER.....	37
FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS NEONATOS SEGÚN PESO AL NACER DEL TOTAL DE LA MUESTRA.	39

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos.....	55
Anexo 2. Operacionalización de las variables.....	56
Anexo 3. Datos recolectados de las historias clínicas.....	57

RESUMEN

El presente estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo de cohorte transversal y tiene como fin determinar la relación entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se seleccionaron 90 historias clínicas de gestantes que dieron a luz en el servicio Gineco-Obstétrico y que estuvieran aparentemente sanas con neonatos aparentemente sanos también. De las gestantes que asistieron a consultoría nutricional durante su embarazo hubieron solo 4% que perdieron peso, 45% eran gestantes que presentaron una ganancia de peso adecuada, 36% presentaron una ganancia de peso alta y el 16% una ganancia de peso baja al concluir su gestación. En el caso de los neonatos de las gestantes que asistieron a consultoría nutricional se obtuvo que el 80% tenían peso normal, el 18% eran macrosómicos y solo el 2% nació con bajo peso. Se evidencia la no existencia de relación entre el estado nutricional de la gestante que asistía a consulta nutricional durante su embarazo y el peso del recién nacido.

Palabras clave: Estado nutricional, ganancia de peso, peso del neonato, consultorio nutricional

ABSTRACT

The present study is observational, descriptive, retrospective of a cross-sectional cohort and aims to determine the relationship between the nutritional status in pregnancy and the weight of the newborn in pregnant women who received or not a control in the nutrition office of the National Hospital Dos de Mayo. Selected 90 clinical histories of pregnant women who gave birth in the GIneco-Obstetric service and who were apparently healthy with apparently healthy neonates as well. Of the pregnant women who attended nutritional counseling during their pregnancy there were only 4% who lost weight, 45% were pregnant women who presented an adequate weight gain, 36% had a high weight gain and 16% a low weight gain at the end his pregnancy. In the case of the neonates of the pregnant women who attended nutritional consulting, it was found that 80% had normal weight, 18% were macrosomic and only 2% were born with low weight. There is evidence of the lack of a relationship between the nutritional status of the pregnant woman who attended the nutritional consultation during her pregnancy and the weight of the newborn.

Key words: Nutritional status, weight gain, weight of the neonate. nutritional office

I. INTRODUCCIÓN

El estado nutricional en el embarazo es imprescindible para el correcto desarrollo del feto y evitar complicaciones futuras tanto para la madre como para el bebé, es por esto que es necesaria la acción conjunta del equipo de salud en el cual también está la labor del nutricionista.

Se sabe que la ganancia inadecuada de peso durante el embarazo predice resultados perinatales adversos por lo tanto las mujeres con índice de masa corporal (IMC) bajo tienen muchos más riesgos (Restrepo et al., 2012). Algunos factores que están implicados en su estado nutricional son las prácticas alimentarias, estas tienen reconocimiento en la comunidad científica como parte del determinante de la salud y crecimiento del infante (Armúa, 2014) y de la madre antes, durante y después del embarazo, pero lo cierto es que, en el Perú, según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) en el 2017, el 41% de las gestantes atendidas en los establecimientos de salud tenían sobrepeso, esto quiere decir que 2 de cada 5 embarazadas estaban con un exceso de peso entre +2 y +3 Desviación Estándar (DE). comparado con esto, el déficit de peso en gestantes fue de 11.5%, es decir, 1 de cada 9 embarazadas atendidas en sus establecimientos de salud presentaban un déficit de peso, siendo Loreto el departamento con mayor porcentaje (21%) según Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (DIRESA). La evaluación por Índice de Masa Corporal Pre-Gestacional (IMC-PG) mostró que el exceso de peso antes del embarazo afectó a 3 de cada 7 gestantes, 32.2% y 11.5% con sobrepeso y obesidad respectivamente a nivel nacional.

El estado nutricional de la gestante se ve afectado por múltiples razones, pero una de las razones que pueden ser reversibles es por la inadecuada alimentación. En un estudio de Paima y Zevallos (2012), sobre los conocimientos y percepciones adecuadas sobre la alimentación en gestantes del hospital de apoyo de Iquitos, se evidenció un alto porcentaje de conocimiento deficiente (43%); así como en el estudio de Samantha (2016), se observa que el

90.5% de las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho no tienen conocimientos sobre los alimentos que deberían consumir durante su gestación, también se evidencia que más del 65% de las participantes no consumen alimentos ricos en hierro, calcio y ácido fólico.

La falta de información por parte de las mismas gestantes es un gran problema que puede atentar tanto su vida como la de su hijo influyendo así en su peso que se clasifica en: macrosómico, peso adecuado, bajo peso, muy bajo peso y extremadamente bajo peso; bajo peso ya es contribuyente a la morbilidad y mortalidad neonatal e infantil y al desarrollo de enfermedades crónicas ya que el recién nacido, al estar en un déficit de nutrientes dentro del útero, cambian permanentemente las estructuras de sus órganos, fisiología y metabolismo celular, todo esto conocido como programación metabólica, que se llega a manifestar como alteraciones en el desarrollo, mal crecimiento, malnutrición, desarrollo cognitivo anormal, bajo rendimiento escolar y posteriormente aumenta su riesgo a enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades crónicas no transmisibles, etc. (Restrepo et al., 2012), es en este sentido que la consultoría nutricional puede hacer una gran diferencia en las estrategias de promoción y prevención de la salud materno-infantil.

1.1. Descripción y formulación del problema

La salud y calidad de vida están fuertemente vinculadas al estado nutricional y en el caso de las mujeres tiene efecto directo sobre su propio bienestar y el de sus hijos(as) tanto al nacer como en sus vidas adultas.

El tener un IMC inadecuado durante su embarazo tiene repercusión sobre la vida intrauterina y post-uterina. Existen múltiples factores que influyen en el estado nutricional de la gestante que va desde inadecuadas prácticas alimentarias, llevándola así a una malnutrición, hasta un mal control de alguna patología que presente desde antes o durante la

gestación. En el caso de que la madre ya presentara alguna enfermedad desde antes de su embarazo como la diabetes mellitus entonces su control tanto de medicamentos/insulina y sobre todo control en su alimentación es esencial para su salud y la de su hijo ya que, en ella, al no controlar los niveles de glucosa en sangre podría causar una hipoglicemia y sus efectos de este, en cuanto al bebé podría causar hasta aborto espontaneo o mortinatos.

El peso del recién nacido va a influir mucho en su salud a lo largo de su vida ya que de esta condición depende que tenga mayor riesgo a diferentes tipos de enfermedades, por esto es importante la intervención temprana desde su vida intrauterina.

De esta manera nace la problemática del estudio ¿de qué manera el estado nutricional en el embarazo se relaciona con el peso del recién nacido en gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima en el 2018?

1.2. Antecedentes

Mori (2015-2016) es un estudio de tipo descriptivo transversal que tiene como objetivo la asociación del estado nutricional de las gestantes con el peso del neonato, la muestra fue de 930 historias clínicas seleccionadas de madres con embarazo a término, las condiciones fueron el haber asistido a su primer control prenatal en las primeras 12 semanas de gestación y no presentar complicaciones de salud, se excluyeron aquellas que presentaron: embarazo gemelar, preeclampsias (edema), polihidramnios u oligoamnios, partos prematuro, feto malformado, óbito fetal, anemia durante el embarazo e ITU; se obtuvo como resultado que del total de los datos recaudados de las historias clínicas, el 47,53% de madres fueron normopeso según su IMC pre-gestacional y solo el 38,82% ganó más de 11 Kg; el 86,24% de los neonatos tuvo un peso de entre 2500 gr a 3800 gr; asimismo, afirma la existencia de una

relación directa entre el estado nutricional materno y el peso del neonato, resultado que coincide con los estudios realizados en otros países.

En el 2017, Aquino y Carretero hicieron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal y con el objetivo de determinar la asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente al final del embarazo y el peso del neonato al momento de nacer ambos controlados en el Centro de Salud “Valdiviezo” del Distrito de San Martín de Porres, Enero - Junio del 2016; su población fue de 34 gestantes adolescentes y se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos. Sus resultados dieron que al final del embarazo el 14.7% de las adolescentes tiene obesidad según IMC, 29.4% es normopeso, y 55.9% tiene sobrepeso, por otro lado, se encontró un 73.5% de neonatos con peso adecuado, 8.8% neonatos grandes y 17.6% neonatos pequeños para su edad gestacional. Con respecto a la relación del estado nutricional de la gestante adolescente con el peso del recién nacido, de 34 gestantes adolescentes, 10 con IMC normal dieron a luz 5 neonatos adecuados y 5 pequeños; las 24 gestantes restantes que tenían sobrepeso/obesidad, tuvieron 20 neonatos adecuado, 3 neonatos grandes y 1 neonato pequeño para su edad gestacional; se concluye así que existe una correlación lineal y positiva entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso corporal del recién nacido.

Espinoza y Romero en su estudio del 2014 de tipo aplicativo, retrospectivo, transversal y descriptivo, se tuvo como propósito establecer la correlación entre el estado nutricional materno y la ganancia de peso gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca de Villa El Salvador. La forma de obtención de datos fue por medio de las historias clínicas obstétricas de las madres. Se tuvo como muestra a 190 puérperas de las cuales el 50% tuvieron recién nacidos con macrosomía y del restante eran de peso normal; 54% de las puérperas presentaron sobrepeso u obesidad al inicio del embarazo mientras que

el 57% tuvo una ganancia de peso mayor de lo recomendada. Se concluye con la existencia de una correlación positiva y significativa entre la ganancia de peso gestacional y el peso al nacer y además se encuentra una correlación positiva no significativa entre el IMC pre-gestacional y peso al nacer.

De acuerdo a Quispe (2016) en su investigación de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico, con un diseño correlacional, su objetivo fue determinar la relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso de los recién nacidos en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari de Junio a Diciembre del 2016; tuvo como resultados que el promedio de edad de las gestantes atendidas en el hospital fue de $26,42 \pm 6,9$ años, en donde el 50% de ellas eran mayores de 25 años (mediana) y la moda fue de 22 años, la edad mínima fue de 15 años y la edad máxima de 44 años. También se pudo observar que el 34,2% presentaron un estado nutricional gestacional normal, 32,5% sobrepeso, 30% obesidad y solo el 3,3% bajo peso; el peso promedio de los recién nacidos de las gestantes atendidas en el hospital fue de 3273 ± 394 gramos, en donde el 50% tuvieron pesos mayores a 3305 gramos (mediana) y la moda fue de 3600 gramos, el peso mínimo fue de 1440 gramos y el peso máximo fue de 4270 gramos; el estudio concluye afirmando la existencia de la relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso del recién nacido en pacientes atendidos en dicho hospital .

En el 2015, Castillo realizó un estudio retrospectivo transversal con la finalidad de determinar la relación entre el peso del recién nacido y la ganancia de peso en las gestantes atendidas del Centro de Salud Materno Infantil El Milagro con una muestra de 120 recién nacidos de gestantes de 37 a 41 semanas de gestación. Los datos correspondientes a los recién nacidos y de las gestantes se obtuvieron de las historias clínicas dando como resultado que el 97% de los neonatos tuvo un peso de entre 2500g a 3999g, y solo el 3% tuvo más de 4000g;

se obtuvo un 44% de madres con una ganancia de peso durante la gestación alta, 44% de ganancia baja y 12% tuvo una ganancia adecuada. Se concluyó que, mediante la prueba de chi cuadrado, no existe relación entre el peso del recién nacido y la ganancia de peso en dichas gestantes.

1.3. Objetivos

Objetivo General. Determinar la relación entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Objetivos Específicos.

- Conocer el estado nutricional a través del peso y talla de las gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Identificar el peso del recién nacido según edad gestacional en madres que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.4. Justificación

Justificación teórica. El descuido de la alimentación y cuidados en la gestación es un problema que se ve muy frecuentemente, por lo que conocer la relación entre el estado nutricional durante el embarazo y el peso en el recién nacido en gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición nos permitirá brindarles una mejor calidad de vida.

Justificación práctica. Poner en evidencia la importancia del estado nutricional durante el embarazo mediante el diseño de investigación y tipo de estudio que se plantea para relacionarlo con el peso del recién nacido en gestantes que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición.

Justificación metodológica. Se desea confirmar que la metodología utilizada en este estudio mediante la participación de las gestantes que han sido hospitalizadas para su alumbramiento en el Hospital Nacional Dos de Mayo que recibieron o no un control en el consultorio de nutrición, representa una investigación con un diseño y desarrollo aceptado para conocer la relación con el peso del recién nacido.

Justificación económica-social. Se destina pocos recursos para mejorar el estado de salud de la gestante, por otro lado, existe cierta ignorancia en el tema, por ello, conocer el estado nutricional de la gestante nos permite detectar oportunamente cualquier riesgo que pueda provocar en el recién nacido, propiciando una atención rápida, con eficiencia y eficacia, para que estos grupos humanos no se conviertan posteriormente en una carga socioeconómica del estado.

1.5. Hipótesis

H₁: Existe una relación directa y significativa entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.

H₀: No existe relación directa y significativa entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Estado nutricional durante la gestación

La nutrición es un conjunto de procesos importantes en nuestra vida que tiene que ver con la ingesta de alimentos y con las necesidades dietéticas del organismo, la nutrición combina una dieta equilibrada con ejercicio físico regular. “Una buena nutrición (...) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s. f.)

En el periodo del embarazo, quiere decir los nueve meses durante el feto se desarrolla en el útero de la mujer, ambos se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. por esto se recomienda que el control sea por parte de un personal sanitario calificado. (OMS, s. f.)

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Restrepo y Maya (2005) afirman: “El estado nutricional está determinado por factores tanto económicos como sociales y culturales, así como también tiene que ver la disponibilidad, el acceso, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos” (p.128).

2.2. Índice De Masa Corporal Pre Gestacional (IMC-PG)

Indicador antropométrico que relaciona el peso antes de la gestación con la talla, su fórmula de cálculo es: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$. Es categorizado por la OMS de la siguiente manera:

Tabla 1.

Diagnóstico nutricional según clasificación del IMC.

CLASIFICACIÓN	IMC (kg/m²)
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad	≥ 30
Obesidad leve (I)	30 – 34.9
Obesidad media (II)	35 – 39.9
Obesidad mórbida (III)	≥ 40

Nota. Recuperado de Obesity: Preventing and managing the global epidemic por WHO (2000). WHO Technical Report Series. N°894, p. 9.

2.3. Ganancia de Peso Gestacional

La ganancia de peso comprende tanto el propio feto, la placenta y el líquido amniótico, así como también los tejidos reproductivos (mamas y útero), volumen sanguíneo, líquido intersticial y tejido adiposo materno. Esta ganancia de peso va a depender del IMC, para un IMC normal su aumento es en promedio de 11 a 16kg, para IMC con peso escaso se considera de 12.5 a 18kg y para las que tengan IMC con sobrepeso se considera de 7 a 11kg de ganancia. (Krause, 2012, p. 351)

En el Perú existen tablas de recomendaciones de ganancia de peso para gestantes según índice de masa corporal pre gestacional, tipo de embarazo, grado de trimestre y el total de ganancia durante toda la gestación; dichas tablas son del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y tiene como fuente el Instituto de Medicina o IOM por sus siglas en inglés.

9 MESES GANANCIA DE PESO

...no recomiendo mi peso antes de la gestación? ...no recomiendo mi peso antes de la gestación? ...no recomiendo mi peso antes de la gestación?

YO aseguro un bebé sano y fuerte

2. RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO

Sobrepeso		Obesa	
Único	Múltiple	Único	Múltiple
min.	máx.	min.	máx.
12,5	16,0	11,5	16,0

3. RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO

Clasificación nutricional	Talla (cm)	Tipo de embarazo	1er Trimestre (kg/trim)	2do y 3er Trimestre (kg/sem)	Total (Kg)
Bajo peso	≥ 157	único	0,5 a 2	0,51 (0,44 - 0,58)	12,5 a 18
	< 157				12,5
Normal	≥ 157	único	0,5 a 2	0,42 (0,35 - 0,50)	11,5 a 16
	< 157	mellizos			17 a 25
Sobrepeso	≥ 157	único	0,5 a 2	0,28 (0,23 - 0,33)	7 a 11,5
	< 157	mellizos		0,8	14 a 23
Obesa	≥ 157		0,5 a 2	0,22 (0,17 - 0,27)	5 a 9
	< 157	mellizos			11 a 19

Fuente:
IOM (Instituto of Medicine), 2009. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*, Washington DC: The National Academy Press.
Fescina, RH et al 2011, *Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. 3ª Edición, Montevideo CLAP/SMR

3. RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO

Clasificación nutricional	Talla (cm)	Tipo de embarazo	1er Trimestre (kg/trim)	2do y 3er Trimestre (kg/sem)	Total (Kg)
Bajo peso	≥ 157	único	0,5 a 2	0,51 (0,44 - 0,58)	12,5 a 18
	< 157				12,5
Normal	≥ 157	único	0,5 a 2	0,42 (0,35 - 0,50)	11,5 a 16
	< 157	mellizos			17 a 25
Sobrepeso	≥ 157	único	0,5 a 2	0,28 (0,23 - 0,33)	7 a 11,5
	< 157	mellizos		0,8	14 a 23
Obesa	≥ 157		0,5 a 2	0,22 (0,17 - 0,27)	5 a 9
	< 157	mellizos			11 a 19

Figura 1. Recuperado de Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines por IOM (Instituto of Medicine) (2009).

2.4. Riesgos en el embarazo

La identificación precoz de los riesgos permite prestar atención en el nivel de complejidad que se requiera y no debe significar una disminución de la atención, es importante para un mejor monitoreo de las gestantes. A grandes rasgos se podría decir que existen ciertas condiciones que se deben vigilar aun en un consultorio: la edad, el intervalo intergenésico, la paridad mayor de 6, los hábitos tóxicos, abortos, nivel sociocultural, conductas alimentarias, la estatura, etc. (Espinosa, E. y Díaz, M., 1997)

Los factores durante el embarazo en bajo riesgo está la ganancia de peso inadecuada (se puede manejar con la alimentación), tabaquismo y alcoholismo (se debe mantener en vigilancia), la presencia de infecciones y el tener anemia. Factores de alto riesgo se encuentran las enfermedades como la diabetes gestacional, la cual alcanza su nivel máximo entre las 24 a 28 semanas de gestación y sin ser capaces de vencer la insulino-resistencia desarrollando así la alteración del metabolismo de la glucosa y aunque los niveles de se

normalicen, corren el riesgo de ser diabéticas en los próximos años (Ministerio de Salud, 2015); embarazo múltiple, ya que unas de las complicaciones son la pérdida de uno o más fetos, crecimiento intrauterino retardado, parto pretérmino que ocurre en las de la mitad de partos gemelares, en el casi la totalidad de los embarazos trillizos y en la totalidad de los embarazos cuádruples, así también la prematuridad está asociada a un mayor riesgo de morbimortalidad neonatal (Sociedad Española de Fertilidad, s. f.); sangramiento uterino, ruptura prematura de las membranas que puede llevar a un parto prematuro o un aborto; infección ovular o genital, enfermedad tromboembólica, polihidramnios u oligohidramnios que viene a ser la excesiva o poca cantidad de líquido amniótico respectivamente; pielonefritis siendo una de las infecciones comunes durante el embarazo que suele estar asociado con la ruptura prematura de la membrana, labor y parto pretérmino, bajo peso al nacer, fiebre postparto e infecciones (Ramírez, 2014); entre otros factores.

2.5. Peso del recién nacido

Se considera recién nacido a los niños que tienen menos de 28 días de haber nacido. La composición corporal del feto cambia durante toda la gestación, gana 5g/día en las primeras 16 semanas, 10g/día a las siguientes 21 semanas, gana 20g/día a las 29 semanas y es en las 37 semanas que alcanza un máximo de 35g/día (Angulo y García, 2016).

El estado nutricional de la madre resulta ser un factor crucial para la reducción de problemas sanitarios del país como son la mortalidad materna, infantil y perinatal. Se considera recién nacido a los niños con menos de 28 días y es en estos primeros días que son los más riesgosos, por esto es esencial ofrecer todos los cuidados para así aumentar las probabilidades de supervivencia. Se clasifica de la siguiente manera:

Clasificación por edad gestacional (Gómez et al., 2012)

Inmaduro:	< 28 semanas
Pretérmino/prematuro:	< 37 semanas
A término:	37 – 41 semanas
Postérmino:	≥ 42 semanas

Tabla 2.

Clasificación según peso al nacer.

Clasificación	Peso al nacer
Macrosómico (hipertrófico)	≥4000g
Peso adecuado (eutrófico)	2500g a 3999g
Bajo peso al nacer (hipertrófico)	1500g a 2499g
Muy bajo peso al nacer	1000g a 1499g
Extremadamente bajo peso al nacer	≤999g

Nota.

Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años por MINSA (2017). NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, p. 15.

El peso y la talla de los recién nacidos son indicadores antropométricos imprescindibles para la evolución nutricional ya que el primero nos permite determinar la probabilidad de supervivencia perinatal y el segundo es el indicador más sensible para determinar la salud posnatal.

Tabla 3.

Clasificación según peso para la edad gestacional.

Clasificación	Peso al nacer
Pequeño para la edad gestacional (PEG)	< percentil 10 (p10)
Adecuado para la edad gestacional (AEG)	Percentil 10 a 90
Grande para la edad gestacional (GEG)	> percentil 90

Nota. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años por MINSA (2017). NTS N°137-MINSA/2017/DGIESP, p. 15.

Paisan, Sota, Muga e Imaz (2008) afirman: “El aporte de nutrientes en el feto depende del estado nutricional y salud de la gestante, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario” Se sabe que uno de los factores implicados en la patogenia del PEG son las causas maternas, placentarias y fetales, aunque en la mayoría las causas no están claras. Como causas fetales están las siguientes: cromosomopatías, anomalías congénitas y enfermedades genéticas. Como causas maternas están: la edad (menores de edad o gestantes añosas), enfermedades medicas como la hipertensión, enfermedad renal, diabetes, hipoxemia materna; infecciones como toxoplasma, rubeola, etc; el estado nutricional materno, la talla baja y el abuso de sustancias o drogas. Y como causas útero-placentarias se tiene a las alteraciones en la implantación placentaria y alteraciones de la estructura placentaria.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal ya que se pone en manifiesto la relación del estado nutricional de la madre atendidas en el área de hospitalización Gineco-Obstetricia mediante los indicadores antropométricos (IMC) con el peso del recién nacido así como la presencia de la consulta nutricional durante su embarazo, estos datos son recopilados de las historias clínicas, no se hace ningún tipo de manipulación o intervención en las variables y la recolección de datos fue tomado en un tiempo y espacio determinado sin ningún tipo de seguimiento.

3.2. Ámbito temporal y espacial

Realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM) del distrito del cercado de Lima, en el área de hospitalización ginecobstetricia, los datos recopilados de las madres fueron aquellas que dieron a luz en el tiempo comprendido de aproximadamente un mes del año 2018.

3.3. Variables

Variable independiente. El “estado nutricional” es grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetros normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.

Variable dependiente. El “peso del recién nacido” es aquel peso que se toma inmediatamente después de la concepción, este también tiene relación con la edad a la que nació y puede estimarse durante la gestación.

3.4. Población y muestra

La población estuvo constituida por gestantes que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), específicamente al servicio Gineco-Obstetricia “H-2” para dar a luz.

La muestra fue de 90 gestantes que dieron a luz en el servicio de Gineco-Obstetricia “H-2” del HNDM. Se utiliza la técnica de muestreo por conveniencia no probabilística por el hecho de que no se puede calcular el total de ingresos a puerperio porque no se puede calcular los ingresos a sala de partos.

Criterios de inclusión:

- Gestantes que han dado a luz y se encuentran en el servicio Gineco-Obstetricia “H-2”.
- Gestantes que han dado a luz dentro del periodo de tiempo del estudio.
- Gestantes con embarazo a término, simple, aparentemente sanas.
- Neonatos sanos.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no hayan dado a luz en el servicio Gineco-Obstetricia “H-2”.
- Gestantes con alguna patología desde antes del embarazo o desarrollado durante la gestación que haya modificado de alguna forma sus hábitos alimentarios y actividad física que pueda influenciar en su estado nutricional.
- Feto malformado, abortos, polihidramnios, oligoamnios, óbito fetal, embarazo múltiple, trastornos genéticos o patologías adquiridas por la madre.

3.5. Instrumentos

La técnica que se utilizó fue la de análisis documental y se empleó una ficha de registro de datos, obteniendo la información de las Historias Clínicas del servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia “H-2” del HNDM. Se empleó un instrumento

previamente validado (ver anexo 1) por otro trabajo de estudio que se divide en tres partes: datos de identificación de la paciente, datos de medición de la madre (peso pregestacional, talla y peso final) y datos del neonato (peso y talla).

3.6. Procedimientos

El uso exclusivo de las historias clínicas descarta el hecho de presentar un consentimiento informado, pero si se conserva el principio de confidencialidad de los datos obtenidos de estas historias clínicas de las gestantes.

Fue un total de 90 historias clínicas de gestantes que dieron a luz en el servicio de gineco-obstetricia en el periodo de un mes del año 2018, según los criterios de inclusión y exclusión, y siendo la muestra por conveniencia, el número total de historias a utilizar para el estudio no se modificó. Se dividió en dos grupos, aquellas gestantes que a lo largo de su embarazo asistieron a consulta nutricional y aquellas que no asistieron a consulta nutricional.

Para la interpretación del estado nutricional de la madre se decidió por el IMC pregestacional (según clasificación de la OMS) y la ganancia de peso (según la clasificación de la IOM del 2009).

3.7. Análisis de datos

Al concluir la recopilación de datos de las diferentes variables se pasó al ordenamiento y tabulación de estos registrándolos en una base de datos en el programa Excel 2016 y para su análisis se decidió por tablas y gráficos.

El análisis será estadístico de tipo descriptivo con medias, porcentajes y frecuencias para las variables de tipo cuantitativas. El análisis bivariado de las dos variables cualitativas de la hipótesis para determinar su relación se llevará a cabo mediante la prueba no

paramétrica de Chi cuadrado de Pearson. Se va a considerar el nivel de significancia con el valor de $p < 0.05$ y para su procesamiento se utilizó el programa SPSS Statistics 19.

Cada tabla, gráfica o cuadro se colocarán de manera ordenada con su respectiva descripción destacando las frecuencias y porcentajes más significativos de cada variable del estudio. Los resultados serán plasmados en tablas y/o gráficos estadísticos considerando los objetivos planteados.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de la muestra (madre)

Hubo un total de 90 historias clínicas que cumplían con los criterios de inclusión para el desarrollo de este estudio, de los cuales más de la mitad eran gestantes que asistieron a consultorio nutricional en algún momento de su embarazo.

Tabla 4.

Distribución de frecuencias de la muestra según su asistencia al consultorio nutricional durante su gestación.

Consultoría Nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Si	56	62
No	34	38
Total	90	100

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se observa que, de la muestra, 56 gestantes asistieron a consultoría nutricional, lo que representa el 62% y 34 no asistieron a consultoría nutricional, lo que representa el 38% del total.

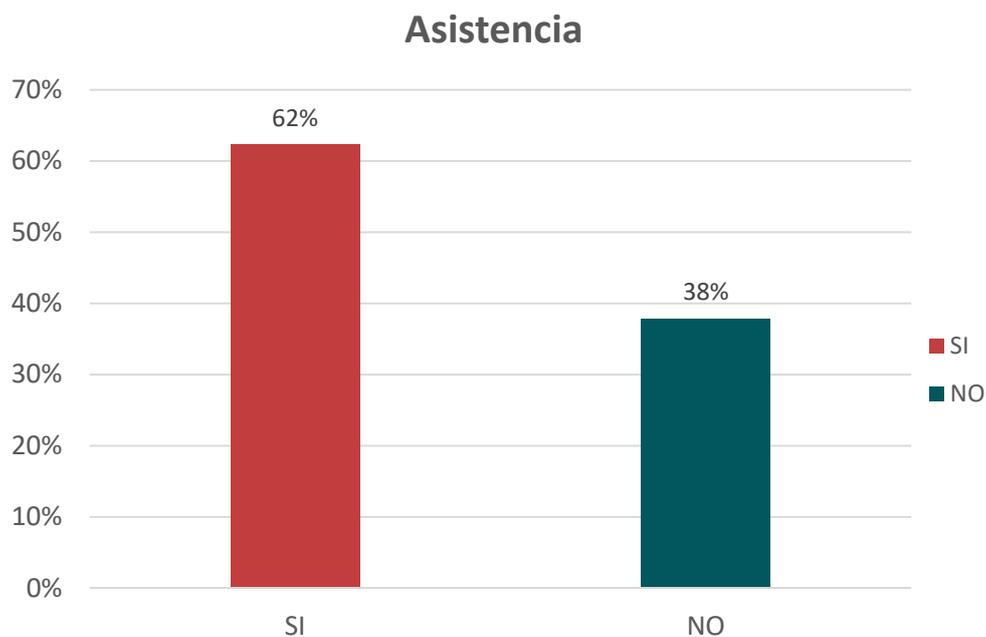


Figura 2. Distribución de la asistencia de la muestra a consulta nutricional.

En la figura 2 se puede apreciar que el 62% del total de la muestra si asistieron a un consultorio nutricional y el 38% restante no asiste a un consultorio nutricional.

De las historias clínicas seleccionadas para el estudio, las edades comprendían desde los 15 hasta los 40 años. El promedio (media) de edad fue de 25 ± 6.2 años del total, la mediana fue de 26 años y la moda fue de 22 años. Dividiéndolo por edades nos demuestra que 9 de las gestantes que dieron a luz en el servicio gineco-obstétrico están conformadas por menores de 18 años y se representa con el 9%, 72 de las gestantes tienen entre 19 y 34 años representándose con el 80% del total, y 9 de las gestantes están conformadas por mayores de 35 años que es representado con el 9%.

En el caso de las gestantes que asistieron a consultorio nutricional, la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 40 años, teniendo como promedio 26.09 ± 5.94 años de edad.

Tabla 5.

Distribución de frecuencias de la muestra que asisten a consultorio nutricional según clasificación de edades.

EDADES	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 18 años	6	11
19 a 34 años	46	82
Mayores de 35 años	4	7
Total	56	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 5 se puede apreciar que las gestantes en su mayoría, 46 de ellas, son de edades que van entre 19 a 34 años, esto representa el 82% del total, solo hubo 4 gestantes añosas y 6 menores de edad los cuales son representados por el 7% y 11% respectivamente.

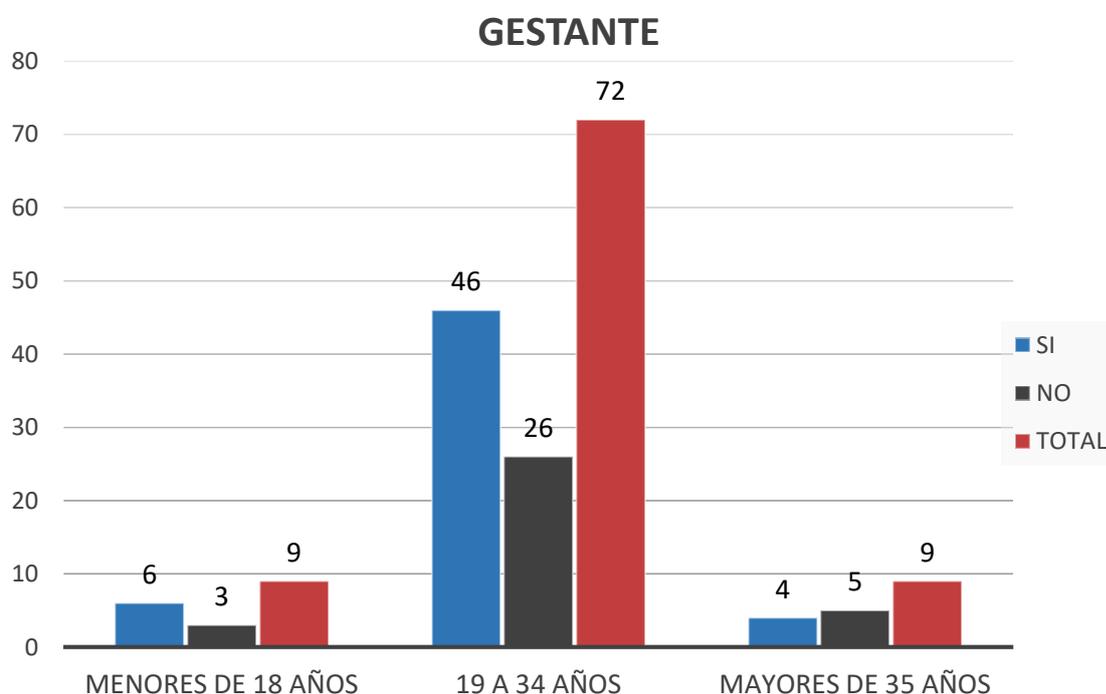


Figura 3. Distribución de la muestra que asisten y no asisten a consultorio nutricional.

En la figura 3 se aprecia la proporción inversa en las gestantes menores de edad ya que son 6 las que asistieron en comparación con las 3 que no asistieron, sucede lo contrario con las gestantes añosas. De las gestantes que asistieron y no asistieron en su mayoría (n=72) son mujeres de entre 19 a 34 años de edad.

Tabla 6.

Distribución de frecuencias de la muestra según el número consultas nutricionales.

Consultas Nutricionales	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	37.8
1 a 2	42	46.7
3 a más	14	15.6
Total	90	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6 se puede apreciar que casi la mitad de las gestantes que asistieron una o dos veces a consultorio nutricional son el 46.7%, 34 son las que no asistieron nunca y representan el 37.8% del total, y solo 14 gestantes asistieron más de 3 veces, las cuales son representadas por el 15.6%.

La máximo cantidad de asistencias al consultorio es de hasta 5 consultas durante la gestación y la cantidad de consultas que más se repitió fue de asistir solo una vez durante su embarazo al consultorio nutricional.

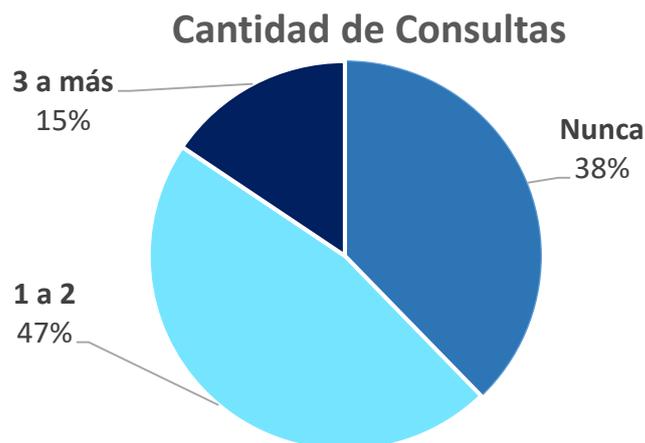


Figura 4. Distribución de las cantidades de asistencia a consulta nutricional.

Según la figura 4, el 47% de la muestra asistió de 1 a 2 veces al consultorio nutricional, el 15% asistió de 3 a más veces y el 38% del total de la muestra nunca asistió a consultoría nutricional.

Tabla 7.

Distribución de frecuencias de la muestra según la edad gestacional por trimestre de la primera consulta nutricional.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
1° Trimestre	17	30.4
2° Trimestre	22	39.2
3° Trimestre	17	30.4
Total	56	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 se observa 22 gestantes asistieron a su primera consulta nutricional en su 2° trimestre de gestación, esto representa el 39.2% del total, y tanto las que asistieron en su 1° y 3° trimestre tienen la misma cantidad de gestantes (n=17).

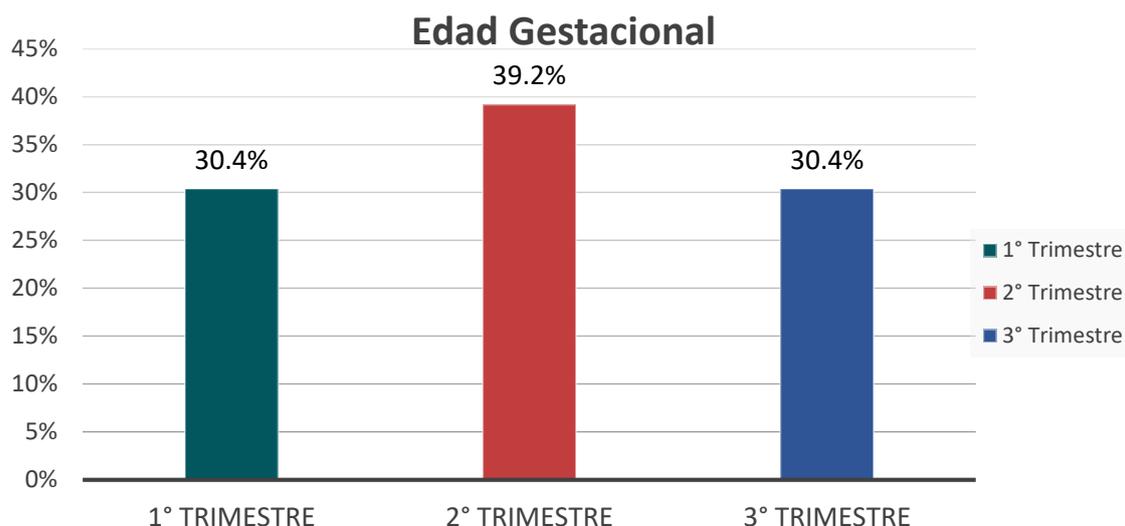


Figura 5. Distribución de la muestra según edad gestacional por trimestre de su primera consulta nutricional.

La figura 5 demuestra que el 39.2% de la muestra tuvo su primera consulta al 2° trimestre de su gestación, el 30.4% tuvo su primera consulta al 1° trimestre al igual que las que tuvieron su consulta en su 3° trimestre de gestación, interpretándose que las gestantes asisten mayormente en su 2° trimestre de gestación.

Tabla 8.

Distribución de frecuencias de la muestra según su estado nutricional pre gestacional.

Consultorio	Estado Nutricional	Frecuencia	Porcentaje	
Si	IMC-PG	Bajo peso	1	1
		Normal	26	29
		Sobrepeso	18	20
		Obesidad	11	12
No	IMC-PG	Bajo peso	0	0
		Normal	18	20
		Sobrepeso	12	13
		Obesidad	4	4
Total		90	100	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 8, se observa que, en la muestra que asistieron a consultoría nutricional, 26 gestantes que en su IMC-PG fue normal representa el 29% que es menor comparado con las que tenían exceso de peso antes de su embarazo y solo hubo una gestante que tuvo bajo peso antes de su embarazo. En el caso de la muestra que no asistieron a consultoría nutricional, se tiene que no hubo ninguna con bajo peso y tuvo mayor cantidad aquellas gestantes que tenían el IMC-PG normal de las que tenían exceso de peso, lo cual se representa por el 20% y el 17% respectivamente.

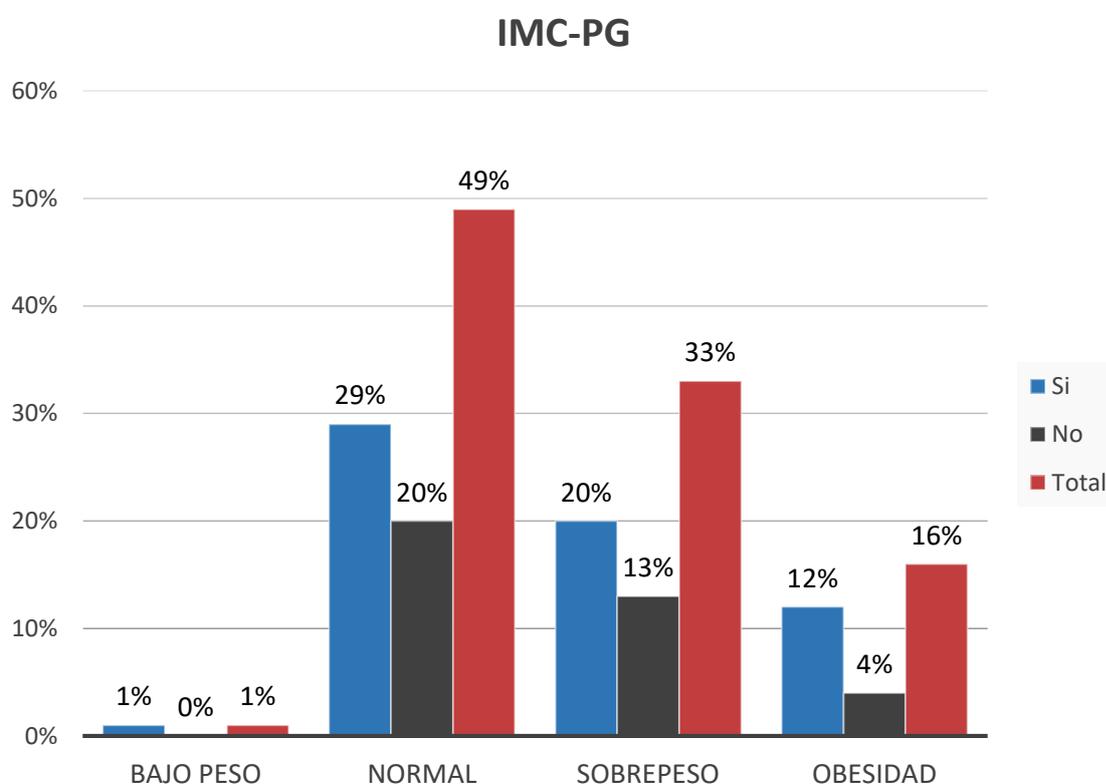


Figura 6. Distribución del total de la muestra según IMC-PG.

En la figura 6 se indica que el 49% de la muestra posee un IMC normal antes de su embarazo, solo 1% presentó bajo peso antes de su embarazo y la mitad de la muestra total tenían exceso de peso.

Tabla 9.

Distribución de frecuencias de la muestra según la ganancia de peso durante su gestación.

Consultorio	Ganancia de peso	Frecuencia	Porcentaje
Si	Adecuada	25	28
	Alta	20	22
	Baja	9	10
	Pérdida de peso	2	2
No	Adecuada	14	16
	Alta	7	8
	Baja	11	12
	Pérdida de peso	2	2
Total		90	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10 se observa que, en la muestra que asistieron a consultoría nutricional, más de la cuarta parte tuvieron una ganancia de peso adecuada al concluir su embarazo, representado por el 28% del total de la muestra, 20 tuvieron una ganancia alta, 9 una ganancia baja y solo hubo 4 gestantes que tuvieron una pérdida de peso desde su inicio hasta culminar su embarazo del total de la muestra que asistieron y que no asistieron a consultoría nutricional. En el caso de la muestra que no asistieron a consultoría nutricional, hubo 14 gestantes que tenían una ganancia de peso adecuada y el número de gestantes que tuvo una ganancia de peso baja fue mayor de las que tuvieron una ganancia alta.

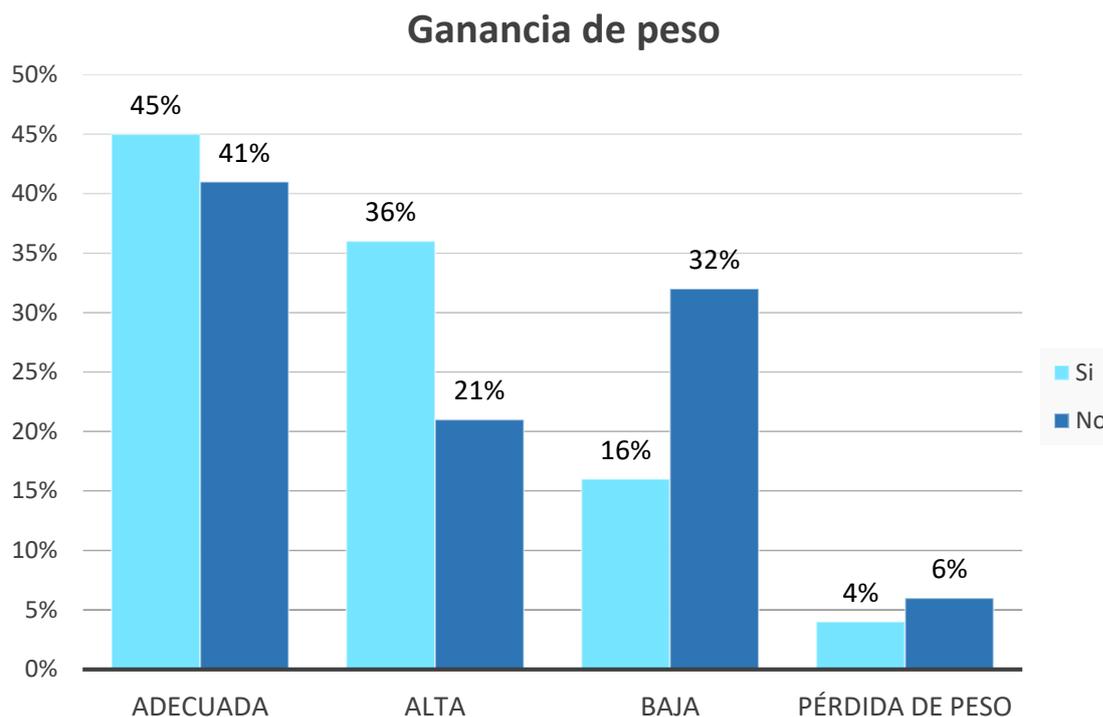


Figura 7. Distribución de la muestra por grupo de asistencia según ganancia de peso al final de su gestación.

La figura 7 resalta que en el grupo de gestantes que no asistieron a consultoría nutricional hubo un 32%, de este mismo grupo, con una ganancia de peso baja, por otro lado, aquellas que si asistieron hubo un 36% del total de este otro grupo con ganancia de peso alta.

4.2. Análisis descriptivo de la muestra (neonato)

En el caso de los datos recolectados de los neonatos sanos o aparentemente sanos, hubo un peso máximo de 4477g y un peso mínimo de 2350g, se tuvo un promedio de 3478±457g (media y desviación estandar), el 50% parte de menos de 3492g o más (mediana), el peso que más se repitió fue el de 3564g. No se encontró ningún neonato con muy bajo peso ni extremadamente bajo peso en los datos recogidos de las historias clínicas de las gestantes que dieron a luz en el servicio de Gineco-Obstetricia.

Tabla 10.

Distribución de frecuencias del neonato según su peso al nacer.

Peso del neonato	Frecuencia	Porcentaje
Macrosómico	14	16
Normal	74	82
Bajo peso	2	2
Total	90	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 10 se puede apreciar que la mayoría de los neonatos tuvieron un peso normal al nacer, 14 del total fueron macrosómicos y solo hubieron 2 que nacieron con bajo peso.

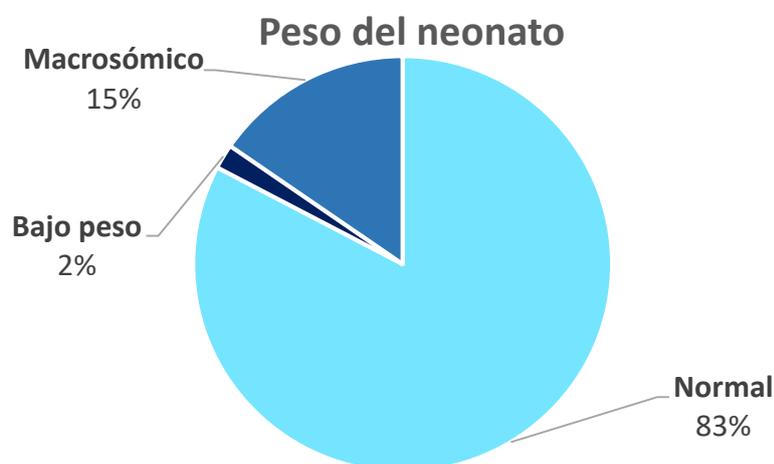


Figura 8. Distribución del peso al nacer.

En esta figura se observa que el 83% de los neonatos nacieron con un peso dentro de los rangos normales, fueron seguidos, en menor escala, por aquellos que nacieron macrosómicos y solo una muy pequeña parte nacieron con bajo peso.

Tabla 11.

Distribución de frecuencias del neonato según su peso al nacer de las gestantes que asisten o no asisten al consultorio nutricional durante su gestación.

Consultorio	Peso del neonato	Frecuencia	Porcentaje
Si	Macrosómico	10	11
	Normal	45	50
	Bajo peso	1	1
No	Macrosómico	4	4
	Normal	29	32
	Bajo peso	1	1
Total		90	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 11 se observa que, de las gestantes que asistieron al consultorio nutricional, la mayoría tuvieron neonatos con un peso al nacer dentro de los rangos normales, representando así el 50% del total de la muestra, solo hubo 1 neonato con bajo peso al nacer tanto en las gestantes que asistieron a consultoría como las que no asistieron. Al igual que en las gestantes que asistieron a un consultorio, aquellas que no asistieron tuvieron, en su mayoría, productos con un peso dentro de los rangos normales.

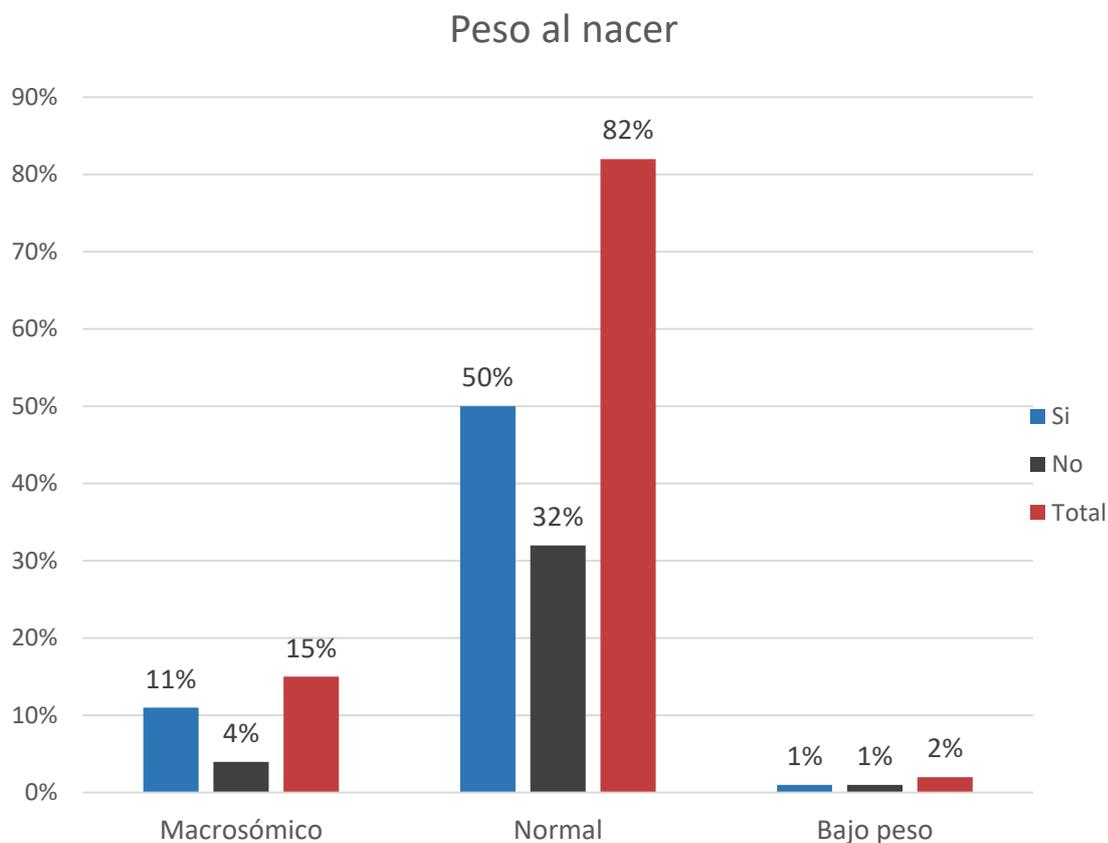


Figura 9. Distribución de los neonatos según peso al nacer del total de la muestra.

De la figura 9 se puede apreciar que el 82% de todos los neonatos nacieron con un peso dentro de los rangos normales, el 15% del total de neonatos nacieron con un peso macrosómico y una muy pequeña parte con bajo peso (2%).

De la muestra de gestantes que asistieron a consultoría nutricional, se puede aclarar que el 80% de los neonatos nacieron con un peso normal, 18% nacieron macrosómicos y el 2% nació con peso bajo peso.

Tabla 12.

Distribución de frecuencias del neonato según su talla al nacer de las gestantes que asisten o no asisten al consultorio nutricional durante su gestación.

Talla del neonato			
Consultorio	Si	No	Total
Frecuencia	56	34	90
Porcentaje	62%	38%	100%
Media	49.57	49.38	49.50
Desviación estándar	1.97	2.02	1.97
Mediana	49.75	49.75	49.75
Moda	50	51	50
Máximo	54.5	53	54.5
Mínimo	45	44	44

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 12 se puede apreciar que no hay mucha diferencia con los datos obtenidos de las tallas de los neonatos con madres que asistieron o no a consultoría nutricional. El promedio total es de 49.5 ± 1.97 cm, la mediana es de 49.75cm, la talla que más se repite es de 50cm, la talla máxima fue de 54.5cm mientras que la mínima fue de 44cm.

4.3. Análisis bivariado de contraste de hipótesis

Tabla 13.

Resumen del procesamiento de los casos.

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Ganancia de peso *	56	100.0%	0	.0%	56	100.0%
Peso del neonato						

Fuente: Elaboración propia con el programa SPSS 19.

La tabla 13 demuestra que no hubo ningún caso perdido y por lo tanto todos los datos fueron analizados.

Tabla 14.

Tabla de contingencia entre la ganancia de peso de la gestante y el peso del neonato.

			Peso del neonato			Total
			Macrosómico	Normal	Bajo peso	
Ganancia de peso de la gestante	Adecuada	Recuento	6	19	0	25
		%	24,0%	76,0%	,0%	100,0%
	Alta	Recuento	4	15	1	20
		%	20,0%	75,0%	5,0%	100,0%
	Baja	Recuento	0	9	0	9
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Pérdida de peso	Recuento	0	2	0	2
		%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Total		Recuento	10	45	1	56
		%	17,9%	80,4%	1,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia con el programa SPSS 19.

La tabla 14 muestra el cruce de las variables, se puede apreciar que existe una mayor cantidad de gestantes que durante su embarazo tuvieron una ganancia adecuada de peso y neonatos que nacieron con un peso dentro de los rangos normales, hubo una gestante con una ganancia de peso alta durante su embarazo y que tuvo un producto de bajo peso. Solo 2 de las gestantes de las que se recolectó sus datos de las historias clínicas tuvieron una pérdida de peso al final de su embarazo, aunque aun así sus productos tuvieron un peso normal.

Tabla 15.

Prueba chi-cuadrado.

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)	Sig. Exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,003 ^a	6	,543	,442
Razón de verosimilitudes	7,137	6	,308	,255
Estadístico exacto de Fisher	6,277			,447
Asociación lineal por lineal	2,420	1	,120	,131
N de casos válidos	56			

Nota: Elaboración propia con el programa SPSS. a. 9 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .04.

La tabla 15 nos demuestra si existe o no una independencia entre las dos variables, es decir, si hay o no relación entre la ganancia de peso de las gestantes que asistieron a un consultorio nutricional con el peso al nacer de sus productos. Se tiene un nivel de significancia de $\alpha=0.05$, un grado de libertad de 6 y un valor del chi-cuadrado crítico o de tabla que es de 12.5916. El valor de chi-cuadrado de Pearson calculado fue de 5.003 y el

valor de $p=0.543$. Teniendo estos datos se puede decir que el chi-cuadrado calculado es menor que el chi-cuadrado crítico, esto nos indica que se acepte la hipótesis nula.

Otra manera de aceptar o rechazar la hipótesis nula fue la de utilizar el test exacto de Fisher que el mismo programa SPSS también puede calcular junto con el chi-cuadrado ya que desafían la misma hipótesis nula. Se utilizó esta prueba ya que más del 20% de las frecuencias esperadas son inferiores a 5. El valor de “p” para este caso viene de Sig. Exacta (bilateral) y es 0.447, siendo $p>0.05$ quiere decir que no existe evidencia estadística de asociación entre ambas variables.

Al tener las dos pruebas aceptando la hipótesis nula entonces para este estudio se tiene como resultado que “no existe relación directa y significativa entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron un control en el consultorio de nutrición del Hospital Nacional Dos de Mayo.”

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito principal de esta investigación fue describir e interpretar los datos resultantes de las variables de estado nutricional de las gestantes que dieron a luz en el servicio de Gineco-Obstetricia y el peso del recién nacido para la cual se aplicó un instrumento previamente validado y se hizo la recolección de datos para posteriormente analizar los resultados haciendo uso de la estadística descriptiva e inferencial.

Los resultados de esta investigación son válidos solo para esta población, la limitante que se encontró al momento de realizar la discusión fue que no había trabajos que trataran de conocer de qué manera influye el acudir a un consultorio nutricional sobre la relación entre la salud de la madre y la salud del neonato.

Mediante los resultados de este estudio se halló que el 82% de las gestantes que dieron a luz en el servicio de Gineco-Obstetricia eran de entre 19 y 34 años, esta cifra se asemeja al 84.7% obtenido de Espinoza y Romero (2014) de gestantes que dieron a luz en el hospital Uldarico Rocca Fernández de Essalud en Villa El Salvador. Por otro lado, según la investigación de Ramírez (2011), hubo un 23% de gestantes menores de edad que participaron en el estudio, en contraste, los resultados obtenidos del presente estudio fue de 11% de gestantes menores de edad, siendo la edad mínima 16 años, se puede alegar que a pesar de ser una población con un problema de salud pública, con consecuencias sociales, económicas y de salud, ya sea por obligación de los padres, familiares o por decisión propia, se está tomando en cuenta su salud y la de sus futuros hijos asistiendo a sus controles prenatales y a consultoría nutricional. A nivel nacional se tiene un porcentaje de 13.4% de embarazos adolescentes y a nivel de Lima Metropolitana es un 9.7% según la ENDES del año 2017.

Según el documento técnico de análisis de la situación del Hospital Nacional Dos de Mayo, refiere que, en la distribución de atenciones a consulta externa según el servicio de atención, el consultorio de nutrición ha ido en aumento desde el 2012 con un 0.5% al 2016 con un 1.2% del total de consultas externas del hospital, es en el 2017 que hubo un 0.1% menos que en el año anterior. En este estudio solo hemos considerado la consulta externa del servicio de nutrición para gestantes el cual no representa la incidencia de dicho consultorio en el hospital.

En cuanto a los resultados obtenidos sobre el IMC-PG tienen cierta similitud con los porcentajes obtenidos de Mori (2015-2016) los cuales son los siguientes: 3.98% tenían bajo peso, 47.53% tenían peso normal y 48.5% tenían exceso de peso. En el caso de Quispe (2016) se obtuvo que el 62.5% presentaron exceso de peso, 34.2% tenían un peso normal y el 3.3% presentaron bajo peso, otro caso es el de Espinoza y Romero (2014) con lo siguiente: 0.5% con bajo peso, 45.8% normopeso y 53.7% de exceso de peso; los datos del presente estudio son: 1% con bajo peso, 49% normopeso y 50% exceso de peso. Una de las razones por la cual los resultados son así es tal vez por el número de participantes, por el tiempo de duración del estudio o por el tipo de población y esto se puede ver reflejado a nivel nacional con los datos del SIEN del 2017 en gestantes que acuden a los establecimientos de salud de las Diresa: según su IMC-PG el 1.6% de gestantes tienen déficit de peso y el 50.7% presentaban exceso de peso a nivel de Lima. Estos últimos datos se acercan más a los que se obtuvieron en el presente estudio. A nivel nacional, según la SIEN, se tiene que el 2% de gestantes presentan déficit de peso y 43.7% presentan exceso de peso, es decir 3 de cada 7 gestantes tienen sobrepeso u obesidad antes de su embarazo. Algo diferente sucede en Loja- Ecuador en el estudio de Ramírez (2011) en el que presentaba un 51.5% de gestantes normopeso, 22.1% de gestantes con bajo peso y 26.4% de gestantes con exceso de peso.

Según Castillo (2015) nos refiere que hubo un 44% de gestantes que tuvieron una ganancia de peso baja y, con la misma cifra, hubo gestantes con una ganancia alta, solo hubo un 12% del total de gestantes que tuvo una ganancia adecuada durante su embarazo. Algo diferente sucede con Espinoza y Romero (2014), quienes obtuvieron un 56.8% de gestantes con una ganancia por encima de lo recomendado. Este estudio (Palomino, 2018) resalta el hecho de que de aquellas gestantes que no acudieron a consulta nutricional tuvieron una ganancia de peso baja y una pérdida de peso representado por un 38% de su grupo, hipotéticamente se podría decir que al no tener una adecuada asesoría sobre su ganancia de peso durante su embarazo, las gestantes tienden a malinterpretar esta ganancia como una especie de subida de peso inadecuada y se privan de comidas en el día afectando así al aporte de nutrientes necesarios para el buen desarrollo en el periodo intrauterino del futuro producto, a pesar de que este pueda nacer con un peso o talla adecuada esto no garantiza que en el futuro, tanto la madre como el neonato, puedan mantener una buena salud ya que se sabe que durante la lactancia se gasta mayor cantidad de energía al dar pecho que cuando estaba gestando. Por el contrario se obtuvo que el 36% de aquellas gestantes que si asistían a consultoría nutricional tuvieron una ganancia alta de peso durante su embarazo, se podría decir hipotéticamente que el asistir 1 o 2 veces al consultorio nutricional no garantiza el hecho de que todas las gestantes vayan a conseguir mantener una ganancia adecuada, esto tocaría el tema de la responsabilidad de su propia salud y la de su descendiente ya que en la actualidad aún existen personas con falta de conciencia sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo.

Sobre el peso de los neonatos, Mori (2015-2016) obtuvo: 86.24% neonatos con peso de entre 2500g a 3800g, 11.08% con peso más de 3800g y 2.69% con peso menor a 2500g. En el caso de Castillo (2015) se tiene que el 97% de los neonatos tenían un peso de entre 2500g a 3999g y el 3% restante tenían más de 4000g de peso. El estudio de Espinoza y

Romero (2014) solo considera a neonatos con peso adecuado menores de 4000g, pero mayores de 2500g (50%) o macrosómicos de igual o más de 4000g (50%) excluyendo a los de bajo peso. En el presente estudio se tiene que el 82% tenían el peso adecuado, el 15% era macrosómico de igual o más de 4000g y solo el 2% tenían bajo peso menos de 2500g. Estos resultados se difieren ya que cada muestra se encontraba en condiciones diferentes y en ambientes diferentes, pero si se encuentra similitud en que la gran mayoría de estos neonatos nacieron con un peso dentro de los rangos establecidos para considerarlos normopeso, aunque en el caso de Espinoza y Romero difiere ya que se excluyó a los que tenían bajo peso intencionalmente.

El Boletín Estadístico de Nacimientos (2016) muestra que, durante el 2015 a nivel del departamento de Lima, hubo un 55.9% de neonatos que nacieron con un peso de entre 2500g a 3499g, el 38.7% nacieron con un peso mayor de 3500g, 4.6% nacieron con un peso entre 1500g a 2499g y el 0.8% con un peso menor de 1499g. Del mismo boletín nos menciona que a nivel nacional el 61% de los nacidos vivos tuvieron un peso de entre 2500g a 3499g, 32% tuvieron más de 3500g, 6% tuvieron entre 1500g a 2499g y el 1% tuvieron menos de 1500g de peso.

El promedio de la talla del neonato encontrada en este estudio fue de 49.5 ± 1.97 cm, la talla más repetida fue de 50cm, la talla máxima fue de 54.5cm y la mínima fue de 44cm, todo esto similar a lo obtenido por Quispe (2016) con un promedio de 49.4 ± 2 cm, moda de 50cm, talla máxima de 55cm y con una talla mínima de 39cm, esto último debido a que dicho estudio incluye a neonatos prematuros.

Los recién nacidos con peso y/o longitud por debajo del rango normal para su edad gestacional pueden presentar una recuperación de su crecimiento dentro de los dos primeros años de vida, aunque haya casos en los que se evidencie un inadecuado crecimiento esto va a

depender de muchos factores y uno de ellos son los cuidados que la madre les proporcione como la lactancia, la alimentación complementaria, la higiene, etc. Se sabe que al ser pequeño para la edad gestacional puede traer consigo un retraso de crecimiento post-natal, así como también cambios metabólicos (Pombo, M., Castro-Feijóo, L. y Cabanas, P. 2011).

En cuanto a la hipótesis, en este estudio se aprobó la hipótesis nula afirmando así la independencia entre las dos variables refiriéndose a la negación de la relación entre el estado nutricional de la gestante que asistió a consultoría nutricional y el peso de su recién nacido, no hubo mucha diferencia en cuanto a las gestantes que acudieron a consultora nutricional como las que no ya que no se precisa exactamente los cambios en cada gestante sino en su totalidad, tampoco se hizo contacto directo con la muestra por lo que no se tiene una apreciación tan cercana con respecto a los beneficios y conocimientos adquiridos de parte del consultorio nutricional. al no tener otro estudio con el mismo fin de investigación no se puede concluir que resulte igual con otra población del mismo hospital u otro nosocomio. En cuanto a solo la relación entre el estado nutricional y el peso del recién nacido se demuestra una asociación entre ambas variables teniendo como respaldo los estudios de Mori (2015-2016), Quispe (2016), Aquino y Carretero (2017) y de Espinoza y Romero (2014), aunque en el caso de Castillo (2015) se concluye que no existe relación entre el peso del recién nacido y la ganancia de peso de las gestantes.

Según el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna del Hospital Nacional Dos de Mayo del año 2017, ha habido 2 casos más que el año pasado (5 casos en el 2016) resultando 7 casos de muertes maternas, y todas han sido por muertes indirectas (perforación intestinal, neumonía, aneurisma cerebral, cardiopatía congénita, etc., y las edades van comprendidas entre 17 a 32 años de edad, siendo el mayor porcentaje en el puerperio (71%) que en la gestación (29%). El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control Enfermedades

del MINSA nos menciona que a nivel nacional la mortalidad materna es de 362 casos durante todo el 2018 y a nivel de Lima es de 64 casos que representa un 17.7% de casos de clasificación preliminar directa e indirecta; y durante el 2013 al 2018 se han dado 350 casos que representa el 15.38% siendo la cifra mayor en comparación a los otros departamentos del Perú.

En el caso de la mortalidad neonatal según el documento técnico del análisis de la situación de salud del Hospital Nacional Dos de Mayo, nos dice que en el 2017 solo hubo 18 casos de neonatos fallecidos que representa el 1% de todos los grupos etarios y sus causas son: prematuros (22.2%), trastornos/bajo peso al nacer (16.7%), neumonía (11.1%), entre otros. El MINSA nos dice que a nivel nacional la mortalidad neonatal es de 3165 casos durante todo el año 2018 y a nivel de Lima es de 839 casos que representa el 26.5%.

VI. CONCLUSIONES

1. El 62% de la muestra asistió a consultoría nutricional alguna vez durante su gestación y del total de la muestra el 82% son gestantes de edades comprendidas entre 19 a 34 años, el promedio de edad es de 25 ± 6.2 años, la edad mínima fue de 15 y la máxima fue de 40 años.
2. El 46.7% de las gestantes solo asistían una o dos veces al consultorio nutricional.
3. El trimestre de gestación no establece diferencias significativas en la asistencia a consultoría nutricional.
4. Casi el 50% del total de la muestra eran gestantes que tenían un IMC-PG normal y de la misma manera el 49% del total de la muestra tenían exceso de peso antes de su gestación, solo hubo 1 caso de bajo peso pre-gestacional.
5. El 45% de la muestra que asistió a consultoría nutricional presentó una ganancia de peso adecuado, el 36% una ganancia alta, el 16% una ganancia baja y el 4% presentó una pérdida de peso al concluir su gestación.
6. El 80% de los neonatos, que eran de las gestantes que asistieron a consultoría nutricional, nacieron con un peso normal, el 18% fueron macrosómicos y el 2% nació con bajo peso. No hubo ningún caso de neonatos con muy bajo peso o extremadamente bajo peso.
7. No existe relación directa entre el estado nutricional en el embarazo y el peso del recién nacido en gestantes que recibieron control en el consultorio de nutrición.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda promocionar la importancia que tiene los controles a consulta nutricional ya sea en hospitales, postas o cualquier centro de salud donde se realicen los controles prenatales a las gestantes e incluirlas en estos controles para que se vuelva algo necesario y así asegurar una mejor calidad en la salud de la madre y el neonato.
2. Fomentar la investigación en poblaciones similares que abarquen hospitales, clínicas u otro centro de salud donde las gestantes se hagan sus controles, que esas poblaciones tengan mayor tiempo de estudio y mayor nivel de análisis para obtener resultados más confiables que se puedan comparar con el presente estudio.
3. Enfatizar en las consultorías una evaluación nutricional completa, tanto los exámenes bioquímicos como la frecuencia de consumo y/o la suplementación necesaria que requiera la gestante como por ejemplo de sulfato ferroso.
4. Promover la adecuada alimentación antes, durante y después del periodo de gestación para evitar posibles complicaciones que puedan surgir en este periodo tanto a la gestante como al recién nacido.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angulo, J., y García, E. (2016). *Alimentación en el recién nacido*. Recuperado de:
<https://www.anmm.org.mx/>
- Aquino Tolentino, Y. y Carretero Gozzing, L. (2017). *Asociación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y el peso del recién nacido*. (tesis pregrado). Universidad Privada Norbert Wiener, Perú.
- Armúa Bueno, M. J. (2014). Rol del nutricionista en prevención y promoción de la salud materno-infantil en el Uruguay. *BIOMEDICINA*, 9(1), 16-23. Recuperado de:
http://www.um.edu.uy/docs/rol_nutricionista.pdf
- Castillo Ríos, D. (2015). *Peso del recién nacido y su relación con la ganancia de peso en las gestantes, del Centro de Salud Materno Infantil El Milagro, 2014*. (tesis pregrado). Universidad Cesar Vallejo. Trujillo.
- Espinosa, E. y Díaz, M. (1997). *Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología: Embarazo de riesgo*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Espinoza, A. y Romero, G. (2014). *Correlación entre el estado nutricional materno y la ganancia de peso gestacional con macrosomía fetal en el Hospital Uldarico Rocca*. (tesis de maestría). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Perú.
- Gómez Gómez, M. Danglot Banck, C. y Aceves Gómez, M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 79(1), 32.
- Hospital Nacional Dos de Mayo. (2017). *Documento técnico: Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria*. Recuperado de: <http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe>
- IOM (2009). *Weight Gain During Pregnancy [Gráfico]*. Recuperado de *Reexamining the Guidelines*, Washington DC: The National Academy Press.

Ministerio de Salud. (2015). *Guía diabetes y embarazo*. Recuperado de:

https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/GUIA-DIABETES-Y-EMBARAZO_web-14-11-2014.pdf

MINSA (2015). *Peso al nacer* [Tabla]. Recuperado de: Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

MINSA (2015). *Peso para la edad gestacional* [Tabla]. Recuperado de: Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años.

MINSA (2018). Sala situacional para el Análisis de Situación de Salud - SE 05-2019: *Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe>

MINSA. (2018). Embarazo y mortalidad materna en adolescentes en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*. 27 (24), pp. 514-517.

Mori Prokopiuk, G. (2017). *Estado nutricional de las gestantes y peso del recién nacido en el Hospital Regional de Loreto-Felipe Arriola Iglesias-Periodo 2015-2016*. (tesis pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Perú.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Embarazo*. Recuperado de:

<http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Nutrición*. Recuperado de

<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

- Paima, I. y Zevallos, E. (2012). *Alto déficit de conocimientos y percepciones adecuadas sobre alimentación en gestantes del hospital apoyo Iquitos*. *Ciencia Amazónica* (Iquitos), 2(2), 151-156.
- Paisán, L., Sota, I., Muga, O., y Imaz, M. (2008). El recién nacido de bajo peso. *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado de: <https://www.aeped.es/>
- Pombo, M., Castro-Feijóo, L. y Cabanas Rodríguez P. (2011). El niño de talla baja. *Asociación Española de Pediatría*. Recuperado de: <https://www.aeped.es/>
- Quispe Huamani, L. (2018). *Relación entre el estado nutricional de las gestantes y el peso del recién nacido en pacientes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, Junio-Diciembre 2016*. (tesis pregrado). Universidad de Huánuco. Perú.
- Ramírez Gallardo, M. (2012). *Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al servicio de ginecoobstetricia del Hospital Isidro Ayora De Loja durante el periodo Enero a Junio de 2011*. (tesis pregrado). Universidad Nacional de Loja. Ecuador.
- Ramírez León, J. (2014). Pielonefritis en el embarazo: diagnóstico y tratamiento. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 71(613), 713.
- Restrepo M., S., y Maya Gallego, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 19 (36), pp. 127-148.
- Restrepo Mesa, S. L., Parra Sosa, B. E., Arias Gómez, J., Zapata López, N., Giraldo Díaz, C. A., Restrepo Moreno, C. M., Ceballos Alarca, N. A., y Escudero Vásquez, L. E. (2012). Estado nutricional materno y su relación con el peso al nacer del neonato,

estudio en mujeres gestantes de la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 14(2), 199-208. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v14n2/v14n2a8.pdf>

Samantha Francesca, J. (2016). *Relación entre los conocimientos y las prácticas alimentarias en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Febrero-marzo*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.

Sistema de Información del Estado Nutricional. (2017). Estado nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del ministerio de salud. *Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutrición*. Recuperado de: <https://ins.gob.pe>

Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. (2016). Peso del recién nacido. *Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015*. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

Sociedad Española de Fertilidad (s. f.). *X Miscelánea: Embarazo múltiples*. Recuperado de: <http://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/recomendaciones/embarazoMultiple.pdf>

WHO (2000). Classification of adults according to BMI [Tabla]. Recuperado de: Obesity: Preventing and managing the global epidemic.

IX. ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
 FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "HIPÓLITO UNANUE"
 ESCUELA DE NUTRICIÓN



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PARTE 1

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PACIENTE:

H. C: _____ Servicio: _____

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____ N° de consultas: _____

Edad gestacional en 1° consulta: _____ Peso 1° Trimestre: _____

PARTE 2

DATOS ANTROPOMÉTRICOS DE LA MADRE:

Peso inicial: _____ Peso final: _____ Ganancia de peso: _____

Talla: _____ IMC: _____ Dx. Nutricional: _____

PARTE 3

DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL RECIÉN NACIDO:

Peso del neonato: _____ Talla del neonato: _____

Dx. Nutricional: _____

Fuente: Mori, G. (2017). *Estado nutricional de las gestantes y peso del recién nacido en el Hospital Regional de Loreto-Felipe Arriola Iglesias-Periodo 2015-2016.*

Anexo 2. Operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA	VALOR DE MEDICION
ESTADO NUTRICIONAL	IMC: Peso y talla.	Cualitativa	Bajo Peso	$<18.5\text{kg/m}^2$
			Normal	$18.5\text{-}24.9\text{kg/m}^2$
			Sobrepeso	$\geq 25\text{kg/m}^2$
			Obesidad	$\geq 30\text{kg/m}^2$
	Ganancia de peso: Peso pregestacional y peso final	Cualitativa	Ganancia Adecuada	(Según intervalo)
			Ganancia Aumentada	
			Ganancia Disminuida	
			Bajo Peso	
PESO AL NACER	Toma de peso inmediatamente después del nacimiento en gramos.	Cualitativo	Macrosómico	$>4000\text{g}$
			Peso adecuado	$2500 - 3999\text{g}$
			Bajo peso	$1500 - 2499\text{g}$
			Muy bajo peso	$1000 - 1499\text{g}$
			Extremadamente bajo peso	$<1000\text{g}$

Anexo 3. Datos recolectados de las historias clínicas

➤ Peso pre gestacional, talla y peso final de diferentes historias clínicas

Hospital Dos de Mayo No. HC: 238054

Apellido y Nombre: C. S. S. S. S. S. Tipo Seguro: 6112 Ocupación: Unidad de Edad: 26

Estado Origin: C. S. S. S. S. Dirección: C. S. S. S. S. Departamento: C. S. S. S. S.

Antecedentes Obstétricos

Gestaciones: 01 Abortos: 01 Partos: 01 Cesáreas: 01 Muertos: 1ra semana

Fecha: 26/01/19 Tipo de Aborto: Inducido

Antecedentes Personales

Malaltas: Diabetes Hipertensión Arterial: Si Epilepsia: No Diabetes: No

Peso y Talla

Peso Habitual: 72 kg Talla: 1.52 m

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: 5.03 Hemoglobina 2: 5.03 Hemogl. al Alta: 5.03

Glucemia 1: 5.03 Glucemia 2: 5.03 Tolerancia Glucosa: 5.03

Violencia / género

Ficha Tamizaje: Si No: No Violencia: Si No: No Fecha: 29/08/18

Examen Físico

Clinico: Si Examen Normal: Si Patológico: No

Mamas: Si Examen Normal: Si Patológico: No

Cuello Uterino: Si Examen Normal: Si Patológico: No

Pelvis: Si Examen Normal: Si Patológico: No

Odont.: Si Examen Normal: Si Patológico: No

Procedencia: C. S. S. S. S. Fecha: 26/11/19

EMERGENCIA FECHA: 26/11/19 HORA: 4:30h

Edad: 26 Sexo: F H.C.: 2382404 D.N.I.: 48123456

NOMBRE DEL PACIENTE: [Redacted] Condición: [Redacted]

DIAGNOSTICO: [Redacted] CIRUGIA PROPUESTA: [Redacted]

ENFERMEDAD ACTUAL: [Redacted] Tiempo de Enf.: [Redacted]

Sintomas Principales: [Redacted]

ANTECEDENTES: HTA: [Redacted] DM: [Redacted] TBC: [Redacted] ASMA: [Redacted]

ALERGIAS: [Redacted] ASMA: [Redacted] IMA/ISO: [Redacted]

HEPATITIS: [Redacted] TRANSFUSIONES: [Redacted] FUR: [Redacted]

CIRUGIAS PREVIAS: [Redacted] MEDICACIÓN HABITUAL: [Redacted]

EXAMEN CLÍNICO: PA: [Redacted] mmHg. Pulso: [Redacted] x F.R.: [Redacted] x **Peso: 64 Kgr.** T: 36.4

Estado Gral: [Redacted] Con: Sonda Nesog.: [Redacted] Foley: [Redacted] Mallampatti: [Redacted]

Ap. Cardiovascular: [Redacted]

Ap. Respiratorio: [Redacted]

Sistema Digestivo: [Redacted]

Sistema Neurológico: [Redacted] Escala de Glasgow: 15

Sistema Locomotor: [Redacted]

Columna Vertebral: [Redacted]

ANÁLISIS PRE QUIRÚRGICOS:

Hb: 15.1 g% Hc: 4.1 % Gpo: [Redacted] Rh: [Redacted] Glucosa: 116.41 mg% Urea: 27.49 Creat: 0.58

Plaqueta: 2320 /mm³ Sangría: [Redacted] T de Coag: [Redacted] TP: 9.75 TTP: 28.05 INR: 0.76

R.Q.C.V.: [Redacted] R.Q. Neumología: [Redacted] ASA: 4 Otros: [Redacted]

INDICACIONES: N.P.O.: > 8h Retirar Prótesis Dental: [Redacted]

Firmar Consentimiento Informado: [Redacted]

Solicitar Interconsulta a: [Redacted]

Deposito de Sangre: [Redacted] Pbas. Cruzadas: [Redacted]

Tramitar Receta de Anestesia: Gral.: [Redacted] Regional: [Redacted]

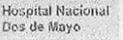
Comunicar al cumplir lo solicitado: [Redacted]

Firma y sello del Anestesiólogo: [Redacted] Firma de Residente: [Redacted]

EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICAS **6 F**

- Formato de atención a consultorio nutricional que va archivado en las historias clínicas





H.C.I.: _____
 DNI: _____
 SIS PGT SOAT _____

Departamento de Nutrición y Dietética

FICHA 02 ANAMNESIS ALIMENTARIA PARA GESTANTE

DATOS PERSONALES

Apellidos, Nombres: _____
 Dirección: _____
 Fecha Nacimiento: ____/____/____ Lugar de procedencia: _____
 Grado de Instrucción: _____ Número de hijos: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Abuelos: _____ Tíos: _____
 Padres: _____ Hermanos: _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

Hospitalizaciones: _____
 Operaciones: _____
 Accidentes: _____
 Enfermedades: _____
 Alergia Medicamt: _____

ANTECEDENTES NUTRICIONALES

Alergia Alimentaria: _____
 Alimentos Poco Tolerados: _____

Consumo Alimentario Frecuente

Alimentos	Frecuencia	Cantidad
Cereales		
Tubérculos		
Menestras		
Vegetales		
Frutas		
Carnes		
Visceras		
Huevo		
Lácteos		

Se alimenta en el Hogar: Sí No
 Horario Fijo para comer: Sí No
 Preparaciones más Consumidas: _____
 Alimentos menos Consumidos: _____
 Suplemento: _____
 Inicio: _____ Dosis: _____
 Cumple Tratamiento: Sí No
 Actividad Física Habitual: Leve Moderado Intenso Horario Trabajo: _____

Talla: _____ cm Circunferenc. Muñeca: _____ cm Contextura: _____
 Peso Pregestac: _____ Kg IMC Pregestac: _____ Diagnt Pregestac _____
 Peso Final Deseable: _____ Kg