



FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE

**“VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL”
EN EL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR - SURQUILLO,**

2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL EN NUTRICIÓN

AUTORA

QUISOCAPA FLORES, VANESSA

ASESOR

Dr. JAIMES SERKOVIC, VALENTIN TIMOTEO

JURADO

Dr. FEIJOO PARRA, MITRIDATES FELIX

Dra. PONCE CASTILLO, DIANA ANTONIA

Dr. LEYVA ROJAS, AMERICO FRANCISCO

Dra. MEJIA RODRIGO, ENA LUZ

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

A Dios por dame la vida y fortaleza para seguir día a día, a mis padres por su incondicional apoyo y por enseñarme a luchar por mis sueños e ideales y a mis hermanos por ser un ejemplo a seguir.

Agradecimientos

Agradezco infinitivamente a Dios, a mi familia y amigos por su apoyo incondicional y respaldo en la elaboración de mi tesis.

Índice

Resumen	6
Abstract.....	7
I. Introducción	8
1.1. Descripción y formulación del problema	8
1.2. Antecedentes.....	8
1.3. OBJETIVOS	11
1.4. Justificación	11
1.5. Hipótesis	12
II. Marco Teórico.....	13
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	13
III. Método.....	14
3.1 Tipo de Investigación	14
3.2 Ambito temporal y espacial.....	14
3.3 Variables	14
3.4 Población y muestra	14
3.5 Instrumentos	15
3.6 Procedimientos	15
3.7 Análisis de datos.....	15
IV. Resultados:	16
V. Discusión	21

VI. Conclusiones	23
VII. Recomendaciones.....	24
VIII. Referencias	25
IX. ANEXOS.....	28

Resumen

Objetivo: Determinar el estado nutricional de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Villa Victoria - Surquillo, 2017. **Método:** El estudio fue de tipo descriptivo – transversal con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 30 gestantes que acudieron a un control pre natal del Centro de salud Villa Victoria durante los meses de junio – noviembre del 2017. El análisis estadístico se realizó a través del programa estadístico SSPS v 20, realizándose un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y medidas de dispersión, para el análisis inferencial se utilizó la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para estimar la asociación entre las dos variables. **Resultados:** De los resultados se observó que el 76.6% tiene un peso adecuada y el 23.3% tiene sobre peso, el 63.3% de las gestantes adolescentes no presenta anemia, el 30% tiene anemia leve, 6.7% presenta anemia moderada. Respecto a las practicas alimentarias el 66.7% son inadecuadas, el 16.7% son medianamente adecuadas y el 16.7 % son adecuadas. Se evidenció que las prácticas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso ($p=0,00$) y las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de la gestante ($p=0,00$).

Conclusión: Las prácticas alimentarias están relacionadas con el estado nutricional de las gestantes adolescentes ($p=0.000$), 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.

Palabras claves: Gestante adolescente, practicas alimentarias, estado nutricional

Abstract

Objective: To determine the nutritional status of adolescent pregnant women at the Villa Victoria - Surquillo Health Center, 2017. **Method:** The study was descriptive - transversal with a quantitative approach. The sample consisted of 30 pregnant women who attended a pre natal control of the Villa Victoria Health Center during the months of June - November of 2017 . The statistical analysis was carried out through the statistical program SSPS v 20, a descriptive analysis was carried out by calculating frequencies and dispersion measures, for the inferential analysis the non-parametric Chi square test was used to estimate the association between the two variables and a regression model was also performed. **Results:** Of the results it was observed that 76.6% have an adequate weight and 23.3% are overweight, 63.3% of pregnant women do not have anemia, 30% have mild anemia, 6.7% have moderate anemia. food practices 66.7% are inadequate, 16.7% are moderately adequate and 16.7% are adequate. It was evidenced that the alimentary practices are related to the gain of weight ($p = 0.000$) and the alimentary practices are related to the nutritional status of the pregnant woman ($p = 0.000$). **Conclusion:** Food practices are related to the nutritional status of adolescent pregnant women ($p = 0.000$), observing that with a greater frequency of "inadequate" feeding practices there is an "inadequate" nutritional status and a greater frequency of "adequate" feeding practices "There is an" adequate "nutritional status.

Keywords: Pregnant woman, food practices, nutritional status

I. Introducción

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, constituyendo actualmente un serio problema social, económico y de salud pública; de considerable magnitud sobre todo en los países en desarrollo.

El embarazo en adolescentes puede definirse como aquel que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarquía) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Un problema complejo que actualmente confronta la reproducción humana se produce precisamente en este período. El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva a un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social. En este sentido algunos autores afirman que el embarazo en la adolescencia debe ser contemplado, como un embarazo de alto riesgo.

Díaz A, Sugg C y Matías Valenzuela. (2014).

1.1. Descripción y formulación del problema

¿Si el estado nutricional en gestantes adolescentes que acudieron al control pre natal no es adecuado entonces tendrá mayor riesgo de malnutrición?

1.2. Antecedentes

“En los últimos años la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han

propuesto evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada por medio del IMC, que se obtiene dividiendo el valor del peso (kg) por el de la talla (m) al cuadrado. Este indicador ha demostrado una buena asociación con el grado de adiposidad y con el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, y tiene la ventaja de ser fácil de calcular y de no requerir un estándar de referencia". (Grandi C; Luchtenberg G y Sola H.(2007)

En consecuencia, la mujer adolescente embarazada se expone a un riesgo de origen nutricional, debido a hábitos alimenticios inadecuados. Constituyéndose en un serio problema de salud pública dado al incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, con mayor frecuencia en las mujeres de menos de 20 años, y sobre todo en el grupo de edad más cercano a la menarquía, en menores de 15 años. Programa Materno Perinatal Región Loreto, (2013)

En el Perú el porcentaje de quienes son madres o están embarazadas es 13.9%, de éstas el 10.5 % son madres y el 3,5 % están gestando por primera vez. Según los resultados de la ENDES 2013. Esta cifra se incrementa, en grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como, niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales con características de marginación históricas, como los grupos indígenas. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados (planificados) y se dan en parejas que no han iniciado su vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera. Al igual que en la encuesta del 2009, los resultados del año 2013 muestran

el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,0% entre las de 15 años hasta el 30,2% en las de 19 años de edad.

Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres con primaria (36,2%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23,9%). Mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (8,5%) y en las del quintil superior de riqueza (5,6%). Los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en las residentes de la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%).

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento, los porcentajes más altos de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas se presentan en: En Amazonas es 30,5%, Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Sin embargo cuando analizamos en números absolutos las regiones Lima, La Libertad, Piura y Cajamarca representan el 51.2% del total de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que cursan un embarazo. (ENDES 2015).

Un gran problema que tiene nuestro país es la anemia en la gestación, debido a que hay un bajo consumo de hierro, mineral indispensable para la formación de hemáties.

Para este estudio se evaluó como indicador bioquímico al nivel de hemoglobina para establecer la presencia o no de anemia. Se define a la anemia como niveles de hemoglobina <11.0 g/dl en el primer trimestre. Milman, Nils. (2012).

1.3. OBJETIVOS

- **Objetivo General**

Determinar el estado nutricional de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Villa Victoria - Surquillo, 2017.

- **Objetivos Específicos**

- Determinar los valores antropométricos de las gestantes adolescentes.
- Conocer la ingesta alimentaria de las gestantes adolescentes.
- Determinar los niveles de hemoglobina de las gestantes adolescentes.

1.4. Justificación

Durante el embarazo en el adolescente, se producen numerosos cambios profundos en el metabolismo materno que sirven para proporcionar sustratos adecuados para el crecimiento y desarrollo del feto. El costo calórico acumulativo del embarazo se ha calculado en aproximadamente 85.000 Kcal más de la ingesta usual. El Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de Estados Unidos (Institute of Medicine) estima los requerimientos totales de energía durante el embarazo en 300 Kcal adicionales por día durante el segundo y tercer trimestre. La adolescente embarazada (5 años postmenarquia) debe ganar entre 14 – 15 Kg. a una velocidad de 500 g/semana. Esta paciente debe ganar casi 4 gr por cada gramo de peso fetal debido a las necesidades de su propio crecimiento. Durante el embarazo, la proteína adicional se requiere para el desarrollo fetal y placentario y extensión de los tejidos maternos. Es necesaria una ingesta de proteínas incrementada a 60 gr/día, un incremento inadecuado de proteínas

lleva a anemia materna y restricción del crecimiento fetal. Estos requerimientos se ven aumentados en la adolescencia por las razones expuestas anteriormente. Estos cuidados alimentarios son más importantes en las adolescentes embarazadas ya que deben sumar a las necesidades propias del embarazo, las originadas por no haber completado su desarrollo y el feto en desarrollo puede competir con la adolescente en crecimiento. El factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo. En Chile, en 334 madres con recién nacidos a término y sin patologías, solo el 54% presentaba características nutricionales previas, definidas como normales, contribuyendo significativamente a los altos índices de riesgo obstétrico.

El embarazo en adolescentes constituye una gran problemática social tanto en países industrializados como en aquellos llamados en vías de desarrollo, lo cual a juzgar por los datos reportados constituyen un problema de salud pública. Se ha reportado una asociación entre un índice de masa corporal muy bajo o muy alto antes del embarazo y malos resultados perinatales tales como prematuridad y restricción del crecimiento intrauterino. No obstante la importancia referida a la nutrición en la embarazada, poco se conoce sobre los cambios y adaptaciones fisiológicas y nutricionales que ocurren en ellas; la mayoría de los estudios describen el comportamiento sicosocial de la adolescente embarazada.

1.5. Hipótesis

Si el estado nutricional en gestantes adolescentes que acudieron al control pre natal no es adecuado entonces tendrá mayor riesgo de malnutrición.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

Durante la adolescencia las necesidades nutricionales aumentan debido a que se trata de la etapa de la vida en la que se lleva a cabo el estirón puberal y el desarrollo sexual. La alimentación debe ser la adecuada para cubrir dichas necesidades nutricionales, especialmente cuando durante la adolescencia se producen situaciones que aumentan los requerimientos por sí mismas. Una de estas situaciones es el embarazo, circunstancia que no suele ser programada y que se asocia a múltiples riesgos para la madre y el feto, ya que si la alimentación no es la adecuada, competirán para cubrir sus requerimientos. La lactancia también supone un reto para el organismo de la madre, aún más durante el periodo de la adolescencia. Ruiz J y Jiménez A. (2016).

La edad materna es considerada una variable de riesgo obstétrico y neonatal para las Normas Perinatales de uso habitual, particularmente la adolescencia (entre los 10 y los 19 años) con riesgo aumentado de bajo peso al nacer y prematuridad. El concepto de grupo de riesgo perinatal de la embarazada adolescente se apoya, en gran parte, en que muestran tasas más altas de morbimortalidad perinatal. José Hernán Masache Paredes. (2011).

III. Método

3.1 Tipo de Investigación

El estudio fue de tipo descriptivo – transversal con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 30 gestantes que acudieron a un control pre natal del Centro de salud Villa Victoria durante los meses de junio – noviembre del 2017.

3.2 Ambito temporal y espacial

Centro de Salud Villa Victoria – Surquillo.2017 (durante el periodo de junio hasta noviembre del 2017). Distrito de Lima, provincia de Lima, departamento de Lima.

3.3 Variables

Variable 1: valor nutricional.

Variable 2: practicas alimentarias

3.4 Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por las gestantes adolescentes que llevaron un control prenatal entre los meses de junio a noviembre del 2017.

Unidad de análisis: una gestante atendida en el Centro de Salud Villa Victoria – Surquillo en el rango de edades de 16 a 19 años

Tamaño de la muestra: muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se encuestaron a todas las gestantes que cumplan con los criterios de selección y que asista a la consulta pre-natal durante los meses de estudio

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no cumpla con el rango de edades.
- Gestantes que no deseen participar en el estudio.
- Gestantes que antes no se hayan realizado un dosaje de hemoglobina.

3.5 Instrumentos

El instrumento que permitió registrar, medir y recolectar los datos consignados es el Carne Perinatal Basico de las gestantes adolescentes en estudio que cumplen los criterios de inclusión considerados en la investigación.

La técnica de recolección de datos es la observación, el mismo que implica la selección y registró sistemático de las características de las variables en estudio.

3.6 Procedimientos

La recolección de datos se hará mediante la entrevista, para ello se realizara una ficha de registro de datos que recoja información de su peso, talla y de su hemoglobina.

Además de una encuesta alimentaria que se realizara a las gestantes que lleven control pre natal en el Centro de Salud Villa Victoria.

3.7 Análisis de datos

Se seleccionará para su procesamiento el paquete estadístico Excel 2007. En el paquete, será transcrita la información recolectada en las fichas de recolección de datos.

Acorde con el método utilizado y haciendo uso de la computadora se harán las tablas o cuadros estadísticos necesarios para dar respuesta al problema planteado en el presente trabajo.

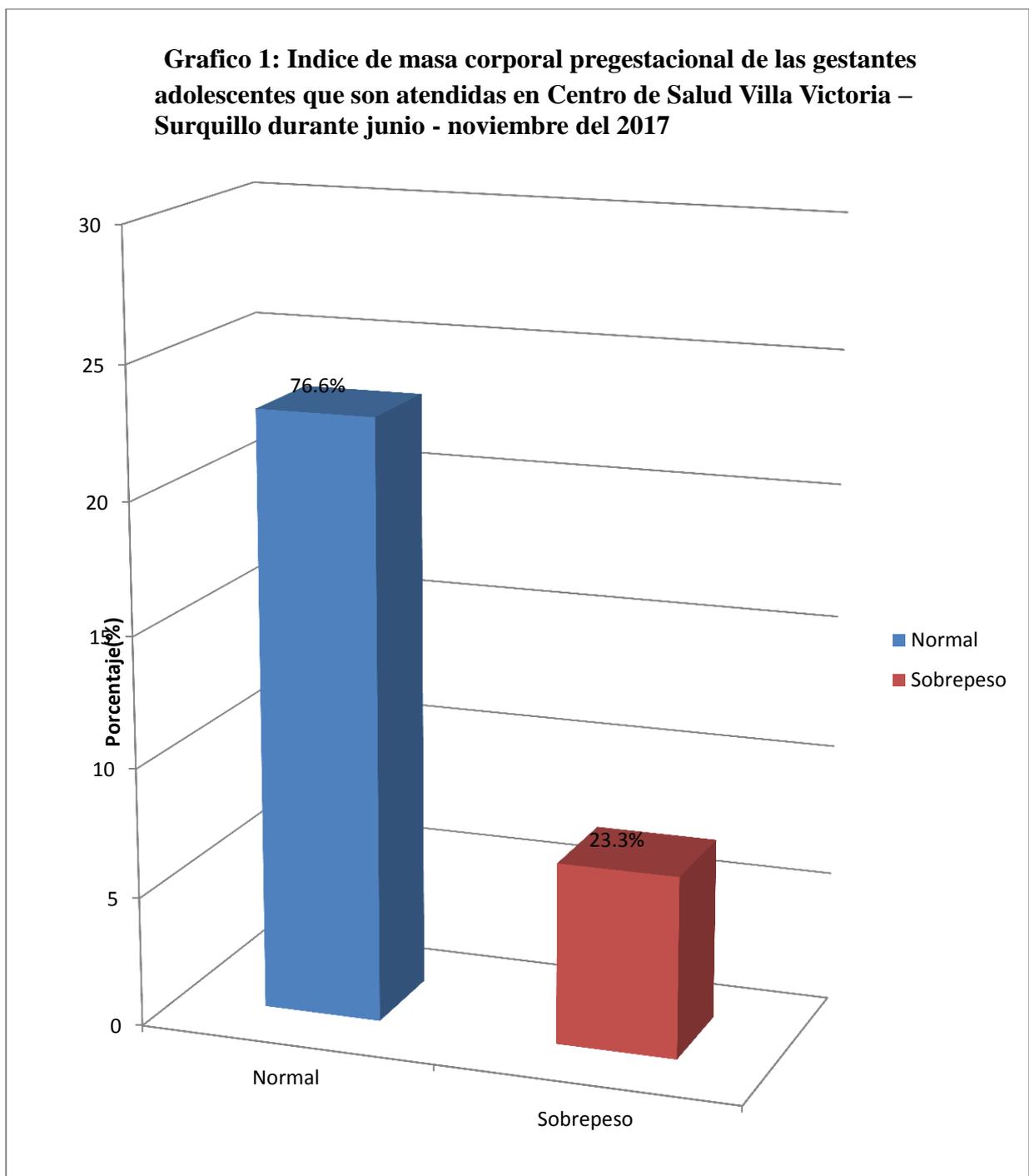
Sobre la base del plan de tabulación de datos, se presentarán los datos en cuadros y gráficos necesarios en esta investigación

IV. Resultados:

Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Villa Victoria – Surquillo durante junio-noviembre 2017

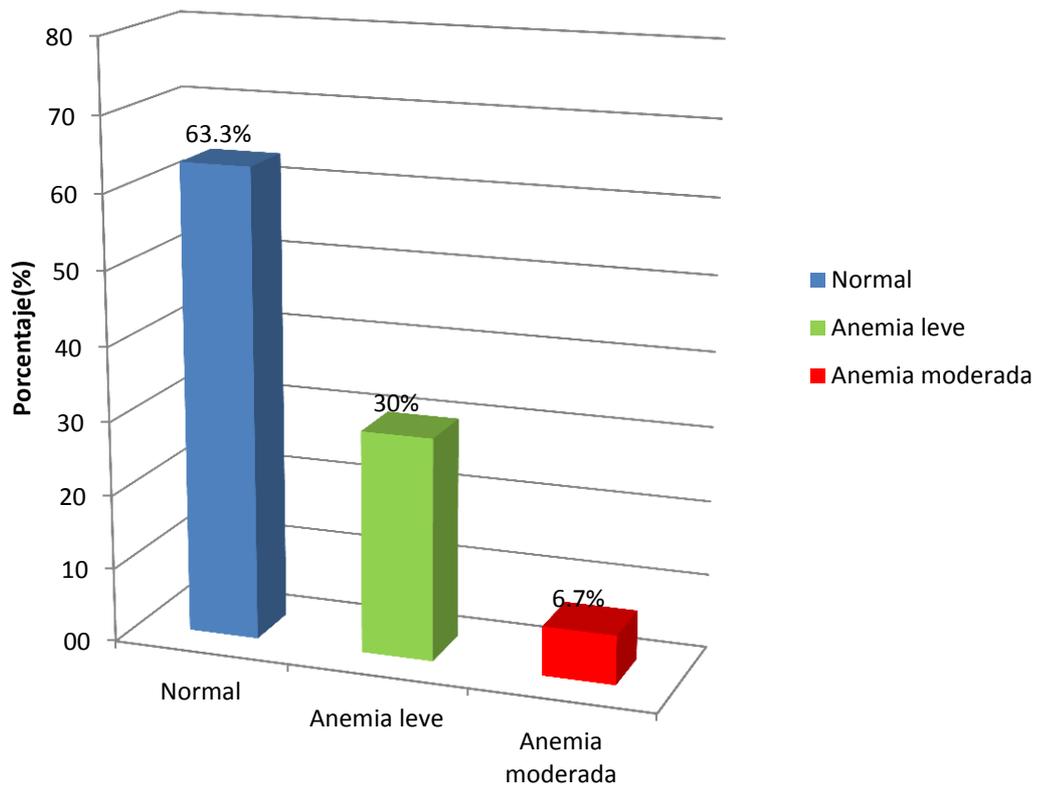
Variables	n	%
Edad		
16-17 años	7	23,3
18 años	8	26,7
19 años	15	50,0
Ocupación		
Ama de casa	16	53,3
Estudiante	14	46,7
Procedencia		
Lima	25	83,3
Fuera de Lima	5	16,7
Nivel educativo		
Secundaria	21	70,0
Técnica	4	13,3
Universitaria	5	16,7
Estado civil-marital		
Casada	2	6,7
Conviviente	15	50,0
Separada	9	30,0
Soltera	4	13,3

En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes que acuden a un control pre natal en el centro de salud Villa Victoria Porvenir, se observa que el 50% tiene 19 años ,que el 53.3% es ama de casa . En cuanto al lugar de procedencia el 83.3% vive en Lima. Mientras que el grado de instrucción secundaria es del 70% y el estado civil en la mayoría es conviviente 50%.

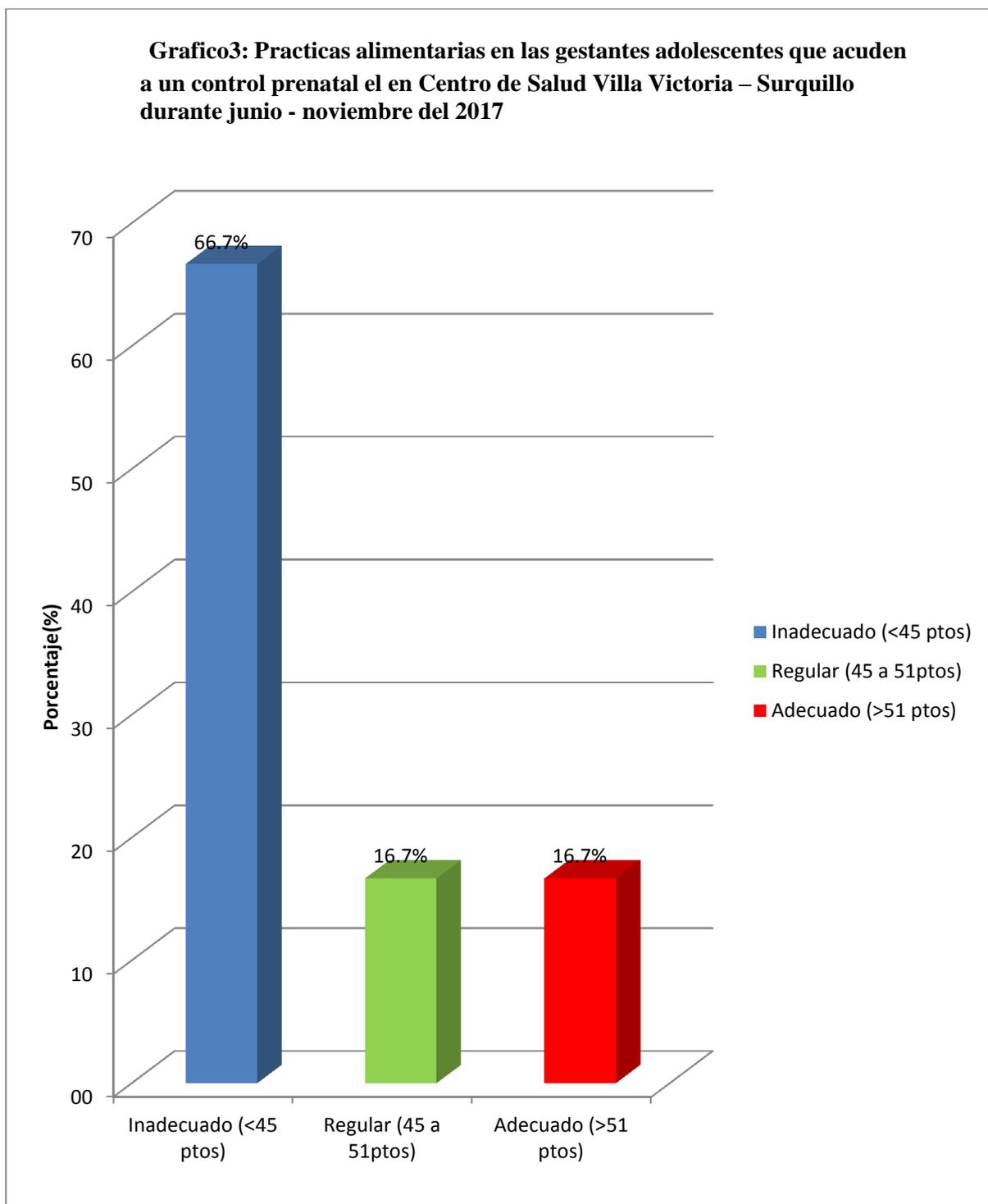


En el gráfico N 1 se identifica que el 76.6 % de las gestantes adolescentes tiene un índice de masa corporal pre gestacional Normal y el 23.3% presenta sobrepeso.

Grafico 2: Distribución de las gestantes adolescentes de acuerdo al grado de anemia, atendidas en Centro de Salud Villa Victoria – Surquillo durante junio - noviembre del 2017



En el grafico 2 se hizo un análisis para poder medir el grado de anemia de cada gestante y poder clasificarlas. Se observó que el 63.3% de las gestantes adolescentes se encuentra una condición normal ósea no posee anemia, en cambio un 30 % posee una anemia leve la cual se puede regular, por lo contrario el 6.7% posee anemia moderada.



En el grafico 3 ,en cuanto a las practicas alimentarias en las gestantes adolescentes se observa que el 66.7% son inadecuadas, el 16.7% es medianamente adecuada y el 16.7% es adecuada.

TABLA N° 4

Relación entre las practicas alimentarias y la presencia de anemia de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Villa Victoria - Surquillo, 2017.

Practicas Alimentarias	Estado de Hemoglobina				
	Anemia		Normal		p
	N	%	N	%	
Inadecuada	8	100%	12	54.54%	0.046
Medianamente adecuada	0	0	5	22.73%	
Adecuada	0	0	5	22.73%	
Total	8	100%	22	100%	

En la tabla 4 se observa que las practicas alimentarias se encuentra significativamente relacionada con el estado de hemoglobina ($p= 0.046$), donde todas madres gestantes que salieron con un puntaje inadecuado se encuentra con anemia , además las que obtuvieron un puntaje medianamente adecuado el 22.73% se encuentran sin anemia . En consecuencia esto nos indica que las madres adolescentes a mayor sea su puntaje obtenido en sus prácticas alimentarias se encontraran sin anemia.

V. Discusión

La investigación titulada “Valoración del estado nutricional en gestantes adolescentes que acuden al control prenatal “en el centro de salud villa victoria porvenir - surquillo”, tuvo como objetivo: Determinar el estado nutricional de las gestantes adolescentes del Centro de Salud Villa Victoria - Surquillo, 2017.

Obtuvimos como resultados que el mayor porcentaje de adolescentes que acuden a un control pre natal fue de 19 años con un 50%, a diferencia con los hallazgos encontrados por Paredes, J. En el Ecuador (2011) quien identificó que el 70% de embarazos ocurren entre los 15 a 18 años.

En cuanto a los resultados de IMC se encontró que el 76.6 % de las gestantes adolescentes tiene un índice de masa corporal pre gestacional normal, teniendo relación con los hallazgos encontrados por Martínez en Colombia (2010) quien encontró que el 65,7% presentaron IMC adecuado, 27,8% con bajo peso y 9,5% con sobre peso, en el primer trimestre de gestación.

También se puede observar en los resultado que en cuanto a la anemia el 36.7% presenta anemia (menor de 11 gr/dl) que se acercan a los resultados encontrados por Quintero et (2012), que en sus investigaciones encontró que el 25.8% de las gestantes tuvo valores de hemoglobina menor a 11 gr/dl.

En cuanto a las practicas alimentarias se encontró que la mayoría (66.7%) tiene practicas alimentarias inadecuadas, los resultados se asemejan a los obtenidos por Rodríguez, en Ecuador (2014) quien fundamenta que las gestantes con hábitos Alimentarios inadecuados influyen en la incidencia de bajo peso al nacer.

La anemia es un problema de salud pública que afecta a todo el mundo, sobre todo a los grupos vulnerables donde la alimentación es inadecuada es por ello que este estudio se

encontró relación entre las practicas alimentarias y la presencia de anemia ($p=0.046$); el cual se asemeja con el estudio de Quintero, e tal (2014) en su estudio, encuentra significancia estadística entre los nutrientes aportadores de hierro.

VI. Conclusiones

En una población de 30 gestantes adolescentes y en base a los resultados según el índice de masa corporal se observó que la mayoría presenta un peso normal (76.6%) y con sobre peso el (23.4%), esto quiere decir que el 23.4% de adolescentes presentan malnutrición, lo que significa que debemos de actuar en este grupo etario de riesgo para mejorar su estado nutricional y condiciones alimentarias para así evitar posibles riesgos tanto en la madre como en el feto.

En cuanto a la anemia en las gestantes adolescentes se observa que hay un total de 36.7% que presenta anemia entre moderada y severa, esto quiere decir que las practicas alimentarias están relacionas con el tipo de anemia que se presente.

En cuanto a las prácticas alimentarias de las gestantes adolescentes se puede decir que están relacionadas con el estado nutricional, observándose que hay una mayor frecuencia de prácticas alimentarias inadecuadas.

También se puede observar que las prácticas alimentarias están relacionadas con la ganancia de peso de las gestantes.

Finalmente se puede decir que la asistencia a un control prenatal es bajo en el primer trimestre.

VII. Recomendaciones

En este trabajo de investigación se puede evidenciar que tanto las practicas alimentarias como el imc y hemoglobina están ligadas al estado nutricional, por lo que debemos trabajar en la educación nutricional durante los tres primeros meses de gestación.

Del mismo modo se considera importante llevar un control del diagnóstico de hemoglobina para así poder prevenir y educar a la gestante adolescente sobre el consumo de alimentos ricos en hierro. Así ellas puedan participar en las sesiones demostrativas que se realiza en el centro de salud villa victoria porvenir, tomando conciencia de las complicaciones que le puede traer la anemia, no solo a la madre sino también a su niño.

El peso pre gestacional y dosaje de hemoglobina al inicio de la gestación son las primeras herramientas que se deben tomar en cuenta en la evaluación nutricional de las gestantes ya que partiendo de estos datos se debe plantear la meta de ganancia de peso para la madre y las recomendaciones alimentarias que contribuyan a dicha ganancia; por otro lado, es necesario capacitar a las mujeres no gestantes, sobre la importancia de acudir de manera temprana al control prenatal, conocer su peso pre gestacional e informarse sobre las formas de alimentación durante la gestación (atención pre concepcional), para que se identifiquen riesgos prevenibles y evitar consecuencias negativas en la futura madre y su hijo.

VIII. Referencias

Díaz A, Sugg C y Matías Valenzuela. (2014). Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *REV SOGIA*, 11(3) ,79-83.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015

Grandi C; Luchtenberg G y Sola H. (2007) Evaluación nutricional durante el embarazo. Nuevo estándar, *Medicina* 67: 677-684.

Masache H.2011. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal, en el Servicio de Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”. La Universidad Católica de Loja. Ecuador.

Martínez, A. (2008). Conocimiento y Actitudes sobre Requerimientos Nutricionales durante el Embarazo en Gestantes de la Micro Red Metropolitana. Tacna, Perú: Universidad de Cantabria, 60 pp.

Milman, Nils. (2012). Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 58(4), 293-312. Recuperado en 25 de abril de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304

Paredes, J. (2011). Estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal, en el Servicio de Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora (Medicina).Ecuador.1-55 pp.

Programa Materno Perinatal Región Loreto, 2013.

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).

Ruiz J y Jiménez A. (2016) .Alimentación del adolescente en situaciones especiales: embarazo, lactancia y deporte. *Adolescere IV* (3) ,31-44.

Rodríguez, A. (2013). Factores Nutricionales Maternos y el Bajo Peso al Nacer en un área de Salud. *Rev Finlay*. [Revista en Internet]* Ecuador. Abril; *Vol. 3 (Nº 1)*:1-13 pp.

IX. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL”

Investigadora: Vanessa Quisocapa Flores

Estimada gestante, Ud. ha sido seleccionada para formar parte de una encuesta que tendrá como objetivo: Determinar el estado nutricional en gestantes adolescentes que acuden a un control prenatal del centro de salud villa victoria Porvenir, 2017.

Riesgos y beneficios: La presente investigación es no experimental, por lo que no se advierte daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos u obstétricos.

Confidencialidad: La información a recolectar, será confidencial. Solamente el investigador principal acceso a la información.

Incentivos: Usted por participar en esta investigación no recibirá ninguna retribución económica.

Derechos: La negativa a no participar no acarreará penalidades, ni a sus familiares, ni se penalizará. La información se empleará para publicaciones científicas en la Universidad Nacional Federico Villareal, cualquier otro uso de los datos, tendrá que ser adecuadamente comunicada a cada participante o en su defecto tener aprobación por un Comité de ética o por pedido de juez.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento. Yo doy deliberadamente mi consentimiento para participar del estudio.

DNI:.....

FIRMA:.....

FECHA:.....

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Datos Generales

Edad: ____

Estado Civil:

 Soltera Casada Divorciada Conviviente

Grado de Instrucción:

 Primaria Secundaria Instituto Universidad

Ocupación:

 Ama de casa Estudiante Empleada Independiente

Lugar de procedencia: _____

2. Estado nutricional

Talla materna: _____

Peso pre gestacional: _____

Peso actual: _____

Índice de masa corporal pre gestacional: _____

Nivel de hemoglobina: _____

ENCUESTA DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

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

El contenido de esta encuesta es confidencial y será manejado exclusivamente por el Bachiller de Nutrición de la Universidad Nacional de Federico Villareal : Vanessa Quisocapa Flores (responsable del estudio), por lo que el anonimato está garantizado.

A continuación se presenta una serie de preguntas vinculadas a las prácticas alimentarias. Le agradeceremos responda con la mayor sinceridad, marcando con un aspa. La información que usted proporcione, será de gran ayuda para mejorar la forma de alimentación que Ud. Posea.

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

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

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

- 3 porciones. (5 ptos)
- De 4 a más porciones (4 ptos)
- 2 porciones. (3 ptos)
- 1 porción. (2 ptos)
- No consumo. (1 pto)

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

- De 4 a más porciones. (5 ptos)
- 3 porciones. (4 ptos)
- 2 porciones. (3 ptos)
- 1 porción. (2 ptos)
- No consumo. (1 pto)

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

- De 4 a más porciones. (5 ptos)
- 3 porciones. (4 ptos)
- 2 porciones. (3 ptos)
- 1 porción. (2 ptos)
- No consumo. (1 pto)

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

- De 4 a más porciones. (5 ptos)
- 3 porciones. (4 ptos)
- 2 porciones. (3 ptos)
- 1 porcion. (2 ptos)
- No consumo. (1 pto)

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

- Diario. (5 ptos)

- Interdiario. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 pto)

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

- Diario. (5 ptos)
- Interdiario. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 pto)

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

- Diario. (5 ptos)
- Interdiario. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 pto)

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

- De 10 a 15 vasos. (5 ptos)
- De 8 a 10 vasos. (4 ptos)
- De 4 a 7 vasos. (3 ptos)
- De 2 a 3 vasos. (2 ptos)
- De 0 a 1 vaso. (1 pto)

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

- Nunca (5 ptos)
- A veces (4 ptos)
- Comúnmente (3 ptos)
- Frecuentemente (2 ptos)
- Siempre (1 pto)

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

- Diario. (1 pto)
- Interdiario. (2 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (4 ptos)
- Nunca. (5 ptos)

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

- Diario. (1 pto)
- Interdiario. (2 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (4 ptos)
- Nunca. (5 ptos)

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

- Nunca (5 ptos)
- A veces (4 ptos)
- Comúnmente (3 ptos)
- Frecuentemente (2 ptos)
- Siempre (1 ptos)

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

- Diario. (5 ptos)
- Interdiario. (4 ptos)
- 1 a 2 veces por semana. (3 ptos)
- 1 a 2 veces por mes. (2 ptos)
- Nunca. (1 punto)