



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:
**EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS NUTRICIONALES Y LOS
CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
CANTÓN YACUAMBI DURANTE EL PERIODO JUNIO 2010 -
FEBRERO 2011**

**Tesis de fin de carrera previa a la obtención
del título de: MÉDICO**

AUTORA:
Carla Gabriela Medina Hernández

DIRECTOR:
Dr. Víctor Hugo Vaca

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA
2011**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

MODALIDAD PRESENCIAL

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:
**EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS NUTRICIONALES Y LOS
CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
CANTÓN YACUAMBI DURANTE EL PERIODO JUNIO 2010 -
FEBRERO 2011**

**Tesis de fin de carrera previa a la obtención
del título de: MÉDICO**

AUTORA:
Carla Gabriela Medina Hernández

DIRECTOR:
Dr. Víctor Hugo Vaca

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA
2011**

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN (DIRECTOR DE TESIS)

Doctor.
Dr. Víctor Hugo Vaca
Director de tesis

Certifica:

Que el presente trabajo de investigación titulado "EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS NUTRICIONALES Y LOS CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL CANTÓN YACUAMBI DURANTE EL PERIODO JUNIO 2010 - FEBRERO 2011", realizado por el (la) estudiante Carla Gabriela Medina Hernández, ha sido supervisado y revisado el mismo que se ajusta al método científico y las normas establecidas por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por lo que autorizo su presentación, publicación y defensa.

Loja, 24 de Octubre de 2011

Dr.
Director(a) de tesis

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, resultados, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor(a).

Loja, 24 de Octubre del 2011

.....
Autor(a)

.....
Director(a) de tesis

DEDICATORIA

*La presente tesis se la dedico a Dios, por ser nuestro creador, amparo y fortaleza,
cuando más lo necesitamos.*

*A mi señor padre y a mi madre por sus enseñanzas, amor, por su comprensión y por
brindarme los medios necesarios para continuar mi formación.*

A mis hermanos, mis tías, mis abuelitos y mis primos por todo su apoyo incondicional.

A mis amigos y maestros que recorrieron junto a mí este camino.

AGRADECIMIENTO

Doy infinitas gracias.

A Dios, por el camino recorrido.

A mis padres Raúl y Julia por su amor y por su apoyo incondicional por sus consejos, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional porque me han

enseñado a encarar las adversidades sin desfallecer en el intento y me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, sin pedir nunca nada a cambio.

A mi tías Martha y Paula quiénes fueron un pilar fundamental durante mi formación, gracias a la confianza que siempre nos hemos tenido y por su apoyo incondicional.

A mis Hermanos Andrés y Pablo porque siempre he contado con ellos para todo.

A mis Abuelitos Carlos, Julia y Zoila por siempre creer en mí.

A la Universidad Técnica Particular de Loja a través de la Escuela de Medicina que me acogió en sus aulas e hizo de mí un persona productiva para mi país. Los maestros que con su paciencia y amor supieron llenarme de conocimientos para hacer de mí una profesional de calidad.

Al director de la tesis Dr. Víctor Hugo Vaca quien me orientó durante el desarrollo de la presente.

Al cantón Yacuambi que fue el lugar donde realicé mi investigación en especial a sus mujeres embarazadas porque sin su colaboración no hubiese sido posible la realización de la misma.

Carla Medina.

CONTRATO DE CESIÓN DE DERECHO DE TESIS

Yo, Carla Gabriela Medina Hernández declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigadores, trabajos científicos o técnicos o tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

autora de la tesis

Director de tesis

INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Páginas
1. Portada	1
2. Carátula	2
3. Certificación de aprobación del director	3
4. Autoría	4
5. Dedicatoria	5
6. Agradecimiento	6
7. Contrato de cesión de derecho de tesis	7
8. Índice de contenidos	8
9. Resumen	9
10. Introducción	10
11. Objetivos	14
11.1. Objetivo General	14
11.2. Objetivos Específicos	14
12. Metodología	15
13. Desarrollo de la Tesis	20
13.1. Capítulo 1: Nutrición en la mujer embarazada	21
13.2. Capítulo 2: Controles Prenatales	39
13.3. Resultados	51
14. Conclusiones y Recomendaciones	95
14.1. Conclusiones	96
14.2. Recomendaciones	99
14.3. Anexos	105
14.3.1. Anexo 1	106
14.3.2. Anexo 2	110

RESUMEN

Este proyecto se enfocó en determinar el porcentaje de Mujeres Embarazadas con malos hábitos nutricionales y falta de controles prenatales en el Cantón Yacuambi durante el período Junio 2010 – Febrero 2011 para lo cual se localizó a las mujeres gestantes casa por casa para el llenado de la respectiva encuesta prediseñada. La revisión bibliográfica fue parte de este estudio se realizó de forma selectiva orientada al tema de estudio, utilizándose la ficha bibliográfica. La tabulación de datos fue manual y realizada por la investigadora apoyada de los paquetes Microsoft Word y Excell. El análisis de datos fue realizado por la investigadora, se hizo la distribución de frecuencias, se aplicó el porcentaje para la determinación del cumplimiento de las funciones y análisis de las características de la población estudiada, la presentación de los resultados obtenidos se realizó mediante gráficos de barras.

Se determinó que la mayoría de las mujeres embarazadas no tienen buenos hábitos alimenticios ya que no consumen los alimentos en porciones ni en la frecuencia diaria adecuada recomendada en el embarazo de acuerdo a la OMS y OPS⁴. Además en un total de 51 gestantes encuestadas el 3,9% de éstas no se realizan los respectivos controles prenatales (CPN) y el 96% de ellas se realizan los CPN durante el embarazo, pero no de forma adecuada ya que no cumplen con el número de controles prenatales que corresponden al embarazo (según la OMS: mínimo 5 CPN) ¹³ habiendo mujeres que durante su gestación solamente se han realizado 1 CPN.

INTRODUCCIÓN:

El cantón Yacuambi al ser una zona rural se encuentra muy propenso a que sus habitantes especialmente las mujeres embarazadas y sus hijos presenten una mala nutrición, ya que debido a las barreras socioeconómicas estas madres no tienen la información, ni la atención, ni los recursos suficientes como para llevar una dieta adecuada durante la gestación, ignorando muchas veces los riesgos que se pudiesen presentar durante el embarazo debido a la mala nutrición. En esta parroquia los productos agrícolas de mayor importancia son: maíz, plátano yuca, café y cacao. La ganadería bovina es el subsistema mas difundido en la región, convirtiéndose en un sistema de ahorro para las familias campesinas, como ya se ha mencionado existe gran variedad de comidas populares, entre las más exquisitas carne de Yamala hornada o seco, caldo de pollo criollo, pescado saltado, cascaritas de chancho, fritada con mote y variedad de frutas de la zona. Bebidas: La chicha de chonta y yuca, el aguardiente de caña con aguas aromáticas. Los cuales constituyen gran parte de la dieta de los habitantes de este Cantón. ⁵

Datos Generales

PROVINCIA:	Zamora Chinchipe
CANTON:	Yacuambi
PARROQUIA:	28 de Mayo

Sus habitantes pertenecen a la nacionalidad Kíchwa Saraguros, Shuar y colonos mestizos. ²⁴

Ubicación Geográfica

Yacuambi es un cantón de la provincia de Zamora Chinchipe, Oriente ecuatoriano y geográficamente está ubicado en los 78°05' hasta 78°43' de longitud y 03°31' hasta 03°50' de latitud.³¹

Está ubicada entre las cotas 885 y 3.805 m.s.n.m. El espacio territorial de Yacuambi está delimitado, al norte con la Provincia del Azuay y Morona Santiago, al sur con el cantón Zamora, al este con el Cantón Yanzatza y provincia de Morona Santiago, al Oeste con la provincia de Loja y la provincia del Azuay.²⁴

Se ubica al sur oeste de la región amazónica y al noroccidente de la provincia de Zamora Chinchipe, a 70 Km. de la ciudad de Zamora cabecera provincial.²⁴

Comunidades

En esta localidad existe gran variedad de comidas populares, entre las más exquisitas tenemos los siguientes: Fritada con mote, yucas con queso, mote con queso, plátanos con queso, caldo de vaca y tamales (Etnia Kíchwas Saraguros), ayampacos (Etnia Shuar) y variedad de frutas de la zona. Bebidas: La exquisita begonia, guarapo y chicha de panela (Etnia Kíchwas Saraguros), chicha de yuca y chonta (Etnia Shuar)⁵

En la población general existen malos hábitos alimentarios en sentido general, como consecuencia de tabúes heredados de generación en generación, lo que determina que en muchas mujeres embarazadas su dieta se vea afectada por condiciones socioculturales que les impide aprovechar los nutrientes disponibles de forma adecuada y balanceada. La mala alimentación durante el embarazo es un tema muy delicado y al que hay que prestarle mucha atención. Las consecuencias nunca serán buenas para el niño en desarrollo, el que incluso puede llegar a presentar patologías crónicas.

El ambiente nutricional intrauterino, parece ser de especial importancia en términos de imprimir en el feto características metabólicas que influyen sobre su riesgo de desarrollar obesidad o enfermedades crónicas no transmisibles durante la vida adulta (“programación fetal”). Un ambiente de deprivación nutricional intrauterina puede tener como consecuencia, un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional o un prematuro; los hijos de madres diabéticas, hipertensas u obesas tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes, hipertensión u obesidad en el curso de su vida, no sólo por factores genéticos, sino también por el mecanismo de “programación fetal”, mediado por factores hormonales o nutricionales que explicarían el mayor riesgo relativo de desarrollar estas enfermedades durante la niñez o la vida adulta.²¹

La madre nutre a su hijo desde que está dentro del vientre y por consiguiente influirá en el crecimiento y el desarrollo normal del niño. Por lo tanto, una buena alimentación durante el embarazo puede incidir en la salud futura del niño.

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el embarazo, especialmente en los países subdesarrollados.

Con frecuencia se inicia el embarazo con bajas reservas de hierro debido a la pérdida de sangre por el flujo menstrual, aunado a una dieta deficiente en hierro y proteínas. Por esta razón la anemia más común es la ferropénica, mientras que la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico es menos frecuente.

La anemia se asocia con complicaciones del embarazo y del parto en la madre, en el feto y el recién nacido, como mayor morbilidad y mortalidad fetal y perinatal, parto prematuro, peso bajo al nacer, hipertensión arterial, infección genital y de herida quirúrgica, así como bajas reservas de hierro en el recién

nacido, lo que provoca desarrollo psicomotor retardado y alteraciones neuro-conductuales¹⁸.

En Ecuador existe una tasa de mortalidad materna de 140 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos según el Cepal-Ecuador 2008.¹¹

Mientras que en otros países de América Latina las tasas de mortalidad materna son más bajas así tenemos por ejemplo en Perú la tasa de mortalidad materna es de 98 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos según el Cepal-Perú 2008, en Colombia es 85 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos según el Cepal-Colombia 2008, en Paraguay es de 95 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos según el Cepal-Paraguay 2008.¹¹

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, son:

- las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- las infecciones (generalmente tras el parto)
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia)
- la obstrucción del parto
- los abortos peligrosos.

Las demás son causadas por enfermedades como el paludismo, la anemia o la infección por VIH/sida en el embarazo.²³

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué porcentaje de mujeres embarazadas existe en el cantón Yacuambi con malos hábitos nutricionales y falta de controles prenatales durante el período Junio 2010-Febrero 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Establecer el porcentaje de mujeres embarazadas en el cantón Yacuambi que lleva malos hábitos nutricionales durante la gestación.
2. Determinar qué porcentaje de mujeres embarazadas en el cantón Yacuambi que no se realizan los controles prenatales respectivos durante el embarazo.
3. Averiguar las causas de los malos hábitos nutricionales y de la falta de controles prenatales en las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi.

METODOLOGÍA:

1. **Tipo de Estudio:** El presente proyecto se enfocó en determinar el porcentaje de Mujeres Embarazadas con malos hábitos nutricionales y falta de controles prenatales, fue un estudio descriptivo de tipo longitudinal, prospectivo y retrospectivo, que se realizó en el cantón Yacuambi de la provincia de Zamora Chinchipe durante el período Junio 2010 – Febrero 2011, para lo cual se localizó a las mujeres embarazadas casa por casa para el llenado de la respectiva encuesta prediseñada.
2. **Área de Estudio:** fue la población total de mujeres embarazadas del cantón Yacuambi.
3. **Universo:** Lo constituyeron la población total de mujeres embarazadas que existen en el cantón Yacuambi y que quisieron participar del estudio.
4. **Muestra:** Se encuestó a 51 mujeres embarazadas del cantón Yacuambi.
5. **Los criterios de Inclusión fueron:**
 - Mujeres embarazadas residentes en el cantón Yacuambi.
 - Edad de las mujeres embarazadas, mujeres jóvenes y mayores (15-35 o más años)
 - Mujeres embarazadas del cantón Yacuambi que deseen participar del estudio.
6. **Los criterios de exclusión fueron:**
 - Mujeres con una mala nutrición que no están embarazadas
 - Mujeres embarazadas que no residen en el cantón Yacuambi.
 - Mujeres embarazadas del cantón Yacuambi que no deseen participar del estudio.
7. **Unidad de Análisis:** Se basó en la encuesta y entrevista prediseñada a las mujeres gestantes del cantón Yacuambi.

8. **Instrumento:** Encuesta prediseñada en la cual se incluyeron todas las variables de interés para el estudio.

9. **Fuente de Información:** estuvo dada por una fuente directa, en este caso las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi.

La revisión bibliográfica fue parte de este estudio se la realizó de forma selectiva es decir orientada al tema de estudio, para lo cual se utilizó la ficha bibliográfica.

10. **Técnicas de recolección de Datos:** se realizó mediante el llenado de la encuesta por parte de las mujeres embarazadas cantón Yacuambi durante el período Junio 2010 – Febrero 2011 y a través de la entrevista realizada por la autora de este proyecto.

12. **Procesamiento de información:** se realizó a través de la tabulación y análisis estadístico de los datos y del método inductivo y deductivo.

La tabulación de datos se hizo de forma manual y fue realizada por la investigadora principal apoyada de los paquetes Microsoft Word, Microsoft Excell. El análisis de datos de igual forma fue realizada por la investigadora con la colaboración de una persona conocedora del análisis estadístico, se hizo la distribución de frecuencias y se aplicó el porcentaje para la determinación del cumplimiento de las funciones y análisis de algunas características de la población en estudio. Además la presentación de los resultados obtenidos se lo representó mediante gráficos de barras.

13. **Procedimiento:** al realizar la tabulación de todos los datos obtenidos en la encuesta y la entrevista que se realizó casa por casa a las mujeres embarazadas cantón Yacuambi durante el período Junio 2010 – Febrero 2010, se procedió a determinar el porcentaje de mujeres gestantes que tienen malos hábitos nutricionales y falta de controles prenatales.

Además se determinó cuales fueron las principales causas que están aportando a la mala nutrición y a la falta de controles prenatales.

A través de la revisión bibliográfica que fue parte de este estudio y que se la realizó de forma selectiva es decir orientada al tema de estudio, para lo cual se utilizó la ficha bibliográfica.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1) Edad de las mujeres embarazadas:

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Edad	Edad en años cumplidos desde su nacimiento hasta la actualidad	Edad en años registrada en la hoja de encuesta	13-15 años 15 - 19 años 20 – 24 años 25 - 29 años 30 – 34 años 35 años y más	Cuantitativo

2) Aspecto Socioeconómico

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado, último año aprobado	Escolaridad registrada en la hoja de encuesta	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta	Cualitativo
Estado civil	Estado conyugal legal en la sociedad	Estado civil registrado en la hoja de encuesta	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	Cualitativo
Ocupación	Trabajo que desempeña actualmente	Ocupación registrada en la hoja de encuesta	Ninguna Ama de Casa Otras	Cualitativo
Ingreso mensual	Cantidad de dinero que recibe cada mes	Ingreso mensual registrado en la hoja de encuesta	En dólares	Cuantitativo

Número de hijos	Número de hijos vivos y muertos.	Número de hijos registrados en la hoja de encuestas	1 2 3 más	Cuantitativo
-----------------	----------------------------------	---	--------------------	--------------

3) Nutrición

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
Dieta equilibrada	La dieta es equilibrada si aporta la energía, las vitaminas y los minerales necesarios. Las calorías totales deben ser: <ul style="list-style-type: none"> Entre un 50% y un 55% de los hidratos de carbono. Entre un 30% y un 35% de las grasas (15%-20% monoinsaturadas) Entre un 10% y un 15% de las proteínas. 	Alimentos, vitaminas y minerales de consumo diario registrados en la hoja de encuesta	Frutas y verduras Vitaminas y minerales Hidratos de Carbono Grasas Proteínas	Cualitativo
Dieta no equilibrada	La dieta es desequilibrada si es una dieta rica en hidratos de carbono, rica en proteínas, rica en grasas, pobre en vitaminas y minerales y/o frutas y verduras o viceversa.	Alimentos, vitaminas y minerales de consumo diario registrados en la hoja de encuesta	Frutas y verduras Vitaminas y minerales Hidratos de Carbono Grasas Proteínas	Cualitativo

4) Accesibilidad a los servicios de salud

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA	VALOR
accesibilidad económica	Recursos económicos (dinero) necesarios para pagar por los	Puede pagar o no por los servicios de salud recibidos	SI NO	Cualitativo

	servicios de salud recibidos.			
accesibilidad geográfica	Centro de salud se encuentra cerca o lejos de la comunidad, existe o no transporte a ese lugar.	Puede transportarse con facilidad al centro de salud de su comunidad.	SI NO	Cualitativo

DESARROLLO:

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

NUTRICIÓN EN LA MUJER EMBARAZADA

NUTRICION DE LA MUJER EMBARAZADA

Una alimentación adecuada y una buena nutrición son esenciales para la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo mental, el rendimiento y la productividad, la salud y el bienestar de las personas, a lo largo del ciclo vital: desde las etapas más tempranas del desarrollo fetal, el nacimiento, a través de la infancia, niñez y adolescencia, y en la etapa adulta y la vejez. Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, productiva y capaz de romper los círculos viciosos de la pobreza y el hambre.

El binomio madre-hijo se considera un grupo vulnerable desde el punto de vista de la salud y la nutrición. La desnutrición materno-infantil causa un daño irreversible al capital humano, afectando el crecimiento y desarrollo físico-mental (talla baja, menores logros escolares, capacidad reducida para la generación de ingresos); este daño se produce en el útero y en los dos primeros años de vida.¹⁹

El déficit nutricional, el bajo peso pregestacional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación, incrementan el riesgo de insuficiencia cardíaca para la madre y el feto, parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer a este último le genera en etapas posteriores de la vida consecuencias deletéreas como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento y mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta. Por todo lo anterior, la atención a la mujer gestante requiere de una cuidadosa vigilancia alimentaria y nutricional que permita la detección oportuna de riesgo.²⁸

Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han variado con el tiempo. Anteriormente, las mujeres eran estimuladas a tener modestos incrementos de peso durante la gestación. En otros momentos, fueron incentivadas a “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas. Hoy comprendemos mejor las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida.

Es importante considerar las desventajas del incremento ponderal excesivo de la madre y de la macrosomía fetal, especialmente en las mujeres con un incremento mayor de 20 kg durante su gestación.¹³

Según el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología y el Instituto de Medicina de EE.UU., las mujeres con sobrepeso y obesidad al inicio de su embarazo deben aumentar de peso en los rangos siguientes:

Categoría de peso/talla.		Incremento ponderal total recomendado	
Categoría	IMC	Kg	Libras
Baja	< 18.5	12.5-18	28-40
Normal	18.5 – 24.9	11.5-16	25-35
Alta	25-29.9	7-11.5	15-25
Obesidad	>30	> 7	>15

Los límites en el embarazo gemelar son de 16 a 20 Kg.¹³

Una mujer que presenta peso bajo en cualquier control, es considerada, desde el punto de vista nutricional, como de alto riesgo. Las madres con bajo peso deben ser evaluadas con mensualidad. La recuperación del peso en algún control puede disminuir el riesgo, pero seguirá recibiendo la complementación alimentaria hasta que concluya la lactancia. Una embarazada con sobrepeso también debe ser evaluada con frecuencia.¹

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE LA EMBARAZADA

Calorías. El metabolismo anabólico por el continuo crecimiento feto-placentario, principalmente en el último trimestre, y el aumento del trabajo mecánico, requieren un incremento del aporte calórico equivalente a 13% de las necesidades.⁴

El embarazo requiere de 80 000 Kcal adicionales, que se acumulan principalmente en las últimas 20 semanas. Para satisfacer tal exigencia se recomienda aumentar entre 100 y 300 Kcal/día durante el embarazo (American Academy of Pediatrics y American College of Obstreticians and Gynecologist, 2002). Las calorías son necesarias como fuente energética y cuando son insuficientes se metabolizan proteínas, en lugar de guardarlas para sus funciones vitales en el crecimiento y desarrollo fetales.¹⁴

Distribución de las calorías en cada trimestre:

- **Primer trimestre** (1800 calorías): Las necesidades calóricas siguen siendo las mismas, pero se debe empezar a incluir ingredientes saludables (leche de almendras, germen de trigo, levadura de cerveza).
- **Segundo trimestre** (2500 calorías): Como en el segundo trimestre el feto dobla su talla, al inicio del cuarto mes hay que ir aumentando progresivamente las calorías hasta llegar a las 2500 que recomienda la OMS.
- **Tercer trimestre:** (2750 calorías): En los últimos meses de gestación, se debe aportar a la dieta unas 2750 calorías diarias y contener unos 100 gramos de proteínas.

Proteínas: Se incrementan en promedio en 12%, por la aceleración de la síntesis proteica, la expansión del volumen sanguíneo materno, y el crecimiento de las mamas, el útero y, muy especialmente, del tejido fetal y placentario.⁴

Se reconoce un balance nitrogenado positivo, ya que una ingesta promedio de 10 a 20g al día, se retienen 2 a 3 g de nitrógeno. Esta cantidad de proteína es utilizada en el desarrollo del embrión, de la placenta y del útero, así como las mamas y tejidos maternos restantes. Un volumen importante es destinado al aumento volumen eritrocítico. Las proteínas séricas totales están disminuidas,

aunque influye mucho la hemodilución existente en el embarazo. Esta estar influida por la progesterona y el estrógeno circulante en grandes disminución proteica se desarrolla a expensas de la albúmina, además parece cantidades.³⁰

Alimentos Ricos en Proteína (de 3 a 4 porciones al día).²

- Carne de res, de cordero, de puerco, de ternera
- Pollo, pavo
- Pescado, mariscos
- Huevos, sustituto de huevos.
- Frijoles secos cocidos, guisantes, lentejas.
- Nueces, semillas.
- Crema de cacahuete.
- Tofu
- Queso, queso cottage
- Leche, leche de soya, leche en polvo Mantequilla, m

Granos (7 o más porciones al día)

- Cereal
- Galletas soda
- Pan dulce, bolillo, bizcocho, bola de masa hervida
- Pasta, arroz, cebada
- Germen de trigo

LOS MICRONUTRIENTES.

Los micronutrientes son vitaminas y minerales necesarios en cantidades mínimas para el funcionamiento, el crecimiento y el desarrollo normales.

Las carencias de micronutrientes se exacerban durante el embarazo y dan lugar a posibles efectos adversos en la madre, como anemia, hipertensión, complicaciones del parto e incluso la muerte. En los países de ingresos bajos, al menos 50 millones de embarazadas están anémicas, principalmente debido a la carencia de hierro.¹⁷

VITAMINAS: La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplemento adicional de vitaminas, a pesar de que aumentan las necesidades de casi todas. El exceso de vitaminas liposolubles causa potenciales riesgos perinatales, como malformaciones renales en niños cuyas madres han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso, dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura.⁴

El consumo de grandes dosis de vitaminas mina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una exposición normal a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no debería ser necesario un suplemento de esta vitamina.⁴

Vitamina A: aunque existe un gran interés en el rol que cumple la vitamina A como suplemento en reducir la mortalidad materna, la deficiencia de esta vitamina es común. Una suplementación de vitamina en altas dosis no es lo que se recomienda en países en desarrollo por efecto teratogénico.³¹ Los aportes diarios recomendados de Vitamina A son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 750ug, en embarazadas de 19-30 años de 770ug, y embarazadas >31años de 770ug.¹³

Alimentos que contienen vitamina A: Hígado, zanahorias, brócoli, batatas (papas dulces), col rizada, mantequilla, espinacas, calabaza, lechuga verde, melón, huevos, melocotones, papaya, mango, guisantes.

Vitamina D: Durante la gestación aumentan los requerimientos de, prácticamente, la mayoría de sustancias, y en lo que se refiere a la vitamina D, el embarazo supone una situación de riesgo para su déficit, debido a su utilización por parte del feto, a una inadecuada exposición solar, una escasa ingesta o un déficit de suplementación, en aquellos casos de restricción de productos lácteos por cuestión dietética o intolerancia.²⁵

Los requerimientos diarios de vitamina D en embarazadas adolescentes entre 14-18 años, embarazadas de 19-30 años y embarazadas >31años es de 5ug.¹³

La fuente principal de vitamina D que tiene nuestro organismo es el sol. La vitamina D se produce de forma natural por el cuerpo humano cuando se expone a la luz solar directa. Entre los alimentos ricos en vitamina D tenemos: El bagre o pez gato, el salmón asado o cocido, la caballa, las sardinas enlatadas en aceite, el atún enlatado en aceite, el huevo, hígado de vaca, los aceites de hígado de pescado, como el aceite de hígado de bacalao.

Vitamina B6: es una vitamina hidrosoluble, que también ayuda a disminuir las concentraciones plasmáticas totales de homocisteína (relacionada con enfermedad cardiovascular cuando está incrementada)³¹. Los requerimientos diarios de vitamina B6 en embarazadas adolescentes entre 14-18 años, embarazadas de 19-30 años y embarazadas >31 años es de 1,9mg.¹³

Fuentes de vitamina B6: o *Piridoxina* son: el germen del trigo, carne y verduras, alimentos ricos en azúcares refinados, aditivos y colorantes.

Ácido fólico: la administración de ácido fólico antes del embarazo y durante los primeros dos meses del mismo ayudan a proteger al producto de la gestación contra los defectos del tubo neural (DTN).³⁴

En cuanto a la relación de edad materna y DTN, se sabe que la anencefalia parece tener un riesgo aumentado para madres de 40 años de edad o mayores, y que la espina bífida muestra un mayor riesgo para madres de 19 años o menores y en el grupo de 40 o más años; siendo el efecto de la edad materna avanzada más relevante para espina bífida que para anencefalia.²⁰

Alimentos que contienen ácido fólico recomendados por la Eating Well With Canada's Food Guide (Health Canada) son: los granos, la espinaca, lentejas, espárragos, brócoli, naranjas, nabos, guisantes, coles de brucas y maíz.¹³

Los requerimientos diarios de ácido fólico en embarazadas adolescentes entre 14-18 años, embarazadas de 19-30 años y embarazadas >31 años es de 600ug.¹³

Vitamina C y Vitamina E.: la vitamina C es una vitamina hidrosoluble que se encuentra mayormente en las frutas y vegetales, cumple su papel en la síntesis del colágeno y como antioxidante. La vitamina C muchas veces es incluida en

bajas dosis en la dieta (menos de 200mg/día) en los preparados multivitamínicos para el embarazo. La vitamina E es una vitamina liposoluble y junto a la vitamina C ayudan a prevenir la morbilidad materna y perinatal.³¹

los requerimientos diarios de vitamina C son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 80mg, en embarazadas de 19-30 años de 85mg, y embarazadas >31años de 85g.¹³ y de Vitamina E es: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 15mg, en embarazadas de 19-30 años de 15mg, y embarazadas >31años de 15mg.¹³

Alimentos Ricos en Vitamina C.

La vitamina C se encuentra en la mayoría de las frutas y los vegetales, tales como:

- Melón, melón blanco
- Guayaba, kiwi, mango, papaya
- Naranjas, tangerina, toronja
- Fresas
- Jugo de naranja, jugo de toronja,
- Brócoli, coliflor, col rizada, col, hojas verdes de mostaza
- Pimientos verdes o rojos
- Camotes dulces o blancos horneados
- Jitomates

Alimentos Ricos en Vitamina E

Los **alimentos vegetales** con vitamina E son vegetales de hoja verde, semillas, entre ellos el brócoli, la soja, las espinacas, el germen de trigo y la levadura de cerveza.

Algunos **alimentos de origen animal** contienen vitamina E como la yema de huevo.

Grasas. Los lípidos son elementos estructurales importantes de las membranas celulares, cumplen funciones energéticas y de reserva metabólica, y forman parte de la estructura básica de algunas hormonas y de las sales biliares.

Entre todos los lípidos, los ácidos grasos (AG) son quizá los de mayor relevancia.³²

Los AG omega-9 no son esenciales, porque el ser humano puede obtenerlos introduciendo un doble enlace en un AG saturado en esa posición. Sin embargo los AG omega-6 y omega-3 no se pueden sintetizar por lo que es imprescindible que nuestra dieta los incluya en determinadas proporciones. Los ácidos grasos esenciales (AGE) están representados en la dieta por los ácidos grasos polinsaturados (AGPI): el ácido linoleico, precursor de la serie n-6 y el ácido alfa-linolénico, precursor de la serie n-3.³²

A partir de éstos AG esenciales se sintetizan AGPI de cadena larga (AGPI-CL), de gran importancia en el desarrollo neonatal. El más abundante es el ácido araquidónico. Los aceites de pescado son la fuente principal de AG-PI-CL de la serie n-3. La deficiencia en AG omega-6 provoca alteraciones cutáneas y en AG omega-3 en el sistema nervioso. Durante la gestación, la concentración de fosfolípidos plasmáticos aumenta en más de un 50%, como consecuencia de la hiperlipidemia asociada al embarazo. Sin embargo, los niveles de AGE y AGPI-CL en plasma materno disminuyen progresivamente.³²

Se ha relacionado el aumento en la ingesta de AGPI-CL omega-3 durante el embarazo con:

- Menor probabilidad de parto pretérmino
- Mayor peso del recién nacido.
- Disminución del riesgo de desarrollar hipertensión
- Mayor desarrollo del sistema nervioso y de la función visual
- Optimización de las funciones posturales, motoras y sociales de los prematuros.

Recientemente, en la “Conferencia Europea del Consenso sobre la Recomendación de los Ácidos Grasos Polinsaturados para las madres gestantes y lactantes”, los expertos en nutrición, obstetras y neonatólogos, han concluido que la ingesta diaria debería ser de 200 mg de DHA/día. Esta cantidad se consigue con el consumo de pescado graso 1-2 veces por semana.³²

Grasas (3 o más porciones al día).

Los siguientes son algunos de los alimentos que contienen grasa:

- Aguacate.
- Queso crema (1 cucharada)
- Margarina, mayonesa, mantequilla (1 cucharadita)
- Aceitunas (5)
- Aceite (1 cucharadita)
- Aderezo de ensalada (1 cucharada)
- Crema agria (1 cucharada)
- Nueces y semillas ($\frac{1}{4}$ de taza)

Ácidos Grasos Trans (AGT) en el embarazo: Los AGT no atraviesan la placenta por lo cual no afectarían el desarrollo fetal. Sin embargo, el nivel de plasmático de AGT en los recién nacidos se relaciona negativamente con el nivel plasmático de los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, por lo cual se propone que si existe alguna deficiencia de ácidos grasos esenciales durante el embarazo y la lactancia, el nivel de consumo de AGT podría tener importancia durante el embarazo y posteriormente en la lactancia. Dependiendo de la alimentación de la madre, la leche humana puede contener cantidades variables de AGT. En promedio los AGT constituyen el 2-5% del total de ácidos grasos de la leche materna. La leche bovina contiene 2-11% de AGT en el total de ácidos grasos.³³

Líquidos (8 o más porciones de 8 onzas al día)

Es importante asegurarse de beber suficientes líquidos durante el embarazo, al beber bebidas saludables tales como:

- Agua
- Sopas
- Jugo de frutas
- Leche

MINERALES

Calcio: la mujer embarazada retiene unos 30g de calcio y la mayor parte se deposita en el feto durante el tercer trimestre del embarazo. Esta cantidad corresponde al 2,5% del calcio total de la gestante, gran parte del cual se deposita en los huesos y se moviliza fácilmente para el crecimiento fetal.¹³

Alimentos Ricos en Calcio (de 3 a 4 porciones al día).

- Leche, suero de yogurt, leche de soja enriquecida con calcio.
- Queso
- Leche evaporada
- Helado, leche congelada
- Malteadas
- Leche en polvo descremada
- Pudín o flan
- Yogurt

Los requerimientos diarios de calcio son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 1300mg, en embarazadas de 19-30 años de 1000mg, y embarazadas >31 años de 1000mg.¹³

Fósforo: la distribución tan extensa de fósforo en los alimentos garantiza su ingestión suficiente durante el embarazo. La concentración plasmática de fósforo inorgánico durante la gestación es muy similar a la concentración en ausencia de embarazo.¹³

Estos son los alimentos ricos en fósforo:

- Frutos secos, como nueces, almendras, avellanas
- Semillas de sésamo
- Huevos

- Pollo
- Carne roja
- Queso
- Ajo
- Cereales
- Salmón
- Atún
- Avena
- Pan de grano entero

Los requerimientos diarios de fósforo son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 1250mg, en embarazadas de 19-30 años de 700mg, y embarazadas >31años de 700mg.¹³

Sodio. La deficiencia de este mineral durante el embarazo es poco común, a menos que se administren diuréticos o disminuya drásticamente la ingesta de sodio con los alimentos. La dieta normal aporta abundante sodio. Pese a que durante el embarazo se acumula más sodio total, la concentración sérica del mineral disminuye ligeramente a causa de la expansión del volumen plasmático.¹³

Alimentos ricos en sodio:

- alimentos en conservas
- alimentos procesados en general
- carne procesada
- embutido
- comida basura
- pasta seca y mezclas de arroz
- sopas procesadas y precocinadas
- salsas y aderezos para ensaladas
- bebidas energéticas o para deportistas
- pan
- sal común

- aperitivos salados

Hierro: de los 300mg que se transfieren al feto y la placenta y de los 500mg incorporados (si están disponibles) en la masa creciente de hemoglobina de la gestante, casi todo el mineral se utiliza después de la mitad del embarazo. En ese lapso las cantidades necesarias de hierro que exige el embarazo y la excreción materna total son de 7mg/día. Las necesidades de Hierro son pequeñas en los primeros cuatro meses del embarazo y por ello no es necesario emplear suplementos del elemento durante ese lapso.¹³

Alimentos ricos en hierro:

- soya
- lentejas
- espinacas
- acelga
- semillas de girasol
- garbanzos
- duraznos
- higos
- ciruelas
- almendras
- avellanas
- hígado
- carne de vaca
- carne de cerdo
- huevo
- sardina
- atún

Requerimientos diarios de hierro son: Los requerimientos diarios de fósforo son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 27mg, en embarazadas de 19-30 años de 27mg, y embarazadas >31años de 27mg.¹³

Zinc: la deficiencia pronunciada de este mineral origina inapetencia, crecimiento deficiente y cicatrización lenta de las heridas.¹³

Deficiencia de Zinc

- Retraso del crecimiento intrauterino- Anomalías congénitas múltiples
- Anomalías del S.N.C.(sistema nervioso central)
- Depresión del Sistema Inmunológico

Alimentos ricos en Zinc:

- ostras
- Germen de trigo
- Galletas integrales
- Hígado de ternera
- Salvado de trigo
- Lomo de ternera
- Hígado de cerdo
- Langosta

Los requerimientos diarios de zinc son: Los requerimientos diarios de fósforo son: en embarazadas adolescentes entre 14-18 años de 13mg, en embarazadas de 19-30 años de 11mg, y embarazadas >31años de 11mg.¹³

Magnesio: no se ha observado deficiencia de este mineral como consecuencia del embarazo.¹³

Alimentos ricos en magnesio:

- Almendras
- Garbanzos
- Maíz

- Chocolate
- Pan integral
- Lentejas
- Acelga
- Espinaca
- Sardina
- Pasas

Recomendaciones de la FAO y la OMS para cubrir las necesidades nutricionales diarias durante el embarazo de una mujer con peso adecuado para la talla⁴

Necesidades	No embarazada	Embarazada
Energía (Kcal)	2.200	2.500
Proteínas (g)	46	57
Vitamina A (µg de retinol)	750	1500
Vitamina D (UI)	400	800
Vitamina E (UI)	12	15
Ácido ascórbico (mg)	30	50
Ácido fólico (µg)	200	400
Vitamina B6 (mg)	2,0	2,5
Vitamina B12 (mg)	2,0	3,0
Calcio (mg)	800	1200
Hierro (mg)	28	50
Magnesio (mg)	300	450
Zinc (mg)	15	20

PRODUCTOS Y ALIMENTOS QUE DEBEN CONTROLARSE O EVITARSE EN EL EMBARAZO

Ingesta de Alcohol

El principal efecto adverso en el retardo del crecimiento intrauterino, también el bebé será al alcohol y puede presentar síntomas de supresión en la etapa neonatal. También el etanol es tratógeno y causa síndrome de alcoholismo fetal. También se presenta afección al sistema cognoscitivo y del lenguaje a largo plazo además de asociarse con trastornos conductuales como el trastorno por déficit de atención.⁷

La cafeína

Al igual que con el tabaco o el alcohol, se debe recomendar la reducción de la ingesta diaria de cafeína a la mujer embarazada ya que se relaciona con recién nacido de Bajo Peso al Nacer.²⁶

Se recomienda que las mujeres gestantes y en lactancia no consuman más cafeína que la contenida en dos tazas de café. También debe limitarse el consumo de té y de bebidas gaseosas que la contienen. También debe limitarse el consumo de té y de bebidas gaseosas que la contienen.¹⁰

Tabaquismo.

Los elevados niveles de carboxihemoglobina que se encuentran tanto en la sangre materna y fetal cuando la madre fuma en el embarazo, pueden llevar a hipoxia fetal crónica evidenciada por hematocrito aumentado en el recién nacido. El retardo en el crecimiento intrauterino puede ser atribuido a varios factores incluyendo las propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, elevación de los niveles de carboxihemoglobina y de catecolaminas, hipoxia tisular fetal, reducción de la liberación de elementos nutricionales fetales, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea.³

Fumar cigarrillo durante el embarazo ha sido implicado en diversas patologías obstétricas y neonatales, tales como desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro, mortinato, síndrome de distrés respiratorio del neonato, bajo peso de nacimiento, síndrome de muerte súbita, alteraciones neurocognitivas y defectos palatinos. Respecto a su efecto en la salud respiratoria, el hábito tabáquico durante el embarazo provoca alteración de la función de la vía aérea expresada por flujos espiratorios disminuidos, mayor prevalencia de sibilancias recurrentes y diagnóstico formal de asma, hiperreactividad bronquial, mayor frecuencia de hospitalización e infección respiratoria baja.³

Drogas ilegales:

Cocaína.

El consumo de cocaína por la gestante origina en algunos recién nacidos un cuadro de irritabilidad, hiperreflexia y temblor, que remeda el síndrome de abstinencia por opiáceos y que se denomina alteraciones neuroconductuales, presente también en los hijos de madres consumidoras de anfetaminas y que es debido a un aumento de la neurotransmisión e irritación del sistema nervioso central del feto. Estas manifestaciones clínicas pueden estar presentes incluso si el consumo sólo ha ocurrido durante el primer trimestre de la gestación.²²

Las malformaciones, que en realidad son disociaciones, son causadas por la interrupción del flujo sanguíneo y entre ellas se han descrito hemorragias e infartos intracraneales, atresia e infarto intestinal, defectos de reducción de los miembros, anomalías cardíacas y renales. La incidencia de muerte súbita también es más alta que en la población normal y que en los hijos de madres heroinómanas.²²

Opiáceos.

Se asocian con un porcentaje aumentado de crecimiento fetal retardado, nacimiento de feto muerto, prematuridad y mortalidad neonatal. El recién nacido

adicto a narcóticos presenta el riesgo de padecer un grave síndrome de abstinencia potencialmente mortal.²²

Anfetaminas.

Los efectos del consumo de anfetaminas durante la gestación y sus efectos fetales son similares a los de la cocaína (perímetro cefálico reducido, prematuridad, bajo peso, sueño anormal, temblores, hipertonía, llanto agudo, vómitos, estornudos, succión excesiva, taquipnea, hemorragias, infartos, lesiones cavitarias a nivel cerebral).²²

El consumo de éxtasis o MDMA durante la gestación sus repercusiones fetales son menos numerosas que en el consumo de otras drogas, pero como se trata de un derivado anfetamínico los efectos serán similares a los ocasionados por las anfetaminas. En los consumidores se han descrito dos cuadros patológicos, el síndrome de hipertermia maligna, caracterizado por fiebre, convulsiones, hipotensión, arritmias y rabdomiolisis que puede ocasionar la muerte, y dos tipos de hepatitis, una crónica y aguda, ésta con necrosis hepática masiva.²²

Consumo de medicamentos.

El consumo normal de medicamentos es necesario para curar o controlar una determinada afección en esos casos siempre se deberá valorar el momento oportuno para recomendar un embarazo. Pero en otras oportunidades el uso de medicamentos por autoindicación puede configurar un patrón adictivo, en estos casos se deberá informar sobre los riesgos que implica el uso sobre la salud de la mujer y de un futuro embarazo. La premisa a dar a toda mujer que piensa embarazarse es “Los medicamentos deben evitarse a menos que sean indispensables” y en estos casos deberá consultar al equipo de salud para evaluar cuidadosamente el riesgo fetal frente al beneficio materno de dicha medicación. Entre los más peligrosos tenemos: Isotretinoína, Talidomida, Anticonvulsivantes, Cumarínicos, Sales de Litio, Estreptomicina, Kanamicina, Tetraciclinas.¹⁵

CAPÍTULO 2

CONTROLES PRENATALES

CONTROLES PRENATALES

DEFINICIÓN:

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica)⁶

Los cuidados prenatales se ejercen en distintos sitios, desde una consulta privada a la sanidad pública y los hospitales regionales, o en la casa de la paciente. Los obstetras deben optimizar sus esfuerzos recurriendo a otros profesionales y grupos de apoyo, como especialistas en nutrición, educadores maternos, enfermeras del servicio público de salud, auxiliares de enfermería, médicos de familia, matronas y médicos especialistas. La mayoría de las mujeres embarazadas están sanas. Tienen embarazos normales y pueden realizar su seguimiento un equipo obstétrico formado por enfermeras, auxiliares de enfermería y matronas, junto con un obstetra disponible para las consultas especiales. Estas mujeres pueden realizar su seguimiento con enfermeras que dispongan con el tiempo suficiente para dedicarlo a la educación de las pacientes y a la preparación para la maternidad, mientras que los médicos se pueden concentrar de manera adecuada en problemas más complejos que requieren de sus conocimientos. Esto, además, hace posible una continuidad en los cuidados, que es muy importante para la satisfacción de la paciente.¹⁶

Valoración de riesgos

Es importante individualizar los cuidados de la paciente y que estos cuidados sean continuos. La visita inicial debe incluir una anamnesis detallada, una exploración física y analítica. La visita inicial requiere que se desarrolle en una consulta. En el primer contacto con la paciente, ésta no debería encontrarse desnuda en una mesa de exploración.¹⁶

Que se busca con los controles prenatales: ¹⁵

- La detección de enfermedades maternas subclínicas,
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo,
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal,
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo,
- La preparación psicofísica para el nacimiento,
- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos: ¹⁵

- Precoz
- Completo
- Periódico
- De amplia cobertura.

Precoz: La primera visita debe realizarse tempranamente; en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. ¹⁵

Periódico: La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo requerirán un número menor de controles (entre 4 y 6) que las de alto riesgo.

Completo: Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. ¹⁵

Amplia cobertura: En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal. ¹⁵

Son barreras para el control prenatal efectivo: ¹⁵

- Su costo, cuando no es gratuito para la usuaria, a lo que se debe agregar gastos de transporte, pérdida de horas laborales, etc.
- Inadecuada capacidad (calidad, tiempo, etc.) del equipo de salud.
- Problemas en la organización para brindar el control prenatal.
- Barreras de orden cultural.
- Inaccesibilidad geográfica.
- Descreimiento en las bondades del sistema de salud y en la necesidad de control.
- Falta de promoción en las comunidades y apropiación de su importancia.

OBJETIVOS DE LOS CONTROLES PRENATALES: ¹⁵

- Confirmar el embarazo.
- Mejorar la calidad del control prenatal. Utilización de algunas tecnologías apropiadas.
- Obtener datos para planificar el control prenatal, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.
- Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador para brindar una atención prenatal de calidad. (Uso de la Historia Clínica Perinatal.)
- Detectar riesgos en la población Evaluación del riesgo perinatal.
- Conocer información relevante del embarazo Anamnesis
- Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal: determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto.
- Evaluar el estado nutricional materno.
- Investigar estilos de vida de riesgo.
- Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical.
- Prevenir el tétanos neonatal y puerperal Vacunación antitetánica

- Detectar posibles procesos sépticos buco dentales Examen buco-dental.
- Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria y/o tumoral de la mama.
- Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical.
- Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.
- Prevenir, detectar y tratar la anemia materna
- Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria
- Detectar diabetes mellitus y gestacional
- Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza.
- Confirmar la existencia de vida fetal: pesquisar movimientos y frecuencia cardíaca fetal
- Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro.
- Pesquisar alteraciones de la presión arterial
- Descartar alteraciones del crecimiento fetal.
- Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones.
- Pesquisar presentaciones fetales anormales.
- Detectar posibles distocias pélvicas.

CRONOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES DE BAJO RIESGO.

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma que contemple la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir al mínimo útil el número de controles, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo. ¹⁵

Cuando ocurra una consulta tardía, se realizarán las actividades correspondientes a las consultas previas que no fueron realizadas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o la ausencia de factores de riesgo. ¹⁵

Entre los factores que aumentan el riesgo perinatal se citan únicamente aquellos cuyo control requiere actividades no contempladas en esta propuesta y que necesitan acciones de mayor complejidad (normas de alto riesgo).¹⁵

FACTORES DE RIESGO PERINATAL

Cardiopatía	Polihidramnios
Hipertensión	Oligoamnios
Diabetes	Hemorragia genital
Tuberculosis	Amenaza de parto de pretérmino
Hemoglobina menor de 10 g/l	Rotura prematura de las membranas ovulares
Antecedentes de muerte perinatal	Talla materna < 145 cm.
Alloinmunización (sensibilización) Rh	Peso materno pregravídico < 45 Kg.
Macrosomía fetal	Escaso o exagerado incremento de peso materno
Embarazo múltiple	Antecedentes genéticos desfavorables
Restricción del crecimiento intrauterino	

FUENTE: CLAP/SMR-OPS/OMS. 2010

Con el interrogatorio comienza el examen clínico de toda gestante. Por las consecuencias administrativas y legales y por la asociación que algunos factores tienen con el riesgo perinatal, una correcta anamnesis debe incluir:¹⁵

- Identificación de la gestante: nombres y apellidos, domicilio, localidad, teléfono, fecha de nacimiento y edad, lugar del control prenatal, lugar del parto/aborto, N° de documento de identidad
- Estado socio-educacional: etnia, nivel educacional, estado civil.
- Antecedentes obstétricos: número, evolución y terminación de las gestaciones previas, nacidos vivos y muertos, finalización del último embarazo, antecedentes de macrosomía o bajo peso al nacer, antecedentes de gemelaridad, aspectos referidos a la planificación del embarazo, datos del embarazo actual
- Antecedentes familiares: Tuberculosis, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, otras condiciones médicas graves
- Antecedentes personales: Tuberculosis, Eclampsia, Cardiopatía, Nefropatía, Hipertensión, cirugía genitourinaria, violencia, Preeclampsia, Infertilidad.

CRONOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES PARA LAS CONSULTAS PRENATALES DE BAJO RIESGO

Actividades	Semanas de consultas				
	Antes de Las 20 (*)	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	5ª visita
Prueba de embarazo	X				
Cálculo de la amenorrea	X	X	X	X	X
Historia clínica perinatal y evaluación de riesgo	X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X				
Peso corporal	X	X	X	X	X
Talla	X				
Investigar estilos de vida de riesgo	X	X		X	
Detectar susceptibilidad a la Rubéola	X				
Vacuna antitetánica (**)		X	X		
Examen odontológico	X				
Examen de mamas	X				
Ex. ginecológico, PAP, colposcopia (***)	X				
Grupo sanguíneo y factor Rh	X				
Detectar toxoplasmosis	X		X		
Detección VIH	X			X	
Determinación de hemoglobina	X		X		
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X
Detección Sífilis	X			X	
Detección de Chagas	X				
Detección de Paludismo	X				
Cultivo de orina	X		X		
Detectar diabetes	X			X	
Detectar infección por Estreptococo B				X	
Contenidos educativos para el parto y la lactancia	X	X	X	X	X
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal.		X	X	X	X
Evaluación del líquido amniótico		X	X	X	X
Diagnóstico de vida fetal		X	X	X	X
Evaluación de la capacidad pelviana					X
Consejería y provisión de anticoncepción					X

(*) Las actividades programadas para la primera visita se deberían hacer siempre, independientemente de la edad gestacional al momento de la consulta.

(**) Si se sospecha que la gestante no volverá o porque así lo indica la norma nacional se podrá vacunar antes de la semana 20

(***) Lo más precozmente o según norma nacional.

FUENTE: CLAP/SMR-OPS/OMS. 2010

PRIMERA CONSULTA

La primera consulta es muy especial, porque la paciente debe vencer la timidez de estar frente al médico (muchas mujeres así lo sienten) permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo.⁶

INDICACIONES GENERALES:

La dieta.

Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre. Es también necesario insistir acerca de una preparación higiénica de los alimentos.⁶

La higiene personal.

Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.⁶

La actividad física.

Se debe aconsejar que inicie o continúe con ejercicio moderado durante el embarazo, esto no está asociado con resultados adversos (nivel de evidencia: A). La mujer embarazada debe evitar los ejercicios que involucren el riesgo de trauma abdominal, caídas o excesivo esfuerzo de las articulaciones, así como deportes de alto impacto, deportes de contacto y vigoroso como tenis o el buceo. (Nivel de evidencia 1a)¹²

La educación.

Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.⁶

Psicoprofilaxis obstétrica.

Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja programada, apropiada y que tiene por objeto, permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.⁶

Medicamentos.

Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica.⁶

Consejería.

Se debe ofrecer información basada en la evidencia durante su capacitación para la toma de decisión informada respecto a sus cuidados. La información debe incluir detalles de donde y quién le dará la atención prenatal. La decisión de la mujer embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones. Desde el primer contacto con la gestante se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta y pruebas de laboratorio. (nivel de evidencia C)¹²

Relaciones Sexuales.

No se ha reportado resultados adversos del embarazo relacionados a la actividad sexual durante el embarazo. (Nivel de evidencia 1a).¹²

Alimentación.

La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Es efectiva la suplementación energético-proteica en mujeres con riesgo de productos de bajo peso al nacer. (nivel de evidencia 1b).¹²

Tabaquismo y alcohol.

Aunque no existe evidencia concluyente de que el consumo de alcohol menor a 15 unidades por semana tiene efectos adversos sobre el feto sobre el crecimiento del feto y en los niveles de coeficiencia intelectual en la infancia, la mujer embarazada debe ser cuidadosa acerca de la cantidad de alcohol que

consume y limitarlo. (Nivel de evidencia 1a). El exceso de alcohol tiene efecto adverso en el feto. Por lo tanto se sugiere que la mujer embarazada limite su consumo a no más de 1 unidad estándar por día. (Nivel de evidencia D).¹²

El tabaquismo se ha asociado a un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro, peso al nacer y el desarrollo de labio o paladar hendido, por lo cual debe ser evitado (nivel de evidencia 1a).¹²

Drogas:

El fumar marihuana se asocia con bajo peso al nacer, muerte perinatal, parto prematuro. (nivel de evidencia 2a).¹²

DIAGNÓSTICO PRENATAL

El objetivo principal del diagnóstico prenatal es ofrecer a las familias de riesgo la información, de modo que pueden tomar una decisión informada durante la gestión. Los beneficios potenciales del diagnóstico prenatal son:⁸

- 1) Tranquilizar a las familias de riesgo cuando los resultados sean normales
- 2) Proporcionar información sobre el riesgo a las parejas que no tendrían hijos sin que les ofreciera esa tranquilidad
- 3) Permitir que las parejas se preparen para el nacimiento de un hijo afectado.
- 4) Permitir a los profesionales sanitarios que se planifique el parto y los cuidados posnatales de un niño afectado.
- 5) Ofrecer información del riesgo a las parejas para las que la interrupción de un embarazo afectado sea una alternativa.

El diagnóstico prenatal suele realizarse en una fase precoz del embarazo, cuando se puede llevar a cabo la interrupción con seguridad en caso de que el feto esté afectado. Para muchas familias, incluso cuando la interrupción del embarazo no sea una opción aceptable, el diagnóstico prenatal puede ayudarlas a prepararse mental, emocional y económicamente, así como a buscar sistema de ayuda antes de la llegada del niño. En la mayoría de las afecciones, la posibilidad de tener un niño sano no afecta supera los riesgos de los defectos

congénitos, y las pruebas genéticas prenatales tranquilizarán a las familias de que no tendrán un hijo con una enfermedad específica. A la hora de aconsejar a las pacientes se debe recordar que, en muchos casos, las pruebas genéticas de los progenitores indicarán que existe un riesgo genético bajo o nulo para su descendencia, y el diagnóstico prenatal no será necesario.⁸

Técnicas de diagnóstico prenatal

Amniocentesis: en la amniocentesis se extrae una muestra de líquido amniótico (por lo general 20ml) mediante la inserción de una aguja espinal de calibre 20 o 22 a través del abdomen materno y de la pared uterina hasta llegar a la cavidad amniótica con control ecográfico.⁸

Biopsia de la Vellosidades coriónicas: en la biopsia de las vellosidades coriónicas se realiza una biopsia de la placenta en desarrollo a las 10-13 semanas de gestación.⁸

Embarazos múltiples: en la gestación gemelar el riesgo de anomalías cromosómicas es mayor, en comparación con un embarazo único. Se emplean tanto la amniocentesis como la biopsia de Vellosidades coriónicas.⁸

Análisis de la sangre fetal y otras biopsias de tejidos fetales: en la actualidad se utiliza la extracción percutánea de sangre umbilical sobre todo en la evaluación y tratamiento de la isoimmunización fetal, cuando se sospecha la necesidad de una transfusión intrauterina.⁸

VISITAS PRENATALES ULTERIORES

FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS

La OMS establece que las mujeres embarazadas deben asistir como mínimo a 5 consultas de atención prenatal. (nivel de evidencia D).¹²

Las necesidades de cuidado especial que pueda requerir la embarazada deben ser evaluadas durante la gestación ya que nuevos problemas pueden surgir en cualquier tiempo. De acuerdo a la paciente se debe disminuir el número de consultas e incrementar la duración de las mismas. (nivel de evidencia 3).¹²

RESULTADOS

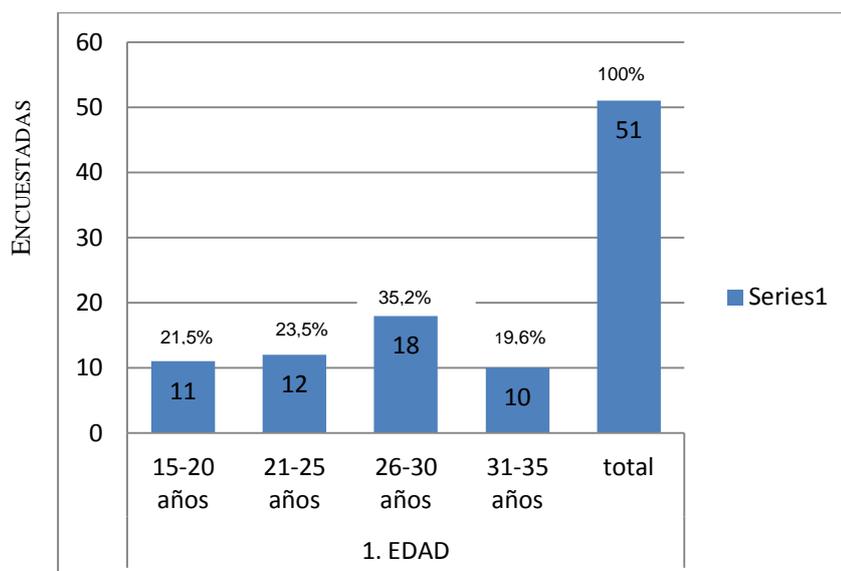
PREGUNTA N° 1: EDAD EN AÑOS

Tabla N° 1
EDAD

1. EDAD				
15-20 años	21-25 años	26-30 años	31-35 años	total
11	12	18	10	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 1.
EDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Dentro de un total de 51 mujeres embarazadas encuestadas en el cantón Yacuambi se encontraron los siguientes resultados: 11 mujeres entre 15-20 años de edad (21,5%), 12 mujeres entre 21-25 años de edad (23,5%), 18 mujeres entre 26-39 años de edad (35,2%), 10 mujeres entre 31-35 años de edad (19,6%).

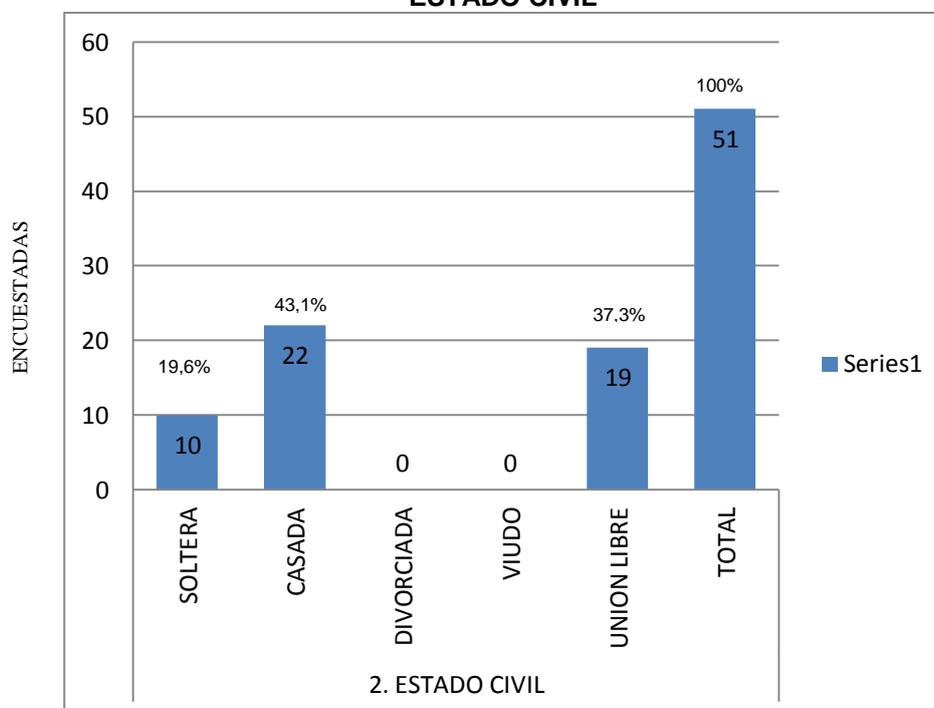
PREGUNTA N° 2: ESTADO CIVIL

**Tabla N° 2
ESTADO CIVIL**

2. ESTADO CIVIL					
SOLTERA	CASADA	DIVORCIADA	VIUDO	UNION LIBRE	TOTAL
10	22	0	0	19	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 2.
ESTADO CIVIL**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 10 mujeres solteras (19,6%), 22 mujeres casadas (43,1%), 19 mujeres en unión libre (n=37,3%), no se encontraron mujeres divorciadas o viudas.

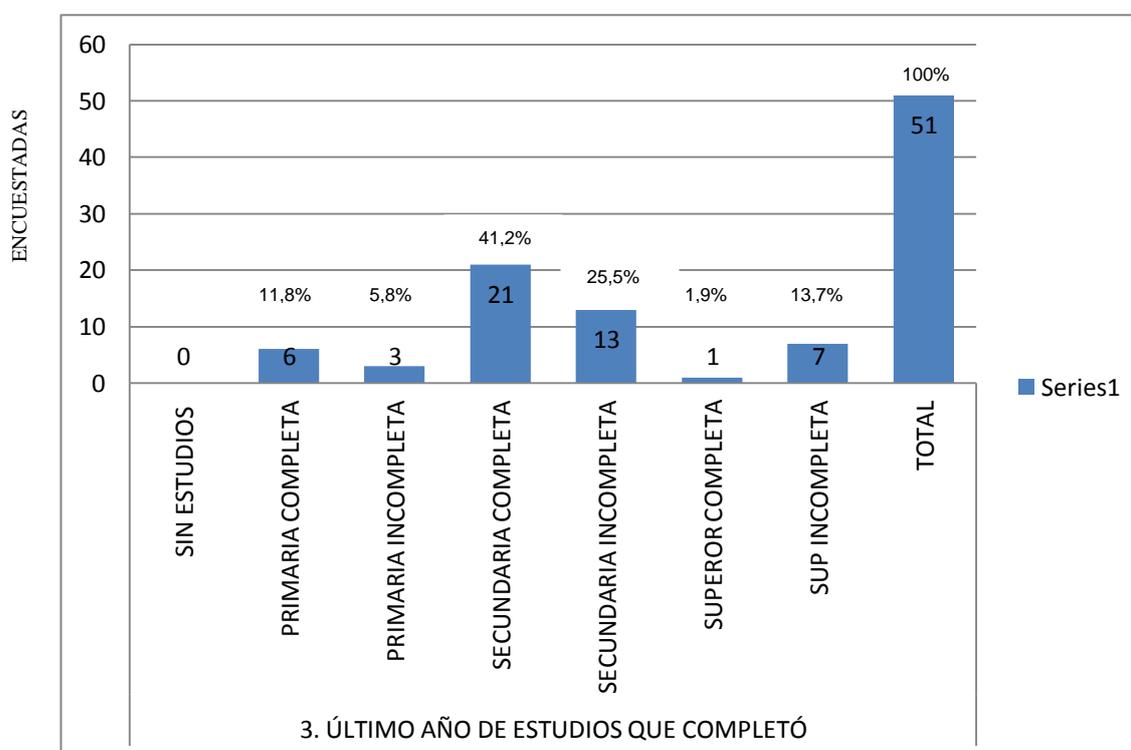
PREGUNTA N° 3: ESTUDIOS

**Tabla N° 3
ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ**

3. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ							
SIN ESTUDIOS	PRIMARIA COMPLETA	PRIMARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SUPERIOR COMPLETA	SUPERIOR INCOMPLETA	TOTAL
0	6	3	21	13	1	7	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 3.
ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE COMPLETÓ**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 6 mujeres con primaria completa (11,8%), 3 mujeres con primaria incompleta (5,8%), 21 mujeres con secundaria completa (41,2%), 13 mujeres con secundaria incompleta (25,5%), 1 mujer con estudios superiores completos (1,9%), 7 mujeres con estudios superiores incompletos (13,7%).

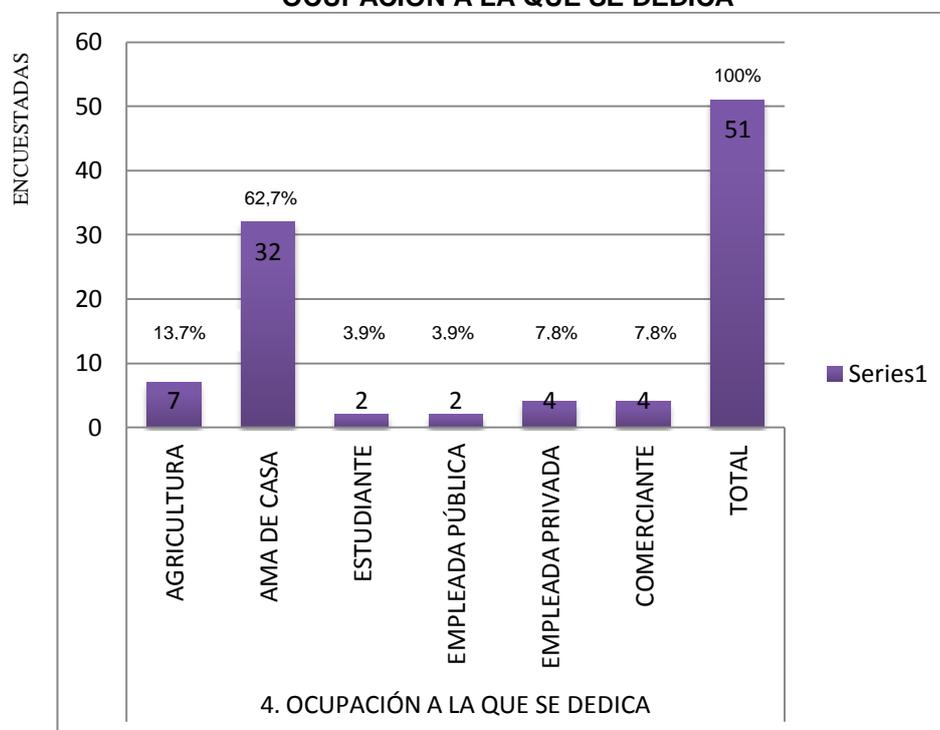
PREGUNTA N° 4: OCUPACIÓN

**Tabla N° 4
OCUPACIÓN A LA QUE SE DEDICA**

4. OCUPACIÓN A LA QUE SE DEDICA						
AGRICULTURA	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	EMPLEADA PÚBLICA	EMPLEADA PRIVADA	COMERCIANTE	TOTAL
7	32	2	2	4	4	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 4.gg
OCUPACIÓN A LA QUE SE DEDICA**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 7 mujeres embarazadas que se dedican a la agricultura (13,7%), 32 mujeres embarazadas que son amas de casa (62,7%), 2 mujeres embarazadas que son estudiantes (3,9%), 2 mujeres embarazadas que son empleadas públicas (3,9%), 4 mujeres embarazadas que son empleadas privadas (7,8%), 4 mujeres embarazadas que son comerciantes (7,8%).

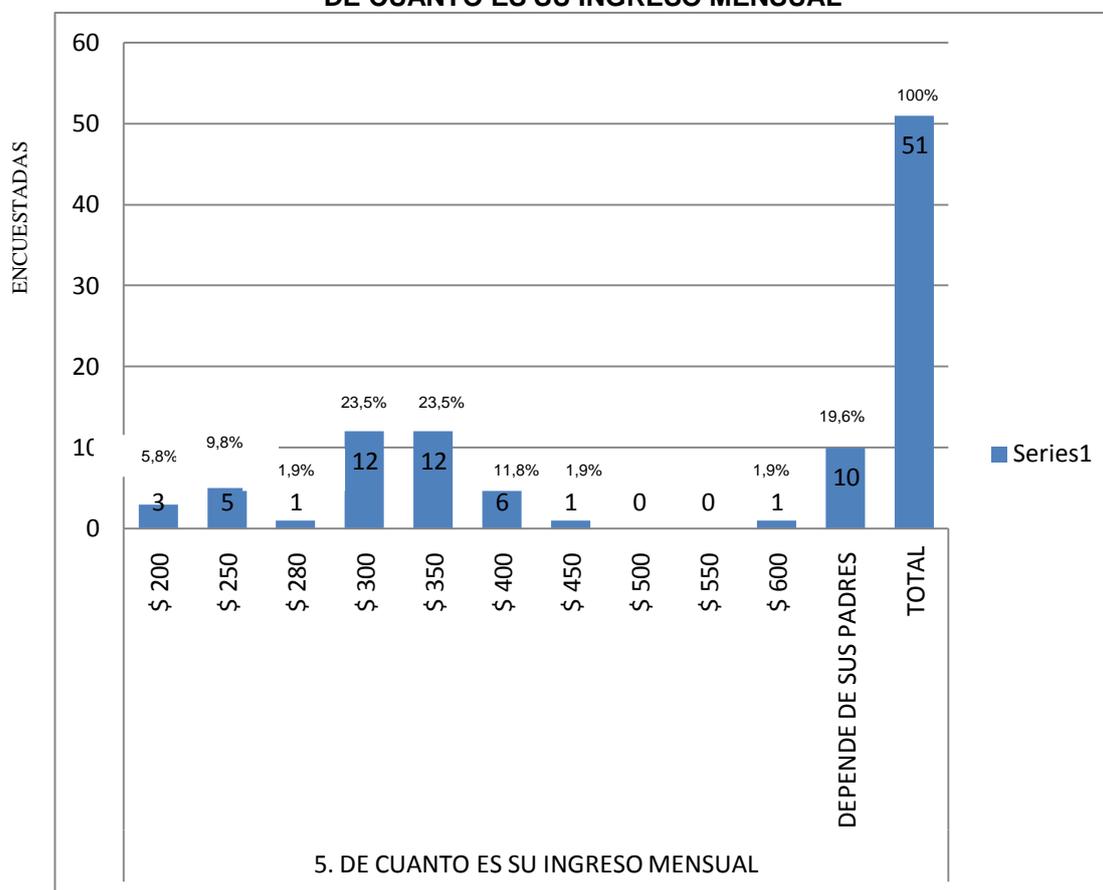
PREGUNTA N°5: INGRESO MENSUAL

**Tabla N° 5
DE CUÁNTO ES SU INGRESO MENSUAL**

5. DE CUÁNTO ES SU INGRESO MENSUAL											
\$ 200	\$ 250	\$ 280	\$ 300	\$ 350	\$ 400	\$ 450	\$ 500	\$ 550	\$ 600	DEPENDEN DE SUS PADRES	TOTAL
3	5	1	12	12	6	1	0	0	1	10	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 5.
DE CUÁNTO ES SU INGRESO MENSUAL**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 3 mujeres embarazadas con ingreso mensual de \$200 (5,8%), 5 mujeres embarazadas con ingreso mensual de \$250 (9,8%), 1 mujer embarazada con ingreso mensual de \$280 (1,9%), 12 mujeres con ingreso mensual de \$300 (23,5%), 12 mujeres

con ingreso mensual de \$350 (23,5%), 6 mujeres con ingreso mensual de \$400 (11,8%), 1 mujer embarazada con ingreso mensual de \$450 (1,9%), se encontró 1 mujer embarazada con ingreso mensual de \$600 (1,9%), 10 mujeres embarazadas que dependen económicamente de sus padres (19,6%).

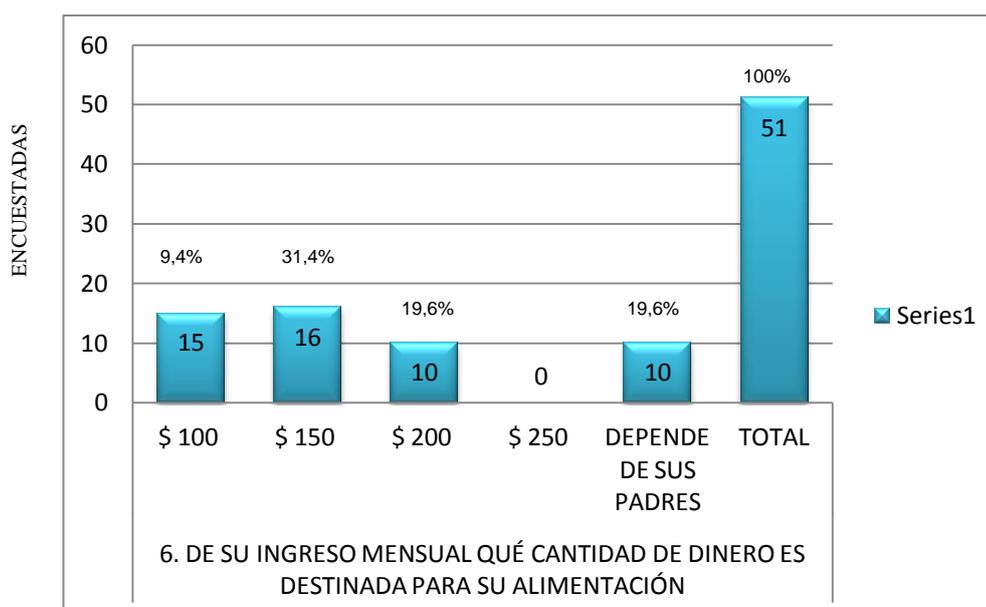
PREGUNTA N°6: INGRESO MENSUAL DESTINADO PARA LA ALIMENTACIÓN

**Tabla N° 6.
DE SU INGRESO MENSUAL QUÉ CANTIDAD DE DINERO ES DESTINADA PARA SU ALIMENTACIÓN**

6. DE SU INGRESO MENSUAL QUE CANTIDAD DE DINERO ES DESTINADA PARA SU ALIMENTACIÓN					
\$ 100	\$ 150	\$ 200	\$ 250	DEPENDEN DE SUS PADRES	TOTAL
15	16	10	0	10	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 6.
DE SU INGRESO MENSUAL QUÉ CANTIDAD DE DINERO ES DESTINADA PARA SU ALIMENTACIÓN**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 15 mujeres embarazadas que de su mensualidad destinan para la alimentación \$100 (29,4%), 16 mujeres embarazadas que de su mensualidad destinan para la alimentación \$150 (31,4%), 10 mujeres embarazadas que de su mensualidad destinan para la alimentación \$200 (19,6%), 10 mujeres embarazadas que dependen económica de sus padres para su alimentación mensual (19,6%).

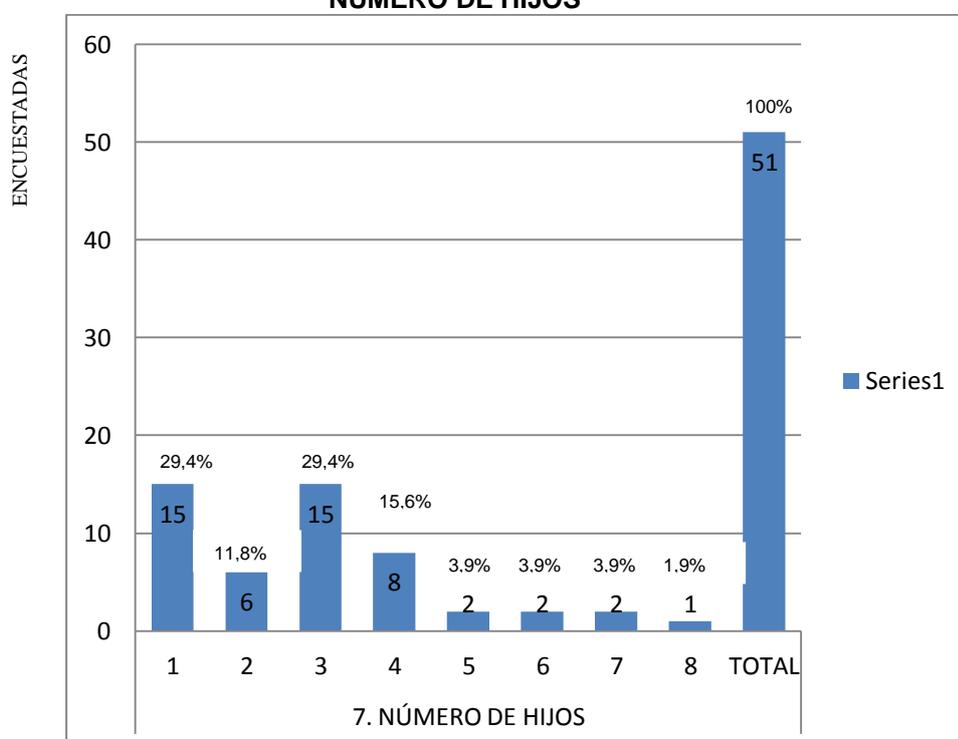
PREGUNTA N° 7: NÚMERO DE HIJOS

**Tabla N° 7.
NÚMERO DE HIJOS**

7. NÚMERO DE HIJOS								
1	2	3	4	5	6	7	8	TOTAL
15	6	15	8	2	2	2	1	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 7.
NÚMERO DE HIJOS**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 15 mujeres embarazadas que tienen 1 hijo incluyendo el embarazo actual (29,4%), 6 mujeres embarazadas que tienen 2 hijos incluyendo el embarazo actual (11,8%), 15 mujeres embarazadas que tienen 3 hijos incluyendo el embarazo actual (29,4%), 8 mujeres embarazadas que tienen 4 hijos incluyendo el embarazo actual (15,6%), 2 mujeres embarazadas que tienen 5 hijos incluyendo el embarazo actual (3,9%), 2 mujeres embarazadas que tienen 6 hijos incluyendo el embarazo actual (3,9%), 2 mujeres embarazadas que tienen 7 hijos incluyendo el embarazo actual (3,9%), 1 mujer embarazada que tiene 8 hijos incluyendo el embarazo actual (1,9%).

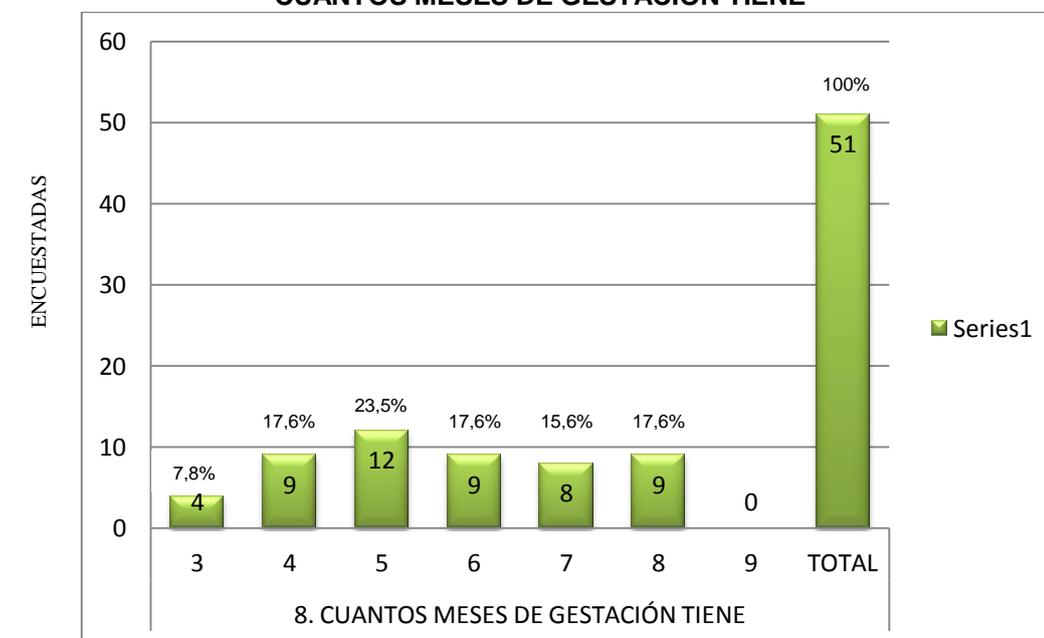
PREGUNTA N°8: EDAD GESTACIONAL

Tabla N° 8.
CUÁNTOS MESES DE GESTACIÓN TIENE

8. CUANTOS MESES DE GESTACIÓN TIENE							
3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	TOTAL
4	9	12	9	8	9	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 8.
CUÁNTOS MESES DE GESTACIÓN TIENE



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 4 mujeres embarazadas que tienen 3 meses de gestación (7,8%), 9 mujeres embarazadas que tienen 4 meses (17,6%), 12 mujeres embarazadas que tienen 5 meses de gestación (23,5%), 9 mujeres embarazadas que tienen 6 meses de gestación (17,6%), 8 mujeres embarazadas que tienen 7 meses de gestación (15,7%), 9 mujeres embarazadas que tienen 8 meses de gestación (17,6%).

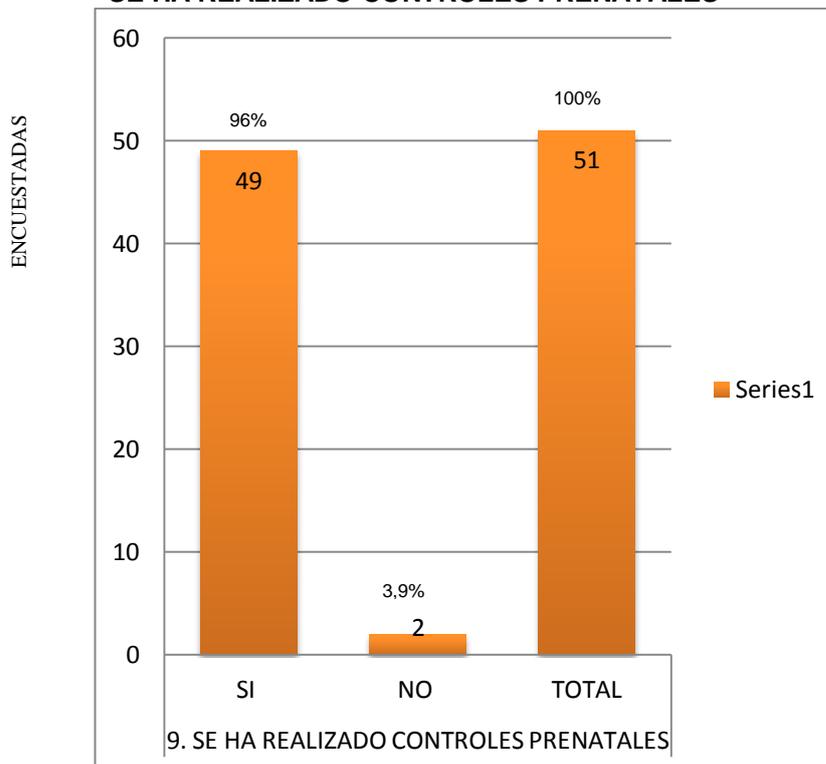
PREGUNTA N°9: CONTROLES PRENATALES

Tabla N° 9.
SE HA REALIZADO CONTROLES PRENATALES

9. SE HA REALIZADO CONTROLES PRENATALES		
SI	NO	TOTAL
49	2	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 9.
SE HA REALIZADO CONTROLES PRENATALES



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 49 mujeres embarazadas que se realizan controles prenatales durante el embarazo (96%), 2 mujeres embarazadas que no se realizan controles prenatales durante el embarazo (3,9%).

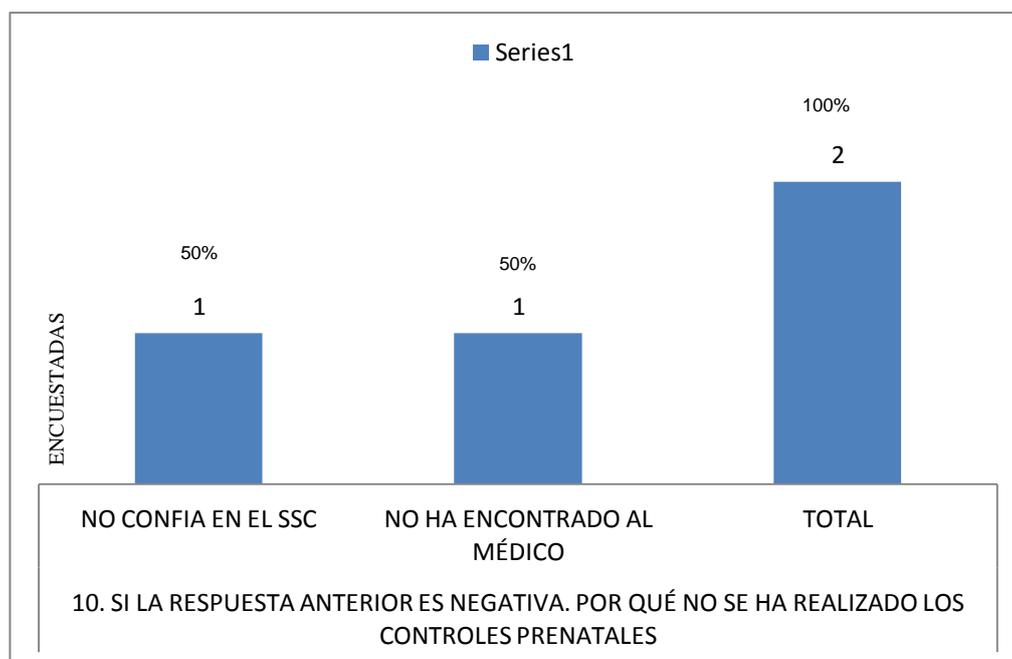
PREGUNTA N° 10: POR QUÉ NO SE REALIZA CONTROLES PRENATALES

**Tabla N° 10.
POR QUÉ NO SE HA REALIZADO LOS CONTROLES PRENATALES**

10. SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES NEGATIVA. POR QUÉ NO SE HA REALIZADO LOS CONTROLES PRENATALES		
NO CONFIA EN EL SSC	NO HA ENCONTRADO AL MÉDICO	TOTAL
1	1	2

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora Fuente)

**Gráfico N° 10.
POR QUÉ NO SE HA REALIZADO LOS CONTROLES PRENATALES**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 2 mujeres embarazadas que no se realizan controles prenatales durante el embarazo (100%). Como podemos ver en la gráfica la razón por la cual cada una de ellas no se ha realizado controles prenatales durante su embarazo es debido a que no confía en el subcentro de salud de su comunidad o porque no ha encontrado al médico del subcentro de salud respectivamente.

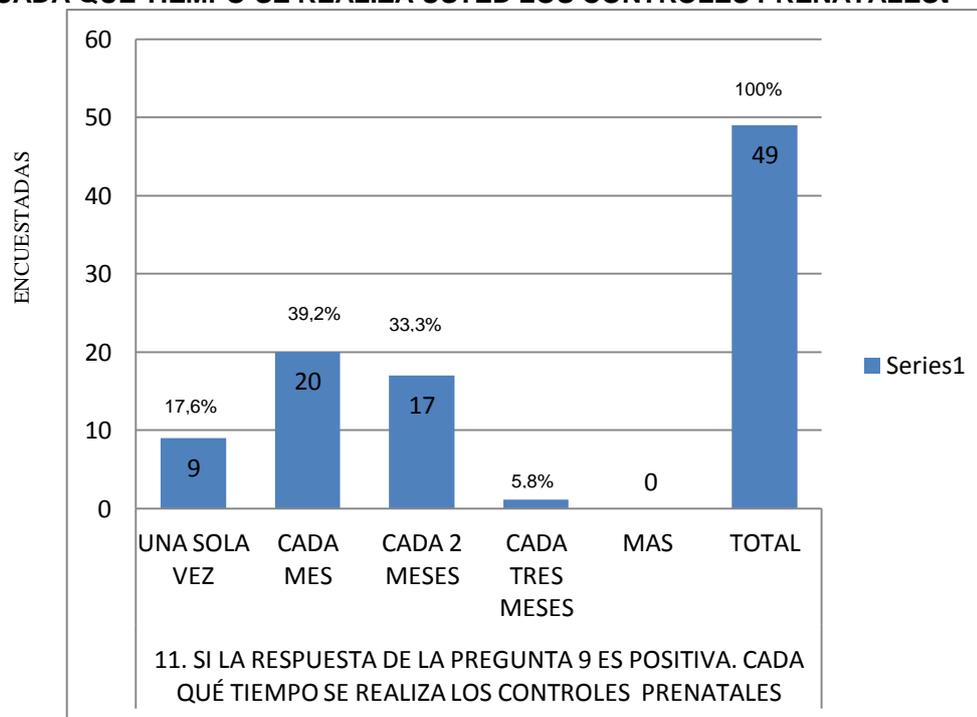
PREGUNTA N°11: FRECUENCIA CON LA QUE USTED SE REALIZA LOS CONTROLES PRENATALES.

Tabla N° 11.
CADA QUÉ TIEMPO SE REALIZA USTED LOS CONTROLES PRENATALES

11. SI LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 9 ES POSITIVA. CADA QUÉ TIEMPO SE REALIZA LOS CONTROLES PRENATALES					
UNA SOLA VEZ	CADA MES	CADA 2 MESES	CADA TRES MESES	MAS	TOTAL
9	20	17	3	0	49

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 11.
CADA QUÉ TIEMPO SE REALIZA USTED LOS CONTROLES PRENATALES†



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 9 mujeres embarazadas que se realizan controles prenatales una sola vez durante el embarazo (17,6%), 20 mujeres embarazadas que se realizan controles prenatales cada mes durante el embarazo (39,2%), 17 mujeres embarazadas que se realizan controles prenatales cada 2 meses durante el embarazo (33,3%), 3 mujeres embarazadas que se realizan controles prenatales cada 3 meses durante el embarazo (5,8%).

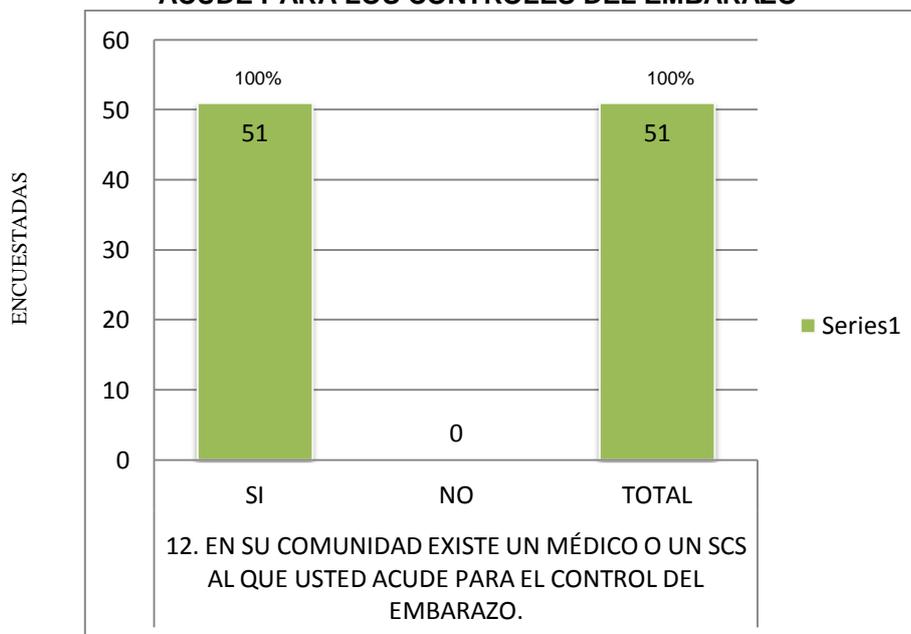
PREGUNTA N°12: EN SU COMUNIDAD EXISTE UN MÉDICO O SCS AL QUE ACUDE USTED.

**Tabla N° 12.
EN SU COMUNIDAD EXISTE UN MÉDICO O UN CENTRO DE SALUD AL QUE USTED ACUDE PARA LOS CONTROLES DEL EMBARAZO**

12. EN SU COMUNIDAD EXISTE UN MÉDICO O UN SCS AL QUE USTED ACUDE PARA EL CONTROL DEL EMBARAZO.		
SI	NO	TOTAL
51	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 12.
EN SU COMUNIDAD EXISTE UN MÉDICO O U CENTRO DE SALUD AL QUE USTED ACUDE PARA LOS CONTROLES DEL EMBARAZO**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontraron 51 mujeres embarazadas que respondieron que en su comunidad existe un subcentro de salud al cual acuden para el control de su embarazo (100%).

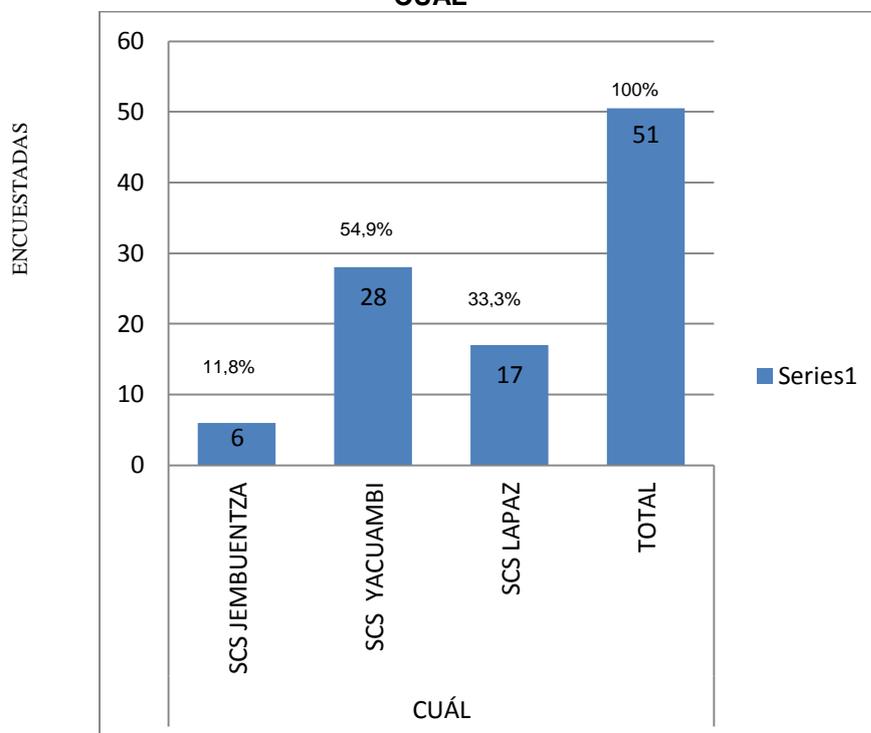
13. A QUÉ SCS ACUDE.

**Tabla N° 13.
CUÁL**

13. CUÁL			
SCS JEMBUENTZA	SCS YACUAMBI	SCS LAPAZ	TOTAL
6	28	17	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 13.
CUÁL**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 6 mujeres embarazadas que viven en Jembuentza que respondieron que en su comunidad existe un subcentro de salud al cual acuden para el control de su embarazo (11,8%), 28 mujeres embarazadas que viven en 28 de Mayo que respondieron que en su comunidad existe un subcentro de salud al cual acuden para el control de su embarazo (54,9%), 17 mujeres embarazadas que viven en La Paz que respondieron que en su comunidad existe un subcentro de salud al cual acuden para el control de su embarazo (33,3%).

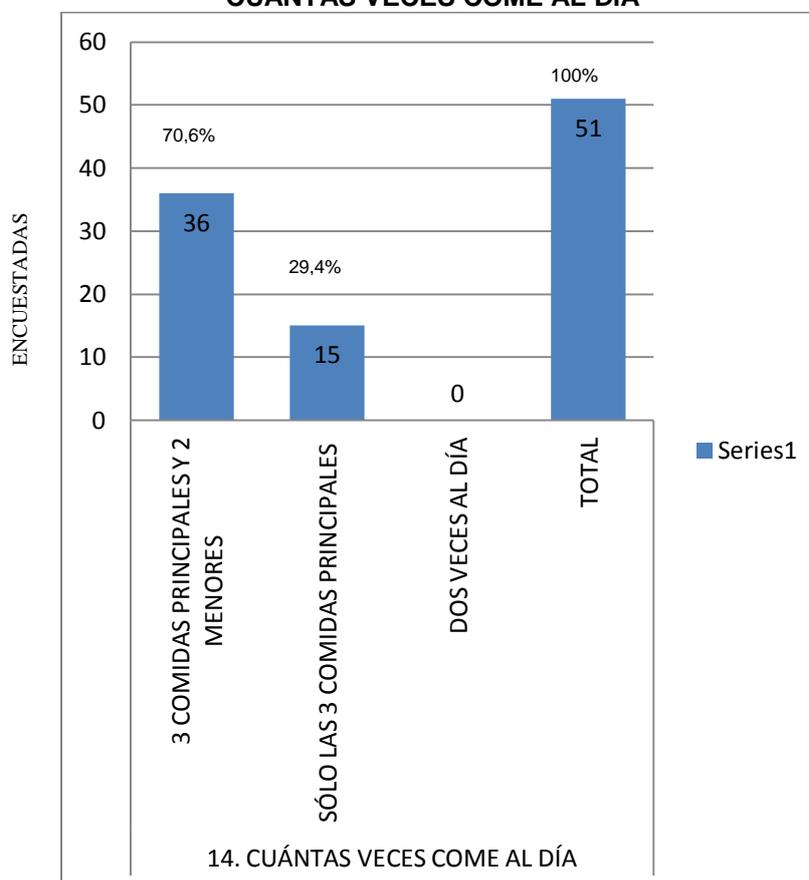
PREGUNTA N°14: VECES QUE COME AL DÍA.

**Tabla N° 14.
CUÁNTAS VECES COME AL DÍA**

14. CUÁNTAS VECES COME AL DÍA			
3 COMIDAS PRINCIPALES Y 2 MENORES	SÓLO LAS 3 COMIDAS PRINCIPALES	DOS VECES AL DÍA	TOTAL
36	15	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 14.
CUÁNTAS VECES COME AL DÍA**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 36 mujeres embarazadas que se alimentan con tres comidas principales: desayuno, almuerzo, y cena, y dos menores: una en media mañana y en media tarde (70,6%), 15 mujeres embarazadas que se alimentan con tres comidas principales: desayuno, almuerzo (29,4%).

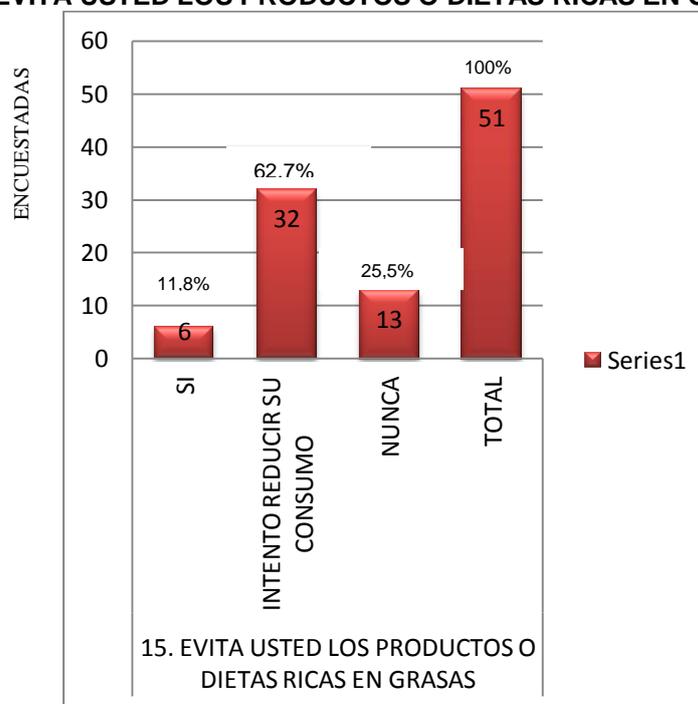
PREGUNTA N°15: EVITA USTED LOS PRODUCTOS RICOS EN GRASA.

Tabla N° 15.
EVITA USTED LOS PRODUCTOS O DIETAS RICAS EN GRASAS

15. EVITA USTED LOS PRODUCTOS O DIETAS RICAS EN GRASAS			
SI	INTENTO REDUCIR SU CONSUMO	NUNCA	TOTAL
6	32	13	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 15.
EVITA USTED LOS PRODUCTOS O DIETAS RICAS EN GRASAS



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 6 mujeres embarazadas que si evitan los productos o dietas ricas en grasa (11,8%), 32 mujeres embarazadas que intentan reducir el consumo de productos o dietas ricas en grasas (62,7%), 13 mujeres embarazadas que nunca intentan reducir el consumo de productos o dietas ricas en grasas (25,5%).

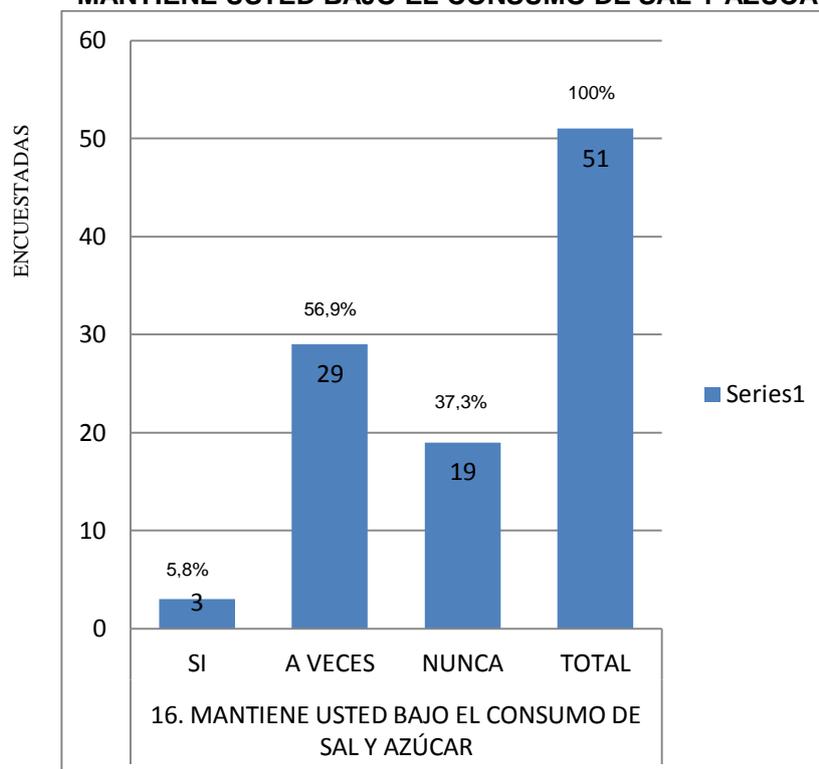
PREGUNTA 16: BAJO CONSUMO DE SAL Y AZÚCAR.

**Tabla N° 16.
MANTIENE USTED BAJO EL CONSUMO DE SAL Y AZÚCAR**

16. MANTIENE USTED BAJO EL CONSUMO DE SAL Y AZÚCAR			
SI	A VECES	NUNCA	TOTAL
3	29	19	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 16.
MANTIENE USTED BAJO EL CONSUMO DE SAL Y AZÚCAR**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 3 mujeres embarazadas que si mantienen bajo su consumo de azúcar y sal en la dieta diaria (5,8%), 29 mujeres embarazadas que a veces mantienen bajo su consumo de azúcar y sal en la dieta diaria (56,9%), 19 mujeres embarazadas que nunca mantienen bajo su consumo de azúcar y sal en la dieta diaria (37,3%).

QUÉ PREGUNTA N°17. QUÉ ALIMENTOS INCLUYEN EN SU DESAYUNO

Tabla N° 17.

QUÉ DESAYUNA USTED CUANDO SE LEVANTA

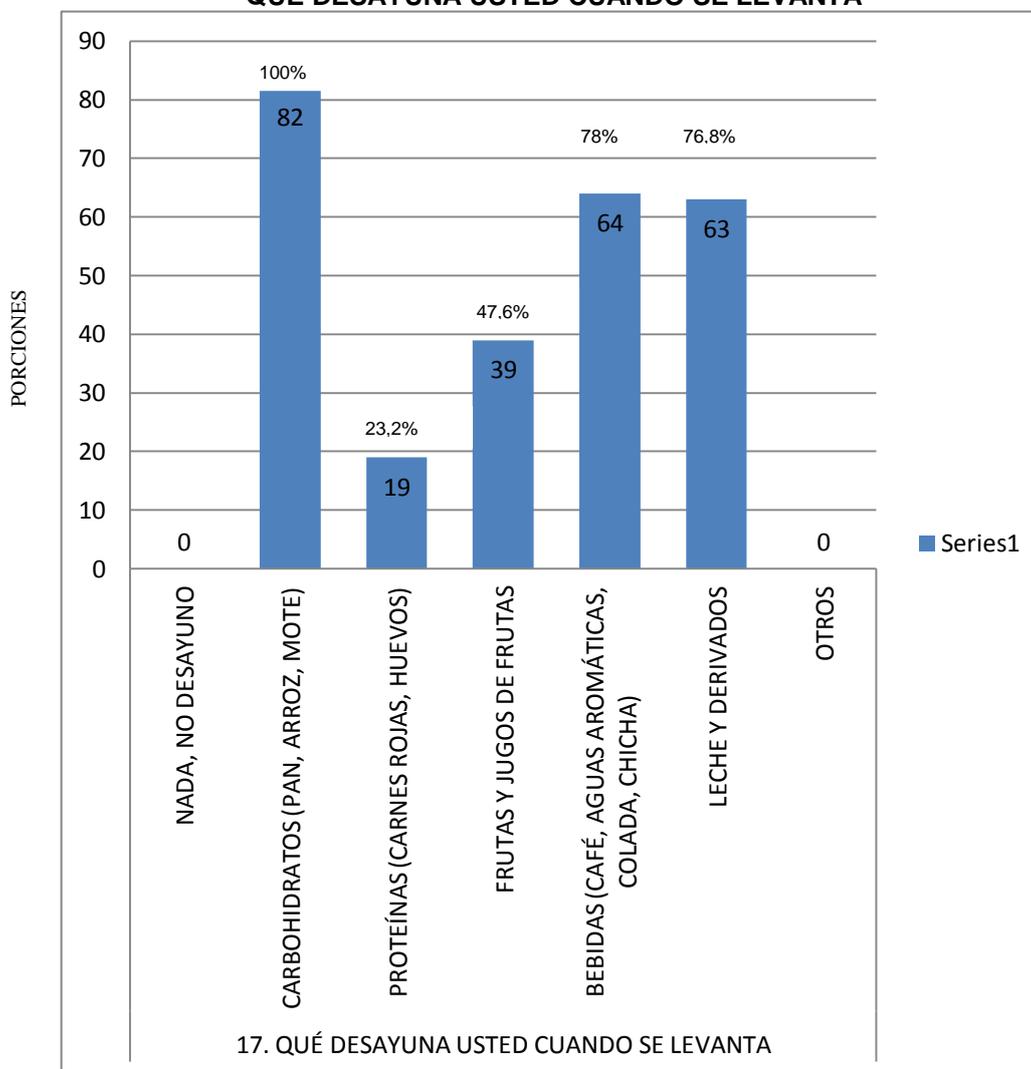
17. QUÉ DESAYUNA USTED CUANDO SE LEVANTA						
NADA, NO DESAYUNO	CARBOHIDRATOS (PAN, ARROZ, MOTE)	PROTEÍNAS (CARNES ROJAS, HUEVOS)	FRUTAS Y JUGOS DE FRUTAS	BEBIDAS (CAFÉ, AGUAS AROMÁTICAS, COLADA, CHICHA)	LECHE Y DERIVADOS	OTROS
0	82	19	39	64	63	0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 17.

QUÉ DESAYUNA USTED CUANDO SE LEVANTA



Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Carla Medina (autora)

No se encontró mujeres embarazadas que no desayunen, se encontró embarazadas que incluyen en su desayuno carbohidratos en un 100%, que incluyen en su desayuno proteínas en un 23%, embarazadas que incluyen en su desayuno frutas y jugos de frutas en un 47,6%, mujeres embarazadas que incluyen en su desayuno bebidas como: el café, aguas aromáticas, coladas, chicha en un 78%, mujeres embarazadas que incluyen en su desayuno la leche y sus derivados en un 76,8%.

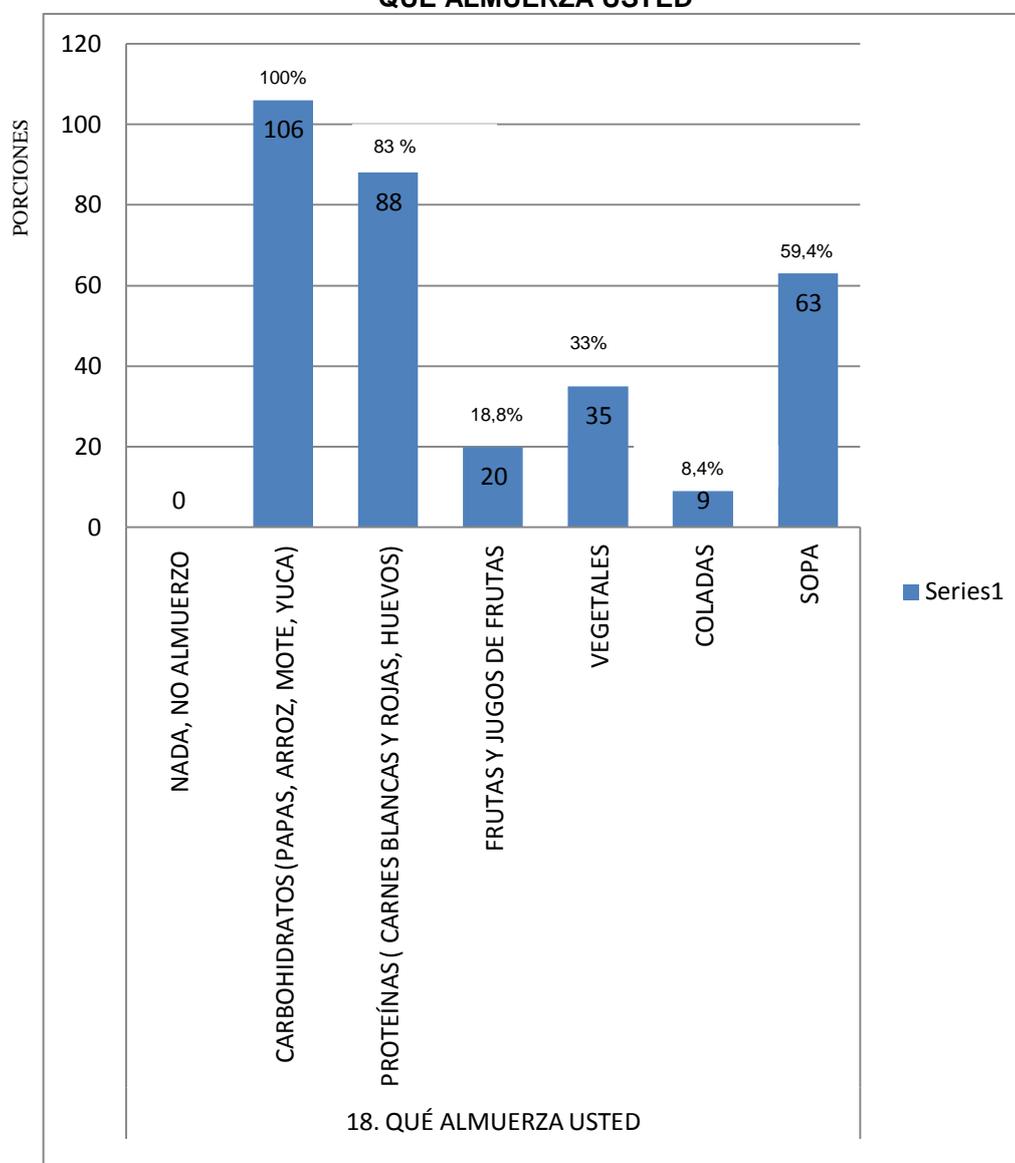
PREGUNTA N°18. QUÉ ALIMENTOS INCLUYEN EN SU ALMUERZO

**Tabla N° 18.
QUÉ ALMUERZA USTED**

18. QUÉ ALMUERZA USTED						
NADA, NO ALMUERZO	CARBOHIDRATOS (PAPAS, ARROZ, MOTE, YUCA)	PROTEÍNAS (CARNES BLANCAS Y ROJAS, HUEVOS)	FRUTAS Y JUGOS DE FRUTAS	VEGETALES	COLADAS	SOPA
0	93	133	20	35	9	42

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 18.
QUÉ ALMUERZA USTED**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

No se encontró mujeres embarazadas que no almuercen, se encontró embarazadas que incluyen en su almuerzo carbohidratos en un 100%, que incluyen en su almuerzo proteínas en un 83%, embarazadas que incluyen en su almuerzo frutas y jugos de frutas en un 18,8%, mujeres embarazadas que incluyen es su almuerzo coladas en un 8,4%, mujeres embarazadas que incluyen en su almuerzo vegetales en un 35% y mujeres embarazadas que incluyen es su almuerzo sopas en un 59,4%.

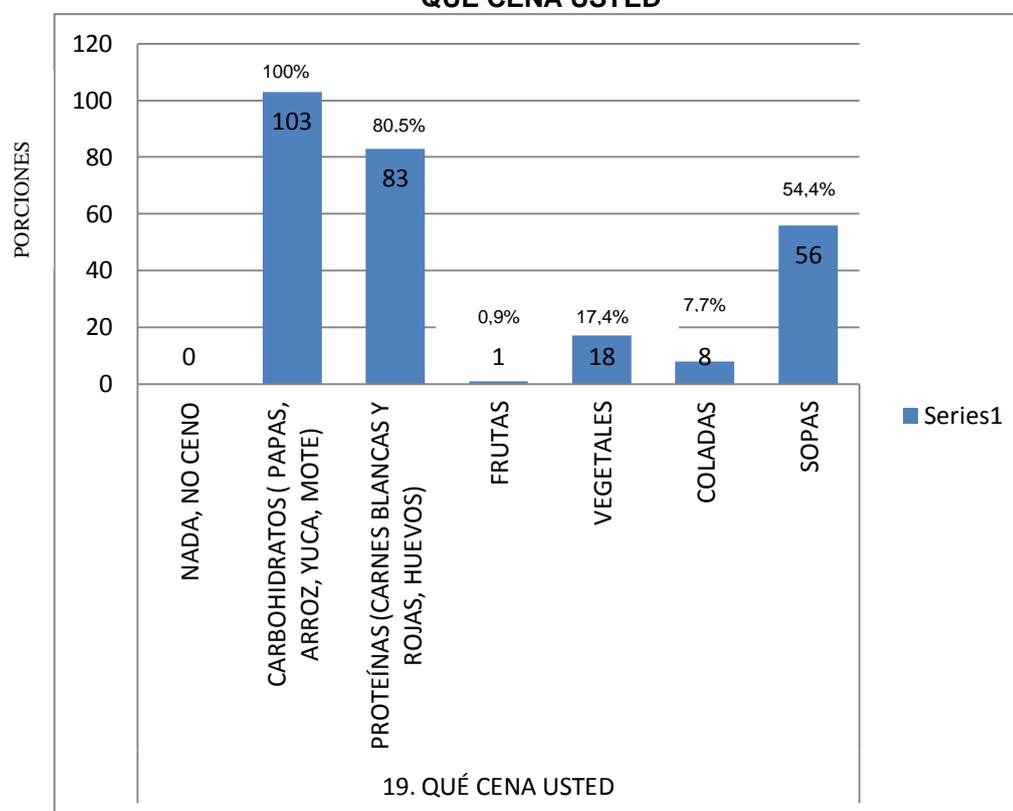
PREGUNTA N°19. QUÉ ALIMENTOS INCLUYEN EN SU CENA

**Tabla N° 19.
QUÉ CENA USTED**

19. QUÉ CENA USTED						
NADA, NO CENO	CARBOHIDRATOS (PAPAS, ARROZ, YUCA, MOTE)	PROTEÍNAS (CARNES BLANCAS Y ROJAS, HUEVOS)	FRUTAS	VEGETALES	COLADAS	SOPAS
0	103	83	1	18	8	28

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 19.
QUÉ CENA USTED**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

No se encontró mujeres embarazadas que no cenén, se encontró embarazadas que incluyen en su almuerzo carbohidratos en un 100%, que incluyen en su almuerzo proteínas en un 80,5%, embarazadas que incluyen en su almuerzo frutas en un 0,9%, mujeres embarazadas que incluyen es su almuerzo vegetales en un 17,4%, mujeres embarazadas que incluyen en su almuerzo coladas en un 7,7% y mujeres embarazadas que incluyen es su almuerzo sopas en un 54,4%.

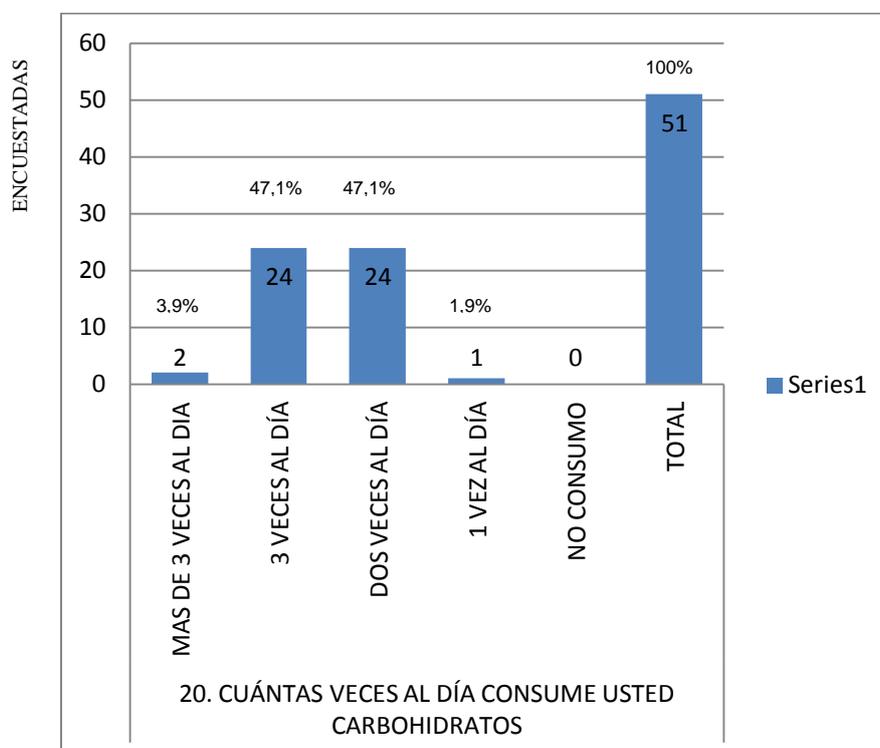
PREGUNTA N° 20. VECES AL DÍA CONSUME CARBOHIDRATOS

Tabla N° 20.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED CARBOHIDRATOS

20. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED CARBOHIDRATOS					
MAS DE 3 VECES AL DIA	3 VECES AL DÍA	2 VECES AL DÍA	1 VEZ AL DÍA	NO CONSUMO	TOTAL
2	24	24	1	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 20.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED CARBOHIDRATOS.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 2 mujeres embarazadas que consumen carbohidratos más de 3 veces al día (3,9%), 24 mujeres embarazadas que consumen carbohidratos 3 veces al día (47,1%), 24 mujeres embarazadas que consumen carbohidratos 2 veces al día (47,1%), 1 mujer embarazada que consume carbohidratos 1 vez al día (1,9%).

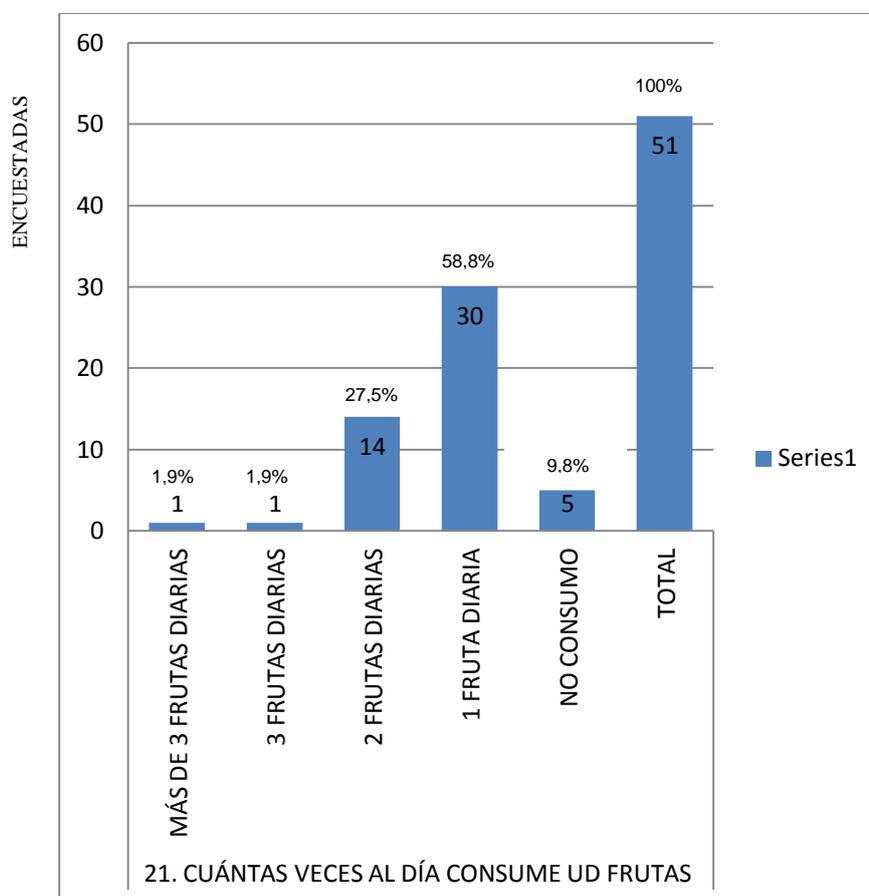
PREGUNTA N°21. VECES AL DÍA CONSUME USTED FRUTAS

Tabla N° 21.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED FRUTAS

21. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME UD FRUTAS					
MÁS DE 3 FRUTAS DIARIAS	3 FRUTAS DIARIAS	2 FRUTAS DIARIAS	1 FRUTA DIARIA	NO CONSUMO	TOTAL
1	1	14	30	5	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 21.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED FRUTAS



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 1 mujer embarazada que consume frutas más de 3 veces al día (1,9%), 1 mujer embarazada que consumen 3 frutas diarias (1,9%), 14 mujeres embarazadas que consumen 2 frutas diarias (27,5%), 30 mujeres embarazadas que consumen 1 fruta diaria (58,8%), 5 mujeres embarazadas que no consumen ninguna fruta al día que corresponde al 9,8%.

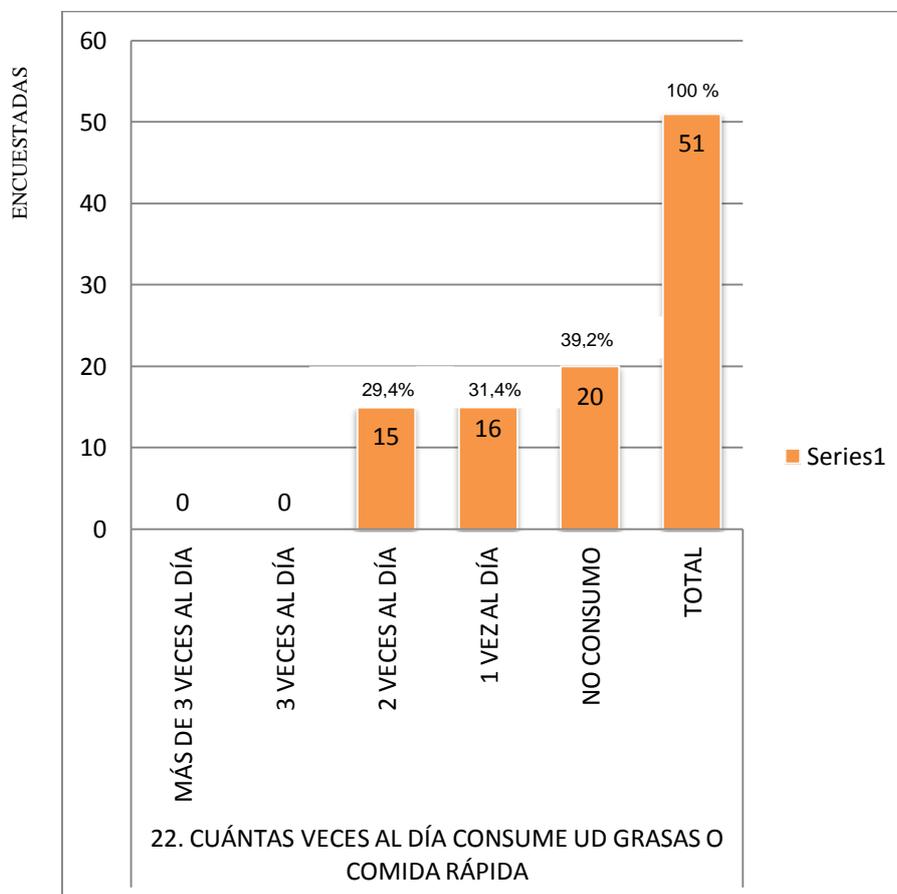
PREGUNTA N°22: VECES AL DÍA CONSUME USTED GRASAS O COMIDA RÁPIDA

Tabla N° 22.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED GRASAS O COMIDA RÁPIDA

22. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME UD GRASAS O COMIDA RÁPIDA					
MÁS DE 3 VECES AL DÍA	3 VECES AL DÍA	2 VECES AL DÍA	1 VEZ AL DÍA	NO CONSUMO	TOTAL
0	0	15	16	20	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 22.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED GRASAS O COMIDA RÁPIDA



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 15 mujeres embarazadas que consumen grasas 2 veces al día (29,4%), 16 mujeres embarazadas que consumen grasas 1 vez al día (31,4%), 20 mujeres embarazadas que no consumen grasas diarias (39,2%).

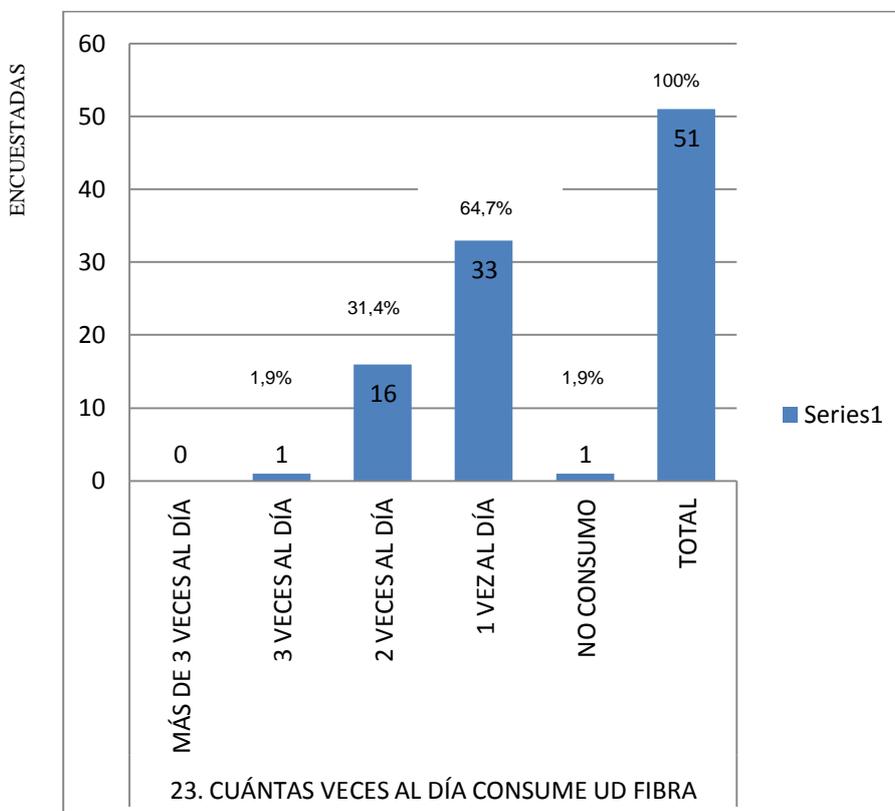
PREGUNTA N°23: VECES AL DÍA QUE CONSUME USTED FIBRA

**Tabla N° 23.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED FIBRA**

23. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME UD FIBRA					
MÁS DE 3 VECES AL DÍA	3 VECES AL DÍA	2 VECES AL DÍA	1 VEZ AL DÍA	NO CONSUMO	TOTAL
0	1	16	33	1	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 23.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED FIBRA**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 1 mujer embarazada que consume fibra 3 veces al día (1,9%), 16 mujeres embarazadas que consumen fibra 2 veces al día (31,4%), 33 mujeres embarazadas que consumen fibra 1 vez al día (64,7%), 1 mujer embarazada que no consumen fibra a diario (1,9%).

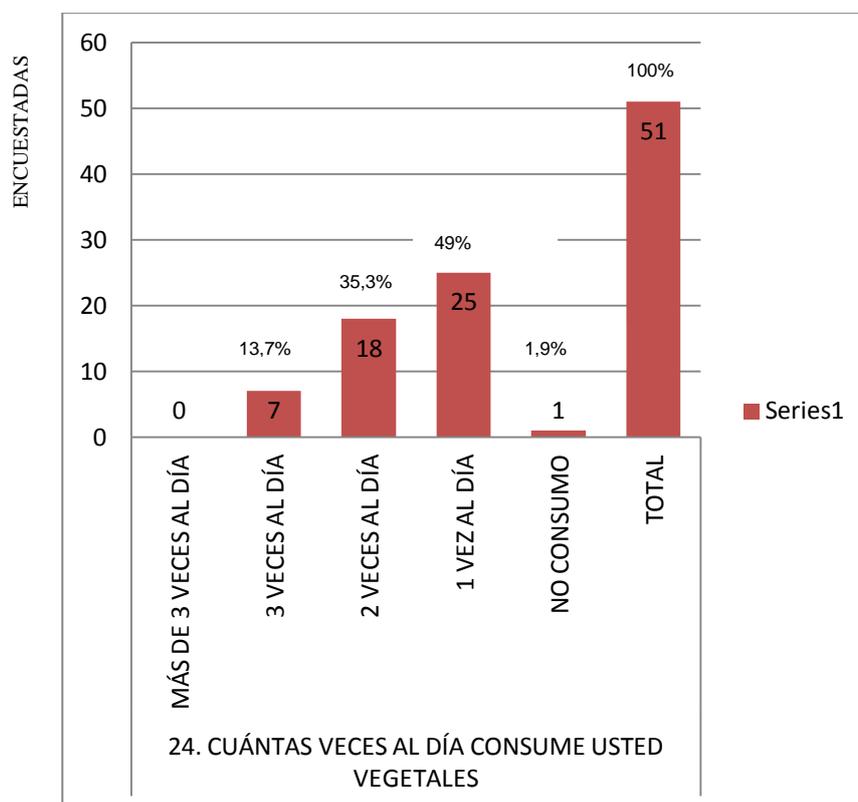
PREGUNTA N° 24: VECES AL DÍA QUE CONSUME USTED VEGETALES.

**Tabla N° 24.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED VEGETALES**

24. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED VEGETALES					
MÁS DE 3 VECES AL DÍA	3 VECES AL DÍA	2 VECES AL DÍA	1 VEZ AL DÍA	NO CONSUMO	TOTAL
0	7	18	25	1	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 24.
CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME USTED VEGETALES**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 7 mujeres embarazadas que consumen vegetales 3 veces al día (13,7%), 18 mujeres embarazadas que consumen vegetales 2 veces al día (35,3%), 25 mujeres embarazadas que consumen vegetales 1 vez al día (49%), 1 mujer embarazada que no consumen vegetales a diario (1,9%).

PREGUNTA N° 25. VECES A LA SEMANA QUE CONSUME USTED CARNES

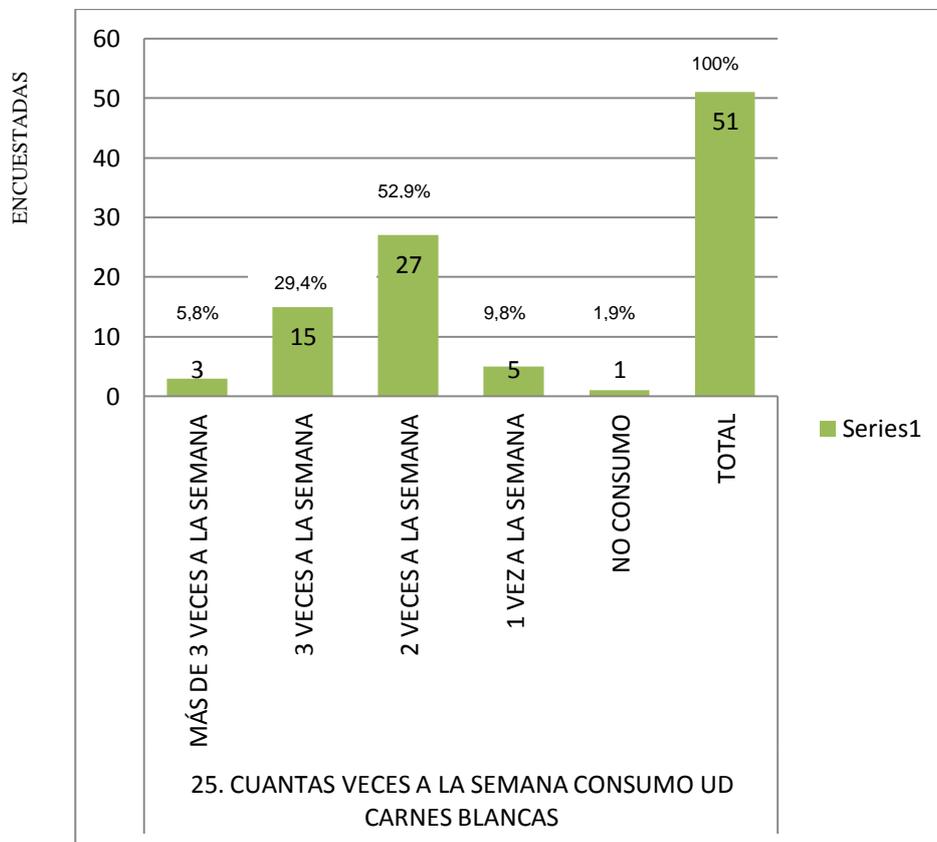
BLANCAS

**Tabla N° 25.
CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME USTED CARNES BLANCAS**

25. CUANTAS VECES A LA SEMANA CONSUMO UD CARNES BLANCAS					
MÁS DE 3 VECES A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	2 VECES A LA SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	NO CONSUMO	TOTAL
3	15	27	5	1	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 25.
CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME USTED CARNES BLANCAS**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 3 mujeres embarazadas que consumen carnes blancas más de 3 veces a la semana (5,8%), 15 mujeres embarazadas que consume carnes blancas 3 veces a la semana (29,4%), 27 mujeres embarazadas que consumen carnes blancas 2 veces a la semana (52,9%), 5 mujeres embarazadas que consumen carnes blancas 1 vez a la semana (9,8%), 1 mujer embarazada que no consumen carnes blancas semanalmente (1,9%).

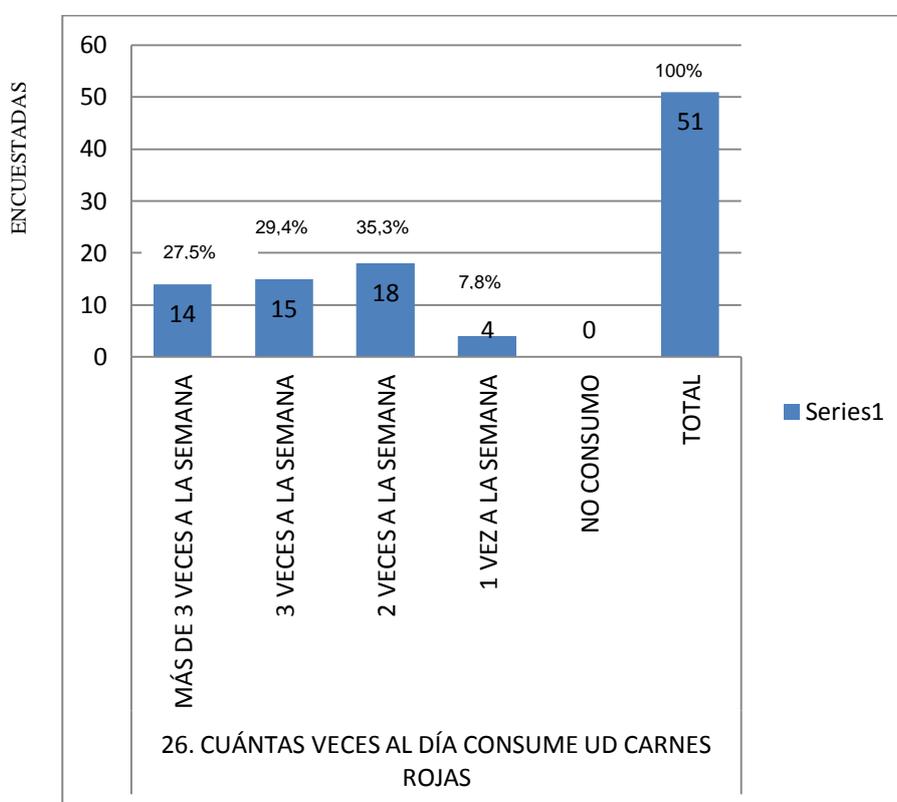
PREGUNTA N° 26: VECES A LA SEMANA QUE CONSUME USTED CARNES ROJAS

Tabla N° 26.
CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME USTED CARNES ROJAS

26. CUÁNTAS VECES AL DÍA CONSUME UD CARNES ROJAS					
MÁS DE 3 VECES A LA SEMANA	3 VECES A LA SEMANA	2 VECES A LA SEMANA	1 VEZ A LA SEMANA	NO CONSUMO	TOTAL
14	15	18	4	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 26.
CUÁNTAS VECES A LA SEMANA CONSUME USTED CARNES ROJAS



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 14 mujeres embarazadas que consumen carnes rojas más de 3 veces a la semana (27,5%), 15 mujeres embarazadas que consume carnes rojas 3 veces a la semana (29,4%), 18 mujeres embarazadas que consumen carnes rojas 2 veces a la semana (35,3%), 4 mujeres embarazadas que consumen carnes rojas 1 vez a la semana (7,8%).

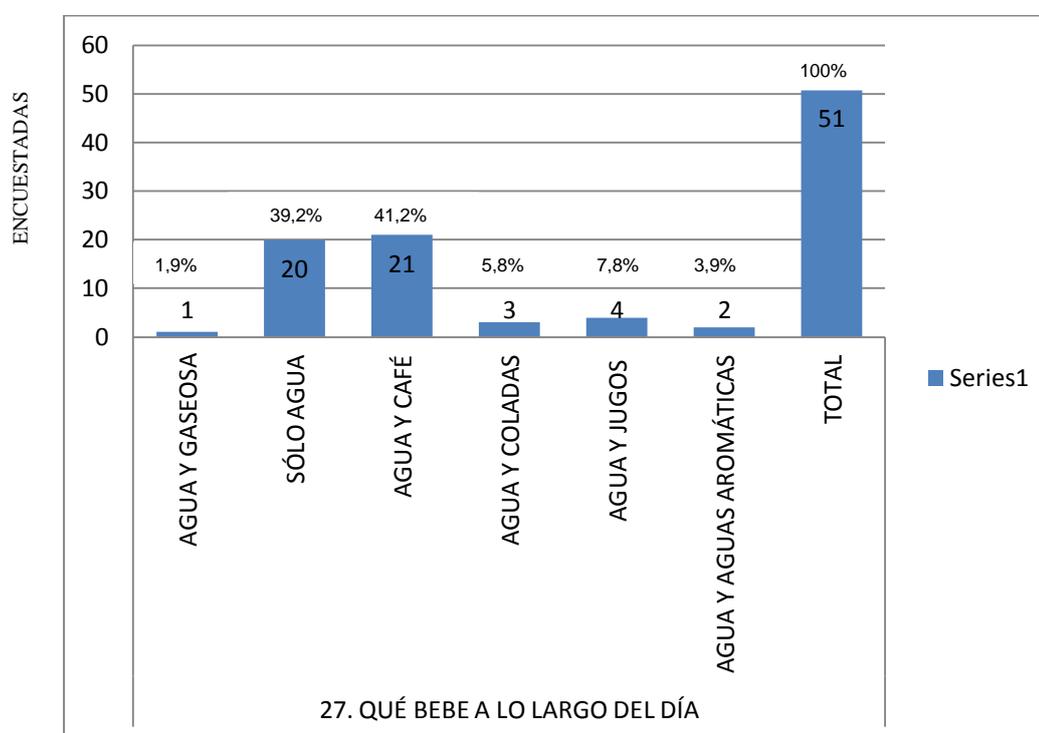
PREGUNTA N°27: QUÉ BEBE A LO LARGO DEL DÍA.

**Tabla N° 27.
QUÉ BEBE A LO LARGO DEL DÍA**

27. QUÉ BEBE A LO LARGO DEL DÍA						
AGUA Y GASEOSA	SÓLO AGUA	AGUA Y CAFÉ	AGUA Y COLADAS	AGUA Y JUGOS	AGUA Y AGUAS AROMÁTICAS	TOTAL
1	20	21	3	4	2	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 27.
QUÉ BEBE A LO LARGO DEL DÍA**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 1 mujer embarazada que entre las bebidas que consumen a lo largo del día está agua y gaseosa, (1,9%), 20 mujeres embarazadas que entre las bebidas que consumen a lo largo del día está sólo agua (39,2%), 21 mujeres embarazadas que entre las bebidas que consumen a lo largo del día están el agua y el café (41,2%), 3 mujeres embarazadas que entre las bebidas que consumen a lo largo del día están el agua y las coladas (5,8%), 4 mujeres embarazadas que entre las bebidas que consumen a lo largo del día están el agua y los jugos (7,8%), 2 mujeres embarazadas que entre las bebidas que consumen a lo largo del día está el agua y las aguas aromáticas (4,1%).

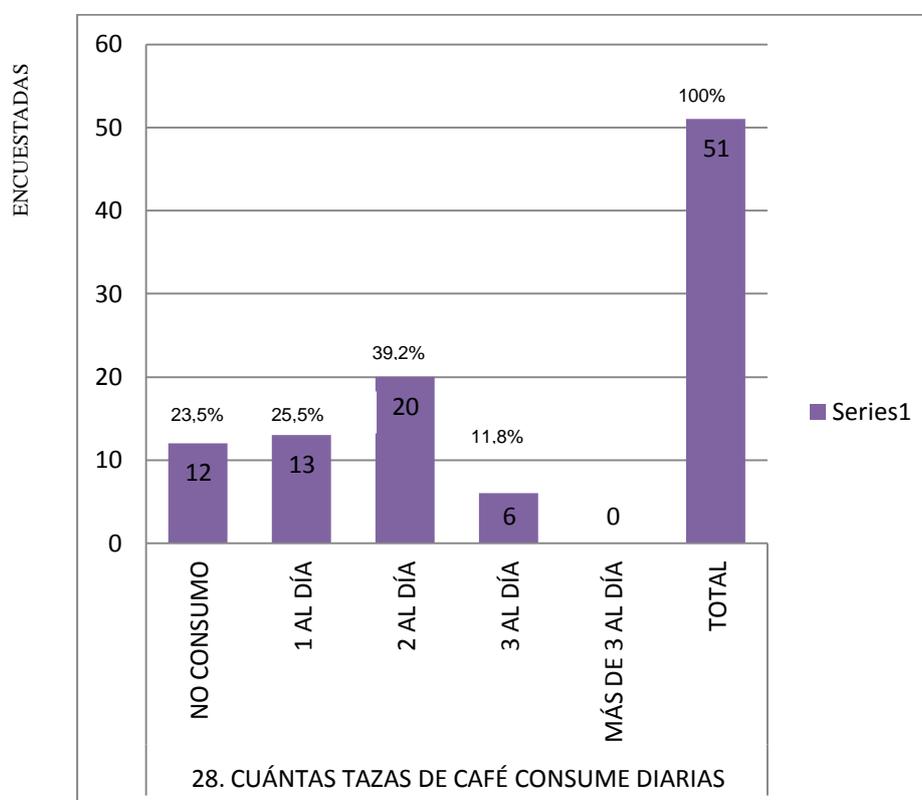
PREGUNTA N° 28: TAZAS DE CAFÉ QUE CONSUME DIARIAS

Tabla N° 28.
CUÁNTAS TAZAS DE CAFÉ CONSUME DIARIAS

28. CUÁNTAS TAZAS DE CAFÉ CONSUME DIARIAS					
NO CONSUMO	1 AL DÍA	2 AL DÍA	3 AL DÍA	MÁS DE 3 AL DÍA	TOTAL
12	13	20	6	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 28.
CUÁNTAS TAZAS DE CAFÉ CONSUME DIARIAS



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 12 mujeres embarazadas que no consumen café a lo largo del día (23,5%), 13 mujeres embarazadas que consumen 1 taza de café al día (25,5%), 20 mujeres embarazadas que consumen 2 tazas de café al día (39,2%), 6 mujeres embarazadas que consumen 3 tazas de café al día (11,8%).

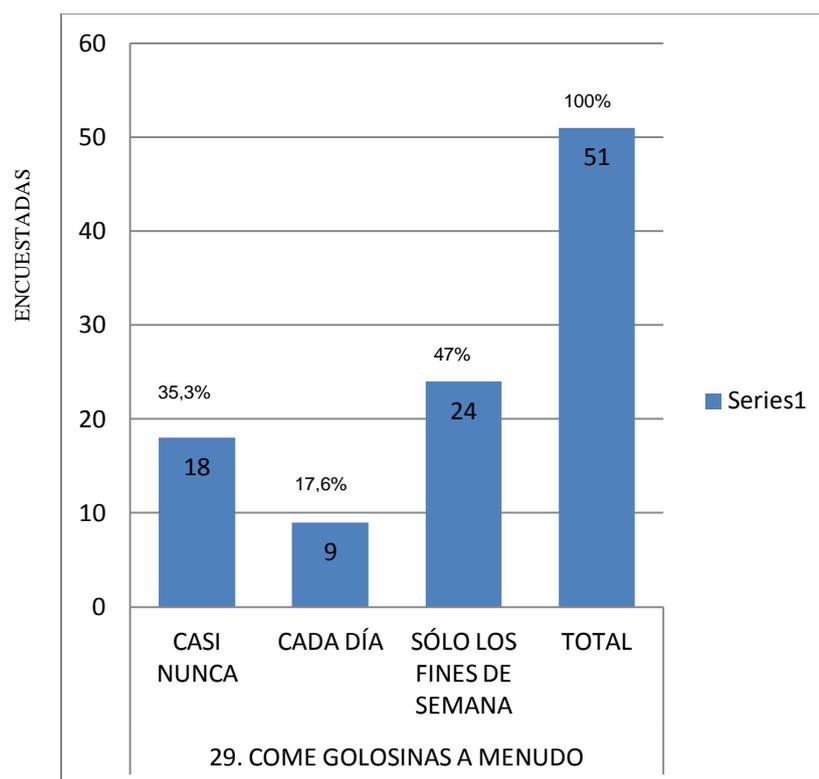
PREGUNTA N° 29. COME GOLOSINAS A MENUDO.

**Tabla N° 29.
COME GOLOSINAS (CAMELOS, PALETAS, PALOMITAS DE MAÍZ,
SNACKS, GALLETAS, ETC) A MENUDO**

29. COME GOLOSINAS A MENUDO			
CASI NUNCA	CADA DÍA	SÓLO LOS FINES DE SEMANA	TOTAL
18	9	24	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 29.
COME GOLOSINAS (CAMELOS, PALETAS, PALOMITAS DE MAÍZ,
SNACKS, GALLETAS, ETC) A MENUDO**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 18 mujeres embarazadas que casi nunca consumen golosinas (35,3%), 9 mujeres embarazadas que consumen golosinas cada día (17,6%), 24 mujeres embarazadas que consumen golosinas solo los fines de semana (47,1%).

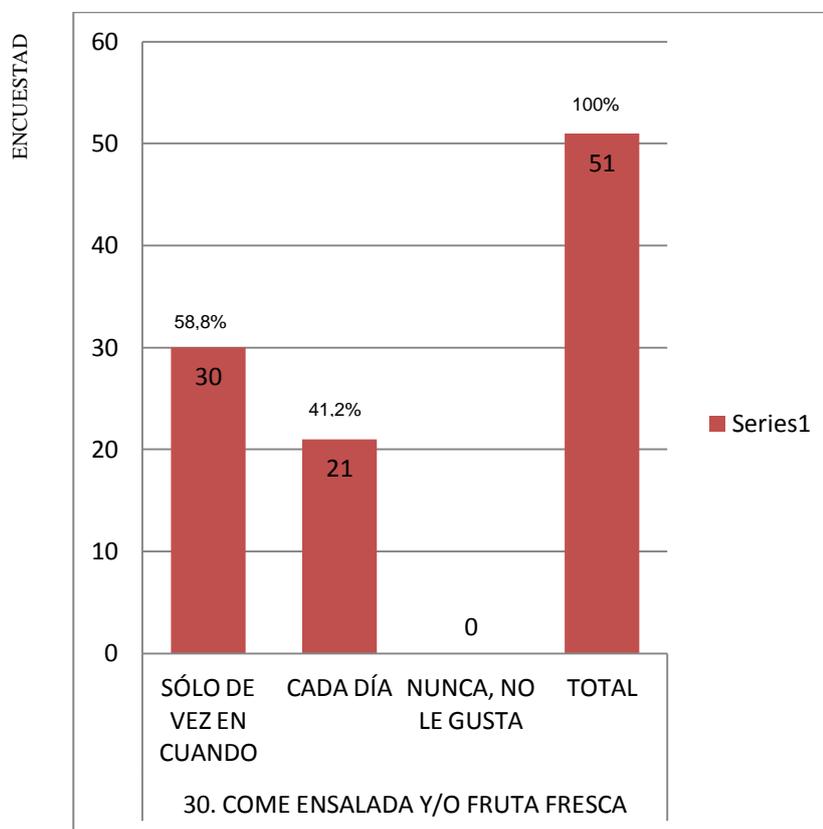
PREGUNTA N° 30: CONSUMO DE ENSALADA Y/O FRUTA FRESCA

**Tabla N° 30.
COME ENSALADA Y/O FRUTA FRESCA**

30. COME ENSALADA Y/O FRUTA FRESCA			
SÓLO DE VEZ EN CUANDO	CADA DÍA	NUNCA, NO LE GUSTA	TOTAL
30	21	0	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 30.
COME ENSALADA Y/O FRUTA FRESCA**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 30 mujeres embarazadas que consumen sólo de vez en cuando ensalada o fruta fresca (58,8%), 21 mujeres embarazadas que consumen ensalada y fruta fresca cada día (41,2%).

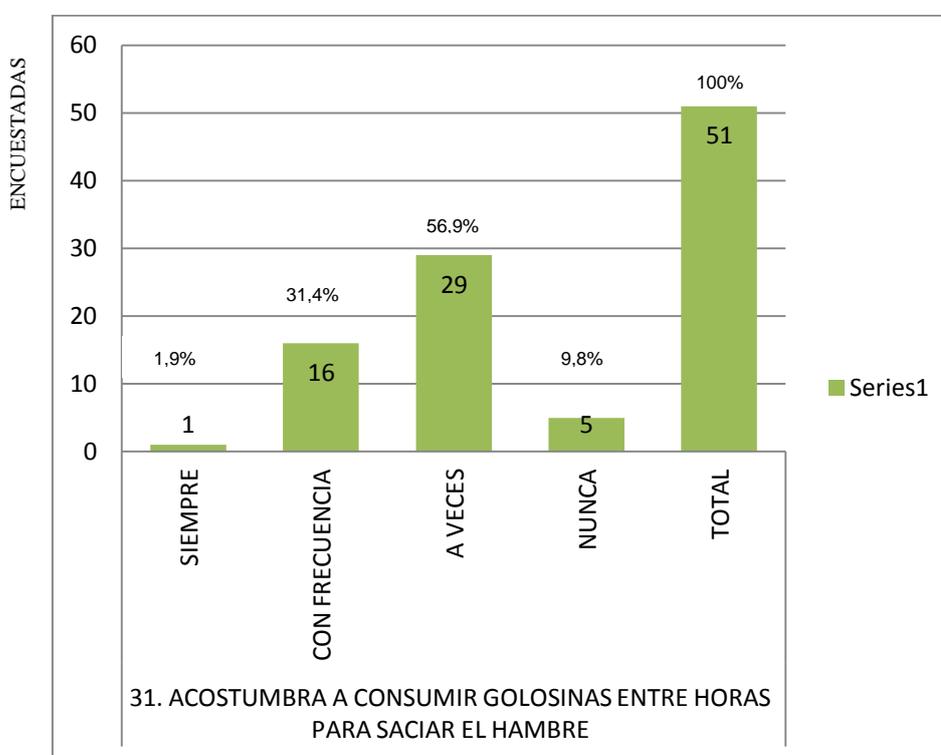
PREGUNTA N° 31: ACOSTUMBRA A CONSUMIR GOLOSINAS ENTRE HORAS

**Tabla N° 31.
ACOSTUMBRA A CONSUMIR GOLOSINAS ENTRE HORAS PARA SACIAR EL
HAMBRE**

31. ACOSTUMBRA A CONSUMIR GOLOSINAS ENTRE HORAS PARA SACIAR EL HAMBRE				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
1	16	29	5	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 31.
ACOSTUMBRA A PICAR CHUCHERÍAS O GOLOSINAS ENTRE HORAS PARA
SACIAR EL HAMBRE**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 1 mujer embarazada que siempre consume golosinas para saciar el hambre entre comidas (1,9%), 16 mujeres embarazadas que con frecuencia consumen golosinas para saciar el hambre entre comidas (31,4%), 29 mujeres embarazadas que con a veces consumen golosinas para saciar el hambre entre comidas (56,9%), 5 mujeres embarazadas que nunca consumen golosinas para saciar el hambre entre comidas (9,8%).

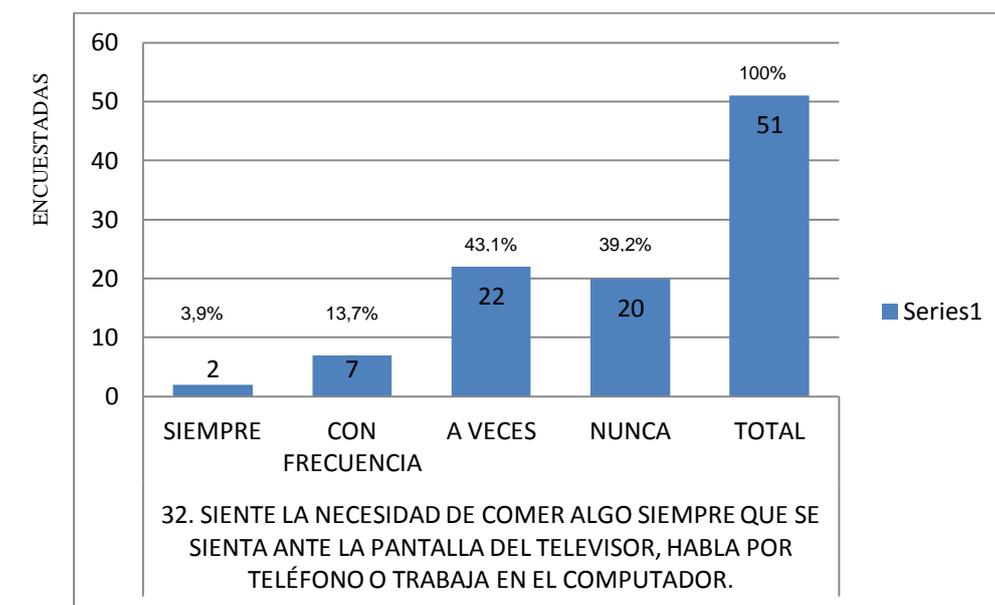
PREGUNTA N°32: COME ALGO SIEMPRE QUE SE SIENTA ANTE LA PANTALLA DEL TELEVISOR, HABLA POR TELÉFONO O TRABAJA EN EL COMPUTADOR.

Tabla N° 32.
SIENTE LA NECESIDAD DE COMER ALGO SIEMPRE QUE SE SIENTA ANTE LA PANTALLA DEL TELEVISOR, HABLA POR TELÉFONO O TRABAJA EN EL COMPUTADOR.

32. SIENTE LA NECESIDAD DE COMER ALGO SIEMPRE QUE SE SIENTA ANTE LA PANTALLA DEL TELEVISOR, HABLA POR TELÉFONO O TRABAJA EN EL COMPUTADOR.				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
2	7	22	20	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
 Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 32.
SIENTE LA NECESIDAD DE COMER ALGO SIEMPRE QUE SE SIENTA ANTE LA PANTALLA DEL TELEVISOR, HABLA POR TELÉFONO O TRABAJA EN EL COMPUTADOR.



Fuente: Hoja de recolección de datos
 Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 2 mujeres embarazadas que siempre sienten la necesidad de comer algo siempre que se sientan ante la pantalla del televisor, computador o habla por teléfono (3,9%), 7 mujeres embarazadas que con frecuencia sienten la necesidad de comer algo siempre que se sientan ante la pantalla del televisor, computador o habla por teléfono (13,7%), 22 mujeres embarazadas que a veces sienten la necesidad de comer algo

siempre que se sientan ante la pantalla del televisor, computador o habla por teléfono (43,1%), 20 mujeres embarazadas que nunca sienten la necesidad de comer algo siempre que se sientan ante la pantalla del televisor, computador o habla por teléfono (39,2%).

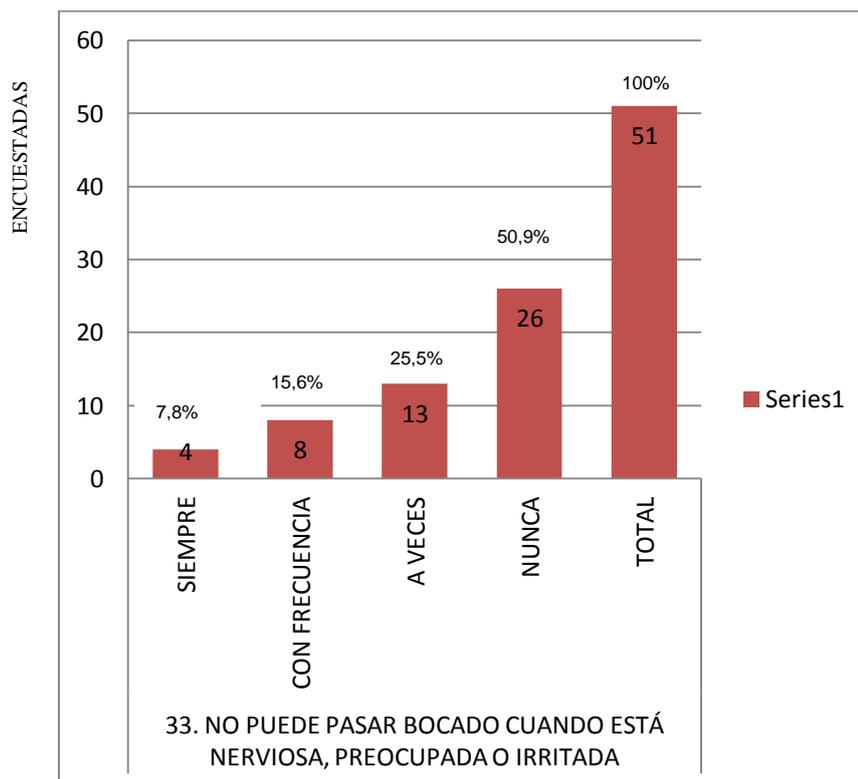
PREGUNTA N° 33: NO COME CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA.

Tabla N° 33.
NO PUEDE PASAR BOCADO CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA.

33. NO PUEDE PASAR BOCADO CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
4	8	13	26	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 33.
NO PUEDE PASAR BOCADO CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 4 mujeres embarazadas que siempre que están nerviosas, preocupadas o irritadas no pueden pasar bocado (7,8%), 8 mujeres embarazadas que con frecuencia

que están nerviosas, preocupadas o irritadas no pueden pasar bocado (15,7%), 13 mujeres embarazadas que a veces que están nerviosas, preocupadas o irritadas no pueden pasar bocado (25,5%), 26 mujeres embarazadas que nunca que están nerviosas, preocupadas o irritadas no pueden pasar bocado (50,9%).

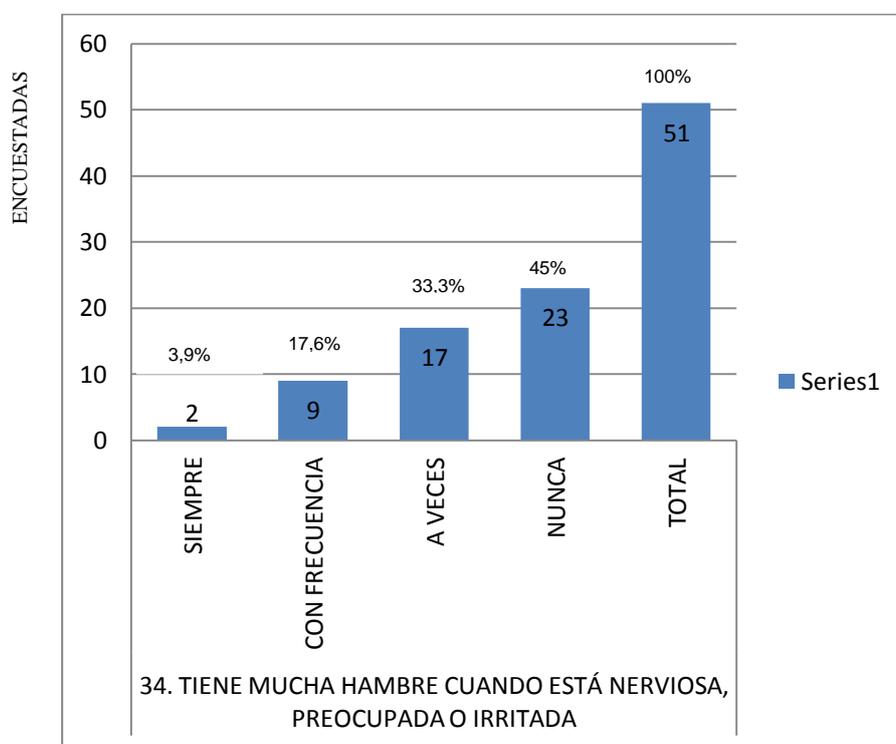
PREGUNTA N° 34: TIENE MUCHA HAMBRE CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA

Tabla N° 34.
TIENE MUCHA HAMBRE CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA

34. TIENE MUCHA HAMBRE CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
2	9	17	23	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 34.
TIENE MUCHA HAMBRE CUANDO ESTÁ NERVIOSA, PREOCUPADA O IRRITADA



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 2 mujeres embarazadas que siempre que están nerviosas, preocupadas o irritadas tienen mucha hambre (3,9%), 9 mujeres embarazadas que con frecuencia que están nerviosas, preocupadas o irritadas tienen mucha hambre (17,6%), 17 mujeres embarazadas que a veces que están nerviosas, preocupadas o irritadas tienen mucha hambre (33,3%), 23 mujeres embarazadas que nunca que están nerviosas, preocupadas o irritadas tienen mucha hambre (45%).

PREGUNTA N° 35: PREMIA SU BUENA CONDUCTA CON ALIMENTOS

Tabla N° 35.

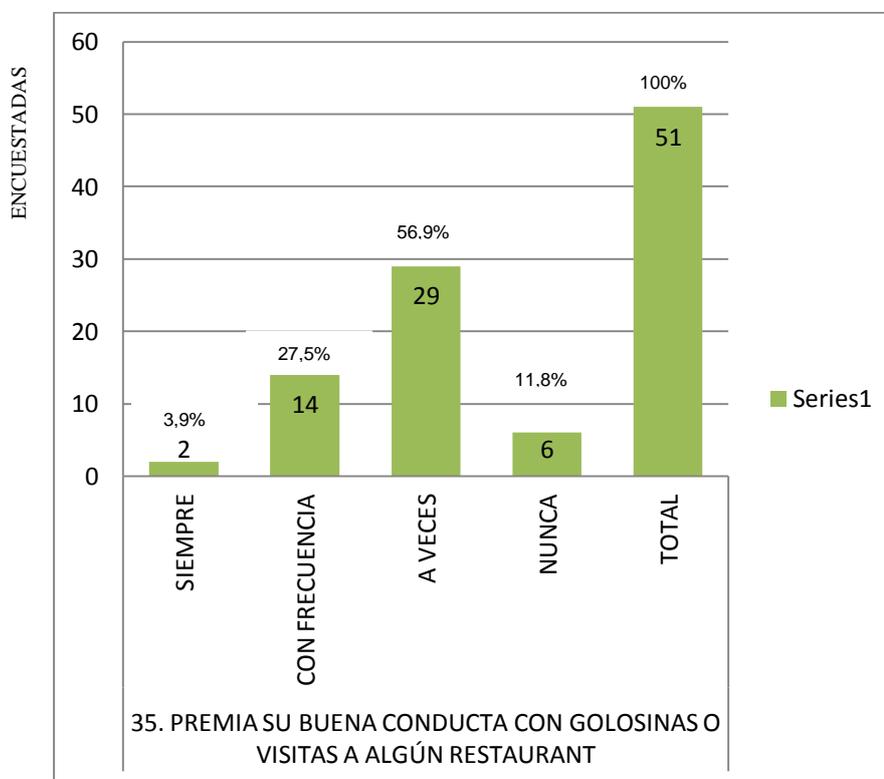
PREMIA SU BUENA CONDUCTA CON GOLOSINAS O VISITAS A ALGÚN RESTAURANTE.

35. PREMIA SU BUENA CONDUCTA CON GOLOSINAS O VISITAS A ALGÚN RESTAURANT				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
2	14	29	6	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 35.

PREMIA SU BUENA CONDUCTA CON GOLOSINAS O VISITAS A ALGÚN RESTAURANTE.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 2 mujeres embarazadas que siempre premian su buena conducta con golosinas o visitas a algún restaurant (3,9%), 14 mujeres embarazadas que con frecuencia premian su buena conducta con golosinas o visitas a algún restaurant (27,5%), 29 mujeres embarazadas que a veces premian su buena conducta con golosinas o visitas a algún restaurant (56,9%), 6 mujeres embarazadas que nunca premian su buena conducta con golosinas o visitas a algún restaurant (11,8%).

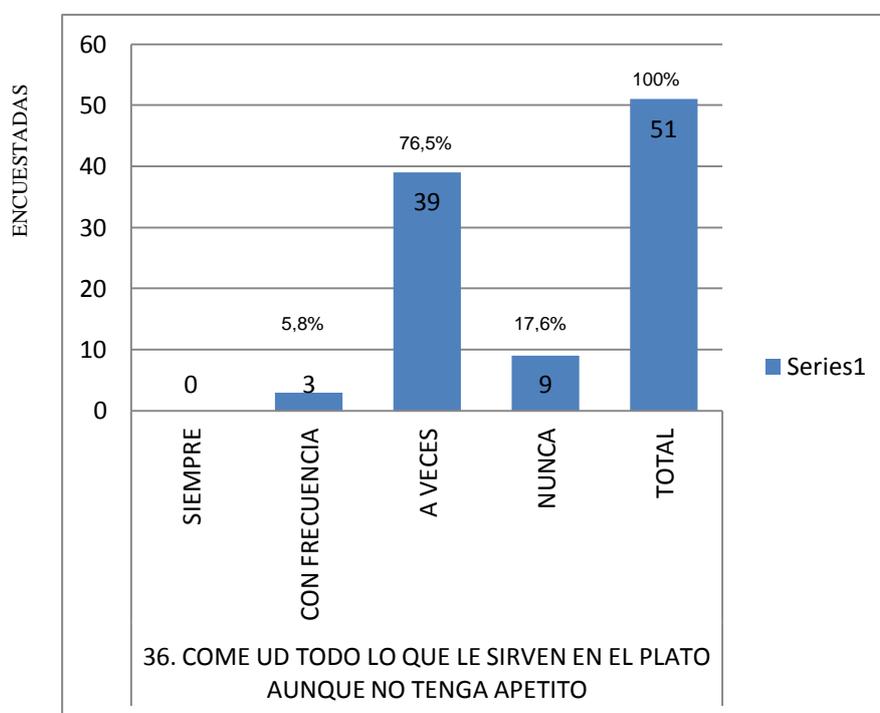
PREGUNTA N° 36: COME TODO LO QUE LE SIRVEN EN EL PLATO AUNQUE NO TENGA APETITO.

Tabla N° 36.
COME USTED TODO LO QUE LE SIRVEN EN EL PLATO AUNQUE NO TENGA APETITO.

36. COME UD TODO LO QUE LE SIRVEN EN EL PLATO AUNQUE NO TENGA APETITO				
SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	NUNCA	TOTAL
0	3	39	9	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 36.
COME USTED TODO LO QUE LE SIRVEN EN EL PLATO AUNQUE NO TENGA APETITO.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 3 mujeres embarazadas que con frecuencia comen todo lo que les sirven en el plato aunque no tengan apetito (5,8%), 39 mujeres embarazadas que a veces comen todo lo que les sirven en el plato aunque no tengan apetito (76,5%), 9 mujeres embarazadas que nunca comen todo lo que les sirven en el plato aunque no tengan apetito (17,6%).

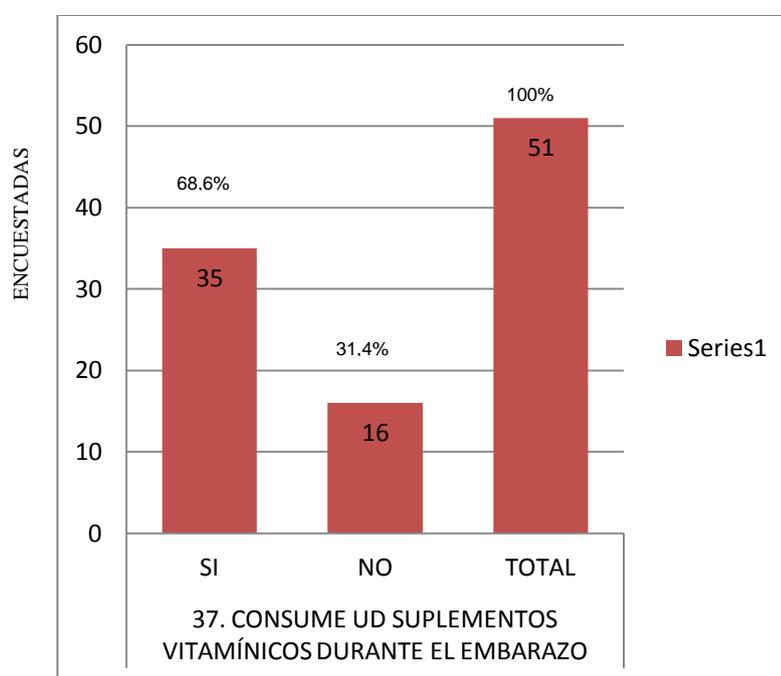
PREGUNTA N°37: SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS DURANTE EL EMBARAZO

Tabla N° 37.
CONSUME USTED SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS DURANTE EL EMBARAZO.

37. CONSUME UD SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS DURANTE EL EMBARAZO		
SI	NO	TOTAL
35	16	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 37.
CONSUME USTED SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS DURANTE EL EMBARAZO.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

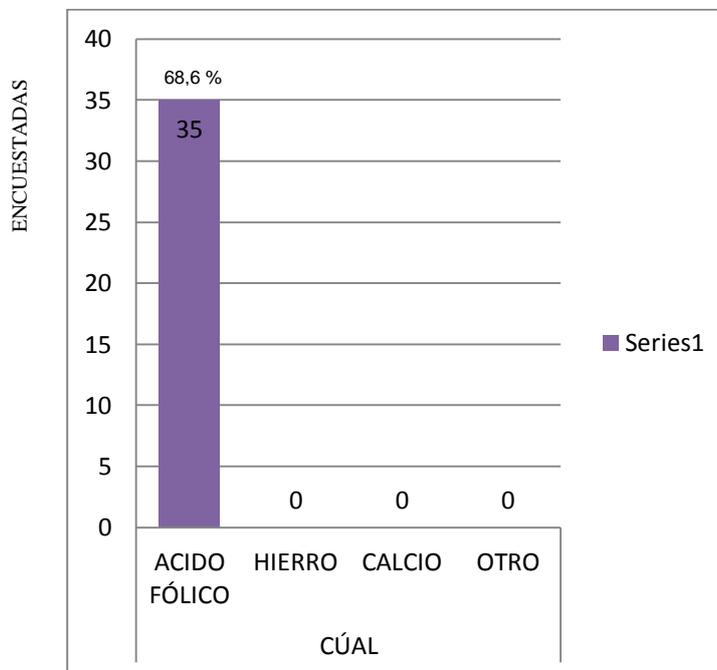
Se encontró 35 mujeres embarazadas que durante el embarazo consumen suplementos vitamínicos (68,6%), 16 mujeres embarazadas que durante el embarazo no consumen suplementos vitamínicos (31,4%).

**TABLA N° 37.1
CUÁL.**

ACIDO FÓLICO	HIERRO	CALCIO	OTRO
35	0	0	0

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

**Gráfico N° 37.1.
CUAL.**



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 35 mujeres embarazadas que durante el embarazo consumen suplementos vitamínicos como el ácido fólico (68,6%).

PREGUNTA N°38: VISITA AL MÉDICO PARA QUE LA GUÍE EN LA NUTRICIÓN DURANTE EL EMBARAZO.

Tabla N° 38.

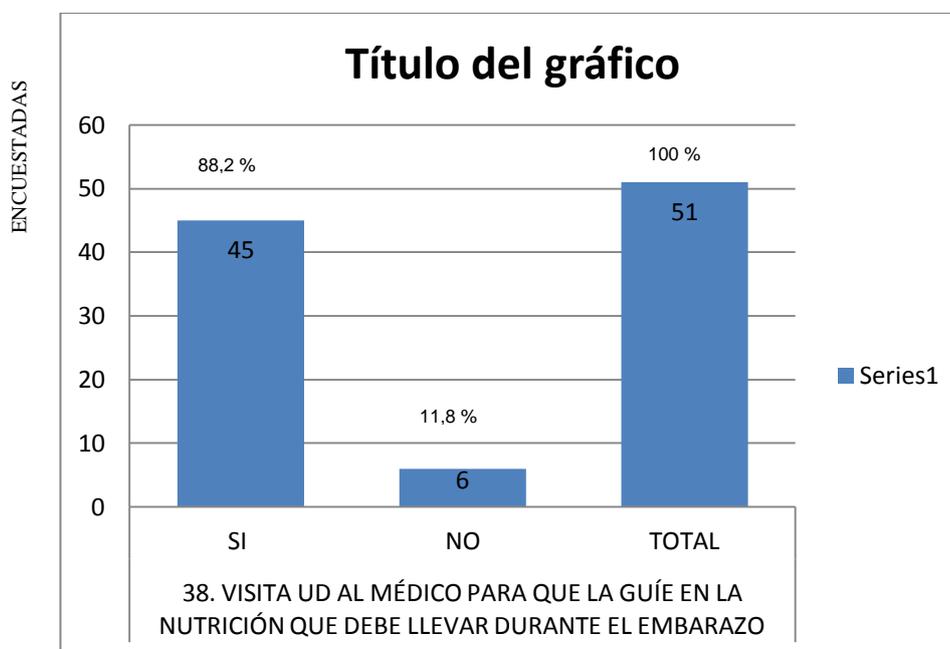
VISITA USTED AL MÉDICO PARA QUE LA GUÍE EN LA NUTRICIÓN QUE DEBE LLEVAR DURANTE EL EMBARAZO.

38. VISITA UD AL MÉDICO PARA QUE LA GUÍE EN LA NUTRICIÓN QUE DEBE LLEVAR DURANTE EL EMBARAZO		
SI	NO	TOTAL
45	6	51

Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Gráfico N° 38.

VISITA USTED AL MÉDICO PARA QUE LA GUÍE EN LA NUTRICIÓN QUE DEBE LLEVAR DURANTE EL EMBARAZO.



Fuente: Hoja de recolección de datos
Elaboración: Carla Medina (autora)

Se encontró 45 mujeres embarazadas que acuden al médico para que las guíe en la nutrición que deben llevar durante su embarazo (88,2%), 6 mujeres embarazadas que no acuden al ginecólogo para que las guíe en la nutrición que deben llevar durante su embarazo (11,8%).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1. Se determinó que la mayoría de las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi no tienen buenos hábitos alimenticios, debido a que no consumen los alimentos en porciones ni en la frecuencia diaria adecuada recomendada en el embarazo por la OMS, además sólo el 68,6% de ellas consume suplementos vitamínicos durante su gestación como el ácido fólico.
2. De las 51 mujeres embarazadas encuestadas en este trabajo de investigación, el 88,2% de ellas acuden al subcentro de salud de su comunidad para que les guíen en la nutrición sin embargo en este estudio se ha comprobado que no llevan buenos hábitos alimenticios.
3. El 3,9% de las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi no se realizan controles prenatales y que el 96% de las mujeres embarazadas en el cantón Yacuambi se realizan controles prenatales durante el embarazo, pero no de forma adecuada ya que no cumplen con el número de controles prenatales que corresponden de acuerdo a la edad gestacional de la paciente recomendado por el CLAP y la OMS, habiendo mujeres que durante su embarazo solamente se han realizado 1 control prenatal.
4. En cada comunidad del cantón Yacuambi existe un subcentro de salud con su respectivo equipo médico, al cual acuden las mujeres embarazadas para realizarse sus controles prenatales, lo cual es importante ya que de esta forma se evitaría muchas de las complicaciones más comunes en el embarazo, como determinar una ganancia excesiva de peso o muy baja en la gestación.
5. El 70,6% de las mujeres embarazadas del cantón Yacuambi se alimenta con tres comidas principales: desayuno, almuerzo y cena y dos menores: una en media mañana y una en media tarde, lo cual es lo indicado en la

alimentación de las mismas, evitando así el ayuno prolongado y que es perjudicial para el feto.

6. El 52,9% de las mujeres embarazadas en el cantón Yacuambi consumen carnes blancas 2 veces a la semana y el 35,3% de las embarazadas consumen carnes rojas dos veces a la semana lo cual es preocupante debido a que su consumo está por debajo de las necesidades diarias de una mujer gestante que son de 1-3 porciones diarias, no se encontraron mujeres vegetarianas en este estudio.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda que el MSP en conjunto con el médico rural de cada subcentro del cantón Yacuambi realicen campañas de información y/o talleres educativos a las mujeres embarazadas sobre la importancia de los buenos hábitos alimenticios, dando guías gratuitas a las gestantes sobre la importancia de los controles prenatales y la nutrición en el embarazo con información completa y actualizada de que alimentos deben consumir y en que porciones y que alimentos, medicamentos y/o drogas deben evitarse durante el embarazo.

Que se continúen realizando los controles de ganancia de peso a lo largo del embarazo en cada mujer gestante que acuda a los subcentros de salud del cantón Yacuambi, así como a todas las mujeres en edad reproductiva evitándose así la desnutrición o el sobrepeso en el embarazo.

Que el MSP continúe apoyando a las mujeres embarazadas de las áreas rurales con los suplementos vitamínicos indispensables en la gestación.

Que a aquellas mujeres que tengan un difícil acceso geográfico al subcentro de salud o que por alguna razón no pudiesen acudir al subcentro de su comunidad a realizarse los controles prenatales respectivos, que cada médico rural encargado realice vistas domiciliarias a las mismas, para que de esta forma se evite cualquier complicación del embarazo y/o el parto, o se las pueda remitir a un centro de mayor complejidad en caso de ser necesario.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Abeyá E. Calvo E. Durán P. Longo E. Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009.144 p.
2. Adams María. Dieta rica en calorías y proteínas. Guía de alimentos para una dieta rica en calorías y proteínas. Canadá. Actualización Marzo 2011. p. 1-3.
3. Aguirre V. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil. Rev Chil Enf Respir 2007; 23: 173-178
4. Alvarado Bestene Ricardo. Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada [en línea]. Univ. Med. Bogotá (Colombia) 50 (2): 237-261, abril-junio, 2009 (accesado octubre 2011). Disponible en <http://med.javeriana.edu.co>.
5. Área de Turismo y Cultura del Cantón Yacuambi. Ilustre Municipio del Cantón Yacuambi. Datos Generales de la población del Cantón Yacuambi proporcionados a la autora de este trabajo de investigación en el año 2010 por el personal que labora en el Municipio de la Parroquia 28 de Mayo.
6. Barrios A. Montes N. Control Prenatal [en línea]. Rev Pacea Med Fam 2007; 4(6): 128-131.(accesado octubre 2011) disponible en <http://www.mflapaz.com>
7. Brockington Ian. Problemas de conducta adicionales de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de la alimentación y pérdidas perinatales. Perinatol Reprod Hum. 2008; 22: 132-144.
8. Callen Peter. Ecografía en obstetricia y Ginecología. 5ª ed. España. ELSEVIER MASSON. 2009. Cap. 2: Genética y Diagnóstico prenatal. p. 48-53.
9. Canales Francisca. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud. México. Editorial Limusa. 2008. Unidad VII: Diseño Metodológico.

10. Castro R. et al. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 1ª. ed. Chile. Trama Impresores S.A. 2008. Cap. 8: Atención Nutricional.
11. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Indicadores de Mortalidad materna en Ecuador, Perú, Colombia, Paraguay. Año 2008. [en línea]. Disponible en <http://www.eclac.cl>
12. Cruz P. et al. Catálogo Maestro de Guía de Práctica Clínica IMSS-028-08. Control Prenatal con enfoque de riesgo [en línea]. México. Secretaría de salud. 2008. Evidencias y recomendaciones (accesado octubre 2011). Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
13. Cunningham Gary et al. Obstetricia de Williams. 22a ed. México. McGraw-Hill Interamericana 2006. Cap. 8: Atención Prenatal: p. 211, 215-218.
14. Cunningham Gary et al. Williams Obstetrics. 22a ed. United States of América. McGraw-Hill Companies, Inc. 2005. Cap. 8: Prenatal Care: p. 215-216.
15. Fesina RH. De Musio B. Díaz JL. Martínez G. Serruya S. CLAP/SMR-OPS/OMS. 2ª ed. Publicación científica N° 1573. 2010. Cap. II y Cap. III: Control Prenatal, Vigilancia Durante la Gestación, Evaluación del Riesgo Concepcional y Conductas.
16. Gabbe. Niebyl. Simpson. Obstetricia. Edición original. Madrid. Marbán Libros, S.L. 2007, reimpresión. Cap. 6: Cuidados Preconcepcionales y prenatales.
17. Haider BA, Bhutta ZA. Suplementación con micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2006, Issue 4. No.: CD004905. DOI: 10.1002/14651858.CD004905.pub2.

18. Iglesias J., Tamez L., Reyes I. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL. Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales [en línea]. Volumen 11, Núm. 43, abril-junio, 2009 (accesado octubre 2011). Disponible en <http://medicinauniversitaria.uanl.mx/43/pdf/95.pdf>
19. Juez G. et al. Lactancia Materna. 3ª ed. Chile. 2010. Cap I: Marco conceptual cognitivo: Nutrición en el embarazo y lactancia. p. 29-35.
20. Lay-Son G. et al. Conocimiento y uso de ácido fólico periconcepcional. Estudio comparativo entre puérperas adolescentes y adultas en Santiago de Chile. Sección Genética, Departamento de Medicina de HCUCh. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Revista HCUCh. 2007; 18: 11 – 8.
21. Ministerio De Salud de Chile. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva [en línea]. Series guías MINSAL, 2008 (accesado octubre 2010). Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl>.
22. Mur Sierra A, Lopez-Vilchez M, Paya Panadès A. Abuso de tóxicos y embarazo. Asociación Española de Pediatría. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología actualizados al año 2008.
23. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa: notas descriptivas. Nota descriptiva N°348. Mortalidad Materna. [en línea]. Noviembre de 2010 (accesado en octubre 2011). Disponible en <http://www.who.int>
24. Ortiz Pilar. VI Censo de Población y V de Vivienda 2001: Resultados Definitivos. Tomo II: Provincia Zamora Chinchipe. 2001. P. 161-162.
25. Payà A. Rueda C. Castillo M. Carreras R. Vitamina D y embarazo [en línea]. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital del Mar y Universidad Autónoma de Barcelona. 2009;10(3):175-179. (accesado octubre 2011). Disponible en <http://www.nexusmedica.com>

26. Puebla Molina S, Bonillo Perales A. La ingesta de cafeína durante el embarazo aumenta el riesgo de recién nacidos de bajo peso. *Evid Pediatr.* 2009; 5:24.
27. Ramos Alba. USAC. Guía para la preparación de referencias bibliográficas según los requisitos de uniformidad para manuscritos biomédicos de Vancouver [en línea]. Facultad de Ciencias Médicas OPCA/ Biblioteca y Centro de Documentación Dr. Julio de León Méndez. Guatemala 2011. (accesado octubre 2011). Disponible en <http://medicina.usac.edu.gt>.
28. Restrepo S. et al. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Rev Chil Nutr Vol.* 37, N°1, Marzo 2010.
29. Reyes M. et al. Tablas Peruanas de Composición de alimentos [en línea]. 8.^a ed. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2009. 64 p. Disponible en <http://www.ins.gob.pe>
30. Rivera Angelina. UNAM. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Materiales de apoyo para el aprendizaje. [En línea]. 2008. Cambios fisiológicos del embarazo. Cap.13: Cambios metabólicos en el embarazo (accesado en octubre 2011). Disponible en <http://www.eneo.unam.mx>
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Vitamin Supplementation in Pregnancy [en línea]. Scientific Advisory Committee. Opinion Paper 16. August 2009 (accesado Octubre 2011) Disponible en <http://www.rcog.org.uk>.
32. Sánchez JI. López MJ. Sánchez Martínez MC. Caldera M. Suplementos en embarazadas: controversias, evidencias y recomendaciones. Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2010. Volumen 34, N° 4.
33. Valenzuela B Alfonso. Ácidos grasos con isomería TRANS. Su origen y los efectos en la salud humana. *Rev Chil Nutr Vol.* 35, N°3, Septiembre 2008, p. 162-171

34. Wilson Douglas. Preconceptional Vitamin/Folic Acid Supplementation 2007: The Use of Folic Acid in Combination with a Multivitamin Supplement for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies [en línea]. No. 201 (Replaces guideline No. 138), December. 2007(accesado Octubre 2011). Disponible en <http://www.sogc.org>

ANEXOS

ANEXO 1:

**ENCUESTA
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA**

Encuestador: Carla Gabriela Medina Hernández

**La presente encuesta tiene como objetivo recoger la información sobre los hábitos
nutricionales y los controles prenatales que se realizan las mujeres embarazadas del
Cantón Yacuambi.**

DATOS GENERALES

1. **Edad:** _____
2. **Estado Civil:**
 - Soltero()
 - Casado()
 - Divorciado()
 - Viudo()
 - Unión libre()
3. **Último año de estudios que completó:**
 - sin estudios _____
 - Primaria _____
 - Secundaria _____
 - Superior _____
4. **Ocupación a la que se dedica** _____
5. **De cuánto es su ingreso mensual** _____
6. **De su ingreso mensual qué cantidad de dinero es destinada para la alimentación?** _____
7. **Número de Hijos**
 - 1()
 - 2()
 - 3()
 - 4()
 - Más _____
8. **Cuantos meses de gestación tiene** _____
9. **Se ha realizado usted controles prenatales durante este embarazo**
SI NO
10. **Si la respuesta anterior es Negativa. Por qué razón usted no se realiza los controles prenatales**

11. **Si la respuesta de la pregunta 9 es positiva. Cada qué tiempo se realiza usted los controles prenatales**
 - una sola vez()
 - cada mes()
 - cada dos meses()
 - cada tres meses()
 - más _____
12. **En su comunidad existe un médico o un centro de salud al que usted acude para los controles del embarazo**
SI NO
Cuál _____
14. **¿Cuántas veces come al día?**
 - Tres comidas principales : desayuno, almuerzo y cena y dos menores: una en media mañana y en media tarde ()
 - Sólo las tres comidas principales: desayuno, almuerzo y cena()

- Come dos veces al día ()

15. ¿Evita usted los productos o dietas ricas en grasas?

- Sí.
- Intento reducir su consumo.
- Nunca

16. ¿Mantiene usted bajo el consumo de sal y azúcar?

- Sí. ()
- A veces.()
- Nunca.()

17. ¿Qué desayuna usted cuando se levanta?

- Nada, no desayuno()
- Pan()
- Queso()
- Coladas()
- Café ()
- Jugos ()
- Leche()
- Aguas aromáticas()
- Chicha()
- Yogurt ()
- Arroz()
- Mote()
- Carnes rojas()
- Huevos ()
- Frutas ()
- Otros () _____

18. ¿Qué almuerza usted?

- Nada, no almuerzo()
- Papas ()
- Coladas()
- Jugos ()
- Arroz()
- Mote()
- Sopa()
- Pescado()
- Pollo ()
- Carnes rojas()
- Yuca()
- Huevos ()
- Frutas ()
- Vegetales ()
- Otros () _____

19. ¿Qué cena usted?

- Nada, no ceno()
- Papas ()
- Coladas()
- Arroz()
- Mote()
- Sopa()
- Pescado()
- Pollo ()
- Carnes rojas()
- Yuca()
- Huevos ()
- Frutas ()
- Vegetales ()
- Otros () _____

20. Cuántas veces al día consume usted carbohidratos (pan, yuca, papas, fideos, etc.) ?

- Más de tres veces al día ()
- Tres veces al día ()
- Dos veces al día ()
- Una vez al día ()
- No consumo.()

21. Cuántas veces al día consume usted frutas (papaya, naranja, sandia, manzana, bananos, etc.) ?

- Más de tres frutas diarias ()
- Tres frutas diarias ()
- Dos frutas diarias()
- Una fruta diaria()
- No consumo()

22. Cuántas veces al día consume usted grasas o comida rápida (papas fritas, empanadas fritas mote frito, huevo frito, etc.) ?

- Más de tres veces al día()
- Tres veces al día ()
- Dos veces al día ()
- Una vez al día()
- No consumo.()

23. Cuántas veces al día consume usted fibra (avena, cereales, etc.) ?

- Más de tres veces al día()
- Tres veces al día ()
- Dos veces al día ()
- Una vez al día()
- No consumo.()

24. Cuántas veces al día consume usted vegetales (tomates, cebolla, acelga, lechuga, etc.) ?

- Más de tres veces al día()
- Tres veces al día ()
- Dos veces al día ()
- Una vez al día()
- No consumo.()

25. Cuántas veces a la semana consume usted carnes blancas (pollo, pescado, etc.) ?

- Más de tres veces a la semana()
- Tres veces a la semana ()
- Dos veces a la semana ()
- Una vez a la semana()
- No consumo.()

26. Cuántas veces al día consume usted carnes rojas (carne de chancho, carne de res, etc.) ?

- Más de tres veces a la semana ()
- Tres veces a la semana ()
- Dos veces a la semana ()
- Una vez a la semana()
- No consumo.()

27. ¿Qué bebe a lo largo del día?

- Colas, sodas ()
- Sólo agua()
- Jugos()
- Aguas aromáticas()
- Coladas()
- Café()
- Té()

28. Cuántas tazas de café consume usted diarias?

- No consumo ()
- 1 al día ()
- 2 al día ()
- 3 al día ()
- Más de tres al día ()

29. ¿Come golosinas (caramelos, paletas, palomitas de maíz, snacks, galletas, etc.) a menudo?

- Casi nunca ()
- Cada día ()
- Sólo los fines de semana ()

30. ¿Come ensalada y fruta fresca?

- Sólo de vez en cuando ()
- Cada día()
- Nunca, no le gusta ()

31. Acostumbra a consumir golosinas entre horas para saciar el hambre?

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

32. Sientes la necesidad de comer algo siempre que se sienta ante la pantalla del televisor, habla por teléfono o trabaja en el computador

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

33. No puede pasar bocado cuando está nerviosa, preocupada o irritada

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

34. Tiene un mucha hambre cuando está nerviosa, preocupada o irritada

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

35. Premia su buena conducta con golosinas o visitas a algún restaurant?

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

36. Come usted todo lo que le sirven en el plato aunque no tenga apetito?

- Siempre ()
- Con frecuencia ()
- A veces()
- Nunca ()

37. Consume usted suplementos vitamínicos durante el embarazo?

SI NO

Cuáles:

- Ácido fólico ()
- Hierro()
- Calcio ()
- Otros ()cuál _____

38. Visita usted al médico para que la guie en la nutrición que debe llevar durante el embarazo.

SI NO

Gracias por su colaboración

ANEXO 2:

FOTOS:

Subcentro de salud- LaPaz



Subcentro de salud- Yacuambi (28 de Mayo.)



Yacuambi (Parroquia 28 de Mayo.)
Parque central



Subcentro de salud- Jembuentza



ENCUESTA A LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL CANTÓN YACUAMBI

