



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
POLICLÍNICA DOCENTE ANTONIO MACEO
MUNICIPIO CACOCUM

Intervención educativa sobre hábitos alimenticios en gestantes. Policlínica Antonio Maceo
enero 2016-abril 2018.

Autora: Dra. Damaris Reyes Batista

Residente de segundo año de Medicina General Integral.

Tutora: Dr Eduardo Hernández Ávila

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

Holguín 2018.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar a mi madre y hermano que por sus esfuerzos y sacrificios por muchos años he podido llegar hasta donde estoy. A mis hijas que son el motor impulsor que me ayudan a cumplir todas mis metas. A mi esposo por siempre estar a mi lado y apoyarme en todo. A mi tutora por ayudarme y transmitir sus enseñanzas de manera tan especial. A todos mis profesores que me han acompañado durante todo mi proceso de formación. A la Revolución Cubana por permitirnos formar como profesionales. A demás familiares amigos por su ayuda desinteresada y su apoyo incondicional. Y por sobre todo a Dios que nos ayuda a enfrentar las pruebas de la vida con sabiduría y entereza.

INDICE:

Páginas

- Resumen
- Introducción ----- 1
- Objetivos ----- 7
- Marco Teórico ----- 8
- Método ----- 25
- Conclusiones ----- 40
- Recomendaciones ----- 41
- Bibliografía ----- 42
- Anexos

PENSAMIENTO

“
*Para tener éxito, debes tener una gran perseverancia y
una enorme voluntad. . .*”

Swami Vivekanandali.

RESUMEN:

Se realizó un estudio de intervención educativa, en las embarazadas, pertenecientes al Policlínico Antonio Maceo, del Municipio Cacocum de la provincia de Holguín con el objetivo de caracterizar los resultados de la intervención educativa sobre nivel de conocimientos relacionados con los hábitos nutricionales en el embarazo desde enero 2016 hasta abril 2018. El universo estuvo constituido por las 37 gestantes comprendidas en el trimestre de estudio y se tomó una muestra intencionada de 31 pacientes.

Se aplicó una estrategia de intervención educativa durante seis sesiones de 25 a 45 minutos de duración. Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa que nos permitió conocer las principales variables demográficas y el nivel de conocimientos antes y después de la estrategia.

La mayor parte de las gestantes tenían entre 19 y 23 años, trabajadoras y de nivel escolar preuniversitario. El nivel de conocimientos fue del 13% de las gestantes antes de la intervención y se logró elevar al 93.6% después de la intervención. Recomendamos generalizar esta estrategia de intervención a otros consejos populares del área de salud.

INTRODUCCION.

El término “malnutrición” significa alteración en las etapas de la nutrición, tanto por defecto/déficit que conlleva a la desnutrición; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad. Es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes. En la práctica clínica, este término también se utiliza para referirse a las situaciones de desnutrición que incluyen un amplio espectro de formas clínicas que vienen condicionadas por la intensidad y duración del déficit, la edad del sujeto y que lo condiciona. Sin embargo, en la actualidad cuando se habla de malnutrición se expresa como malnutrición por déficit a la desnutrición y a la obesidad como malnutrición por exceso. Según la OMS, “la malnutrición es una emaciación o adelgazamiento morboso y/o un edema nutricional incluye también las carencias de micronutrientes y el retraso del crecimiento”.(1)

Desde la aparición del hombre sobre la tierra, el tipo de alimentos que éste ha tenido que ingerir para su sustento, ha variado a través del tiempo, debido a que se vio obligado a adaptar a aquellos que tenía más próximos y le era más fácil obtener con las escasas herramientas que poseía. Como por ejemplo, sirva citar los estudios sobre los restos del ser humano más antiguo encontrado hasta la fecha (2)

Se ha llegado a la conclusión de que era carroñero y practicaba el canibalismo, y que competía por sus alimentos con otros animales de hábitos alimenticios similares. En su andar en busca de víveres, se iba encontrando nuevos tipos a los que se veía obligado a adecuar. La disponibilidad de la caza mayor iba disminuyendo y tenía que alimentarse de la caza menor, del marisco (en algunas áreas) y sobre todo de plantas comestibles Esta fase adaptativa empezó hace unos 100.000 años. (3)

Hace unos 12.000 años se inicia la primera revolución agrícola. Esto suponía una fuente fija de proteínas. Debemos tener en cuenta la gran variabilidad en las cifras recogidas en las cosechas; lo que con llevaba una alimentación

irregular y a épocas de hambre. El resultado final de las recolecciones se veía muy afectado por la climatología, contra la cual era muy difícil luchar. (4)

El almacenamiento de sobrantes, en años buenos de producción, tampoco era el más eficaz. Lo que ocasionaba una alimentación irregular. Lentamente el tipo de manutención fue variando hasta nuestros días, en los que el conocimiento sobre el tema es mayor. Pero el asunto no está cerrado todavía. Siguen los estudios para un mejor entendimiento y para aportar las soluciones adecuadas. (5)

Los humanos han evolucionado como omnívoros cazadores - recolectores a lo largo de los pasados 250.000 años. La dieta del humano moderno temprano varió significativamente dependiendo de la localidad y el clima. La dieta en los trópicos tiende a estar basada preferentemente en alimentos vegetales, mientras que la dieta en las latitudes altas tiende más hacia los productos animales. Los análisis de restos craneales y pos craneales de humanos y de animales del neolítico, junto con estudios detallados de modificación ósea han mostrado que el canibalismo también estuvo presente entre los humanos prehistóricos.(6)

La agricultura se desarrolló hace aproximadamente 10.000 años en múltiples localidades a través del mundo, proporcionando cereales tales como trigo, arroz y maíz con alimentos básicos tales como: pan y pasta. La agricultura también proporcionó leche y productos lácteos, e incrementó marcadamente, la disponibilidad de carnes y la diversidad de vegetales. La importancia de la pureza de los alimentos fue reconocida cuando el almacenaje masivo condujo a manifestaciones y riesgos de contaminación. (1)

El cocinar se desarrolló a menudo como una actividad ritualista, debido a la preocupación por la eficiencia y la fiabilidad, requiriendo la adherencia a recetas y procedimientos estrictos, y en respuesta a la demanda de pureza y consistencia en el alimento. (7)

En la actualidad, la desnutrición energética-nutricional es el problema de salud más importante de los países en vías de desarrollo o emergentes. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la sitúan en cifras que sobrepasan los 825 millones de habitantes (de ellos, 792 millones pertenecen al llamado Tercer Mundo), de los cuales más de la mitad, (500 millones), son niños. Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy serias. (1)

Estudios de la OMS revelan que el 40% de los casos de muerte neonatal están asociados a la desnutrición materna. ⁽¹⁰⁾ En Colombia, en 2005, se detectó bajo peso durante la gestación en el 20.7% de las gestantes, y la tasa de mortalidad neonatal fue de 12 por mil nacidos vivos (NV); en Risaralda esta tasa fue de 7 por mil nv, el 78% antes de la primera semana de vida de vida y el restante 22% entre la segunda y la cuarta semana de vida. ⁽²⁾

Existen referencias disponibles en América latina para evaluar a la gestante en cada trimestre: a) ganancia de peso para la edad gestacional de Fescina/CLAP; b) porcentaje de peso para la talla según la edad gestacional de Rosso y Mardones; c) índice de masa corporal pregestacional y gradiente de peso materno según este índice trimestral propuesto por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos; d) índice de masa corporal gestacional de Rosso–Mardones y col; e) índice de masa corporal gestacional de Atalah y col. Las más utilizadas son las escalas y gráficas de Rosso Mardones y Atalah Castillo-Castro. Con respecto a las guías de ganancia de peso en el embarazo que están en uso en los países iberoamericanos podemos comentar que México utiliza la misma guía en uso en los Estados Unidos que establece objetivos de ganancia de peso diferentes para las mujeres que inician el embarazo en cuatro grandes categorías de estado nutricional: bajo peso, normales, sobre peso y obesas. Algunos otros países, entre los que se cuenta Perú, utilizan la norma de ganancia de peso para la embarazada que desarrolló el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Esta norma establecen como límites del incremento de peso los percentiles 10y 90 a lo largo del embarazo se espera que al término de la gestación (38 a 40 semanas) el

aumento de peso normal sea de unos 11 kg con un rango que se extiende desde 6 kg a 15.6 kg. (7)

En España, se ha destacado la coincidencia con el criterio antes enunciado de tomarse en cuenta el estado nutricional de la mujer al inicio del embarazo. Sin embargo, no se tiene una propuesta concreta para el país.(8)

En Cuba se dan condiciones para el desarrollo de la promoción de la salud. La existencia de una voluntad política del más alto nivel ha hecho que, siendo un país subdesarrollado del tercer mundo, pueda exhibir indicadores de salud de un país altamente desarrollado. El grado de organización social del pueblo, la existencia de organizaciones comunitarias, el avance alcanzado por la atención primaria de salud, en especial por el programa del médico y la enfermera de la familia, potencia los resultados de esta estrategia. La implementación de estrategias para la promoción de la salud debe considerar el desarrollo de las aptitudes personales, la creación de ambientes favorables, la reorientación de los servicios sanitarios, el reforzamiento de la acción comunitaria y la elaboración de una política pública sana. La creación de las condiciones favorables de interacción y colaboración pueden ser interpretadas y reorganizadas con el objetivo preciso de favorecer el desarrollo de la embarazada, en condiciones sociales adecuadas para el despliegue máximo de sus posibilidades, esto significa en la embarazada hacerla apta, habilitarla para el cambio individual, grupal; ganar capacidades para cambiar comportamientos que dependan de factores ambientales, socioculturales, a través de un conjunto de actividades estrechamente interrelacionadas, que sirvan de herramienta para alcanzar la promoción de la salud.(9)

Cuba se considera entre los países caribeños menos afectados por el bajo peso al nacer. Esto se caracteriza por una disminución lento y sostenido con menor incidencia en el último quinquenio. Las estadísticas de la Dirección Nacional de Ginec Obstetricia y Perinatología a finales del 2007 muestran una disminución en el número de casos en relación con el año precedente.²¹

La provincia de Holguín se encuentra entre las primeras del país en cuanto a bajos niveles de bajo peso al nacer.

En el policlínico Antonio Maceo se presentan cada año menos neonatos con bajo peso al nacer u otra patología grave, aunque debido al insuficiente conocimiento de cómo prevenir y evitar estas alteraciones, teniendo en cuenta que las características peculiares respecto a la cultura y a la idiosincrasia de la población hacen difícil para la gestante y su familia llevar una dieta adecuada. Esta situación se convierte en el problema objeto de estudio de la presente investigación pues al ser desfavorable el conocimiento sobre los hábitos nutricionales adecuados, las mismas continúan siendo un problema, con las consiguientes complicaciones y secuelas, además de la perpetuación en el producto de la concepción.

Es importante recordar que el embarazo es una etapa en que se producen cambios psicológicos en la gestante, que se manifiestan en cambios en su autoestima, preocupaciones y ansiedad respecto a su estado, aspectos que deben ser considerados por el facilitador a la hora de planificar y desarrollar las actividades individuales y grupales. (9)

La educación para la salud de la embarazada debe partir del diagnóstico de sus problemas, indagar en sus condiciones socioeconómicas, en la relación con su pareja, cuáles son sus experiencias anteriores; en la medida en que se conozcan estos aspectos, se podrá incidir en una adecuada psicohigiene del embarazo, el parto y el puerperio.(3)

Partiendo de esa problemática deducimos que el Problema científico es:

-¿Tienen las gestantes los conocimientos necesarios sobre hábitos alimenticios adecuados para el proceso de la gestación?

El objeto de estudio, lo constituyen las gestantes. Mientras que el campo de estudio lo forman los hábitos nutricionales en las gestantes. El aporte teórico de esta investigación es metodológico. El mismo radica en los métodos y el proceder para lograr la intervención necesaria y pertinente capaz de modificar los conocimientos y conductas en las gestantes.

OBJETIVOS

GENERAL:

Incrementar el conocimiento sobre los adecuados hábitos alimenticios durante el proceso de la gestación, de las gestantes del Policlínico Antonio Maceo en el período comprendido desde enero 2016-abril 2018.

ESPECÍFICOS:

- Elaborar un programa de intervención educativa sobre los hábitos nutricionales en las gestantes.
- Describir algunas variables clínico epidemiológicas en las gestantes con déficit de conocimientos sobre los correctos hábitos nutricionales.
- Caracterizar a las gestantes en cuanto a nivel de conocimientos acerca de los correctos hábitos nutricionales, antes y después de la intervención educativa.

MARCO TERICO

El fenómeno biológico del crecimiento está ligado a la multiplicación celular y por consiguiente al incremento de la masa de un tejido y por extensión del propio cuerpo. El término desarrollo hace referencia al grado de organización y complejidad funcional que alcanzan las diferentes estructuras orgánicas. Por último, maduración se refiere al nivel de desarrollo alcanzado por un tejido o por un organismo en un determinado momento. El embarazo es un periodo de vital importancia, tremendamente complejo, donde confluyen de forma armónica los tres conceptos previos, donde el futuro ser, además de incrementar la masa celular, se desarrolla y madura morfológicamente para adquirir de forma progresiva capacidades funcionales. En el embarazo confluyen multitud de factores que implican que la vida de un futuro ser fracase o se desarrolle con total o parcial éxito.

(10)

Desde la fecundación, acontecen en el nuevo ser multitud de procesos que incrementan paulatinamente el número y tamaño de sus células, así como su especialización funcional que le permitirán adaptarse y sobrevivir extrauterinamente. Desde el óvulo fecundado, hasta el momento del parto tiene lugar la puesta en marcha de un programa de información "impreso" en sus propios genes e influido por el estatus materno donde no solo existen factores genéticos, sino ambientales, como la alimentación, que ejercen un papel central, sin olvidar los niveles hormonales materno, fetales y placentarios, el posible estrés, la presencia de factores tóxicos (alcohol, tabaco, fármacos), las infecciones víricas o bacterianas. (11)

Durante el embarazo la nutrición juega un papel importantísimo, los requerimientos energéticos, de proteínas, vitaminas y minerales se encuentran aumentados, por lo que mantener una adecuada alimentación en este momento biológico contribuye a evitar los riesgos de las deficiencias nutricionales más frecuentes como un bajo consumo de calcio, hierro, y ácido fólico y prevenir la malnutrición por exceso como el sobrepeso y la obesidad. Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy

serias. La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas. Se debe prestar atención a las fuentes dietéticas de hierro y calcio.(12)

El incremento de las necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia hacen necesaria la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente, de ácido fólico, hierro y calcio para proporcionar niveles adecuados de estos, debido a la dificultad de ingerirlos durante la dieta. La calidad de esta repercute en el estado nutricional previo de la gestante y constituye un factor que afecta la salud de la embarazada y el niño, por lo que ganancias insuficientes de peso al final del embarazo llevan a una mayor incidencia del bajo peso al nacer.(13)

El estado nutricional es el reflejo del estado de salud. Aun cuando no existe el estándar de oro en este sentido. Debido a su influencia sobre el resultado del embarazo, la evaluación nutricional de la mujer embarazada debería iniciarse lo más precozmente posible, con el fin de facilitar las intervenciones necesarias para asegurar una óptima evolución durante la gestación. Actualmente las embarazadas tienen una prevalencia creciente de sobrepeso y obesidad. La prevalencia actualmente es menor por el cambio del punto de corte para la definición de obesidad materna. Los problemas relacionados con el crecimiento, desarrollo y maduración constituyen actualmente un tema de gran importancia tanto bajo el punto de vista sanitario como de investigación.(14)

La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas. Se debe prestar atención a las fuentes dietéticas de hierro y calcio. El incremento de las necesidades nutricionales durante el embarazo y la lactancia hacen necesaria la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente, de ácido fólico, hierro y calcio para proporcionar niveles adecuados de estos, debido a la dificultad de ingerirlos durante la dieta.(15)

La calidad de esta repercute en el estado nutricional previo de la gestante y constituye un factor que afecta la salud de la embarazada y el niño, por lo que ganancias insuficientes de peso al final del embarazo llevan a una mayor incidencia del bajo peso al nacer.(16)

Estudios realizados en Canarias, en 2014, así como los de Rocha en Vicosá, Brasil, en 2016, los trabajos de Villavicencio, en el Estado de Cojedes, y los de Peña en Valencia, ambos en Venezuela en 2015, y en Cuba, los de Villares Álvarez, en Cienfuegos, en 2015, entre otros coinciden en que el déficit de hierro es la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia, relacionándose con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y aumento de la morbilidad perinatal.(17)

Las causas de estas muertes fueron asfixia al nacer, malformaciones congénitas e infecciones del recién nacido. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) afirma que en América Latina la desnutrición materna, tanto la pregestacional como la gestacional, tiene consecuencias graves para el neonato, como la alta incidencia de peso bajo al nacer, al retardo o detención del crecimiento y el riesgo de déficit del desarrollo, que favorecen el incremento de la tasa de mortalidad neonatal. (18)

Las implicaciones de la malnutrición materna establecen para ella el riesgo de un mayor número de complicaciones obstétricas y riesgo de muerte materna: riesgo de preeclampsia / eclampsia, diabetes gestacional, infecciones y hemorragias. Las carencias nutricionales para el feto y el recién nacido se expresan en un mayor riesgo de muerte fetal; neonatal e infantil; retraso del crecimiento intrauterino; peso bajo al nacer y prematuridad; defectos congénitos; cretinismo; daño cerebral, y una mayor tasa de infecciones.(19)

Debido a las complicaciones durante el embarazo, la inducción temprana del trabajo de parto o el nacimiento por cesárea previo al trabajo de parto para reducir el riesgo de mortalidad neonatal, y/o morbilidad materna, contribuyen cada vez en mayor medida al aumento del parto pretérmino en los países de ingresos altos e intermedios. De todos los nacimientos en el mundo, más del 20% son de neonatos con peso bajo para la edad gestacional, de los que 95% se producen en África y Asia.(20)

Si bien los neonatos pequeños para edad gestacional que nacen a término, también tienen cierto incremento del riesgo de muerte infantil, gran parte de las publicaciones recientes se enfocan en la asociación a largo plazo con

enfermedades crónicas del adulto, incluidas hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía coronaria. Los padecimientos más comunes en el adulto son la obesidad, las enfermedades metabólicas y cardiovasculares, causadas por factores exógenos determinados por estilos de vida poco saludables (sedentarismo, aumento del consumo calórico y de grasas saturadas y tabaquismo, entre otros), con influencia de diversos aspectos subyacentes en la globalización, la cultura, la condición económica, la educación, la urbanización y las condiciones sociopolíticas, que actúan sobre individuos genéticamente susceptibles. (21)

El bajo peso al nacer (BPN) representa un problema de salud a escala mundial, puesto que los recién nacidos con peso deficiente tienen serias limitaciones en su supervivencia y posteriormente en su calidad de vida. Mundialmente, el índice de BPN se considera un indicador de la calidad en los servicios de salud y de valor pronóstico en la morbilidad neonatal e infantil. (21)

A partir de estos factores se ha propuesto una teoría: el impacto de las condiciones de vida intrauterina del individuo en la aparición de enfermedades crónicas a lo largo de su vida extrauterina. (15)

Las necesidades nutricionales se incrementan durante el embarazo y la lactancia para dar soporte al crecimiento y desarrollo fetal y del infante; incluso, en presencia de alteraciones en los tejidos o el metabolismo maternos. El metabolismo materno se ajusta a través de la elaboración de hormonas que sirven como mediadores, redirigiendo los nutrientes hacia los tejidos maternos especializados en la reproducción (placenta, glándula mamaria). Es muy poco probable que las necesidades nutricionales aumentadas para la reproducción exitosa siempre se puedan satisfacer con la dieta materna habitual. (22)

En realidad, los requerimientos de macronutrientes que proporcionan energía incrementan muy poco en comparación con algunos micronutrientes que se distribuyen de manera irregular en los alimentos. Las vitaminas son nutrientes esenciales que tienen diversas funciones en el organismo y una relevancia fundamental en el crecimiento y desarrollo del ser humano, con requerimientos particulares durante el embarazo, lactancia e infancia. (23)

De todos es sabido el dicho que *una persona es lo que come*. Existen múltiples enfermedades relacionadas o provocadas por una deficiente nutrición, ya sea en cantidad, por exceso o defecto, o por mala calidad:

- ✓ Anemia.
- ✓ Aterosclerosis.
- ✓ Algunos tipos de cáncer.
- ✓ Diabetes Mellitus.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Avitaminosis: son poco frecuentes en los países occidentales como el beriberi, el raquitismo, el escorbuto, la pelagra.
- ✓ Desnutrición: que provoca el síndrome de kwashiorkor.
- ✓ Bocio endémico.
- ✓ Bulimia nerviosa.
- ✓ Anorexia nerviosa.

Para establecer un parámetro, en lo que concierne la dieta alimenticia, existe una forma de representar de manera gráfica, los principales y más importantes alimentos que deben ingerirse. Comúnmente se hace a través de una pirámide, llamada pirámide nutricional, aunque también existen otros modelos como La Esfera Alimentaria y el Tren Alimentario utilizado en Colombia.(24)

La base de la Pirámide, el área de mayor tamaño, representa los cereales o granos, sobre todo los granos integrales, que constituyen la base de la dieta. En medio de la pirámide encontraremos vegetales y frutas que nos ayudan a tener energía más natural y sin efectos secundarios. Para asegurarse de obtener más de la mitad de nuestras calorías de carbohidratos complejos es preciso consumir las porciones sugeridas en este grupo.(25)

Los grupos disminuyen de tamaño a medida que avanzamos hacia el vértice de la pirámide, ya que la cantidad de alimentos representados en esos grupos, es menor que la que necesitamos para una buena salud. La punta o vértice de la pirámide representa el grupo más pequeño de alimentos, como grasas, aceites y azúcares, de los que hay que comer en menor cantidad. (26)

Conceptos de alimentación, nutrición y dieta.

La alimentación se puede considerar como el proceso mediante el cual el sujeto se procura en su entorno, de modo activo o pasivo, las categorías químicas alimentarias y nutrimentales que él necesita para satisfacer los requerimientos de energía, sustanciales de su organismo. La nutrición es un proceso de extraordinaria complejidad biológica que se refiere a la distribución, utilización, transformación, almacenamiento y/o eliminación de los nutrientes en el organismo, involucra la función metabólica celular y no es susceptible de ser cambiado por intervenciones educativas sobre el individuo. (27)

A su vez, la dieta no es más que el conjunto de categorías químicas, alimentarias y nutrimentales, que puede ser ingerida por el individuo con el propósito de satisfacer sus necesidades energéticas y sustanciales. Para que una dieta sea balanceada o normal, debe cumplir cuatro requisitos fundamentales:

- Debe ser adecuada, es decir, ajustarse a la etapa de la vida, sexo y estado funcional del sujeto.
- Ser suficiente, que equivale a decir proporcione las cantidades de energía y nutrientes que las células de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo puedan necesitar.
- Variada: En la dieta deben figurar categorías químicas alimentarias que procedentes de diferentes fuentes (animal y vegetal) y de distinta naturaleza, aseguren en su conjunto las demandas energéticas y sustanciales de las células a nivel tisular y orgánico.
- Equilibrada: Es el requisito más difícil de complementar y significa que cada componente alimentario y nutricional debe estar presente en la

dieta ingerida en determinadas cantidades absolutas y relativas, con lo cual se evitaría el estrés de cualquier ruta metabólica a nivel tisulo-orgánico. (28)

Frecuencia alimentaria. Se plantea que las cantidades de alimentos y nutrientes a ser ingeridos deben hacerse con una determinada frecuencia correspondiendo a cada ingesta un determinado porcentaje de las necesidades totales de energía de la persona. Así, se plantea que debe hacerse un desayuno, el más importante de todos, que aporte 20 % de los requerimientos energéticos; una merienda matutina (unas 2 horas después del desayuno), que aporte 10 % del total de la energía requerida; el almuerzo (2 ó 3 horas después), que aporte 30 % de la necesidad energética total; una merienda vespertina (3 horas después del almuerzo) que proporcione alrededor de 10 % de los requerimientos energéticos; la comida (unas 2 horas después de la merienda vespertina), que aporte alrededor de 20 % de la necesidad energética total del individuo y, finalmente, una cena (unas 2 ó 3 horas después de la comida), que proporcione alrededor de 10 % de los requerimientos de energía.(29)

El Programa Materno-Infantil en nuestro país tiene como objetivo detectar todos los posibles factores de riesgo que puedan favorecer al nacimiento de un recién nacido bajo peso, siendo la malnutrición materna uno de los aspectos en el que se debe aún trabajar para disminuir la morbimortalidad infantil, asociándose esta también a otros factores como edades tempranas en que se presenta el embarazo, la frecuencia de anemia, hábitos tóxicos e infección vaginal entre otros.(30)

La ganancia de peso media recomendada para las primíparas sanas, quienes comen sin restricciones, debe ser de 12,5-12,8 kg durante todo el embarazo. En nuestro país, la validación del peso al inicio del embarazo debe realizarse antes de las 12 semanas de gestación y, en la actualidad, el indicador más preciso para la evaluación nutricional, recomendado en todo el mundo como de referencia es el cálculo del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (Kg.)} / \text{talla (m}^2\text{)}$), proponiendo las siguientes categorías para esta evaluación, según tablas

cubanas que utiliza el Instituto Nacional de Higiene de los Alimentos de alta especificidad y validadas con el peso del recién nacido: (13)

CATEGORÍA _____ IMC _____ Ganancia peso total recomendada (Kg.)

Bajo Peso _____ -19,8 _____ 12.5-18

Peso Normal _____ 19,8 a 26 _____ 11.5-16

Sobrepeso _____ 26,1 a 29 _____ 7-11.5

Obesa _____ +29 _____ 6

Para las mujeres con un índice de masa corporal normal a la captación, se recomienda una ganancia de aproximadamente 0,4kg por semana, en el segundo y tercer trimestre de la gestación, para las bajo peso debe ser de 0,5kg por semana y para las sobrepeso de 0,3kg por semana, para las obesas debe ser de 0.25 por semana. (31)

Diferentes estudios demuestran el importante efecto del bajo peso al nacer y la prematuridad sobre la morbilidad y la mortalidad infantil en los países en vías de desarrollo, así como su estrecha relación con la mala alimentación de las gestantes. (14-16)

Requerimientos nutricionales.

Proteínas: Tienen función reparadora. En Cuba, la ingestión diaria de proteínas para la gestante y la madre que lacta debe corresponder con 12% de la ingestión de la energía recomendada.(32)

Grasas: Las grasas tienen gran importancia por su alta densidad energética y participan en la síntesis de prostaglandinas, prostaciclina entre otras. Se requiere en la dieta de 15 a 30% de la energía recomendada.(32)

Carbohidratos: La función principal de ellos consiste en proveer energía. Su suministro depende de los valores fijados para la ingesta total de energía de

proteínas y carbohidratos, oscilando en 60% de la energía total recomendada.(32)

Vitaminas y Minerales: Las vitaminas y minerales son compuestos indispensables para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del organismo humano, pero que se necesitan adquirir a través de la alimentación ya que este no tiene la capacidad de sintetizarlos. Las concentraciones plasmáticas de muchas vitaminas y minerales disminuyen durante la gestación tal vez por la hemodilución; otras son sensibles al calor, luz, aire y se eliminan por el sudor. El déficit más frecuente son de Vitamina A, folatos y de hierro.(32)

Vitamina A: Es esencial para una visión normal, el crecimiento, la diferenciación de los tejidos corporales y la integridad del sistema inmune. Su déficit se asocia a partos prematuros, retraso del crecimiento intrauterino, así como bajo peso al nacer. ⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾ Los requerimientos diarios son: 6 000U/día. Se pueden encontrar los alimentos de origen animal (hígado, aceites de hígado de pescado, huevos y productos lácteos); ciertos vegetales de color amarillo intenso (zanahoria), hojas de color verde intenso (espinacas y lechugas) y frutas amarillas (fruta bomba y mango). (32)

Folatos: El ácido fólico tiene vital importancia para la división celular y el crecimiento por lo que su déficit se asocia con bajo peso al nacer, desprendimiento prematuro de la placenta y defectos del tubo neural. Son fuentes ricas de este, el hígado, las carnes, el huevo, las leguminosas, los cereales integrales, las viandas (papa, calabaza, boniato), vegetales (quimbombó, berro, nabo, pimientos, tomates) y diversas frutas (melón, plátano y cítricos). Es destruido en casi su totalidad durante la cocción. Se recomiendan en el embarazo de 200-300 mg/día y durante la lactancia de 100-200 mg/día. (32)

Hierro: En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia que relacionan la anemia por déficit de hierro al inicio del embarazo con prematuridad y bajo peso al nacer, causa más frecuente de morbimortalidad neonatal. Los requerimientos diarios son relativamente bajos durante el embarazo, alrededor de 1 000 mg; sin embargo, solamente 0,8mg/día durante el 1er. trimestre y en

el resto de la gestación puede alcanzar 6,3mg/día. Las fuentes fundamentales de hierro hemínico (con absorción entre 20-30%), se encuentra en elevada concentración en el hígado, productos de sangre, carnes de res, verduras, aves y mariscos. El no hemínico se encuentra en cereales, leguminosas y verduras, solo se absorbe en menos de 5%. La ingesta de Vitamina C, carne de res, aves y pescados son capaces de incrementar esta absorción, pero solo si se encuentran en la misma comida.(32)

El déficit de hierro es la carencia nutricional más frecuente y difundida en el mundo actual. Así como afecta a niños y mujeres en países en desarrollo, es el único elemento deficiente que prevalece considerablemente en los países industrializados. (28-31)

Esto puede provocar diferentes enfermedades como por ejemplo la Anemia ferropénica. Supone 95% de anemias en la embarazada. El embarazo y el parto representan un drenaje de 1-1,3 g de hierro que se extrae, fundamentalmente, de las reservas maternas. Si el intervalo entre los embarazos es corto, y si existen factores predisponentes (como menstruaciones abundantes, dietas inadecuadas, parasitismo intestinal, dietas para bajar de peso, intolerancia al hierro oral y otros), comenzarán este con las reservas de hierro exhaustas.(28-31)

La anemia ferropénica se caracteriza por un descenso de la masa eritrocitaria, producido por la falta o disminución de la biodisponibilidad de hierro. El embarazo aumenta las necesidades de hierro hasta cerca de 1 mg. Aproximadamente, 500 mg se necesitan para el aumento de la masa globular. El feto ha recibido un total de 250-300 mg de hierro como hemoglobina y depósitos a nivel hepático, correspondiendo entre 20-100 mg de hierro a la sangre fetal en la placenta. Las demandas de hierro a medida que avanza el embarazo dependerán entre otras causas del crecimiento fetal, sobre todo, en el último trimestre. (28-31)

Requerimientos de hierro en el embarazo normal .Requerimiento total: 1 000 mg son transferidos activamente al feto y la placenta 300 mg y eliminados a

través de las vías de excreción 200 mg. El hierro requerido por el aumento de la masa eritrocitaria (450mg/l).(28-32)

Algunos de los valores normales de la sangre en la gestación son los siguientes:

Hemoglobina en el 1er. trimestre: 120g/l y en el 3er. trimestre de 110g/l.

-Hematocrito del 1er. trimestre: 36-44 % y en el 3er. trimestre de 33-42 %.

-Hierro sérico de 6,6-26 mmol/l.(28,32,33)

Para su profilaxis, se utiliza Prenatal: 1 tableta de 35 mg diaria de hierro elemental en el primer trimestre del embarazo y 2 tabletas durante el resto de la gestación (a partir de la semana 20 de edad gestacional).(32)

El Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos (INHA) plantea para el tratamiento farmacológico de la anemia ferropénica leve, la dosis oral de hierro elemental diaria de 60 mg. Si fuera moderada o grave, se debe aumentar la dosis oral a 120 mg de hierro elemental diarios. En estos casos, recordar la administración diaria de ácido fólico y Vitamina C. (28)

Dosis mayores de 120 mg diarios de hierro no son aconsejables porque el zinc y otros nutrientes compiten con el hierro en el proceso de absorción y puede crearse un desequilibrio perjudicial para el desarrollo fetal.(28)

Efecto en el Embarazo de otros componentes dietéticos.

- Alcohol: el consumo elevado de alcohol se asocia a un mayor índice de malformaciones fetales. No existe información respecto a la cantidad de alcohol a partir de la cual existe riesgo de teratogenicidad, por lo tanto se aconseja evitar el consumo o restringirlo a cantidades muy pequeñas y ocasionales (33)
- Cafeína: se recomienda un consumo inferior a 200 mg/día, debido a que la misma cruza la placenta y, aunque no está claro su efecto en el feto, se sugiere que podría relacionarse con el bajo peso al nacer.(33)

- Edulcorantes no nutritivos: se recomienda evitar el consumo excesivo de sacarina ya que la misma podría atravesar la barrera placentaria. El aspartamo no tiene contraindicaciones excepto en mujeres fenilcetonúricas. También pueden emplearse tanto la sucralosa como el asesulfamo K.(33)

Otros consejos prácticos.

- Evite comer pescado, carne o huevos, crudos o poco cocidos, para reducir así el riesgo de infecciones.
- No es recomendado abusar de los endulzantes artificiales como sacarina y ciclamato.
- Si tiene náuseas, trate de comer 5 a 6 comidas pequeñas por día. Las comidas frías son mejor toleradas. También ayuda beber algo líquido 30 minutos antes de comer. Coma lento, no sobrecargue el estómago y descanse después.
- Si lo considera necesario, puede ser aconsejable bajar de peso antes de embarazarse. Escoja los productos bajos en grasas, alimentos más altos de fibra y elimine dulces. Comience o aumente una rutina de ejercicios. Bajar medio kilo en una semana es mejor que una pérdida extrema de peso, la cual puede agotar las reservas nutritivas del cuerpo, lo que no sería una manera buena de comenzar su embarazo.(33-35)

Elaboración de una dieta:

Indicaciones:

- Asegurar el buen cocinado de los alimentos y el lavado de frutas y verduras.
- Distribuir la ingesta de las comidas en cinco tomas de menor cantidad.
- Comer frutas y verduras que aportan vitaminas (C y ácido fólico) y fibra.
- Se recomienda tomar leche y derivados que van aportar calcio y vitaminas liposolubles (A y D).
- Consumir preferentemente hidratos de carbono complejos (legumbres y producto integrales).

- Elegir alimentos que aporten proteínas de alto valor biológico (carne y pescado).
- Cubrir preferentemente sal yodada para evitar la aparición de bocio materno.(34-36)

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(33-36)

Precauciones dietéticas en el embarazo, evitar:

- El vegetarianismo estricto porque disminuye los aminoácidos, vitamina B 12, hierro y calcio.
- El ayuno prolongado debido al balance negativo de proteínas y disminución de glucosa.
- El uso de medicamentos que puedan afectar al feto.
- No abusar de estimulantes.
- El exceso de vitaminas.
- El consumo de alcohol que puede producir malformaciones en el feto y retraso mental.
- El tabaquismo, que producirá disminución de peso al nacer.

- Exceso de café y adictivos.
- El consumo de carne cruda implica el riesgo de contraer toxoplasmosis, pasa desapercibida durante la gestación pero puede producir grandes daños al feto y a la madre.
- No abusar de especias fuertes como el pimentón, guindilla o la pimienta, pueden irritar las mucosas intestinales y hacer más difícil la digestión. No usar nuez moscada ya que puede provocar contracciones uterinas.

Los fritos resultan indigestos y muy calóricos, y se deben evitar al final de la gestación.

- Hay que tener especial cuidado con la leche cruda sin pasteurizar, puede producir listeriosis que puede manifestarse en la embarazada como una infección febril insignificante, pero que produce nódulos en los órganos del bebé.
- La sal en exceso puede provocar retención de líquidos, se puede dar sabor a los platos con hierbas aromáticas.(37)

El recién nacido con peso inferior a 2 500g es considerado con bajo peso al nacer (BPN), independientemente de la edad gestacional de la madre. Dos grandes entidades con diferentes causas contribuyen a su aparición:

- Los bebés llamados prematuros son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Asimismo más de 60 % de los nacidos con bajo peso son prematuros, los cuales poseen mayor riesgo de tener problemas de salud.
- Los bebés pequeños para su edad (pequeños para la edad de gestación de la madre o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre materno. (38)

De hecho, existen diversos factores de riesgo del BPN, entre los cuales figuran: padres con baja estatura, desnutrición materna durante la gestación (es la principal causa del crecimiento intrauterino retardado y del parto pretérmino),

edad de la madre < 16 y > 35 años y bajo peso materno al captar el embarazo.(39)

El nacimiento de niños con insuficiencia ponderal constituye una preocupación a escala mundial y es más frecuente en países subdesarrollados. Constituye el índice predictivo más importante de mortalidad infantil y el factor fundamental asociado con los más de 5 millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Estos bebés son 20 veces más propensos a morir y presentan mayor morbilidad que los de buen peso, por tanto, cuanto menor es el peso al nacer, mayores son los riesgos de sufrir complicaciones.(40)

A continuación se enumeran algunos de los problemas frecuentes de estos bebés:

Niveles bajos de oxígeno al nacer.

- Incapacidad de mantener la temperatura corporal.
- Dificultad para alimentarse y para aumentar de peso.
- Infecciones.
 - Problemas respiratorios, como por ejemplo, el síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad respiratoria de los prematuros causada por el desarrollo pulmonar insuficiente).
 - Problemas neurológicos, como por ejemplo, la hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro).
- Problemas gastrointestinales, como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante (enfermedad intestinal grave que es frecuente en los prematuros)

Síndrome de muerte súbita del lactante.(41)

Casi todos los niños con bajo peso al nacer necesitan atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que logren aumentar de peso y se encuentren en condiciones de ir a casa. Afortunadamente, los que pesan entre 1501 y 2500 gramos (3 libras, 5 onzas y 5 libras, 8 onzas) tienen mucho más posibilidades de sobrevivir.(41)

En las consultas prenatales, se controla la salud de la madre y del feto, debido a que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con la

ganancia de peso del feto y el neonato, razón por la cual es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo, puesto que lo contrario se asocia con un mayor riesgo de retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) e incremento de la mortalidad perinatal. Significa entonces que el buen estado de nutrición materna es el determinante principal en el crecimiento y desarrollo fetal. (42)

Para conocer las necesidades de nutrientes de la embarazada es necesario calcular su peso mediante el índice de masa corporal, para ello se emplea la siguiente fórmula:

$$\text{Peso/Talla}^2 = \text{m}^2$$

En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado la distribución que sigue(43)

-19.8	Bajo peso
19.8-26	Normopeso
26.1-29	Sobrepeso
+29	Obesa

La asociación entre deficiencia de micronutrientes y obesidad es particularmente importante en poblaciones donde tales deficiencias están ampliamente difundidas. Existe evidencia que señala que la deficiencia de micronutrientes como las vitaminas A, D, B12, el ácido fólico, hierro, zinc y calcio, están relacionadas con la obesidad, el depósito de grasa o la tensión arterial en la descendencia, lo cual se atribuye al estrés oxidativo, los niveles de adipocitocinas o la limitación en el desarrollo de algún órgano. Un ensayo clínico controlado aleatorizado encontró que la suplementación diaria con múltiples micronutrientes en mujeres embarazadas derivó en una ligera disminución de la tensión arterial de su descendencia a los 2.5 años de edad; sin embargo, otro estudio señaló que el ejercicio de esta práctica no tenía efecto alguno en los hijos entre los 6 y 8 años de edad, por lo que son escasos y controversiales los datos en relación al efecto que tiene la suplementación con micronutrientes múltiples en la presentación de la obesidad.(44)

Un ensayo clínico controlado aleatorizado encontró que la suplementación diaria con múltiples micronutrientes en mujeres embarazadas derivó en una ligera disminución de la tensión arterial de su descendencia a los 25 años de edad; sin embargo, otro estudio señaló que el ejercicio de esta práctica no tenía efecto alguno en los hijos entre los 6 y 8 años de edad, por lo que son escasos y controversiales los datos en relación al efecto que tiene la suplementación con micronutrientes múltiples en la presentación de la obesidad.(45)

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa, en las embarazadas, pertenecientes al Policlínico Antonio Maceo, del Municipio Cacocum de la provincia de Holguín con el objetivo de caracterizar los resultados de la intervención educativa sobre nivel de conocimientos relacionados con los hábitos nutricionales en el embarazo desde Enero 2016-Abril 2018.

El universo estuvo constituido por las 37 gestantes comprendidas en el trimestre de estudio, pertenecientes al policlínico Antonio Maceo, y se tomó una muestra intencionada de 31 pacientes que dieron su consentimiento informado de participar(Anexo 1) y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de Inclusión:

- ✓ Gestantes en el I y II trimestre del embarazo
- ✓ Residentes en el Consejo Popular 8.
- ✓ Que dieron su consentimiento informado de participar en el estudio. (Anexo1)
- ✓ Tener capacidades físicas y/o mentales que le permitan participar en la investigación.

Criterios de Exclusión:

- ✓ Gestantes en el III trimestre del embarazo, no residentes en el área, o que no desearon participar.
- ✓ Discapacidad física o mental que le impidieron participar en el estudio.

Criterios de Salida:

- ✓ Gestantes que abandonaron la investigación en cualquiera de sus etapas, independientemente de la causa.

Técnica y procesamiento de recogida de información:

Se realizó una revisión bibliográfica antes de comenzar el estudio con la ayuda de expertos en el tema y consultando información actualizada. Se extendió durante toda la investigación, para ir consultando y llegar a consenso de criterios por los especialistas y ofrecer criterios al respecto, como resultados parciales en determinadas etapas de la investigación.

El estudio se realizó en los CMF pertenecientes al consejo # 8, las gestantes fueron informadas en qué consistía el mismo, y se les solicitó su autorización verbal y por escrito para ello. La recolección de la información fue realizada por la autora.

Métodos empíricos de investigación.

Observación: Fue ampliamente utilizada en esta investigación, teniendo en cuenta que es una de las técnicas más importantes en la recogida de datos y supone la interacción entre el investigador y los pacientes. Este método se aplicó en la investigación al observarse los pocos conocimientos de las gestantes acerca de los correctos hábitos alimenticios durante el proceso de gestación y las consecuencias de estos.

Cuestionario: Se utilizó para recoger información pues nos permite conocer datos generales del paciente y sus conocimientos acerca de este tema.

Entrevista: Se utilizaron entrevistas de tipo informal y formal como parte de la investigación, ya que junto a la observación y el cuestionario son métodos por excelencia para realizar la recogida de información. Las entrevistas de tipo informal se realizaron a los especialistas, estuvo dirigida a conocer su percepción acerca de la adecuada alimentación de las gestantes. Las realizadas a las pacientes se dirigieron fundamentalmente a conocer datos generales de las mismas, así como a indagar acerca del conocimiento que se

tiene sobre las necesidades energéticas, los alimentos adecuados y las posibles complicaciones.

Parámetros éticos:

Se tuvieron en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica con seres humanos de la World Medical Association Declaration of Helsinki y la Guía de OMS para los Comité de Ética de las Investigaciones, establecida por el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) en el 2002. A todas las gestantes se les explicó, oral y por escrito, las características de esta investigación, para su aprobación.

Operacionalización de las variables fundamentales:

Edad Materna: variable cuantitativa continua.

Se dividieron en tres grupos, el primero: (menores 18 años), el segundo (19-23 años), el tercer grupo (24-28 años), y un cuarto grupo (mayores de 35).

Estado civil: variable cualitativa nominal politómica.

Casada o acompañada: se consideraron a todas las pacientes con unión estable.
Soltera: se consideraron a todas las pacientes que no han tenido unión estable.
Divorciada: se consideraron a todas las pacientes que tuvieron en algún momento una unión estable.

Ocupación: variable cualitativa nominal politómica: Ama de casa, trabajadora, estudiante.

Escolaridad: variable cualitativa ordinal absoluta.

- Primaria Terminada.
- Secundaria Terminada.
- Preuniversitario o Técnico Medio Terminado.
- Universitaria.

Vías de obtención de la información: variable nominal politómica.

Se clasificaron en una escala de 6 categorías teniendo en cuenta:

- Médicos de la Familia.
- Prensa
- Televisión.
- Escuelas
- Familiares y amigos

Nivel de Conocimiento sobre los correctos hábitos alimenticios durante la gestación: variable nominal politómica.

Se clasificó en una escala de 2 categorías de acuerdo a:

- Alto nivel de conocimientos: Cuando las gestantes respondieron el 50% y más de las preguntas correctamente.
- Bajo nivel de conocimientos: Cuando las gestantes respondieron menos del 50% de las preguntas correctamente.

Nivel de conocimiento sobre las ventajas de una correcta incorporación de nutrientes mediante la dieta: variable ordinal politómica.

Bien: cuando las gestantes respondieron entre 4 y 5 ventajas correctamente.

Regular: cuando las gestantes respondieron 3 ventajas correctamente.

Mal: cuando las gestantes respondieron al menos 2 ventajas.

Nivel de conocimiento sobre los daños o complicaciones de los malos hábitos alimenticios: variable ordinal politómica.

Bien: cuando las gestantes respondieron más de 5 complicaciones.

Regular: cuando las gestantes respondieron entre 3 y 5 complicaciones.

Mal: cuando las gestantes respondieron hasta 3 complicaciones.

Los datos obtenidos se registraron en un modelo creado al efecto. A los resultados se les aplicó un procesamiento estadístico simple, describiéndose las observaciones en números absolutos y por cientos, llevándose las mismas a tablas y gráficos para su mejor análisis, comprensión y discusión.

Se aplicó un primera cuestionario previo consentimiento informado (anexo 1), validada por el Comité de Expertos y aplicada por la autora de la investigación,

donde se evaluó el nivel de conocimientos sobre todo lo relacionado con la nutrición de las gestantes objeto de la investigación, las cuales fueron citadas por los tutores de los CMF estudiados.

Se diseñó una estrategia intervencionista educativa encaminada a elevar el nivel de conocimientos de las gestantes pertenecientes al consejo popular # 8. Las clases fueron divididas para su mejor comprensión en 6 temas fundamentales (Anexo 3) con una duración de entre 25-45 minutos y una frecuencia semanal. Se aplicó nuevamente el cuestionario, donde obtuvimos los resultados antes y después de la intervención, y así comparar los resultados. La escala que se tuvo en cuenta para medir la intervención fue explicada antes de la intervención.

Procesamiento y análisis:

Para el procesamiento matemático y descriptivo de las variables se utilizó el cálculo del valor porcentual. Para la correlación del análisis se representaron los resultados en tablas estableciendo una correlación con las demás variables. Los resultados fueron vaciados en las tablas, ofreciéndose la tabulación de los datos e informaciones en las distintas etapas de la investigación, todo para un mejor análisis y comprensión de los mismos y el informe final se confeccionó en Microsoft Word.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de las gestantes según edad, Consejo Popular 8 Policlínico Antonio Maceo. Cacocum. Holguín Enero 2016-abril 2018

Grupos de edades	Cantidad	%
Menor de 18 años	8	25.8
19 a 23 años	11	35.4
24 a 28 años	3	9.7
29 a 34 años	3	9.7
Mayores de 35 años	6	19.4
Total	31	100

Fuente: Cuestionario.

En **la edad** el predominio mayor de la muestra, de las 31 estudiadas, el 35.4 % correspondió a las gestantes comprendidas entre 19 a 23 años de edad, seguidas por las adolescentes propiamente dichas, donde el 25.8 % correspondió a las embarazadas menores de 18 años de edad. La edad se acentuó entre las más jóvenes sin embargo el 19.4 % corresponde a embarazadas mayores de 35 años con 4 casos. Vemos como disminuyen a medida que aumenta la edad y se concentran las gestantes de estudio en etapas tempranas de la vida.

Estudios realizados en varios países incluyendo Cuba han señalado la asociación significativa del bajo peso al nacer con la prevalencia de las gestantes adolescentes, como la causa más importante de morbilidad materno fetal y enfatizan la importancia del uso de métodos anticonceptivos, el diagnóstico precoz del embarazo, la orientación nutricional, la higiene, mediante la educación de la embarazada y su participación de forma activa en el resultado de la salud. (46)

Múltiples han sido los trabajos realizados sobre el bajo peso al nacer y todos coinciden en que su causa es multifactorial, y que su prevención primaria consiste en la identificación o corrección de los factores de riesgo, entre los que se han encontrado con mayor frecuencia, el embarazo en la adolescencia, desnutrición de la madre (peso inferior a 100 lb, talla inferior a 150 cm, bajo peso para la talla y ganancia insuficiente de peso durante la gestación), hábito de fumar, antecedentes de niños con bajo peso, hipertensión arterial durante el embarazo, sepsis vaginal, más de tres embarazos previos con intervalo intergenésico corto 2 años o menos.(47)

Varios estudios realizados por Kramer han demostrados que las edades extremas para concebir un embarazo, el peso pregestacional y la ganancia durante el embarazo para evaluar el riesgo del resultado del embarazo. En las adolescentes está asociado con nacimientos de pretérminos. Mientras que en las añosas está relacionados con la muerte fetal y materna coincidiendo así con nuestro estudio. (2)

Tabla 2. Distribución de las gestantes según estado civil de las gestantes.

Estado civil	Cantidad	%
Casada- acompañada	22	70.97
Soltera	6	19.35
Divorciada	3	9.68
Total	31	100

Fuente: Cuestionario.

En el estado civil la muestra de las 31 estudiadas que el mayor número de gestantes se encuentran entre las casadas y las acompañadas siendo el 70.97%. Mientras que las divorciadas representan el menor número siendo el 9.68%.

Rodríguez *et al* coincidieron con este trabajo, pues plantearon un mayor porcentaje de madres casadas o en unión consensual. También, Grandi halló prevalencia en 60 % de sus pacientes. Otros autores con similares resultados fueron López *et al*, quienes obtuvieron una mayor incidencia de las mismas. De igual manera, Pérez *et al* mostraron que las gestantes de su estudio fueron mayoritariamente casadas.(5)

Estos resultados son similares a los de Castaña y colaboradores, en sus estudios ellos encontraron que la mayoría de las pacientes se encuentran casadas, 67,2% y son similares también a los resultados de Valdez en el año 2008 en su estudio realizado en el Hospital de Puebla, donde los pacientes con mayor tasa de gestantes fueron los casadas(5)

En otro estudio realizado por Delgado Álvarez y colaboradores con mujeres embarazadas mayor incidencia de estas, eran las mujeres solteras; por lo que constituyen mayor riesgo para una mala nutrición durante el proceso de

gestación, Otros autores también plantean que sigue siendo el grupo de solteras el más afectado no coincidiendo con nuestro estudio.(48)

Tabla 3. Distribución de las gestantes según escolaridad.

Escolaridad	Cantidad	%
Primaria Terminada	1	3.23
Secundaria Terminada	6	19.35
Preuniversitario o Técnico Medio Terminado	19	61.29
Universitaria	5	16.13
Total	31	100

Fuente: Cuestionario.

El **nivel de escolaridad** juega un importante pues se supone que a mayor escolaridad, mejores serán los conocimientos. Comprobamos que predominaron las gestantes con niveles de preuniversitario o técnico medio terminado con 19 y secundaria terminada con 6 representando el 61.29 % y el 19.35 % respectivamente. Mientras la menor cantidad fueron la de primaria terminada con 1 gestante representando 3.23%.

Un estudio sobre nutrición de la gestante en México 2014-2016 basado en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2007, incluyó 552 gestantes en una muestra de 22 640 (79%son de secundaria terminada, 22% universitarias; 2% analfabetas, 23% con solo primaria).(41)

En el artículo de Olivares(6), el peso bajo al inicio del embarazo fue mayor en las embarazadas con bajo nivel educacional, en Lima Metropolitana y en el sector de pobres; mientras que el sobrepeso fue mayor en las gestantes con nivel educativo superior, en la sierra y en el sector pobre extremo o no pobre. Por último, la obesidad fue mayor en la zona urbana, en las gestantes

analfabetas, en la(edad de 30 a 39 años, en la región costa y en los no pobres Betancourt Llópiz y colaboradores observaron que el mayor porcentaje de los pacientes tenían un nivel educacional secundario, con 41,7 %; le sigue el preuniversitario con el 33,3 %, y el primario con el 25 %, lo que demostró que el nivel de escolaridad no es determinante, sino la educación nutricional y la conducta que de ella se deriva no coincidiendo con nuestro estudio.(6)

Tabla 4. Distribución de las gestantes según ocupación.

Ocupación	Total	
	Cantidad	%
Ama de casa	11	35.48
Trabajadora	13	41.94
Estudiante	7	22.58
Total	31	100

Fuente: Cuestionario.

La ocupación de las gestantes es de vital importancia durante el proceso de la gestación. Obteniendo como resultados que en nuestra área de salud se comporta con mayor incidencia la de las gestantes trabajadoras representando el 41.94%.Mientras que las gestantes con menor incidencia son las estudiantes representando el 22.58%.

La Organización Panamericana de la salud, en un estudio sobre los efectos de la educación prenatal y la lactancia materna, observaron que al quinto mes, el 69 % de las madres del grupo en estudio, las amas de casa lactaban sus hijos hasta los dos años de edad, lo que demuestra la influencia positiva de la educación prenatal. Mientras que en las madres estudiantes y trabajadoras había una gran incidencia de destete precoz.(51)

Similares resultados a nuestro estudio reportan Navarro E y colaboradores observaron que la mayoría de la población estudiada representada por el

48,48% son trabajadoras y el 27,27% son amas de casa lo que demostró que las pacientes poseían un nivel económico medio, ellos plantean que es de gran importancia ya que esto influye en la correcta nutrición de la embarazada.(7)

Diferentes resultados a nuestro estudio reportan Vera Barbosa en el 2016, con los grupos más expuestos y vulnerables a los malos hábitos dietéticos en Venezuela, la ocupación con más incidencia fue el trabajo doméstico (70,8%), mientras que una pequeña proporción (9,7%) refirió estar empleada o tener una profesión calificada.(13)

En estudios realizados por Torres Vidal donde el mayor porcentaje de las pacientes estudiadas se dedicaban a quehaceres domésticos con un 51% seguida de estudiantes con un 18% resultados estos que no coinciden con los obtenidos en nuestro estudio.(53) ¹²

Tabla 5. Distribución de las gestantes según las vías de obtención de la información.

Vías de información.	Total	
	Cantidad	%
Médicos de la familia	14	45.16
Prensa	4	12.91
Televisión	8	25.80
Escuela	5	16.13
Total	31	100

Fuente: Cuestionario.

Las vías de obtención de conocimientos constituye una variable importante porque se deriva en un arsenal de mejores o peores conocimientos según sea la categoría, siendo el médico de familia el principal responsable de

ofrecer los conocimientos adecuados sobre una correcta nutrición representando el 45.16%. Mientras que por la vía del periódico fue la menor forma de informarse las gestantes representando el 12.91%.

Estudios realizados en Buenos Aires Argentina arrojaron como resultados que la población tenía mayor forma de obtención de los conocimientos básicos acerca de la nutrición por medio de programas educativos transmitidos por la televisión representando un 46.78 %,mientras que el más bajo fuente de información era en las escuelas para sólo un 15.98%(4)

González Briones E. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. España 2014 demostraron que la mayor fuente de obtención de la información fue la televisión, viéndose un pobre nivel de conocimientos en la población estudiada ya que los programas educativos son muy escuetos y con falta de fundamentos científicos.(55)

Así mismo se demostró que por parte de la comunidad médica y científica hay poco trabajo encaminado a transmitir buenos consejos dietéticos a la población femenina en edad fértil y gestantes, provocando así que el 23.14% de los niños nacidos vivos no posean un adecuado peso al nacer(55)siendo estos resultados contrarios a los demostrados por nuestro estudio.

Tabla 6. Nivel de conocimientos sobre correcta nutrición en las embarazadas **antes y después** de la intervención educativa.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Alto nivel.	4	13.0	29	93.6
Bajo nivel.	27	87.0	2	6.4
Total	31	100	31	100

Fuente: Cuestionario.

Esta tabla refleja el proceso de desarrollo de la estrategia de intervención a través de sus resultados antes y después de la misma atendiendo a las necesidades de aprendizaje en las gestantes sobre el proceso y hábitos alimentarios, donde observamos que en la etapa previa al desarrollo de los temas el déficit de conocimientos era relevante pues de las 31 embarazadas estudiadas en este campo importante de sus vidas el 87.0 % obtuvieron categoría evaluativo de insuficiente. Mientras que al culminar la estrategia educativa los resultados se elevaron al 93.6 % de gestantes con la categoría de conocimientos suficientes.

Mientras que en el estudio anual El estado mundial de la infancia 2014 se demuestra que las madres con poco nivel de información durante el proceso de la gestación, fueron determinantes en la futura nutrición de sus hijos, siendo sólo el 14.6% de estas capacitadas con correctos hábitos alimenticios.(10)

Peraza Roque G y un colectivo de autores en estudios realizados demostraron que el bajo nivel de conocimientos de los hábitos nutricionales adecuados, así como el cumplimiento de una dieta adecuada fue determinante en el nacimiento de los niños con bajo peso al nacer, representando un 26.8% de los partos prematuros, así como la de los neonatos con problemas respiratorios al nacer.(57)

Factores que influyen en las deficiencias de vitaminas E y C en embarazadas y recién nacido, estudio realizado por colectivo de autores manifestó, que la pobre ingestión de estos y otros nutrientes se debió en mayor manera a la poca puesta en práctica de los consejos y recomendaciones brindadas a las gestantes. Aun cuando poseían un nivel de conocimientos adecuados, que sin llegar a ser excelentes, manifestaban que presentaron una buena educación nutricional.(58) concordando así con los resultados obtenidos después de nuestra intervención educativa.

CONCLUSIONES

- ✓ De las gestantes estudiadas predominaron las de grupo de 19-23 años ,de estado civil casadas o acompañadas, las trabajadoras y con un nivel educacional de preuniversitario o técnico medio superior.
- ✓ La mayor parte de la muestra recibió la información por medio de su médico de familia.
- ✓ Existía un bajo nivel de conocimientos que se logró modificar después de aplicada la estrategia de intervención.

RECOMENDACIONES

Recomendamos que en la Atención Primaria de Salud se creen las condiciones para detectar las necesidades de aprendizaje sobre nutrición en las gestantes y se diseñen estrategias de intervención educativas para el manejo adecuado de los requerimientos nutricionales de estas, según su estado nutricional desde la captación, así como el uso de una dieta balanceada, la profilaxis de anemia con las tabletas Prenatales para garantizar mejores condiciones de salud de las embarazadas y del futuro bebé. Recomendamos generalizar esta estrategia de intervención educativa a otros consejos populares del área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. James M. Tobcrts, MD. Prcvention of carly treatment of prceelampsia. The New England Journal of Medicine. 2010-337:2: 124-124.
2. Kramer, Suárez M. Fundamentos de Nutrición Normal. Buenos Aires: El Ateneo; 2002.
3. Castaña J. Nutrición del niño sano. Editorial Corpus. Rosario.2007.
4. Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas. "Guías Alimentarias para la población infantil". Buenos Aires, 2006.
5. Rodriguez S, Grand iC, Lopez C. Creencias y saberes sobre la alimentación que favorecen el embarazo y la lactancia. Nutrición Investiga. Trabajos Finales de Grado. Ed. Escuela de Nutrición. Universidad de Buenos Aires 2010.
6. Olivares S. Intervenciones comunitarias en Educación Alimentario Nutricional. "Nutrición, prevención de riesgos y tratamiento dietético". Capítulo XVI. 1989.
7. Longo EN, Navarro E. La Educación Alimentaria Nutricional. Capítulo 23. Buenos Aires: El Ateneo; 1994.
8. Szwajcer EM, Hiddink GJ, Koelen MA, van Woerkum CM. Nutrition-related information-seeking behaviours before and throughout the course of pregnancy: consequences for nutrition communication. Eur J Cli Nutr. Vol.59 1:S57-65 agosto 2011
9. Zeng G, Zhang J, Liang JZ, Zhou R, Song MY, Zhang YJ. Study on the knowledge of nutrition and related dietary behavior among "floating" women under pregnancy. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi. 2009 Jun;26(6):408-11
10. UNICEF. UNICEF presentó su estudio anual "El estado mundial de la infancia 2014". [Internet]. UNICEF; 2014 [Consultado 2013 Sep 10]. Disponible en: <http://www.unicef.org/colombia/newsletter/enero-08/pop-news-enero-08-04.htm>
11. Profamilia, Bienestar Familiar, Ministerio de la protección Social de Colombia. Encuesta nacional de demografía y Salud 2010. Bogotá: Ministerio de la Protección social de Colombia; 2010.

12. OPS/CLAP. El Embarazo Adolescente. [Internet]. OPS/ CLAP. [Consultado 2008 Nov 10]. Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm
13. Vera Barboza Y. Nutrición esencia de la salud integral. An Venez Nutr. Caracas. June 2010; 23(1).
14. Barrieto Penié J., Santana Porbén S., Martínez González C. et al Alimentación, Nutrición y Metabolismo en el proceso salud-enfermedad. Acta Médica. 2003;11(1):26-37.
15. Ortiz Andrellucchi A., Sánchez Villegas A., Ramírez García O. et al. Calidad nutricional de la dieta en gestantes sanas de Canarias. Med. clin; oct. 2009;133(16):615-621, tab, graf.
16. Hernani Pinto de Lemos Junior. Vitamina E e gravidez. Diagn Tratamiento. 2009;14(4):152-5.
17. Martín González I., Plasencia Concepción D., González Pérez T. Manual de Dietoterapia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006;X:182.
18. Who. Overview of CAH. Adolescent health and Development. Adolescent nutrition, 2012. <http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/aolescent.htm> Revisado el 11/4/2007.
19. Rodríguez Domínguez PL., Hernández Cabrera J. y Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2006;32(3).
20. Rocha D., Pereira Neto M., Priore, SE. et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relacao com o peso da crianca ao nacer. Rev Nutr. 2011; 18(4):481-489.
21. Villavicencio M. y col. Prevalencia de embarazos precoces controlados en el período Junio-Julio del 2002: Ambulatorio Urbano tipo 1 La Ferresta, Tinaquillo, Estado de Cojedes. Salus Militaes. 2010;29(1/2):52-54.
22. Peña E., Sánchez A., Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Arch. Latinoam. Nutr. 2003;53(2):141-149.
23. Villarez Álvarez I., Fernández Águila JD, Avilés Martínez M. et al. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del Municipio de Cienfuegos: Rev. Cubana Obstetricia- Ginecología .2006; 32(1):0-0.

24. Levario-Carrillo M., Hernández M., Vázquez ME, Chávez D. *et al.* Effects of iron deficiency anemia on placenta and birth weight. *Genecology Obstet Mex.* 2012;(71):75-81.
25. Cosgwell ME, Parvanta I, Ickes L, Yip R, Brittenham GM. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. *Am Clin Nutr.* 2011;78(4):773-81.
26. Beltrán González BM. Efectividad de una estrategia de intervención educativa para la promoción de la salud con la embarazada. *Rev. Cub. Salud Pública.* Vol.33 No.2. La Habana. Abr-Nov.2007.
27. Cruz Almaguer CC. Nutrición y embarazo. Algunos aspectos generales para su manejo e la Atención Primaria de Salud. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas.* Vol. 11 No.1. La Habana. Ene-Mar-2012.
28. Conceptos básicos de Nutrición. Temas de la Maestría de Nutrición 2003. Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos; 2003.
29. Tablas Antropométricas de la embarazada. MINSAP; 2009.
30. Pautas de Tratamiento en Atención primaria de Salud. Departamento Materno-Infantil. La Habana: marzo 2011.
31. Lieven Fernand H., Dominique Albert R., Patrick Wilfried K. and John Hendrik Van Camp: Dietary behaviour, food and nutrient intake of pregnant women in a rural community in Burkina Faso. Blackwell Publishing Ltd *Maternal and Child Nutrition*; 2009.
32. Uthman Olalekan A. Decomposing socio-economic inequality in childhood malnutrition in Nigeria. Blackwell Publishing Ltd *Maternal and Child Nutrition*; 2009.
33. Dani C., Rossetto S., Castro Simone M. & Wagne Sandrine C. Anemia prevalence and nutritional deficiencies, through different laboratory parameters, in pregnant women assisted in two services of public health in Rio Grande do Sul. *RBAC.*2011;40(3): 171-175.
34. Oliva Rodríguez JA. Anemia y embarazo en Temas de Ginecología y Obstetricia. 2010.
35. Belizán JM. The relationship between calcium intake and edema, proteinuria and hypertension gestosis: a hypotesis. *Am J Nutr* 2009;33:2202-10.

36. Pérez Lizaur ,Ana Berta; Marvá Laborde, Leticia (2009). Alimentos Equivalentes. Consultado el 08 de Diciembre de 2009.
37. Lemus Lagos ER, Barreto Cruz R. Atención Primaria de Salud y Medicina General Integral. En: Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. VI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.7-22.
38. Martínez Calvo S. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2003;19(1):62-9.
39. Amaro Cano M. La organización de los servicios de salud en la APS y los programas priorizados. En: Álvarez Sintés R, editor. Temas de Medicina General Integral. VI. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2001.p.30-2.
40. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. La Habana: Ministerio de Salud Pública;1989.
41. Ruiz Iglesias M. La competencia pedagógica-didáctica para aprender con sencillez y significatividad. Arcadia, México, D.F.: Norma;2004.
42. Restrepo HE. Conceptos y definiciones. En: Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Colombia: Médica Panamericana;2012. p.23-4.
43. López Palacio JV. Fundamentos didácticos y curriculares. La multiplicidad de los problemas en la educación. En: López Palacio JV, Castillo Cano JM, editores. Didáctica de la Educación superior. Compilación de materiales para cursos de postgrado, diplomados y maestrías en Ciencias de la Educación. Colombia. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo;2010.p.137-64.
44. Mordie R, Pirami E, Castellanos M. Health Promotion foundation. En: Organización Panamericana para la Salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. México, D.F.: OPS; 2012.p.47-82.
45. Sanabria Ramos G. Reseña de la capacitación y formación en los campos de promoción de salud y educación para la salud en Cuba. En: Arroyo Acebedo HV, editor. Formación de recursos humanos en educación para la salud y promoción de salud: Modelos y prácticas en las Américas. Puerto Rico: OPS; 2011.p.101-4.

46. Rodríguez Somer O, Fernández Monagas SA, Gazapo Perna R, Fernández Manzano E, Rodríguez Acosta T, Sánchez Salazar R, et.al. Factores que inciden en la anemia ferropénica en la embarazada. Rev Cubana [serie en Internet]. [citado 20 Jun 2005]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=soo34-75152002000300006&script=sciarttext&ting=es>
47. Vázquez Márquez A. Embarazo en la adolescencia: factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(2):158-64.
48. Delgado Álvarez I. Repercusión de la desnutrición materna sobre el nacimiento de niños con bajo peso. MEDISAN. Vol. 16. No. 10. Santiago de Cuba. Oct. 2012.
49. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2004. La Habana: MINSAP; 2004.
50. Organización Panamericana de la Salud. Cuba. La salud en las Américas. V2. Washington: OPS; 2012.
51. Organización Panamericana de la Salud. Anuario Estadístico. Washington, D.C.: OPS; 2001.
52. Torres Vidal RM, Gran Alvarez MA. Panorama de salud de la mujer cubana. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):198-208.
53. Fernández LS, Cano Pérez E, Oses Ferrer D, Pérez Piñero I. Caracterización de las gestantes adolescentes [serie en Internet]. [citado 23 May 2011]. Disponible en: http://www.brs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
54. Puig Vega A, Hernández Cabrera J, Sierra Velázquez M, Crespo Hernández T, Suárez Ojeda R. Desnutrición materna y su relación con algunos resultados perinatales [serie internet]. [citado 27 May 2009]. Disponible en: http://www.Brs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin03103.htm
55. González Briones E. Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimentarios. España 2014.
56. Prendes Labrada MC, Guirola M, Jiménez Alemán P, González Pérez R, Guibert Reyes W. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(1):35-42.

57. Peraza Roque G, Delgado F, Figueroa Z. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;17(5):490- 6.
58. Pita Rodríguez G, Monterrey Gutiérrez P, Rodríguez Cárdenas A, Pérez Díaz C, Macías Mato C, Serrano Síntes G. Factores que influyen en las deficiencias de vitaminas E y C en embarazadas y recién nacido. Rev Cubana Salud Pública. 2014; 30(2):108-14.
59. González Milian D, Blando Micha N, Macias FL, Kindelán ER. Principales causas de infecciones vaginales en gestantes ingresadas en el hospital “Reinaldo Chianz Vargas” durante enero-abril 2001 [serie en Internet]. [citado 23 May 2005]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6-3-02/san10302.htm>
60. Chávez Álvarez N.C. Estado nutricional en el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. Anales Médicos. Vol. 56. No. 3. Jul-sep.2011. p.126-132. www.medigraphic.org.mx
61. Alvarez Fumero R, Urra Cubas LR, Aliño Santiago M. Repercusión de los factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. [citado 22 May 2005]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/rev/vol14-3-01/res02301.htm>
62. Díaz Tabares O, Soler Quintana ML, Ramos Rodríguez AO, González Masón L. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(4): 336-43.
63. Pita Rodríguez G, Serrano Síntes G, Macías Matos C. Ingesta de macronutrientes y vitaminas en embarazadas durante 1 año. Rev Cubana Salud Pública. 2003;29(3):220-7.
64. Gómez López LI. Promoción de salud y participación. En: Plumed Parrilla M, Castañeda Guallar MV, editores. Trabajo social y salud. La participación en salud. Madrid: Asociación española de trabajo social y salud; 2012. p. 9-10.
65. Peraza Roque G, Pérez Delgado S de la C, Figueroa Barreto Z de los A. Factores asociados al bajo peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(5):490-6.

66. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. Informe de la secretaria [monografía en Internet]. [citado 20 jun 2005]. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wHA57/A57_13_1p.pdf
67. Atención prenatal y bajo peso al nacer. Rev Org Panam Salud. 2004;16(4):280.
68. Valenzuela C, Benguigui Y. Atención integral en salud materno infantil y sus componentes. En: Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia. Washington: OPS;1999.p. 29-53.
69. Pérez López C. Técnicos Estadísticos SPSS. Madrid: Pearson Educación, Prentice Hall; 2001.

ANEXOS

Anexo I

Órgano del Poder Popular

Policlínico Comunitario Antonio Maceo

Cacocum

Holguín

Modelo de consentimiento informado

Yo _____ paciente gestante del área de salud, autorizo para todos los efectos legales a que el autor de la investigación Titulada: Intervención educativa sobre hábitos nutricional en gestantes. Policlínico Comunitario Antonio Maceo.2013 del autor Dr. Ariel Pino Utria, a utilizar los datos personales y los resultados que de ellos se deriven con un fin científico, siempre y cuando estos no delaten la identidad personal y cuestiones éticas y morales individuales de mi persona. Conforme a ello.

Sin otro asunto, firmo consciente y voluntariamente.

Firma del Paciente

Anexo II

Órgano del Poder Popular

Policlínico Comunitario Antonio Maceo

Cacocum

Holguín

Cuestionario a las Gestantes.

Estimadas gestantes estamos realizando un cuestionario para determinar los hábitos nutricionales durante el embarazo, con el propósito de comprobar su nivel de conocimiento sobre el tema y mejorar así la atención hacia su grupo de riesgo. Le agradecemos por su colaboración y recordamos que este documento es estrictamente confidencial.

(Marque con una X las respuestas que considere afirmativa)

1. Edad_____

2. Nivel escolar: Secundaria básica_____ Preuniversitario_____
Universidad_____

3. Medio a través del cuál ha escuchado sobre la nutrición durante la gestación.
Marcar con una X una opción.

- Médicos y enfermeras de la Familia. _____
- Prensa _____
- Televisión. _____
- Escuela _____
- Familiares o vecinos. ____

4. Ocupación: Ama de casa: ___ Estudiante: ___ Trabajadora: ___

5. Algunas medidas para garantizar una nutrición adecuada en la gestación es:

___ Una dieta rica en frutas y vegetales

___ Ingestión de un litro de leche al día alejado de las comidas

___ Preparar los alimentos en aceite vegetal, evitar exceso de harina, pastas y alimentos fritos.

___ Evitar o modificar los factores de riesgo presentes

___ Eliminar los hábitos tóxicos (alcohol, cigarro y café)

___ Evitar el exceso de sal en las comidas

___ Ingerir alimentos ricos en calcio (frijoles, cítricos, pescados, mariscos, derivados de la leche, frutas secas)

6. De las siguientes ofertas elige un menú que considere adecuado para el período gestacional

Desayuno:

___ chocolate, ___ café, ___ yogur, ___ café con leche, ___ refresco piñata, ___ jugo natural de frutas, ___ te ___ pan, ___ galletas, ___ fufú de plátano, ___ chicharrones, ___ queso, ___ dulce.

b) merienda (intercalada entre desayuno, almuerzo y comida-3)

___ una fruta o ___ más de dos frutas

___ una taza de leche, ___ una taza de chocolate, ___ una taza de té, ___, una taza de jugo natural de fruta, ___ una taza de cola, ___, una taza de refresco piñata, ___, una taza de café, ___, 2 galletas, ___ más de dos galletas, ___ una unidad de pan, ___ más de una unidad de pan.

Almuerzo

___ Una unidad de fruta, ___ más de una unidad de fruta, ___

Carne: ____, pescado ____, pollo, ____ cerdo

__ Un huevo, __ dos huevos

__ Arroz, __ harina

__ Frijol, ____ vino

__ Pastas alimenticias, __ vegetales

__ Viandas, ____ cuatro cucharadas de postre

__ Siete cucharadas de postre.

Comida

__ Alimentos fritos, ____ dulces de harina, ____ pastas alimenticias

__ Arroz, ____ ensaladas, ____

Carne: ____, pescado ____, pollo, ____ cerdo.

__ Un huevo, __ dos huevos, __ frijoles

Postres:

__ Cuatro cucharadas de postre

__ Siete cucharadas de postre, ____ viandas.

Anexo III

Programa de intervención educativa

Título: Intervención educativa sobre hábitos nutricionales en gestantes.

Total de horas: 3 horas. Y 10 minutos.

Objetivos generales

Evaluar el nivel de conocimiento sobre los hábitos nutricionales en gestantes.

Te ma	Título	FOE	Hora	Tiempo	Lugar
I	Presentación del Programa	Conferencia	9:00 AM	30 MIN	Policlínico Antonio Maceo
II	Nutrición en la embarazada. Importancia	Conferencia	9:00 AM	30 MIN	Policlínico Antonio Maceo
III	Principales fuentes de calcio. Patrones dietéticos.	Conferencia	9:00 AM	30MIN	Policlínico Antonio Maceo
IV	Mesa cubana demostrativa de los conocimientos adquiridos.	Actividad práctica	9:00 AM	45MIN	Policlínico Antonio Maceo
V	Intercambio con el círculo de abuelo (Vivir 120 años). Importancia de una dieta saludable Mesa cubana demostrativa de los conocimientos adquiridos.	Debate	9:00 AM	25MIN	Policlínico Antonio Maceo
VI	. Conclusiones	Taller	9:00 PM	30MIN	Policlínico Antonio Maceo

INTERVENCIÓN:

SESIÓN 1

Tema: PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA

Objetivos:

- ❖ Presentar el programa de intervención.
- ❖ Identificar las necesidades de aprendizaje.

Técnica educativa: evaluación inicial del tema.

Desarrollo:

Se inicia la sesión con la presentación del moderador, luego se le explicó a las gestantes en que consiste el programa de intervención educativa, y se procedió a aplicar el cuestionario, que nos permitió valorar de forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motivó a las gestantes a participar en las próximas actividades.

Responsable: Autor

Duración: 30MIN

SESIÓN 2

Tema: NUTRICIÓN EN LA EMBARAZADA

Objetivos:

- ❖ Concepto de nutrición.
- ❖ Importancia de una nutrición adecuada.

Desarrollo: Se informó el tema específico a tratar y se le pidió que expresen sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría lo hicieran, luego se procedió a la exposición del tema apoyándonos en un plegable elaborado para el

momento como medio de enseñanza. Se motivó a las gestantes a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 30MIN

SESIÓN 3

Tema: PRINCIPALES FUENTES DE CALCIO. PATRONES DIETÉTICOS.

Objetivos:

- Informar a las gestantes sobre la importancia de la ingestión de alimentos ricos en calcio en la prevención de la hipertensión gestacional.
- Explicar a las gestantes el patrón dietético a seguir.

Técnica educativa: Conferencia.

Invitada: Dietista del Área de salud.

Desarrollo: Se realizó la actividad programada con el apoyo de la dietista, quien brindó una conferencia sobre alimentos ricos en calcio, grupos básicos de alimentos, así como le entregó y explicó a cada gestante el patrón dietético a seguir acorde a su valoración nutricional e índice de masa corporal. En un segundo momento se realizó un debate sobre el tema. Se motivó a las gestantes a participar en la próxima sesión.

Responsable: Autor

Duración: 30MIN

SESIÓN 4

Tema: DEMOSTRACIÓN DE UNA MESA CUBANA.

Objetivos:

- Comprobar los conocimientos adquiridos por las gestantes sobre nutrición.

Técnica Educativa: Clase práctica.

Desarrollo: Se inició por la presentación de un plato cubano por cada una de las gestantes donde se muestra un menú variado y saludable. Se destacó en conjunto sobre las 6 frecuencias de comidas diarias acorde a cada una de las necesidades nutricionales individuales.

Responsable: Autor

Duración: 45MIN

SESIÓN 5

Tema: IMPORTANCIA DE UNA DIETA SALUDABLE.

Invitado: Círculo de Abuelo (vivir 120 años)

Objetivos:

- Lograr un intercambio positivo en los integrantes del círculo de abuelo y las gestantes en estudio.

Técnica Participativa: Debate.

Desarrollo: Se realizó un intercambio sobre la experiencia que poseen los abuelitos sobre cómo llevar una dieta saludable y los conocimientos adquiridos por las gestante a través de las sesiones anteriores. Se motivó a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor

Duración: 25MIN

SESIÓN 6

Tema: CONCLUSIONES.

Objetivos:

- Evaluar los conocimientos adquiridos de las participantes sobre nutrición.

- Conocer el criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la intervención educativa.

Técnica Participativa: Lluvia de idea.

Técnica Educativa: Evaluación final de los temas.

Desarrollo: Se inició con la aplicación del cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos y por último se les pidió que emitan su criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la investigación.

Responsable: Autor

Duración:30MIN

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN.

Se aplicó un instrumento de evaluación final que recogía los principales tópicos tratados durante la intervención educativa en sus diferentes sesiones de clases.

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Nivel de escolaridad:

1. Describa con sus conocimientos adquiridos cómo deben de ser las características de la nutrición en las embarazadas.
2. Menciones cinco(5) alimentos que constituyan para usted fuentes de calcio:

3. ¿Qué aspectos son importantes en los patrones dietéticos en la mujer embarazada?.

4. Explique por qué es importante una dieta saludable en la mujer embarazada.
5. Marque con una X las recomendaciones correctas en la dieta de una mujer en estado de gestación:
- a___ Ingerir una dieta rica en frutas y vegetales.
 - b___ Procurar alimentos fritos en su gran mayoría para el aumento de peso.
 - c___ Ingerir diariamente un litro de leche.
 - d___ Evitar la ingestión de leche de vaca, queso u otro derivado de ella.
 - e___ Ingerir abundantes alimentos ricos en harina para beneficio del feto.
 - f___ Evitar el consumo de café, tabaquismo o ingestión de alcohol.
 - g___ Ingerir bebidas alcohólicas frecuentes para estimular la digestión.
 - h___ Modificar los factores de riesgos para evitar complicaciones en el embarazo.

Éxitos y gracias por la dedicación de su tiempo!.

NORMA PARA LA EVALUACIÓN DEL CUESTIONARIO.

Pregunta 1:Debe de referirse a 3 aspectos como mínimo: (cada aspecto tiene un valor de 5 puntos.) Total: 15 puntos

Pregunta 2:Cada aspecto tiene un valor de 6 puntos. Total: 30 puntos.

Pregunta 3:Debe de referirse a 3 aspectos como mínimo: (cada aspecto tiene un valor de 5 puntos.) Total: 15 puntos

Pregunta 4:Debe de referirse al equilibrio de los alimentos, la frecuencia de la ingestión de estos y los beneficios para ella y el bebé, para evitar complicaciones. Si se refiere a 3 elementos obtiene 20 puntos, por 1 ó 2 aspectos solo obtiene 10 puntos.

Pregunta 5: Por contestar correctos los 4 (a-c-f-h) obtiene 5 por cada uno. Total: 20 puntos.

Suficientes: aquellas que obtuvieron puntuación desde 70 a 100 puntos.

Insuficiente: aquellas que obtuvieron puntuación menor a los 69 puntos

DIETA DE 2800 Calorías Embarazadas normales	
EJEMPLO DE MENÚ	INTERCAMBIOS
DESAYUNO 1u de fruta 1taza de leche 1u de pan 1/2cda de azúcar 1/2cda de aceite	--1u de fruta --1taza de yogur, 4cdas de leche en polvo. --8u de galletas de sal --1/2 cda de mermelada, miel, sirope. ---1/2cda de mantequilla ,queso crema
MERIENDA 1taza de yogur 1/2cda de azúcar 1u de fruta	--1taza de leche --1/2 cda de miel, mermelada, sirope. --1u de fruta
ALMUERZO 1taza de potaje 1u de huevo 1taza de arroz	---1u de huevo ,3cdas de carne, vísceras, 1muslo de pollo ,1 rueda de pescado, mortadela, picadillo. ---2cdas de carne en conserva, 1rueda de span. ---1taza de pastas alimenticias

<p>1taza de vegetales</p> <p>3cdas de postre</p> <p>1cda de aceite</p>	<p>--1/2taza de vianda</p> <p>--1taza de col, pepino, tomate, calabaza, remolacha.</p> <p>---3cdas de natilla, gelatina, flan, arroz c/ leche.</p> <p>--1cda de aceite.</p>
<p>MEDIENDA</p> <p>-1tza de yogurt</p> <p>-1/2 cda de azúcar</p> <p>-1 u de frutas</p>	<p>-1tza de leche</p> <p>-1/2 cda de miel, mermelada, sirope.</p> <p>-1 u de fruta.</p>
<p>COMIDA</p> <p>-3cda de carne</p> <p>-1tza de arroz</p> <p>-1/2tza de vianda</p> <p>-1tza de vegetales</p> <p>-3cda de postre</p> <p>-1cda de aceite(elaborar)</p>	<p>-3cda picadillo, 1 rebanada de pescado, jamonada, mortadela, 3cda de carne en conserva.</p> <p>-1tza de pastas alimenticias.</p> <p>1/2tza de yuca, malanga, papa, boniato.</p> <p>-1tza de vegetales</p> <p>-3cda de dulce en almíbar, mermelada.</p> <p>-1cda de aceite</p>
<p>CENA</p> <p>-1tza de leche</p>	<p>-1tza de yogurt.</p>

DIETA DE EMBARAZADAS 2200 Kcal obesas y sobrepeso

Ejemplo de menú	Intercambio
<p><u>Desayuno</u></p> <p>1tza de leche</p> <p>½ u de vianda</p> <p>½ cda aceite</p> <p>1u de fruta</p> <p>½ cda de azúcar</p>	<p>1tza de yogurt</p> <p>½ u de pan</p> <p>½ cda de mantequilla, mayonesa, etc.</p> <p>1 u fruta</p> <p>½ cda de mermelada, sirope.</p>
<p><u>Merienda</u></p> <p>1tza de yogurt</p> <p>1 u de fruta</p> <p>½ cda de azúcar</p>	<p>1tza de leche</p> <p>1 u de fruta</p> <p>½ cda de mermelada, sirope.</p>
<p><u>Almuerzo</u></p> <p>1tza de potaje</p> <p>1 u de huevo</p> <p>1tza de arroz</p> <p>½tza de vianda</p> <p>1tza de vegetales</p> <p>½ cda de aceite</p> <p>3 cda de postre.</p>	<p>1u de huevo, 3cda de carne, viseras.</p> <p>1 muslo de pollo, 1 rueda de pescado</p> <p>1tza de pasta alimenticia</p> <p>½tza de vianda</p> <p>1tza de vegetales</p> <p>½ cda de aceite</p> <p>3cda de natilla, flan, mermelada , etc.</p>
<p><u>Comida</u></p> <p>6 cda de carne</p> <p>1tza de arroz</p>	<p>6 cda de visera, 4 cda de picadillo, etc.</p> <p>1tza de pasta alimenticia</p> <p>½ cda de vianda</p>

½tza de vianda ½tza de vegetales 1 cda de aceite 2 cda de postre	½ cda de vegetales 1 cda de aceite 2 cda de postre.
<u>Cena</u> 1tza de leche	1tza de leche