

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACION MATERNO INFANTIL

SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN EN MATERNO INFANTIL

TEMA: ENFERMEDADES CRÓNICAS, NO TRANSMISIBLES: MUERTES
SILENCIOSAS Y EVITABLES

SUB TEMA: Estilo de vida en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad y
acciones que realiza el personal de enfermería. Hospital Humberto Alvarado
Vásquez, II semestre 2011.

AUTORES

- ❖ Jonathan Adolfo Mejía Ugarte
- ❖ Lucia Del Carmen Lanuza Mora
- ❖ Zenayda De Los Ángeles Padilla Rugama

TUTORA: Msc. Sandra Reyes Álvarez
Máster En Investigación Educativa

MANAGUA DICIEMBRE DEL 2012

INDICE

Contenido	Páginas
Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Valoración docente.....	III
Resumen.....	IV
Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Preguntas Directrices.....	6
Objetivos.....	7
Diseño metodológico.....	8
Desarrollo del subtema.....	23
Conclusiones.....	197
Recomendaciones.....	199
Bibliografía.....	200
Anexos.....	

DEDICATORIA

I

- ❖ *A nuestro Padre Celestial que ha sido el principal guía en la elaboración de este Seminario de Graduación, que nos ha dado la sabiduría, la inteligencia y la fuerza para lograr cumplir los objetivos planteados.*
- ❖ *A nuestros padres, esposos e hijos por darnos su apoyo en todo momento, para lograr la realización de este estudio.*
- ❖ *A la profesora Sandra Reyes Álvarez, por su dedicación y su orientación oportuna, para que pudiéramos desempeñar de manera muy satisfactoria este Seminario de Graduación.*
- ❖ *A las autoridades del Hospital Humberto Alvarado Vázquez, por habernos brindado su apoyo en la realización de este Seminario de Graduación y en especial para el personal de enfermería que labora en la sala de Ginecología y Obstetricia.*

AGRADECIMIENTO

II

Principalmente damos gracias a Dios, ya que él es fuente de vida y sabiduría y nos ha dado la oportunidad de concluir de manera satisfactoria este Seminario de Graduación.

Agradecemos a las pacientes, por habernos permitido que realizáramos este estudio y por su colaboración brindada durante todo este proceso.

Agradecemos a nuestros padres, esposos e hijos por su apoyo, brindado durante el transcurso de este estudio.

A la MSC. Sandra Reyes Alvares por guiarnos y orientarnos, durante todo el tiempo que se llevo la elaboración de este estudio.

Agradecemos a las autoridades del Hospital Humberto Alvarado Vázquez por su valioso tiempo brindado y su cooperación para la realización de este estudio y en especial para el personal de enfermería que labora en la sala de Ginecología y Obstetricia.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITECNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

VALORACION DOCENTE

III

El Seminario de graduación, constituye la última actividad académica que realizaron los estudiantes de la Licenciatura en Materno Infantil, para hacerse merecedores de su título universitario que las acredita como Licenciados en Enfermería con mención en Materno Infantil.

Considero que los autores del presente trabajo, han logrado cumplir con los propósitos fundamentales del Seminario de Graduación, al utilizar los conocimientos y experiencias producto de la carrera, en la identificación, análisis y proposición de soluciones del tema en estudio, demostrando capacidad, madurez intelectual, creatividad científica y profesional dentro del campo estudiado.

El presente Seminario de Graduación realizado por los alumnos se titula:

TEMA Enfermedades Crónicas no transmisibles

SUBTEMA Estilo de vida en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad y acciones que realiza el personal de enfermería. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, II semestre 2011.

AUTORES Jonathan Adolfo Mejía Ugarte
 Lucia Del Carmen Lanuza Mora
 Zenayda De Los Ángeles Padilla Rugama

Considerando que han cumplido con los requisitos científicos y metodológicos, se extiende el presente aval, que les acredita para realizar la defensa.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 12 días del mes de enero del 2012.

Msc. Sandra Reyes Álvarez
Tutora. Depto. de Enfermería.

RESUMEN

IV

Este seminario de graduación cuyo tema es enfermedades crónicas, no transmisibles: muertes silenciosas y evitables, este estudio se realizó en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez de la ciudad de Masaya, en la sala de Ginecología, a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en el II semestre del 2011, cuyo objetivo general era analizar el estilo de vida en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad y las acciones que realiza el personal de enfermería. Las variables que se estudiaron son: Características socio demográfico, clasificación de sobrepeso u obesidad, hábitos alimenticios, estilo de vida dañino para la salud, acciones que realiza el personal de enfermería y la satisfacción de la atención brindada por el personal de enfermería.

El sobrepeso u obesidad es considerado una epidemia a nivel mundial, causando múltiples complicaciones en especial en la mujer embarazada. Debido a que en Nicaragua existen pocos estudios realizados de sobrepeso u obesidad durante el embarazo, tomamos la decisión de trabajar con este tema esperando que este estudio sea de gran utilidad, para conocer más de esta problemáticas de sobrepeso u obesidad en mujeres embarazadas.

La recopilación de información fue necesaria para la elaboración del seminario de graduación, se realizo a través de instrumentos como: Guía de entrevista dirigidas a las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, Guía de encuesta dirigida al personal de enfermería, lo que permitió triangular la información, para dar más confiabilidad y objetividad al trabajo de investigación. La información se proceso y se presento a través de tablas estadísticas simples, asociadas y gráficos.

La mayoría de las pacientes son amas de casas acompañadas estables, residen mayormente en barrios y repartos, con un promedio de nivel de ingreso económico de 2,001 a 6,999 córdobas, con un nivel académico promedio de secundaria incompleta y secundaria completa, la mayoría de estas pacientes presento sobrepeso leve y se

encuentran entre las edades de 20 a 29 años de edad en su mayoría, es evidente que el estado civil no es un condicionante para desarrollar sobrepeso u obesidad.

Así mismo en su mayoría consumen alimentos ricos en: proteínas, vitaminas y carbohidratos, con un patrón común de consumo diario de pan dulce, pan simple, bananos, plátanos, chiltoma, tomates, mango y jocote en temporada; seguido de ayote, pipián y chayote y dentro de los alimentos de menor consumo están el pescado, los mariscos y riñones. Ninguna de estas pacientes consume cocaína y solo una minoría consumen tabaco y alcohol, la mayoría de estas pacientes cursaba con un estrés moderado, así mismo se comprobó que el personal de enfermería cumple con la mayoría de las acciones y que el tipo de atención que estas brindan fue catalogado como buena y excelente en su mayoría.

Por tal razón hemos realizado este estudio, para que sirva como referencia para estudios posteriores, asimismo contribuir a mejorar la calidad de atención en la población.

INTRODUCCION

La obesidad es considerada como una verdadera epidemia del siglo XXI viéndose incrementada en el mundo, puede considerarse como una enfermedad o un factor de riesgo de enfermedades crónicas. La obesidad es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas, que afecta a todo el mundo. La obesidad se relaciona con la edad avanzada y mediana edad, mas en la etnia negra que en la blanca. La obesidad esta asociadas con un gran números de complicaciones que perjudican gravemente la salud; produciendo enfermedades Cardiovasculares, Diabetes e Hipertensión arterial.

Según la Organización Mundial de la Salud. (2010) La obesidad ha incrementado a tal manera que existe hoy en día 1.6 billones de obesos en todo el mundo, lo cual hace ver que la tendencia ha incrementado o crecido en un 40 % en los últimos 10 años. Los estudios epidemiológicos muestran que el 55 % de la población adulta en el mundo presenta sobrepeso y obesidad. Estados Unidos ocupa el sexto lugar con un 74.1 % de su población que está en estado de obesidad. Nicaragua tiene un 60.4 % de su población con sobrepeso y obesidad, tanto hombres, niños y mujeres embarazadas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010). La prevalencia actual del sobrepeso y la obesidad ha alcanzado cifras preocupantes; el riesgo de preeclampsia es doble en las mujeres con sobrepeso previo al embarazo (IMC de 25 a 30) y triple, con obesidad (IMC superior a 30) frente a quienes registran un peso normal previo. Los alumbramientos mediante cesárea son más frecuentes entre las mujeres con índices de masa corporal crecientes. Se alcanza un 30% de nacimientos por cesárea entre las mujeres con IMC menor de 30, un 34% en el caso de mujeres con IMC entre 30 y 35, y un 48% cuando el IMC de la madre está comprendido entre 35 y 40. Además, tras la cesárea, las mujeres con exceso de peso sufren más complicaciones, como infecciones, tromboflebitis, hemorragias o endometritis postparto, que otras cuyo peso es normal.

ANTECEDENTES

Estudio realizado por la revista chilena de pediatría *versión impresa* ISSN 0370-4106 a mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. Rev. chil. Pediatría. v.78 n.1 Santiago feb. 2010.

En una muestra de más de 10.000 embarazadas de la Región de Araucanía Sur, la prevalencia de obesidad fue de 30% en el primer control y de 47% en el último control prenatal. El aumento excesivo de peso durante el embarazo y el hecho de retener parte de este exceso, no recuperando posteriormente el peso pre-gestacional, contribuiría a la alta prevalencia de obesidad entre las mujeres. La retención acumulativa de peso a través de sucesivos embarazos explicaría al menos parcialmente, la correlación entre el aumento de las cifras de obesidad y la edad de las embarazadas (R. Lagos, 2000): 17% en embarazadas menores de 20 años, 35% en aquéllas entre 20 y 34 años y 52% en las de 35 y más años.

Otro estudio realizado por la revista chilena, Estudio realizado por la revista Chilena de obstetricia y Ginecología *versión On-line* ISSN 0717-7526, a mujeres embarazadas con sobrepesos y obesidad. v.76 n.1 Santiago 2011. Se incluyeron pacientes de cualquier edad gestacional, de 13 a 44 años de edad. Todas las pacientes contaron con servicio médico gratuito. A cada paciente se le realizó un registro de datos que incluían edad, peso pre-gestacional, peso y talla (se pesaron y midieron en una báscula con esta dímetro marca SECA 700), gestas, antecedentes familiares de diabetes, enfermedades agregadas y los resultados de la prueba. En caso de no recordar el peso pre-gestacional, se buscó el dato en el carnet de consultas prenatales de cada paciente. Según índice de masa corporal pre-gestacional (IMC) se definió como embarazada de bajo peso a un IMC <18,5; normal IMC 18,5 - 24,9; sobrepeso IMC 25 - 29,9 y obesidad IMC >30.

De las 489 pacientes incluidas, el 1,8% presentaron bajo peso, el 39,6% peso normal, el 32,3% sobrepeso y el 26,1% obesidad, clasificadas con los criterios del Institute of Medicine (IOM). La edad promedio por grupo fue: para bajo peso de $19 \pm 4,2$ años, para peso normal $24,1 \pm 6,7$ años, para sobrepeso $28,7 \pm 7,2$ años y para obesidad $29,4 \pm$

6,5 años. La edad gestacional promedio fue de $31,3 \pm 5,6$ semanas. Del total, el 13% de las pacientes presentaron DMG, el 10,6% presentaron ITG. De las 64 pacientes con DMG, el 51,5% fueron obesas y el 34,3% presentaron sobrepeso.

Estudio realizado en Nicaragua por estudiante de la carrera Nutrición en el 2004. En el año 2004 estudiantes de nutrición, realizaron un estudio sobre el estado nutricional de las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad que asistían al Centro de Salud de Villa Libertad Managua. De acuerdo al índice de Masa Corporal, se encontró que el 60% tenían estado nutricional normal, seguido de sobrepeso con 35% y un 5% de las embarazadas obesas.

No se encontraron más estudios referentes al tema, debido a que el sobrepeso u obesidad no aparecen registrados como patologías en los Hospitales de MINSA, ni se lleva una estadística de este problema. Tampoco se encontraron estudios realizados por otras instituciones.

JUSTIFICACION

El sobrepeso u obesidad en mujeres embarazadas, es un problema de gran actualidad, en los países industrializados. Debido a su alta frecuencia, preocupa tanto al personal sanitario como a sociólogos, antropólogos y profesionales de la educación física; siendo que incrementa los riesgos de hipertensión sanguínea y cierto tipo de diabetes, que se desarrolla durante el embarazo. Las mujeres obesas tienen más probabilidad de enfrentar problemas durante el trabajo de parto y el alumbramiento.

En Nicaragua según estadísticas del MINSA (2006), refieren que la prevalencia de sobrepeso u obesidad de las mujeres se encuentra en un 71.4%, esto deja entrever la magnitud del problema, si lo asociamos a que se ha identificado que las adolescentes en Nicaragua van en aumento, siendo la tasa de fecundidad en este grupo etáreo, la más alta en la región con el 45.7%. Ya que tienen muy poca información de la reproducción humana y poco acceso a la planificación familiar.

En el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, no hay estadísticas, ni se han realizado estudios acerca de mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, siendo este el primero; por lo que es de gran importancia, ya que en nuestra experiencia como estudiantes, durante las prácticas de formación profesional, hemos observado un incremento de pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad.

Con los resultados obtenidos, pretendemos contribuir a mejorar el número y porcentaje de mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad y a la vez prevenir complicaciones y/o morbilidad y mortalidad del binomio madre e hijo, durante el embarazo parto y puerperio. Por tal razón nos propusimos a la realización de este estudio, también para hacer punto de referencia para estudios posteriores y así contribuir a mejorar la calidad de atención de la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los países desarrollados, el sobrepeso u obesidad ya es considerada una enfermedad y es considerada la epidemia del siglo XXI. Según la OMS la obesidad ha incrementado a tal manera que existe hoy en día 1.6 billones de obesos en todo el mundo, lo cual hace ver que la tendencia ha incrementado o crecido en un 40% en los últimos 10 años. Siendo los más afectados los países del continente europeo, Estados Unidos y México.

Estadísticas del MINSA (2006), refieren que la prevalencia de sobrepeso u obesidad de las mujeres se encuentra en un 71.4%, esto deja entrever la magnitud del problema, las adolescentes en Nicaragua van en aumento, siendo la tasa de fecundidad en este grupo etáreo, la más alta en la región con el 45.7%. Según la OMS; Nicaragua tiene 60.4% de su población con sobrepeso y obesidad, siendo mayor en el sexo femenino y en el grupo de edad de 20 – 59 años de edad.

En la población nicaragüense según la OMS durante los últimos años se ha incrementado el sobrepeso y la obesidad, debido a múltiples factores, como el impacto negativo de la globalización, afectando de manera muy significativa a las mujeres embarazadas, ya que la obesidad es considerada en nuestro país como un factor de riesgo desencadenante a múltiples patologías como: hipertensión arterial, diabetes, problemas cardiacos e insuficiencia respiratoria.

Las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad son consideradas como embarazos de alto riesgo obstétrico, debido a que pueden desencadenar diferentes problemas y complicaciones, tanto para la madre como para el hijo, entre ellas tenemos: diabetes gestacional, preeclampsia, Eclampsia, asimismo hay mayor probabilidad de cesárea que las embarazadas que no tienen sobrepeso y obesidad, partos pretérmino, productos macrosómico, partos vaginales distócicos(desproporción céfalo pélvica), en cuanto al niño puede desarrollar diabetes, obesidad e hipertensión durante la infancia.

PREGUNTAS DIRECTRICES DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características socio demográficas asociadas a las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad?

¿Qué prevalece más en las mujeres embarazadas, el sobrepeso u obesidad?

¿Cuáles son los hábitos alimenticios asociados a las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad?

¿Qué estilos de vida dañino para la salud relacionados con el estrés se identifican en mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad?

¿Cuáles son las acciones que realiza el personal de enfermería en las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad?

¿Cuál es la satisfacción de las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad en la atención brindada por el personal de enfermería?

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Analizar el estilo de vida en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad y las acciones que realiza el personal de enfermería. Hospital Humberto Alvarado Vázquez. II semestre 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las características socio – demográficas asociadas a las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.
2. Clasificar el tipo de sobrepeso y obesidad en las mujeres embarazadas en estudio.
3. Determinar los hábitos alimenticios de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.
4. Identificar los estilos de vida dañinos para la salud relacionados al estrés en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.
5. Identificar las acciones que realiza el personal de enfermería en las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.
6. Identificar la satisfacción de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad en la atención brindada por el personal de enfermería.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Según tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información

Retro-prospectivo: Se registra información sobre los hechos ocurridos anteriormente al diseño del estudio y el registro continuo según vayan ocurriendo los hechos. Nuestro estudio fue retro-prospectivo, ya que se estudio a las mujeres con sobrepeso u obesidad y que en el momento de la recolección de la información se encontraban embarazadas y con incremento de masa corporal (IMC).

Según análisis y alcance de los resultados

Descriptivo: Esta dirigido a determinar cómo es o como está la situación de las variables que deberán estudiarse en una población. Nuestro estudio es descriptivo, porque investigamos los factores asociados al sobrepeso u obesidad durante el embarazo; Además realizamos asociación de variables, para realizar un estudio a mayor profundidad.

Según tipo de investigación

Cuantitativo: Se caracteriza por el empleo de métodos estadísticos tanto descriptivos como diferenciales. Estos últimos nos permiten a partir de una muestra llegar a realizar inferencias para toda una población. El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación confía en la medición numérica, frecuentemente se hace uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población. En los estudios cuantitativos el investigador reúne sobre todos datos cuantitativos que son expresados en forma numérica, como: La frecuencia, %, moda, media y mediana.

Nuestro estudio es cuantitativo porque utilizamos la recolección de análisis de datos para contestar preguntas de investigación y los datos son expresados numéricamente mediante medidas de tendencia central tales. Como frecuencia, porcentajes.

Según el periodo o secuencia de estudio

Estudios de corte transversal: Se refiere al abordaje del fenómeno en un momento o periodo de tiempo determinado; puede ser un tiempo presente o pasado, caracterizándose por realizar un abordaje del fenómeno en siguiente a partir de su desarrollo o evolución, por lo que se podría comparar con la toma de una fotografía de la realidad en un momento dado.

Nuestro estudio es de corte transversal porque estudiamos las variables simultáneamente en determinado tiempo haciendo un corte en el tiempo, el cual se hizo en II Semestre 2011, en el cual dimos por desarrolladas y aplicadas todas las variables en estudio.

Área de estudio

El Hospital fue fundado en Junio de 1986, los planos de este hospital fueron confundidos con los planos del hospital de Rivas, que dando el plano de Masaya en Rivas y el de Rivas en Masaya.

El presente estudio se realizó en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez segundo nivel de atención que se encuentra ubicado en el Barrio la Reforma. Este Hospital cuenta de una sola planta, está ubicado en la ciudad de Masaya. Sus límites son: al norte carretera Masaya Managua, al sur con Tanques de Mebasa, al Oeste Mercado Municipal de Masaya y al este carretera a Granada. Atiende una población de 247,000 habitantes de zonas rurales y urbanas, tiene 173 camas censadas y 20 no censadas, los servicios que presta son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Neonatología, Ginecología, Ginecología-obstetricia, Ortopedia, Oftalmología, Dermatología, Urología, Oncología, Cirugía Plástica, Psicología, Nutrición, Fisioterapia, Rayos X, Laboratorios, Sala de Operaciones, Emergencias, Labor y Parto, Farmacia, Lavandería, Mantenimiento, Contabilidad, Epidemiología, Trabajo Social, Estadística, Patologías y Morgue.

Este hospital cuenta con 73 médicos, 40 Licenciadas en materno infantil, paciente crítico y salud pública; 34 enfermeras generales, 55 auxiliares de enfermería, 29 técnico quirúrgico, 5 camilleros, 1 secretaria clínica y 93 trabajadores más dentro del personal administrativo, cocina, limpieza y nutrición.

En la sala de Ginecología hay un total de 7 enfermeras generales, 9 Licenciadas Materno Infantil 4 Exiliares de enfermería y una Jefa de Sala. En la sala hay 10 cubículos los cuales tienen capacidad para 43 camas, pero debido a la sobre demanda de atención de pacientes existe un total de 60 camas, para un igual o mayor número de pacientes, ya que en muchas ocasiones hay 2 pacientes por cama, cada cubículo tienen su baño e inodoro para un total de 10 y además hay dos estaciones de enfermería, 1 cuarto de procedimiento, 1 un cuarto para cuidados del Recién Nacido.

Universo: Nuestro universo fue de 70 pacientes que se encontraban hospitalizadas en el periodo de Noviembre y Diciembre 2011, que cumplían los criterios de inclusión y el universo de enfermería fue de 21 recursos que laboran en la sala de Ginecología y Obstetricia del Hospital Humberto Alvarado Vásquez. Dado que en el hospital, el departamento de nutrición no lleva estadísticas, se estudio a todas las embarazadas que ingresaban a la sala, que tuvieran sobrepeso u obesidad.

Muestra: La muestra de enfermería fue de 9 recursos que laboran en la sala de Ginecología y Obstetricia con pacientes de alto riesgo obstétrico.

Criterios de inclusión de las pacientes

- ❖ Que estuvieran embarazadas.
- ❖ Que estuvieran sobrepeso u obesidad.
- ❖ Que aceptaran participar en nuestro estudio.
- ❖ Que estuvieran ingresada en la sala de ginecología.

Criterio de inclusión del personal de enfermería

- ❖ Que laboraran en la sala de Ginecología.
- ❖ Que aceptaran participar en nuestro estudio.

Técnicas e instrumentos

Técnicas: Según Valinda Sequeira Calero. Conjunto de reglas y procedimiento que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación.

Instrumentos: Es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información. Entre estos se encuentran los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opiniones y de actitudes, las listas u hojas de control. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos para la presente investigación fueron de gran importancia porque nos ayudaron a recolectar la información que necesitamos acerca de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, para la realización de nuestro estudio se realizaron los siguientes instrumentos: guía de entrevista dirigida a las mujeres embarazadas y guía de encuesta dirigida al personal de enfermería.

Guía de entrevista a las mujeres embarazadas: Esta entrevista fue dirigida con el objetivo de identificar la satisfacción de las mujeres embarazadas en la atención recibida por el personal de enfermería donde se evaluó; las características socio demográficas, clasificación del sobrepeso y obesidad, hábitos alimenticios, el estilo de vida dañino para la salud y la satisfacción de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad de la atención recibida por el personal de enfermería, ya que con estas entrevistas recolectamos la información necesaria sobre el estudio realizado.

Test de estrés normado por el Ministerio de Salud Es un método que se utiliza por medio de preguntas, para detectar los principales factores desencadenante de estrés y así poder valorar el nivel de estrés que tienen las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.

Guía de encuesta para el personal de enfermería: Es un método de recogida de datos por medio de preguntas, cuyas respuestas se obtienen en forma escrita, la cual fue dirigido con el objetivo de conocer las acciones que realiza el personal de enfermería en las mujeres embarazadas que tienen sobrepeso u obesidad

Prueba de campo de los instrumentos

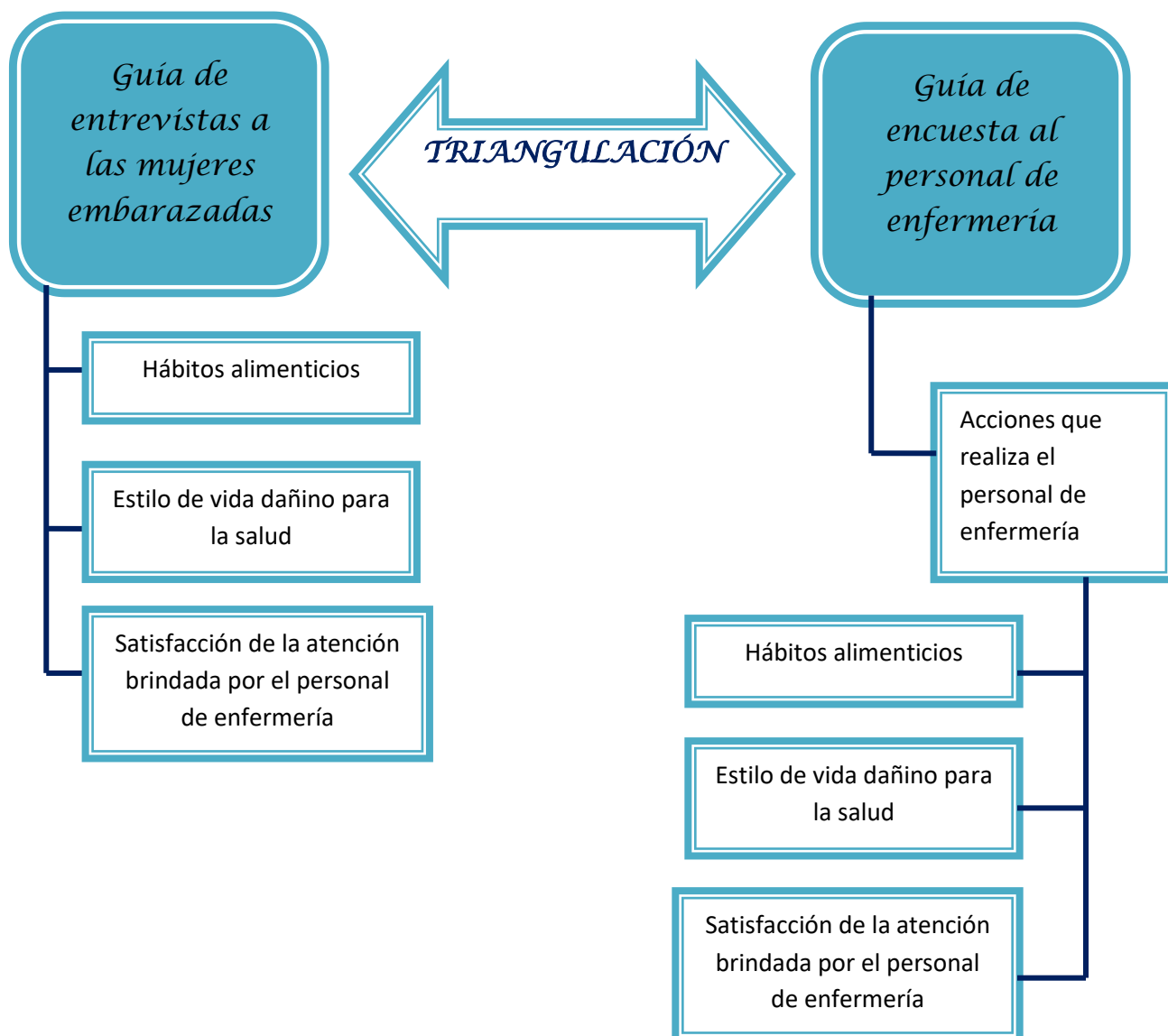
La prueba de campo se realizó mediante el pilotaje y las pruebas de jueces.

Según Valinda Sequeira Calero (investigar es fácil) Es el ensayo o prueba que se hace a los instrumentos y constituye uno de los pasos que se siguen en la construcción del mismo. Realizaremos el pilotaje con el objetivo de detectar errores en la construcción de los instrumentos.

Prueba de jueces: Para la validación de cuestionario, se sometió a consideración por 3 docentes expertos, quienes después de revisar la metodología, diseño y contenido del instrumento, emitieron sus consideraciones en la presentación y adecuación interna respecto a los objetivos de la investigación. Para ello se eligieron 3 docentes del POLISAL, UNAN – Managua, de la carrera de enfermería Materno Infantil, a las cuales se les entregó una copia del tema, objetivos del estudio e instrumento que aplicamos a las pacientes en estudio.

En la evaluación que nos realizaron los jueces a los instrumentos, nos sugirieron: que anexáramos logotipo de la universidad y el del departamento de enfermería, que clasificáramos los alimentos según sus grupos y frecuencia de consumo, que no utilizáramos siglas, ni términos científicos, que los abordáramos con un lenguaje sencillo en donde las pacientes pudieran interpretar las preguntas, que en el encabezado de cada instrumento se planteara, el objetivo del estudio que se iba a realizar.

Triangulación: Según Valinda Sequeira Calero (investigar es fácil). Es una estrategia de medición de la viabilidad de la investigación cualitativa, pero no se limita a ello, sino que ella misma se convierte en fuente de información de mayor valor, dada la afluencia de las diversas vías en el proceso de interpretación, esto puede ayudar a encontrar variables desconocidas, obtener una visión global de fenómeno estudiado en sus múltiples relaciones casuales y no casuales.



Método de recolección de la información

Guía de entrevista a las mujeres embarazadas: Este estudio se realizó en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en la sala de Ginecología y obstetricia, a las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, se recolecto en dos tiempos en la mañana y por la tarde, en un período de Noviembre-Diciembre, II semestre 2011; donde se hizo una entrevista individual. Para identificar la satisfacción de las mujeres embarazadas en la atención recibida por el personal de enfermería; las características socio demográficas; el estilo de vida dañino para la salud y la determinación de los hábitos alimenticios de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.

Test de estrés normado por el Ministerio de Salud: Es un método se realizó para detectar los factores desencadenante del estrés, este se anexo a la guía de entrevistas dirigidas a las mujeres embarazadas.

Guía de encuesta para el personal de enfermería: Esta encuesta se realizó al personal de enfermería del Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en la sala de Ginecología, en el periodo de Noviembre II semestre 2011; dedicando cinco horas en una semana, con el objetivo de conocer las acciones que realiza el personal de enfermería a las mujeres embarazadas que tienen sobrepeso u obesidad.

Consentimiento informado va hacer orientado a

Institución: Se realizo mediante una carta del departamento de enfermería del Instituto Politécnico de la Salud, dirigida al Director o responsable del Hospital Humberto Alvarado Vásquez; donde hace constar que somos estudiantes de Enfermería Materno Infantil de V año Polisal UNAN – Managua, donde solicitaremos su permiso para ingresar a la unidad de salud con fines académicos, para la realización de nuestro seminario de graduación, lo cual lo realizaremos en la sala de Ginecología a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad en el II semestre del año 2011.

Pacientes: Este se realizó mediante una carta con consentimiento informado, donde las pacientes aceptan por su libre y espontanea voluntad de participar en el proceso

del estudio, este consentimiento nos permitirá recolectar la información necesaria de las pacientes, como el estilo de vida que tienen, su nivel socio económico, cultural, socio demográfico, a través de las pacientes obtuvimos información necesaria. En este consentimiento se tuvo en cuenta, el objetivo a alcanzar para nosotros como estudiante.

Personal de Enfermería: Se realizó mediante una carta al recurso de Enfermería de la sala de Ginecología del hospital Humberto Alvarado Vázquez, para su cooperación con la realización de nuestro trabajo de seminario de graduación que realizamos en esa sala, se oriento el tipo de actividad que realizamos en la sala, con las pacientes con sobrepeso u obesidad, el tiempo que íbamos a estar, para la realización de este trabajo y en qué consiste este trabajo. Además se solicito en la carta, la cooperación de la jefa de la sala y el personal que tiene a cargo, para un llenado de una encuesta que realizamos, sobre la atención brindada en la sala por el personal de Enfermería a embarazadas con sobrepeso u obesidad.

Procesamiento de la información: Este trabajo se proceso con los programas estadístico SPSS y Microsoft office Excel 2007, en el caso de las encuesta que se dirigió al personal de Enfermería del Hospital Humberto Alvarado Vázquez de la sala de Ginecología y una entrevistas que se le realizó a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad; utilizamos el programa Word para la realización del levantado de texto del trabajo que se entrega por escrito.

Presentación de la información

El estudio se presentará en forma escrita y expositiva. Se utilizaran tablas simples, asociadas y gráficos, los cuales son presentados a través de medios audio visuales en el programa PowerPoint. Para preparar las diapositivas se usan: tablas, esquemas, mapas conceptuales, evitando cargar las diapositivas con mucha información, dentro de las cuales se encuentran. Portada, temas, subtemas, introducción, justificación, objetivo General, objetivos específicos, diseño metodológico y presentar conclusiones sin comentarios. El trabajo escrito es presentado con el programa Microsoft Word, letra Ariel nº 12, interlineado 1.5 y margen superior e inferior de 2.5 cm, interior y exterior de 2.5 cm

VARIABLES EN ESTUDIO

- Características socio demográficas
- Clasificación de sobrepeso y obesidad
- Hábitos alimenticios
- Estilo de vida dañino para la salud
- Acciones que realiza el personal de enfermería
- Satisfacción de la atención brindada por el personal de enfermería

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Indicador	Valor	Criterios
Características socio demográficas	Edad	< de 12 años De 13 a 19 años De 20 a 29 años De 30 a 35 años > de 35 años	
	Escolaridad	Analfabeta alfabetizada Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad Técnico	
	Estado civil	Soltera Casada estable Casada inestable Divorciada Acompañada estable Acompañada inestable Viuda	
	Ocupación	Estudiante Ama de casa Oficinista Obrera Otros	
	Estatus socio económico	>De 7000 córdoba De 2000 a 6000 córdoba < de 2000 córdoba	Alta Media Baja
	Procedencia	Barrio Reparto Asentamiento Colonia Anexos comarca Otros	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Sub variable	Indicador	Valor
Clasificación de sobrepeso y obesidad.	Tipo de sobrepeso.	Sobrepeso leve.	25 a 26.9 IMC.
		Sobrepeso moderado.	27 a 29.9 IMC.
	Tipo de obesidad.	Obesidad leve.	30 a 34.9 IMC.
		Obesidad moderada.	35 a 39.9 IMC
		Obesidad mórbida.	> 40 IMC.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable	Sub variable	Indicador	Valor
Hábitos alimenticios	Proteínas	Carne de res, frijoles rojos, frijoles de soya, huevo, leche.	Diario 1 a 2 vez por semana 3 a 4 veces por semanas 4 a 5 veces por semana 6 a 7 vez cada 15 días 1 vez al mes Nunca
	Carbohidratos	tortilla de maíz, papas, pan dulce, pan simple, arroz, pastas, pinolillo, avena, cebada, pinol,	Diario 1 a 2 vez por semana 3 a 4 veces por semanas 4 a 5 veces por semana 6 a 7 vez cada 15 días 1 vez al mes Nunca
	Grasas	Mantequillas, manteca, margarina, tocino, jamón, carne de cerdo, crema, queso, aceite vegetal.	Diario 1 a 2 vez por semana 3 a 4 veces por semanas 4 a 5 veces por semana 6 a 7 vez cada 15 días 1 vez al mes Nunca
	Vitaminas	Hígado, riñones, naranja, limón, melón, papaya, piña, zapote, marañones, melocotón, banano, plátanos, piñas, mango, granadilla, jocote, ayote, pipián, chayote, zanahoria, remolacha, lechuga, cebolla, tomate rojo, repollo, Chiltoma, rábano, brócoli, coliflor, aguacate.	Diario 1 a 2 vez por semana 3 a 4 veces por semanas 4 a 5 veces por semana 6 a 7 vez cada 15 días 1 vez al mes Nunca
	Minerales y elementos traza	Leche de soya, pescado, mariscos.	Diario 1 a 2 vez por semana 3 a 4 veces por semanas 4 a 5 veces por semana 6 a 7 vez cada 15 días 1 vez al mes Nunca

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio
Estilo de vida dañino para la salud	Drogas	Fuma	1-3 por día 4-5 por día 6-10 por día Más de 11 No fuma	Puros Cigarrillos
		Cocaína	Si-No	
	Alcohol	Consume alcohol	Si-No	
		Con que frecuencia ingiere alcohol	Diario, Semanal, Mensual, no aplica	
		Cantidad que ingiere	1-3 copas 4-5 copas 6-10 copas < 11 copas No ingiere	
		Qué tipo de alcohol consume	Cerveza, Ron , Vino, agua ardiente, Otros	
	Estrés	Falleció recientemente su esposo	100 Pts.	Estrés normal 150 puntos o menos.
		Se divorcio recientemente	73 Pts.	
		Se separo de su esposo	65 Pts.	
		Planea matrimonio	50 Pts.	Estrés moderado de 200 a 299 puntos.
		Se está reconciliando con su pareja	45 Pts.	
		Tiene problemas familiares	28 Pts.	
		Murió algún familiar cercano	63 Pts.	300 a mas grave crisis de estrés
		Algún hijo abandono el hogar	29 Pts.	
		Le preocupa el embarazo	40 Pts.	
		Ha tenido cambio en el sueño	16 Pts.	
		Tiene dificultades en las relaciones sexuales	39 Pts.	
		Ha tenido cambio en la alimentación	15 Pts.	
		Cambio de domicilio	20 Pts.	
		Despido laboral	47 Pts.	
		Problemas económicos	31 Pts.	
		Cambios de horario en sus actividades	20 Pts.	

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable.	Sub variable.	Indicadores.	Valor.
Acciones de enfermería.	Educación para la salud.	Orienta que camine como mínimo 30 minutos diarios.	Si. No. A veces.
		Orienta que realice ejercicios de estiramiento.	Si. No. A veces
		Orienta que realice pausas activas en el trabajo.	Si. No. A veces
		Orienta que realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana.	Si. No. A veces
		Orientan que adapte la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo.	Si. No. A veces
	Apoyo psicológico.	Brinda consejería de aceptación del problema.	Si. No. A veces
		Brinda consejería de cómo controlar su ansiedad así su alimentación.	Si. No. A veces
		Brinda consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad.	Si. No. A veces
	Educación alimentaria.	Orienta que consuman alimentos ricos en proteínas carne de res, frijoles rojos, frijoles de soya, huevo, leche.	Si. No. A veces
		Orienta que consuman alimentos ricos en carbohidratos tortilla de maíz, papas, pan dulce, pan simple, arroz, pastas, pinolillo, avena, cebada, pinol.	Si. No. A veces
		Orienta que consuman alimentos ricos en Mantequillas, manteca, margarina, tocino, jamón, carne de cerdo, crema, queso, aceite vegetal.	Si. No. A veces
		Orienta que consuman alimentos ricos en vitaminas Hígado, riñones, naranja, limón, melón, papaya, piña, zapote, marañones, melocotón, banano, plátanos, piñas, mango, granadilla, jocote, ayote, pipián, chayote, zanahoria, remolacha, lechuga, cebolla, tomate rojo, repollo, Chiltoma, rábano, brócoli, coliflor, aguacate.	Si. No. A veces
		Orienta que consuman alimentos en minerales Leche de soya, pescado, mariscos.	Si. No. A veces

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio
Satisfacción de la atención brindada por el personal de enfermería	Indicadores de la atención de la embarazada	Le aplicaron vacuna DT	Si – No No aplica	
		Le miden la altura uterina	Si – No	
		Le toman el peso	Si – No	
		Le preguntan sobre antecedentes obstétricos	Aborto Paridad Enfermedad crónica Hijos nacidos vivos Espacio intergenésico	
		Le orientaron sobre su estado nutricional	Obesa Sobrepeso Desnutrida	
		Le realizaron toma de P/A	Si – No	Si-No
		Le orientaron sobre conducción de su bebe	FCF Movimientos Crecimiento	SI-No
		Le realizan examen de mamas	Si – No	SI-No
		Le enviaron exámenes de laboratorio	HTO Tipo y Rh EGO/ Cinta reactiva Prueba voluntaria VIH	H.T.O Tipo y Rh Glicemia PAP R.P.R EGO/Cinta reactiva Prueba voluntaria VIH Otros No aplica
		Le orientaron sobre toma de muestra	Si – No	Higiene genital Tomar muestra en ayuna
		Le brindaron consejería sobre cuidados de su embarazo	Higiene Alimentación signos de peligro	
		Le midieron su talla	Si – No No aplica	
		Le entregaron micronutrientes	Si – No No aplica	
		Como considera la atención que le brindar el personal de enfermería	Excelente Buena Regular Deficiente	
		Cuanto tiempo espero para ser atendida desde que ingreso al Hospital	Menos de 15 min De 15.30 min 30 min – 1 hora Más de una	Muy poco tiempo Aceptable mucho tiempo
		Está satisfecha con el tiempo que duro la consulta	Si – No	Menos de 10 min 10-30 minutos Más de 30 minutos

DESARROLLO DEL SUBTEMA

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

1.1 Definición de características socio demográficas: Estudio del comportamiento de las sociedades y que describe la población, sus dimensiones, estructuras, evolución y características generales considerando un punto de vista cualitativo. Estudia estadísticamente la estructura y dimensión de la población y las leyes que rigen este fenómeno.

1.2 Relación entre características socio - demográficas con sobrepeso y obesidad: La estructura demográfica por edad y sexo nos permite conocer las necesidades específicas actuales y futuras. Dos zonas pueden tener similar número de habitantes, pero las necesidades de ambos son distintas. Si, en una predomina la población anciana y en otro la infantil, es previsible que en una se demande mayor atención geriátrica y en otras plazas relacionadas con la atención a la infancia. Para confeccionar la estructura demográfica, se ha de agrupar a la población en segmentos de cinco años. Se anotan en una tabla los valores, absolutos y relativos.

Por población se entiende un conjunto de individuos, constituido de forma estable, ligado por vínculos de reproducción e identificado por características territoriales, políticas, jurídicas, étnicas o religiosas. Una población, pues, se definirá como tal si tiene continuidad en el tiempo y si esta continuidad está asegurada por vínculos de reproducción que ligan padres e hijos y garantizan la sucesión de las generaciones. Finalmente, una población se define también por las características que trazan su perfil y sus límites. Los límites y fronteras de las distintas poblaciones son tales que los agregados así definidos asumen su propia autonomía y estabilidad, reproduciéndose y conservándose en el tiempo.

1.3. Edad y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.3.1 Definición en mujeres embarazadas de edad: Según la Organización mundial de la Salud (2010). La mujer está físicamente preparada para el embarazo entre los 20 años y 29 años, la mayoría de los primeros embarazos están entre los 20 y 24 años. En un primer embarazo a los 30 años, presentan algunas diferencias en comparación con los 20 años. Se puede presentar un aumento en la fatiga, se aumenta la posibilidad de infertilidad, y se aumentan los riesgos de defectos del nacimiento.

Si bien es muy probable que las mujeres de más de 35 años tengan un bebé sano, es posible que deban enfrentar más complicaciones durante el embarazo que las mujeres más jóvenes.

1.3.2 Relación de edad con sobrepeso y obesidad: Según ENDESA (2010). La edad y el sobrepeso afectan a la madres y a su bebe, principalmente cuando las embarazadas son jóvenes adolescentes menores de 20 años de edad y cuando son mayores de 30 años de edad, debido a que en ambas edades su organismo no está acto, ya que una menor de 20 años probablemente están ya en una mala situación y la maternidad puede acarrear mas consecuencias adversas, no está preparada físicamente, ni psicológicamente para tener un niño y en las embarazadas mayores de 30 años tienden a haber complicaciones las cuales conllevan la mayoría de las veces a una cesárea, también el sobrepeso tiende a que se den partos prematuros, ya que el rango de edad para conllevar un embarazo estables es de los 20 años a los 29 año de edad.

Los niños nacidos de madres adolescentes o madres de edad muy avanzada tienen mayor riesgo de tener una salud precaria y de morir durante la infancia. Todos estos riesgos se agravan en madres adolescentes y mayores de 30 años de edad. Desafortunadamente, aunque estas mamás suelen estar en buena forma física, simplemente debido a su edad tienen más probabilidades de haber desarrollado ciertas condiciones médicas, como diabetes, algunos problemas relacionados con hipertensión o fibromas uterinos, los cuales pueden afectar el embarazo y el nacimiento del bebé.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) y ENDESA (2010). Los estudios sobre el efecto de la edad materna en el embarazo y el nacimiento también dan a conocer un aumento en la frecuencia de complicaciones del embarazo, como hipertensión, diabetes gestacional, hemorragias durante el tercer trimestre, e implantación anormal de la placenta. Las madres de edad más avanzada tienen un mayor riesgo de tener un bebé con síndrome de Dow, con malformaciones congénitas, con bajo peso, partos pretérmino, hemorragias post parto, cuadros hipertensivos, atonía uterina.

1.4 Educación y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.4.1 Definición de Educación: Según diccionario de la real academia española. Es el proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

La educación es un derecho humano y un elemento indispensable para el progreso económico y social. Debe reconocerse que el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la educación es un requisito fundamental para la potenciación de la mujer, y un instrumento fundamental para lograr los objetivos de igualdad de género, desarrollo y paz. Pese a que se ha informado de progresos, persisten grandes diferencias entre el hombre y la mujer en lo que respecta a su acceso a la educación. La eliminación de la alta tasa de analfabetismo entre las mujeres y las niñas sigue siendo una urgente tarea a nivel mundial. De acuerdo con el Instituto de Estadística de la UNESCO, se calcula que en la actualidad dos terceras partes de los 875 millones de adultos analfabetos en el mundo son mujeres.

Según un estudio realizado en Nicaragua por ENDESA (2008) La proporción de mujeres de 20 a 24 años que tuvo un hijo durante su adolescencia varía ampliamente con el nivel educativo y condición socio económica. Las mujeres de 20 a 24 años del más bajo nivel educativo presentaron los niveles más altos de maternidad en la adolescencia mientras que aquellas con más alta educación presentaron los niveles más bajos. La proporción que había tenido un hijo antes de la edad de 15 años fue 11

veces mayor entre las mujeres con tres o menos de escolaridad (11%), que entre sus contrapartes con siete o más años de escolaridad (1%). La diferencia en la proporción de mujeres que a los 20 años ya habían tenido un hijo fue relativamente menor; no obstante, fue más del doble entre las mujeres de menor educación (74%) que entre sus contrapartes de mayor educación (29%).

Según ENDESA (2010). La estrecha relación entre un bajo logro educativo y una mayor probabilidad de maternidad durante la adolescencia se evidencia en las cuatro regiones de Nicaragua. Sin embargo en la región atlántica, donde la proporción de residentes que viven en la pobreza (61%) es la más alta, aun las mujeres con mas educación tienen mayores probabilidades que el promedio nacional de tener un hijo antes de cumplir 20 años, el 41% de ellas ha tenido un hijo durante su adolescencia.

1.4.2 Relación de educación con sobrepeso y obesidad: La falta de educación ocasiona que se dé el matrimonio a temprana edad y el desconocimiento acerca del control de la natalidad, trae como consecuencia un embarazo. El VIH es también una consecuencia en las mujeres sin educación. Falta de información acerca del VIH, y sus derechos sexuales hacen a las mujeres más susceptibles al VIH. La falta de educación hace que la pobreza aumente ya que las mujeres en edad fértil no tienen el conocimiento de los métodos de planificación lo cual hace que estas queden embarazadas constantemente teniendo así hasta más de 5 hijos. Además esto ocasiona los malos hábitos alimenticios de las mujeres embarazadas, Provocando así que las mujeres embarazadas tengan sobrepeso y obesidad ya que carecen de una buena nutrición sana.

La situación en los países de América Central como Nicaragua no es diferente. UNICEF afirma que la pobreza, la falta de educación y las pocas oportunidades caracterizan las vidas de muchas mujeres en esta región. El país tiene una excepcionalmente alta mortalidad maternal y el porcentaje de madres adolescentes son de 1 por cada 4 nacimientos. Las mujeres constituyen solamente el 30% de la fuerza laboral y ellas también juegan un papel limitado en el proceso político.

Según ENDESA (2010). La escolaridad es un factor de riesgo cuando las mujeres son: analfabeta, alfabetizada y tienen primaria incompleta. Ya que el mayor porcentaje de embarazo en adolescentes y mujeres mayores de 30 años la tienen las mujeres con menos educación.

1.5 Estado civil y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.5.1 Definición de estado civil: El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

1.5.2 Relación de estado civil con sobrepeso y obesidad: Según la Organización Panamericana de la Salud (2010). El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Las mujeres tienden a sufrir discriminación por estar embarazadas; no obstante, a medida que aumenta la edad y el tiempo de experiencia en el empleo, disminuye ese riesgo. "Esto nos sitúa en un escenario en el cual la mujer embarazada se enfrenta al rechazo y a la carencia de educación básica de calidad, y de empleo. Este problema es aún más complejo, pues al encontrarse la mujer en una maternidad tan desprotegida y muy posiblemente en depresión, podrían presentarse problemas de salud y afectar la conducta social de ella.

El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. En la literatura se han publicado múltiples artículos en el área de salud pública que han encontrado una asociación entre aquellas mujeres que se identificaron como "solteras" o "sin pareja" y la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato. Entre los malos resultados perinatales citados, se debe destacar: bajo peso al nacer (BPN), parto de pretérmino, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar.

Ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial, debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo que en ese sentido podrían ser tomados como un solo grupo poblacional.

1.6 Ocupación y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.6.1 Definición de ocupación: Es el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales, determinados por la Posición en el Trabajo.

1.6.2 Relación de ocupación con sobrepeso y obesidad: La buena salud, más un embarazo normal y si trabajo brinda un entorno seguro, las embarazadas con pueden trabajar hasta el día del parto o pocos días antes. Sin embargo, comenzar tu incapacidad por embarazo una semana o dos antes de la fecha prevista para el nacimiento, también es recomendable para descansar, prepararte para el nacimiento del bebé y relajarte un poco. Hacia el final de la gestación quizás te canses más fácilmente, por lo que es recomendable que no te esfuerces mucho.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2010). Algunos estudios muestran que las mujeres que trabajan en ocupaciones que exigen mucho desgaste físico durante el embarazo — levantando cosas pesadas, estando de pie por largos periodos, con horarios irregulares o excesivos, entre otras variables — tienen más probabilidades de dar a luz prematuramente, tener niños con bajo peso al nacer y desarrollar presión arterial alta durante la gestación. Las mujeres embarazadas que tienes un trabajo físicamente exigente tendrán que balancearlo con su estado actual.

1.7 Estatus socio económico y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.7.1 Definición de estatus socio económico: Es el estilo de vida basado en la cantidad de riqueza que tienes, y con el cual (muy capitalistamente) eres colocada en un nivel de la sociedad. Es cuando dicen que eres de "estatus" alto, medio o bajo, es

decir, ricos, sobrevivientes y pobres. El nivel socio económico del hogar se basa en un índice de bienes y servicios y características del hogar.

1.7.2 Relación de estatus socio económico con sobrepeso y obesidad: Parte de la población del país en los últimos años, se realiza este trabajo con el fin de determinar si existe relación, entre el nivel socio-económico de los padres y el pronóstico del recién nacido; tomando el tipo de institución como variable sustituta del nivel socio-económico y como afecta las variables: peso al nacer, número de controles prenatales, APGAR, tipo de parto, sexo y edad materna al momento del parto.

Según ENDESA (2010). En efecto el hecho, de que las mujeres hayan crecido en la pobreza o en la riqueza puede influir en su comportamiento reproductivo. Las mujeres de menores recursos económicos tienen más del doble de probabilidad de comenzar la maternidad que en sus contrapartes más acaudaladas.

1.8 Procedencia y sobrepeso en mujeres embarazadas

1.8.1 Definición de procedencia: Es el origen y causa que inducen a las mujeres embarazadas a padecer sobrepeso y obesidad durante el transcurso de su vida, lo que genera factor de riesgo para la embarazada y su hijo.

1.8.2 Definición de distancia: Según wikipedia . La distancia expresa la proximidad o lejanía entre dos objetos, o el intervalo de tiempo que transcurre entre dos sucesos. También se emplea como expresión para indicar una relación de alejamiento afectivo entre dos personas.

1.8.3 Transporte

A. Definición de transporte: Se denomina transporte o transportación (del latín Trans, "al otro lado", y portare, "llevar") al traslado de algún lugar a otro algún elemento, en general personas o bienes, pero también un fluido. El transporte es una actividad fundamental dentro del desarrollo de la humanidad.

1.8.4 Relación de procedencia con sobrepeso y obesidad: Según la Organización Panamericana de la Salud (2010). Las mujeres que viven en la zona rural tiene un mayor problema de obesidad y sobrepeso por no tener controles adecuado carecen de malos hábitos alimenticios. Las mayorías de estas mujeres no asisten a sus controles prenatales, lo que hace que ocasiona que ellas desconozcan las medidas generales del cuido durante el embarazo para logra un embarazo sin complicaciones.

2. CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE MUJERES EMBARAZADAS

2.1. Definición

2.1.1. Sobrepeso: Según Mosby Diccionario de Medicina. Es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura. El sobrepeso es una condición común, especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios.

2.1.2. Obesidad: Según Mosby Diccionario de Medicina. Es un enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. Según la definición clásica, la obesidad es un aumento de peso o un exceso de grasa corporal en relación con el peso estándar, que viene dado fundamentalmente por la talla, el sexo y la edad.

2.1.3. Diferencia entre sobrepeso y obesidad: Una persona puede caer en sobrepeso por alteraciones en el metabolismo, excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicios, también influyen los trastornos en la conducta alimentaria como la ansiedad. El sobrepeso es algo que se puede adquirir en el trayecto de la vida, por los malos hábitos, mientras que la obesidad es provocada por algún tipo de enfermedad, como el hipotiroidismo (la falta de hormonas tiroideas) o el exceso de cortisona (enfermedad de Cushing), las sintomatologías genéticas o el consumo de algunos fármacos (cortisonas, determinados antidepresivos y antiepilépticos). Las personas obesas tienen muy altos los factores que aumenta el hambre y benefician la acumulación de grasa y bajos aquellos que ayudan a bajar de peso y sentirse saciados.

IMC a pre embarazo.		Ganancia de peso recomendado en embarazadas.		
Clasificación.	IMC (Kg/m ²)	Durante todo el embarazo rango en libras.	II y III trimestre promedio libra / sema (rango)	Durante todo el embarazo, en embarazos múltiples libras.
Peso bajo.	<18.5	28 – 40	1 (1.0 – 1.3)	
Peso normal.	18.5 < 25	25 – 35	1 (0.8 – 1.0)	37 – 45
Sobrepeso	25.0 < 30	15 – 25	0.6 (0.5 – 0.7)	31 – 50
Obesa (Toda clase).	>30	11 – 20	0.5 (0.4 – 0.6)	25 -42

2.2. Tipo de sobrepeso.

2.2.1. Sobrepeso Leve: El incremento de masa corporal de la mujer embarazada con sobrepeso leve es de 25 a 26.9 IMC. El sobrepeso es considerado una enfermedad, ya que no solo afecta el cuerpo sino también la salud social del paciente.

2.2.2. Sobrepeso Moderado: El incremento de masa corporal del sobrepeso moderado es de 27 a 30 IMC. El sobrepeso es un factor de riesgo para la Diabetes mellitus, para la hipertensión, para los accidentes cerebro vasculares entre otros. La mayoría de los casos de sobrepeso se localiza en los países industrializados, donde la alimentación es abundante y la mayor parte de la población realiza trabajos que no requieren un gran esfuerzo físico.

Tipo de sobrepeso.	Incremento de masa corporal (IMC).
Leve.	25 a 26.9 IMC.
Moderado.	27 a 30 IMC.

2.3. Tipo de obesidad.

2.3.1. Obesidad Leve 30.0 a 34.9 IMC: Exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación. En general las madres obesas suelen ser de mayor edad y paridad que las gestantes no obesa y han adquirido o incrementado su grado de obesidad a lo largo de sus sucesivos embarazos.

2.3.2. Obesidad Moderada 35.0 a 39.9 IMC: Exceso de grasa subcutánea en el tronco y en el abdomen. La madre obesa presenta un riesgo 3.5 veces mayor que la no obesa de que su parto supere el termino y la mitad de probabilidades de que sea prematuro.

2.3.3. Obesidad Mórbida > 40 IMC: Exceso de grasa abdominal visceral. La obesidad mórbida trae como consecuencias varias afectaciones y alteraciones en el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo. El grado de riesgo depende entre otras cosas de la cantidad relativa de exceso de peso, la localización de la grasa corporal, cuánto se ha subido de peso durante la edad adulta y la cantidad de actividad física.

Tipo de obesidad.	Incremento de masa corporal (IMC).
Leve.	30 a 34.9 IMC.
Moderada.	35 a 39.9 IMC.
Mórbida.	> 40 IMC.

2.4. Incremento de masa corporal (IMC) Durante el embarazo:

2.4.1 Sobrepeso: Sólo debe aumentar de 15 a 25 libras (7 a 11 kg). Esto significa que debe aumentar una libra (0.5 kg) cada dos semanas durante el segundo y el tercer trimestre. Si bien no le conviene aumentar demasiado de peso, no debe intentar nunca bajar de peso durante el embarazo ya que podría ser perjudicial para la salud de su bebé.

2.4.2 Obesidad: Sólo debe aumentar de 11 a 20 libras (5 a 9 kg) durante el embarazo. Su profesional de la salud le recomendará lo mejor para usted. La paciente que inicia su embarazo con peso corporal en el rango de obesidad enfrenta retos y riesgos importantes en su embarazo. El reto fundamental es el de controlar la ganancia de peso según lo esperado para el IMC, la idea es que no se añada un exceso de kilogramos a un organismo cuyo peso ya es excesivo; esto es algo complicado porque la paciente obesa está acostumbrada a ingerir grandes porciones calóricas durante el día y el embarazo va a añadir una cuota extra de apetito.

3. HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

3.1 Definición de hábitos alimenticios: "Conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medio ambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra"

3.2 Definición de alimentación normal: Según Manual de dietas (nutrición) POLISAL. Es aquella en la que se observan las recomendaciones nutricionales básicas de un individuo sano con el fin de promover y mantener la salud. Estas necesidades varían según la edad, sexo estado fisiológico del individuo.

3.3 Objetivos de la nutrición materna durante el embarazo

- ❖ Promover un crecimiento y desarrollo fetal normal.
- ❖ Reducir el riesgo de malformaciones.
- ❖ Reducir riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.
- ❖ Reducir riesgo de obesidad y desnutrición post parto.
- ❖ Reducir el riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles.

3.4. Requerimiento nutricional en mujeres embarazadas

3.4.1 Proteínas: Las proteínas son macromoléculas compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. Si bien se reconoce la necesidad de proteína adicional para apoyar la síntesis de los tejidos maternos y fetales, es incierta la magnitud necesaria de tal aumento.

Según KRAUSE MAHAN (Nutrición y Dietoterapia) y Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). La eficiencia de utilización de proteína en las mujeres embarazadas al parecer es cerca del 70%. También son

variables las necesidades, aumentando con forme prosigue el embarazo y son mayores las demandas durante el segundo y tercer trimestre. El requerimiento alimentario recomendado actualmente es de 60 g de proteínas para las mujeres embarazadas representa de 10 a 16 g por día adicionales respecto a los requerimientos proteínicos en las mujeres no embarazadas. Entre estos alimentos que tienen proteínas tenemos: carne de res, frijoles rojos, frijoles de soya, huevo, leche.

3.4.2 Carbohidratos: Según zonadiet.com. Los carbohidratos son los compuestos orgánicos más abundantes de la biosfera y a su vez los más diversos. Normalmente se los encuentra en las partes estructurales de los vegetales y también en los tejidos animales, como glucosa o glucógeno. Estos sirven como fuente de energía para todas las actividades celulares vitales.

Según Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). No existe un requerimiento de carbohidrato ya que la mayoría de los aminoácidos, el glicerol de las grasas y algunos ácidos orgánicos se pueden convertir en glucosa. Entre estos alimentos que tienen carbohidratos tenemos: tortilla de maíz, papas, pan dulce, pan simple, arroz, pastas, pinolillo, avena, cebada, pinol,

3.4.3 Grasas: Según Manual de dietas (nutrición) POLISAL y diccionario de medicina OCEANO MOSBY. Son sustancia compuesta de lípidos o ácidos grasos de distinta forma o consecuencias. Las grasas son una fuente concentrada de energías sumamente útil para aumentar el aporte energético de la dieta sin aumentar su volumen.

Según Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). La ingestión de 1-2 % de la energía alimentaria en forma de ácido linoleico evita su deficiencia. Esto equivale a 2.2 – 4.5 g para embarazadas que consumen 2000 Kcal/día.) Entre estos alimentos que tienen grasas tenemos: mantequillas, manteca, margarina, tocino, jamón, carne de cerdo, crema, queso, aceite vegetal

3.4.4 Vitaminas Liposolubles: Según diccionario de medicina OCEANO MOSBY. Compuesto orgánico esencial, en pequeñas cantidades, para el normal funcionamiento fisiológico y metabólico del organismo. Durante el embarazo aumenta las demandas de estos nutrientes para satisfacer las necesidades del feto en crecimiento y mantener la salud de la madre.

a) Vitamina A: Durante el periodo perinatal, la vitamina A, puede ser importante para el crecimiento fetal. En la población humana con mal nutrición crónica, la deficiencia materna de vitamina A se asocia al crecimiento intrauterino retardado (CIR).

Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). Mantiene en buenas condiciones las membranas, es importante para el crecimiento y la formación de la glándula tiroides. Los alimentos que la contienen son: hígado, riñones, zanahorias, ayote, pipián, Chiltoma, plátanos, bananos, papaya.

El potasio es un mineral que se encuentra en la mayoría de los alimentos. Es importante en la salud porque mantiene los fluidos y minerales balanceados en nuestro cuerpo, también ayuda a disminuir altos niveles de hipertensión y riesgo de embolia, contribuye a la contractilidad muscular, y transmisión de impulsos nerviosos

La insuficiencia de potasio en el organismo provoca debilidad, irritabilidad, debilidad muscular, insomnio, disritmias, disminución o ausencia de movimientos intestinales, taquicardia y calambres, a la insuficiencia de potasio en el organismo se le llama Hipocalcemia.

Algunos alimentos con grandes contenidos de potasio son: Bananos 400mg de potasio, Plátano 465mg de potasio, Papaya 781 mg de potasio. Cabe mencionar que las personas que toman diuréticos necesitan potasio extra en su dieta., debido que estos causan perdida de potasio. La ingesta de potasio requerida durante el embarazo es de 3,100 miligramos, misma cantidad se necesita durante la lactancia.

b) Vitamina D: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). La deficiencia grave de vitamina D durante el embarazo causa osteomalacia materna que se asocia con CIR, raquitismo e Hipo calcemia neonatal, tetania y anomalías del esmalte dental. La administración de suplementos de vitaminas D a la mujer embarazada con deficiencia aumenta los niveles séricos maternos y fetales de calcifediol y disminuye la incidencia de bajo peso al nacer, Hipocalcemia, convulsiones del recién nacido osteomalacia materna. Las fuentes naturales de vitamina D son: aguacate

c) Vitamina E: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). El déficit de vitamina E se asocia a atrofia gonadal, reabsorción embrionaria y hemolisis no se han comunicado efectos adversos maternos o fetales por la deficiencia o exceso de vitamina E. estudios antiguos utilizaron vitamina E para el tratamiento de amenaza de aborto y del parto pre término, pero no se ha podido demostrar efecto beneficioso alguno. La principal fuente de vitamina E son los aceites vegetales, margarina y mantecas hechas de ellos. El germen de trigo, las nueces y varias hojas verdes también contienen cantidades importante.

d) Vitamina K: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). La deficiencia prenatal de vitamina K se observa con la utilización de anticoagulantes orales (inhiben la síntesis hepáticas de vitamina K atraviesan la placenta) la embriopatía por Wasfarina se asocia a la exposición durante las primeras 9 semanas de gestación y se caracteriza por hipoplasia nasal, depresión del puente de la nariz y en el 30 % de los casos retraso en el desarrollo.

La exposición durante el segundo y tercer trimestre puede causar una gran variedad de anomalías del sistema nervioso central (SNC) y oculares, posiblemente relacionadas con hemorragias fetal y fibrosis secundarias y muerte fetal. Sea sugerido la administración de vitamina K durante las últimas 2 semanas de gestación en mujeres bajo tratamiento con anti coagulantes para evitar la hipoprotombinemia y las hemorragias del recién nacido. La vitamina K se encuentra el tomate.

3.4.5 Vitaminas Hidrosolubles

a) Vitamina B6: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). Los efectos del déficit o el exceso de vitamina B6 sobre la madre y el feto son muy discutidos. Sin embargo no existen informes que relacionen el déficit materno de esta vitamina con malformaciones congénitas en el ser humano.

La exposición de la mujer durante largos periodo de tiempos a los anticonceptivos orales puede reducir las reservas de vitaminas B6. El uso de anti conceptivos prenatales durante más de 30 meses se refleja en niveles más bajos de piridoxina en el suero materno al 5º mes de gestación, en el momento del parto y en la sangre del cordón umbilical y en la leche materna al 3º y 14º días posparto, en comparación con las no usuarias o con una exposición inferior.

b) Vitamina B12: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). Las investigaciones sobre la etiología de los defectos del tubo neural (DTN) han encontrados bajos niveles de vitaminas B12 en las madres de fetos anencéfalos. Otros estudios no han podido demostrar relación alguna entre niveles bajo de vitaminas B12 y anomalías congénitas. Una deficiencia de vitamina B12 puede conducir a anemia megaloblástica. Este cuadro se asocia a infertilidad que responde a la suplementación vitamínica.

Es dudoso que la deficiencia de vitaminas B12 se asocie a recién nacidos de bajo peso, no se ha encontrado relación alguna entre la utilización de altas dosis de vitaminas B12 con complicaciones maternas o fetales. Es esencial para la formación de glóbulos rojos sanos, necesaria para la formación del sistema nervioso central del bebe..

c) Vitamina C: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). La posible relación entre la deficiencia de vitamina C y ciertas entidades clínicas específicas se basa en observaciones aislada. Así un estudio retrospectivo realizado sobre madre con deficiencia de vitamina C puede tener u efecto teratógenos aunque los resultados deben interpretarse con gran precaución,

además algunos estudios indican relación entre el déficit de vitamina C y rotura prematura de la membrana amniótica e HIE.

El potencial riesgo fetal de dosis excesiva de vitamina C no es conocida. El consumo de dosis muy alta de vitamina C por la madre durante el embarazo puede causar un escorbuto neonatal, al inducir una dependencia fetal intra uterina al asido ascórbico. Las mujeres con gestación múltiples requieren mayores cantidades de vitaminas C. las mujeres con alto riesgo de deficiencia deben recibir un suplemento de 50 mg/día y se le ha de recomendar el consumo de frutas y verduras al igual que las fumadoras. Las mejores fuentes de vitamina C son: piña, mango, granadillas, jocotes, naranja, melón, limón, melocotón, marañones.

d) FOLATOS: Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). La complicación más frecuente de la deficiencia de folatos es la anemia megaloblástica. La deficiencia de folatos y la exposición prenatal a los fármacos antagonistas de los folatos se asocian al aumento de malformaciones congénitas en la descendencia. La evidencia de que ciertos factores nutricionales pueden tener un papel en el desarrollo de los defectos del tubo neural (DTN) (anencefalo, encefalocele y espina bífida) en el ser humano se identifico por primera vez después de la segunda guerra mundial. La posibilidad de que los folatos estuvieren involucrados en este hecho fue señalado en 1964.

El ácido fólico es efectivo en el tratamiento de ciertas anemias y la psicosis. Se encuentra en las vísceras de animales, verduras de hoja verde, legumbres, frutos secos y granos enteros, como las almendras y la levadura de cerveza. El ácido fólico se pierde en los alimentos conservados a temperatura ambiente y durante la cocción. A diferencia de otras vitaminas hidrosolubles, el ácido fólico se almacena en el hígado y no es necesario ingerirlo diariamente.

Las causas de su carencia son la mala alimentación y un déficit de hidratación del folatos genético que es asintomático hasta que la mujer se queda embarazada. Si la

mujer tiene suficiente ácido fólico en el cuerpo antes de quedar embarazada, esta vitamina puede prevenir deformaciones en la placenta que supondrían el aborto, defectos de nacimiento en el cerebro (anencefalia) y la columna vertebral (espina bífida) del bebé por mal cierre del tubo neural en los extremos cefálico y caudal respectivamente. La espina bífida, un defecto de nacimiento en la columna, puede producir la parálisis de la parte inferior del cuerpo, la falta de control del intestino y la vejiga, y dificultades en el aprendizaje.

Si el feto sufre déficit de ácido fólico durante la gestación también puede padecer anemia megaloblástica, ser prematuro o presentar bajo peso al nacer. La madre puede sufrir eclampsia, un proceso que cursa con hipertensión y albuminuria. El ácido fólico también ayuda a mantener una matriz sana. Se encuentra en el hígado de ternera y pollo, en la leche y sus derivados. Encontramos en legumbres, cereales, vegetales de hojas verdes, el germen de trigo y las frutas. Los comprimidos de ácidos fólico deben de tomarse bajo supervisión médica y según indicación médica.

Según las normas del Ministerio de Salud (MINSA) las mujeres embarazadas se le establecen un nivel de consumo superior tolerable en 800 – 1000 mcg/día de suplemento.

e) Otras vitaminas B1, B2, B3

Vitaminas	Fuentes
B1	Cereales, vísceras, carne de cerdo, leguminosa, verduras, raíces y tubérculos, cebolla.
B2	Hígado, vísceras, carne, pescado, leche y productos lácteos.
B3	Pescado, carne, leguminosas y cereales.

3.4.6 Minerales y elementos traza: Los minerales son sustancias inorgánicas que el cuerpo utiliza para formar parte de su estructura o como factor esencial en diversas reacciones metabólicas. Los elementos traza son minerales que se encuentran en cantidad muy pequeñas, en los tejidos del organismo vivo. Entre estos alimentos que tienen mineral tenemos: leche de soya, pescado, mariscos.

a) Calcio: Este macromineral es el mineral con mayor presencia en el organismo y el cuarto componente del cuerpo después del agua, las proteínas y las grasas. El calcio corporal total, se aproxima a los 1200 gramos, lo que es equivalente a decir 1,5 a 2% de nuestro peso corporal. De esto, casi un 99% se concentran en los huesos y dientes el 1% restante se distribuye en el torrente sanguíneo, los líquidos intersticiales y las células musculares.

Según KRAUSE MAHAN (Nutrición y Dietoterapia) y Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). Tanto su carencia como su exceso son perjudiciales para la salud, ya que participa en la coagulación, en la correcta permeabilidad de las membranas y a su vez adquiere fundamental importancia como regulador nervioso y neuromuscular, modulando la contracción muscular (incluida la frecuencia cardíaca), la absorción y secreción intestinal y la liberación de hormonas. Los requerimientos nutricionales para las embarazadas consideran la pérdida del mineral por orina, piel, pelo y sudor. Los alimentos con mayor contenido de calcio son los productos lácteos, los frutos secos, las sardinas y las anchoas; ya en menor proporción en legumbres y vegetales verdes oscuros (espinaca, acelga, brócoli).

- **Función**

- ❖ Provee rigidez y fortaleza a huesos, dientes y encías.
- ❖ Ayuda en la regularidad de la frecuencia cardíaca, y en la transmisión de impulsos nerviosos.
- ❖ Previene enfermedades cardiovasculares, ya que disminuye los niveles de colesterol en sangre.

- ❖ Previene los calambres en la musculatura corporal, debido a que el músculo utiliza el calcio para realizar sus movimientos y contracciones.
- ❖ Es fundamental para que la sangre coagule adecuadamente.
- ❖ Es preventivo ante enfermedades como el cáncer.
- ❖ Contribuye a reducir la tensión arterial en personas con hipertensión arterial.
- ❖ Previene la osteoporosis (pérdida de masa ósea).
- ❖ Es activador de diferentes enzimas.
- ❖ Mantiene la permeabilidad de las membranas celulares.
- ❖ Es un coadyuvante de la actividad neuromuscular.
- ❖ Mantiene la piel sana.
- ❖ Durante el embarazo reduce la incidencia de la preeclampsia (hipertensión gestacional o aumento de la presión arterial con edema y/o proteinuria, proteínas en orina, que ocurre después de la 20 semana de gestación).

b) Fosforo: El requerimiento alimentario recomendado para el fosforo es el mismo para las mujeres embarazadas que para las no embarazadas. (1250 mg/días – 700 mg/días). Los requerimientos de fosforo no se conocen y las recomendaciones dietéticas son un tanto arbitrarias. Casi todos los alimentos contiene cantidades importantes de fosforo especialmente provienen de la leche y sus derivados, carnes, aves, pescados y verduras.

Función: El fósforo, junto con el calcio, es vital para la formación de los huesos y dientes. Esencial para la producción de energía a través de los alimentos así como para la constitución de las células.

c) Hierro: Este micro mineral u oligoelemento, interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo. La mujer embarazada debe de tomar entre 700 y 800 mg de hierro adicional, la mayor parte del cual es necesario durante la última mitad del embarazo, periodo en que son más intensas las demandas maternas y fetales. En las mujeres embarazadas suele recomendarse la suplementación oral para satisfacer todas las

necesidades y evitar la anemia ferropenia. Las carnes rojas son la principal fuente de hierro. El hierro inorgánico se encuentra en las leguminosas, cereales, verduras y frutas.

Función

Transporte y depósito de oxígeno en los tejidos: El grupo hemo o hem que forma parte de la hemoglobina y mioglobina está compuesto por un átomo de hierro. Estas son proteínas que transportan y almacenan oxígeno en nuestro organismo. La hemoglobina, proteína de la sangre, transporta el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del organismo.

Metabolismo de energía: Interviene en el transporte de energía en todas las células a través de unas enzimas llamadas cito cromos que tienen al grupo hemo o hem (hierro) en su composición.

Antioxidante: Las catalasas y las peróxidos son enzimas que contienen hierro que protegen a las células contra la acumulación de peróxido de hidrógeno (químico que daña a las células) convirtiéndolo en oxígeno y agua.

Síntesis de ADN: El hierro interviene en la síntesis de ADN ya que forma parte de una enzima (ribo nucleótido reductasa) que es necesaria para la síntesis de ADN y para la división celular.

Sistema nervioso: El hierro tiene un papel importante en sistema nervioso central ya que participa en la regulación los mecanismos bioquímicos del cerebro, en la producción de neurotransmisores y otras funciones encefálicas relacionadas al aprendizaje y la memoria como así también en ciertas funciones motoras y reguladoras de la temperatura.

Detoxificación y metabolismo de medicamentos y contaminantes ambientales: El Citocromo p450 es una familia de enzimas que contienen hierro en su composición y

que participa en la degradación de sustancias propias del organismo (esteroides, sales biliares) como así también en la Detoxificación de sustancias exógenas, es decir la liberación sustancias que no son producidas por nuestro organismo.

Sistema inmune: La enzima mieloperoxidasa está presente en los neutrófilos que forman parte de las células de la sangre encargadas de defender al organismo contra las infecciones o materiales extraños. Esta enzima, que presenta en su composición un grupo hemo (hierro), produce sustancias (ácido hipocloroso) que son usadas por los neutrófilos para destruir las bacterias y otros microorganismos.

3.5 Alimentos básicos en la dietas de las mujeres embarazadas.

Según Intervención basada en evidencia, la Mortalidad Neonatal. 2da edición Ministerio de Salud 2011.

Tipos de alimentos	Contenidos
Proteínas	Carne de res, huevo, frijoles de soya, leche, frijoles rojos
Carbohidratos	Papas, pan, leche, huevo, arroz, pastas, pinolillo, avenas.
Grasas	Mantequillas, manteca, margarina, tocino, jamón, carne de res , carne de cerdo, crema queso, aceites
Vitaminas	Hígado, riñones, mariscos, lácteos, carnes rojas, pollo. Frutas (naranja, limón, melón, papaya, piña, zapote, marañones, melocotón, Verduras (ayote, pipián, chayote, zanahoria, remolacha, pepino, papas, lechuga.
Minerales y elementos traza	Leche de soya, pescados y mariscos

4- ESTILO DE VIDA DAÑINO PARA LA SALUD EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO U OBESIDAD.

4.1. Factores de Riesgo: Según Redalyc.vaemex.mx. Todas aquellas características o circunstancias detectables en un individuo o grupo, asociadas a una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

4.2 Estrés: Según Charles Morris, Psicología, séptima edición 1992. Es el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción. Respuesta inespecífica del organismo ante un estímulo específico (calor, frío, temor, sueño, etc.) es siempre una respuesta de carácter fisiológica ante un agente estresor externo o interno, se produce una egresión de hormonas que producen cambios a distancia en diversas partes del organismo.

4.2.1. Tipos de estrés.

a) Eustres: Es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo e interno no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello. El Eustres permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso, el Eustres no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones, permite llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.

b) Distress: Según la página web www.efisioterapia.net/leer. Podemos definir distress como el estrés desagradable. Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga; va acompañado siempre de un desorden fisiológico, tales como aceleración de las funciones alejadas del punto de equilibrio (hiperactividad, acortamiento muscular, somatización y envejecimiento prematuro).

- c) **Estrés agudo:** Es el producto de una agresión intensa, física o emocional, limitada en el tiempo pero que supera el umbral del sujeto, da también respuesta o lugar a una respuesta intensa, rápida y muchas veces violenta, es capaz de realizar cambios en el estilo de vida de las personas, como generar enfermedades como úlceras gástricas, trastornos hipertensivos, cardiovasculares, cáncer entre otros.
- d) **Estrés Crónico:** Forma crónica prolongado en el tiempo, continuo no necesariamente intensa, pero exigiendo adaptación permanente; agotando las normas fisiológicas del individuo. El estrés crónico puede originarse por estrés postraumático como guerras, accidentes, violaciones sexuales y otras veces por el tipo de actividad laboral desempeñada (pilotos, ejecutivos médicos y docentes).
- e) **Distress por sub - estimulación:** Tomando en cuenta que poseemos un ritmo biológico; cuando nuestro cuerpo y mente se encuentra en un estado exagerado de reposo, nuestro organismo reacciona produciendo irritabilidad y fatiga, los cuales son índice de distress por sub- estimulación.

4.2.2 Causas de estrés.

Sociales: Todo desarrollamos una personalidad que nos libera y esclaviza a la vez, no es muy útil porque automáticamente reacciona frente a las situaciones cotidianas adaptándose a ellas sin apenas esfuerzo, y nos esclaviza porque una vez que el instinto se encarga de las respuestas las aplica con gran velocidad, aunque estas no sean adecuadas. No hemos tenido un entrenamiento para desarrollar nuestra personalidad como un mecanismo capaz de resolver problemas con eficacia y de adoptar mas adecuadamente ante la perspectiva que se nos presenta.

Todos tenemos una personalidad, pero no es nuestra, nos la han impuesto, nos han dicho que pensar, que religión es la verdadera, sistema político, país, idioma, literatura. Todas las personas no son exactamente iguales, como tampoco lo son los dedos de las manos., existen diferencias debido a los genes, a variaciones educativas y a rasgos

propios de cada población. Este conjunto de variables facilita el que haya diversos modos de reaccionar frente al estrés. Cuantas menos opciones tenga una persona., mayor será su nivel de estrés, por ejemplo el hablar solo un idioma nos esclaviza completamente pues solo me puedo expresar a través de este, mientras que las sociedades bilingües tienen más opciones y aquel que añade un tercer idioma a su acervo cultural adquiere más que palabras ya que se proporciona una visión distinta de los vocablos ,la realidad y su significado y aquel que añade un idioma como la música alcanza perspectivas que otros no pueden ni sonar .

Biológicos: Toda enfermedad genera una sobre carga inducida al organismo debido a la necesidad de adaptarse para superar la patología, y todo estrés afecta el sistema inmunológico favoreciendo la enfermedad y dificultando la recuperación.

Químicas: Existen sustancias como el alcohol, tabaco y las drogas, que son capaces de producir una demanda de adaptación al organismo que, cuando sobrepasa ciertos límites, impone una penalización para su funcionamiento. Esta imposición le obligara a actuar con una disminución de las posibilidades originarias que cada vez conforme las sustancias toxicas aumentan u otros estresores se manifiesten, irán exigiendo al cuerpo desempeñar sus funciones básicas con mayor deterioro, dificultando la nueva adaptación a un nuevo futuro esfuerzo.

Climáticas: Es comprensible que temperaturas extremas (frio, calor), lluvia, vientos altas etc. sean capaces de producir alteraciones emocionales y fisiológicas, como por ejemplo las personas que viven en los Andes modifican su química interna de forma que su sangre pueda absorber mas oxigeno, ello la vuelve más espesa y esta simple adaptación a la altura modifica sus expectativas de longevidad y dificulta a su vez nuevas adaptaciones.

El factor personalidad juega un papel importante en el cómo y porque el estrés percibido afecta a cada sujeto de forma distinta. Existen personas que son más susceptibles que otras a padecer estrés y con características de respuesta a los estresores muy definidas.

4.2.3 Manifestaciones del Estrés

- a. **Manifestaciones mentales.** Sensación de vacío, agotamiento, fracasos, impotencia, dificultad para la concentración, baja tolerancia a la frustración, comportamiento paranoide y agresivo hacia la familia, amigos y compañeros.
- b. **Manifestaciones físicas:** Cefalea, insomnio, algias musculares, úlceras gástrica, alteraciones en la alimentación, taquicardia, disnea, pérdida de peso, erupciones en la piel, picos hipertensión.
- c. **Manifestaciones conductuales:** Predominios de conductas adictivas y evitativas, aumento consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento laboral, académico y personal, distanciamiento con las familias y amistades, frecuente conflictos interpersonales en el trabajo y en el hogar, incapacidad de vivir de forma relajada, comportamiento de alto riesgo y conducta violenta.

4.2.4 Eventos desencadenantes de estrés y su puntuación: Según (Charle Morris. Psicología, Séptima edición 1992), (Revista Latinoamericana de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz revistalatinoamericana@fukl.edu) ISSN versión. Basados en datos estandarizados y aprobados internacionalmente tales como La escala de SRRS, siglas en ingles que significa: ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL. Basta con sumar el valor asignado a cada evento por los que pasa la gente en determinado momento de su vida, para conocer el nivel de estrés que sufre o está viviendo una persona.

Eventos desencadenantes de estrés en las mujeres embarazadas

Eventos	Valor o puntaje asignado
Falleció recientemente su esposo	100 pts.
Se divorcio recientemente	73 pts.
Se separo de su esposo	65 pts.
Planea matrimonio	50 pts.
Se está reconciliando con su pareja	45 pts.
Tiene problemas familiares	28 pts.
Murió algún familiar cercano	63 pts.
Algún hijo abandono el hogar	29 pts.
Le preocupa el embarazo	40 pts.
Ha tenido cambios en el sueño	16 pts.
Tiene dificultad en las relaciones sexuales	39 pts.
Ha tenido cambios en la alimentación	15 pts.
Cambio de domicilio	20 pts.
Despido laboral	47 pts.
Problemas económicos	31 pts.
Cambio de horario en sus actividades	20 pts.

a) Puntuación para la Clasificación del Estrés.

150 o menos es juzgada Estrés Normal.

200 a 299 Crisis Moderada de Estrés.

300 o más denota una Grave Crisis en la vida.

4.2.5 Las Respuestas al estrés se dividen en tres fases.

Fase de alarma: Es un medio de defensa ante una amenaza inminente y real, el cuerpo responde incluso sin que seamos conscientes de ello, y nos prepara para sortear los riesgos o enfrentarnos a él con todas las energías disponibles. De la relación inmediata se encarga el sistema neuroendocrino por medio de segregación de hormonas que aceleran pulso y respiración, y nos vuelven más excitables de forma que nuestra reacción pueda producirse rápidamente. El cuerpo se prepara a velocidad de vértigo para la lucha o huida y se reproducirán los cambios internos y si todo salió bien el cuerpo se recuperara con normalidad de este esfuerzo.

La adrenalina noradrenalina activan todos los sistemas para que funcione al límite, adecuándose a las necesidades de un escaso espacio de tiempo, el cortisol segregado colabora en la acción de recuperación aportando energía y produciendo efecto anti-inflamatorios. Es conveniente que una reacción tan poderosa repetida múltiples veces, por estresores menores, exige al cuerpo a someterse a una carga forzada, no exenta de riesgos la adrenalina nos consume y la cortisona ataca al sistema inmunitario cuando reaccionamos de forma excesiva ante cualquier estresor.

Fase de resistencia: Cuando la fase de alarma o se mantiene en el tiempo el cuerpo reacciona adaptarse al esfuerzo requerido (alturas, vecinos ruidosos etc.), si no puede hacerse nada para retornar al equilibrio orgánico original el cuerpo se adapta, el cuerpo continua funcionando pero no igual antes ejemplo (si ponemos sobrecarga a un automóvil este se adapta a tal situación, pero su vida útil disminuye en comparación a otros de su misma categoría que no fue sometido a sobre carga).

En el cuerpo humano los sistemas están mucho más íntimamente relacionados y conectados que en el caso del automóvil muchos serán los efectos secundarios de una fase de alarma repetida ya que afectar el funcionamiento del organismo, la forma de ver la vida se ve modificado, nuestras limitaciones se añaden a las anteriores. Lo peor es que esto puede llegar a suceder, tan lentamente incluso sin que nos demos cuenta o incluso lo consideramos normal, ya que todo este proceso lo realiza el sistema nervioso autónomo. Dentro de las manifestaciones clínicas están la fatiga crónica que no desaparece con el reposo problemas circulatorios várices, sensación de pesadas en los miembros inferiores, dolor epigastrio, problemas digestivos (estreñimiento, diarrea, tics nervioso, insomnio y conductas adictivas).

Fase de agotamiento: Es el momento en que el cuerpo no puede continuar el esfuerzo, las energías se acaban, el equilibrio interno después de estar amenazado largo tiempo se rompe, el sistema inmune se va afectando, la capacidad de resistencia a los agentes patógenos de cualquier tipo disminuyen y la enfermedades aparecen, si el desgaste previo a sido suficiente la vida corre peligro, en caso contrario el cuerpo se

recupera tras un descanso, aunque quedan secuelas parciales derivadas del colapso sufrido tales como accidentes cardiovasculares, hipertensión arterial, úlceras gástricas,, cáncer e infecciones, estas tienen puerta abierta en un organismo debilitado, y susceptible a todas estas complicaciones.

4.2.6 Relación Estrés Embarazo: Según Michel Odent prestigioso obstetra francés, refiere que la principal preocupación del equipo de salud y familiares que rodean a una embarazada debería ser su bienestar emocional ya que este es primordial para el desarrollo del bebe intrauterino e incluso para su salud futura.

Refiere que diversos estudios que se han venido realizando señalan que el estrés intenso durante el embarazo tales como presión laboral, maltrato en la pareja, muerte de un familiar cercano embarazo no deseado entre otros puede tener importantes repercusiones. Una de las consecuencias del estrés materno intenso mas señalada en la última década es la mayor incidencia de partos prematuros y bajo peso al nacer, según los investigadores esto sucede debido a los niveles elevados de hormonas del estrés asociados con la depresión, ansiedad, como el cortisol, pueden reducir el aporte sanguíneo a la placenta induciendo así el parto prematuro.

Un nuevo estudio publicado en agosto 2009 por American Journal of Public Health, muestran que el trabajo intenso o jornadas laborales mayor de 32 horas semanales en el primer trimestre de gestación está asociado con bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional este estudio se aplico a 8,226 mujeres sobre sus condiciones de trabajo.

Un reciente estudio realizado en Dinamarca a 19,282 mujeres embarazadas sobre el impacto del estrés psicológico sobre el riesgo de muerte fetal reflejo que, la muerte fetal ocurrió después de las 28 semanas de gestación en un 66% de los embarazos (0.34%) y las mujeres con niveles altos de estrés tuvieron un riesgo aumentado del 80%, otras con niveles intermedios 0.34% del total de embarazadas, cabe mencionar que el estudio tuvo en cuenta la posible influencia de factores como la edad materna, número de hijos, incremento de masa corporal antes del embarazo consumo de tabaco, alcohol,

drogas, estado civil y nivel de estudio sin que ninguno de estos factores alterase los resultados. Tampoco cambiaron los resultados al excluir a mujeres con complicaciones durante el embarazo como diabetes, hipertensión arterial y sangrados vaginales.

Se analizó que niveles elevados de estrés se asocian con casi el doble de muerte fetal, además consideran que el estrés, la depresión y la ansiedad se asocian con elevados niveles de hormona del estrés, como las catecolaminas (en estudios con animales se ha visto que los niveles elevados de catecolaminas coinciden con una reducción del flujo sanguíneo a la placenta y asfixia fetal). Se analizó además que el consumo de tabaco, alcohol, y drogas son más comunes en mujeres que sufren de estrés. También relacionaron el estrés durante las primeras semanas de embarazo con inadecuado desarrollo del cuerpo calloso y el cerebro, destrucción de neuronas y sinapsis (conexiones entre neuronas) y la inhibición del desarrollo déntrico., el estrés puede causar alteraciones en las habilidades intelectuales, de comportamiento y lenguaje.

En el año 2004 investigadores canadienses, publicaron los resultados de un estudio realizado en 1998 a raíz de una tormenta de hielo en Quebec, donde un gran número de embarazadas estuvieron sometidas a elevados niveles de estrés se les dio seguimiento a estos embarazos y a sus hijos por un periodo de dos años. Así se observó que cuanto severo había sido el nivel de estrés prenatal, menor era el desarrollo de las habilidades intelectuales y del lenguaje de los mismos niños a los dos años especialmente si la exposición al estrés se había producido en las fases tempranas del embarazo.

Más reciente en Marzo del 2007 un equipo del Institute of Reproductive and Developmental Biology, del Imperial College London. Publicó una revisión de un conjunto de estudios que vinieron mostrando que si una madre sufre estrés durante el embarazo es más probable que su hijo tenga problemas emocionales o cognitivo, tales como riesgo de déficit de atención, hiperactividad, ansiedad y retraso en el desarrollo del lenguaje. Los investigadores reconocían no saber todavía qué forma de ansiedad o estrés materno son los más perjudiciales, pero sugieren que la relación de la pareja puede ser importante a este respecto. También señalaban que la magnitud de

estos efectos es clínicamente significativa, ya que un 15% de los problemas emocionales o del comportamiento se deberían a estrés o ansiedad prenatal.

La actividad del eje hipotalámico hipofisario Adrenal y su liberación de la hormona liberadora de cortisona, está bajo la influencia del estrés, a través de los niveles de cortisol sanguíneo. El entorno fetal puede verse alterado si el estrés de la madre altera su perfil hormonal, y se sabe que hay una relación directa entre los niveles de cortisol materna y fetal. No obstante, aun no se conoce con exactitud los mecanismos implicados en esta interacción: Por ejemplo la respuesta del cortisol materno al estrés se reduce a lo largo de la gestación y al principio del embarazo, la conexión entre el cortisol materno y fetal no es tan fuerte.

Es posible que los efectos del estrés y la ansiedad materna en el desarrollo del feto puedan verse atenuadas, como la alimentación durante el embarazo. Se ha sugerido que un estado de hipervigilancia o ansiedad, o la actividad intensa del eje hipotalámico hipofisario Adrenal (H.H.A) pueden ser una respuesta adaptativa al estrés ambiental durante la evolución, pero persiste en forma de vulnerabilidad a los trastornos del , la hipervigilancia en el niño no es necesaria, muy por el contrario es vista como un problema, y no como una ventaja.

4.2.7 Existen tres tipos de personalidad las cuales se clasifican en A.B.C.

Personalidad tipo A: Caracterizada por vivir dependiendo del distress. Todo ha de hacerse para ayer, además de ser urgente es importante que así sea, se ha de hacer rápido el límite de tolerancia para los errores se aproxima a cero. No solo se mueve rápido sino que come de forma apresurada, habla a toda velocidad, tiempo pasa de prisa y la vida se consume así como una vela azotada por el viento el estado de alarma y la impaciencia son su ecosistema. Para ellos la vida es una batalla que hay que vencer, para que unos venzan otros tienen que perder es su filosofía, y en base a ella ha de actuar. El estado de alerta permanente somete al corazón a un castigo incesante, no es de extrañarse que las patologías que afectan al sistema circulatorio causen estragos entre este particular grupo de población.

Personalidad tipo B: Una conducta tipo b supone un modo de aceptación negativa, las cosas suceden, no parece que pueda hacer por incidir sobre los resultados de las acciones, nada de lo que se hace parece dar los resultados apetecidos, nunca cobra uno su seguro de vida ¿prisa para qué? de todas formas da igual, nada bueno ocurre. Aunque goce de una salud aceptable, de un trabajo tolerable de una casa etc. no se da cuenta no percibe lo que tiene; sino lo que le falta. No es de extrañarse que ese estado de sufrimiento perpetuo lleve en ocasiones a estados depresivos, y se generen patologías de carácter degenerativo, se provoca un envejecimiento mental y físico prematuro.

Personalidad tipo C: Es la más escasa y la más saludable, no es lo contrario al tipo A ni al tipo B, es diferente, tiene sus urgencias pero es paciente con ellas sabe manejar el tiempo y cuida su cuerpo no tiende a hacer muchas cosas a la vez y establece un orden de prioridades.

Por lo general intenta activamente de disfrutar la vida, sabe que no es fácil pero aspira a ello, no espera que los demás lo comprendan, ayuda a otros, pero no espera nada a cambio, tiene confianza en sí mismo y no busca aceptación ajena los demás no son motivo de inseguridad en su vida ,disfruta de la compañía sin sentirse coartado por ella en resumen sabe que la vida dura un tiempo, lo aprovecha, sabe que hay sufrimientos y deleites, sufre con unos y goza con otros, no se queda sometidos a la droga del sufrimiento como lo hacen la mayoría, no critica, Intenta vivir de forma comprometida la salud es su compañía.

4.3 Drogas: Según Organización Mundial de la Salud (2010). Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular e endovenosa). Capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, provocando una alteración física y psicológica, capaz de cambiar el comportamiento de las personas generando adicción o dependencia y a la vez tolerancia en los consumidores.

EL Tabaco es la adicción crónica a la nicotina la cual produce dependencia física y psicológica al igual que múltiples afectaciones al organismo, tales como cáncer, problemas respiratorios, circulatorios, incapacidad física y la muerte. Al igual que el tabaco, el ingerir alcohol durante el embarazo provoca mal formaciones congénitas y el llamado síndrome alcoholismo fetal, esta es la principal causa de retardo mental que si se puede prevenir.

El alcohol es otra droga que afecta severamente al organismo; deprimiendo el sistema nervioso central variando algunas de sus principales funciones y a la vez afectando órganos vitales. Los expertos recomiendan la abstinencia durante el embarazo, incluyendo las cervezas y las bebidas a base de vino. Según un estudio realizado en Reino Unido, dice que hay riesgo de malformaciones congénitas y retardo mental, incluso en mujeres que ingirieron alcohol antes del embarazo.

4.3.1 Consecuencias del tabaco y el alcohol en el embarazo

Alteraciones en la placenta los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos, igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental este contaminado por humo del tabaco, sumándose por ello en muchas gestantes la exposición de su tabaquismo directo al pasivo procedente de la contaminación ambiental.

La placenta de estas mujeres es mucho mayor que aquellas otras que no fuman durante el embarazo o nunca han sido fumadoras. Se entiende esta respuesta como una compensación para contrarrestar la falta de oxígeno inducida por el tabaquismo de la madre.

Al ser mayor el tamaño de la placenta en estas mujeres, aumenta la frecuencia de placenta previa, con mayor riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragias de la misma y rotura precoz de membranas. Todas estas complicaciones ocurren con mayor frecuencia en aquellas fumadoras que tienen un grado de consumo alto.

Diversos estudios han confirmado que la incidencia de complicaciones de la placenta es mayor en los embarazos de las mujeres fumadoras que en aquellas que no lo son. Se observa una relación causa-efecto, ya que las fumadoras severas sufren más alteraciones que las fumadoras ligeras. Estas complicaciones conllevan un alto riesgo de nacimiento prematuro y pérdida fetal o neonatal y están relacionadas como causas de muerte en las muertes relacionadas con el nacimiento de los hijos de madres fumadoras. El abandono del consumo de tabaco cuando se confirma el embarazo, sitúa a estas mujeres en una situación prácticamente similar, en cuanto a efectos adversos para el feto se refiere, al de aquellas mujeres que nunca han fumado.

La cocaína es una droga más poderosa y mucho más dañina para el organismo aun cuando el consumo de esta sea menos frecuente que el alcohol y el tabaco sus efectos son más graves que los antes mencionados.

4.3.2 Relación embarazo y cocaína.

Se han detectado múltiples problemas en recién nacidos de madres que han hecho abuso de cocaína durante el embarazo. La cocaína durante el embarazo puede ser causa de abortos espontáneos, partos prematuros, desprendimiento placentario y anomalías neurológicas en el bebé. También está asociada con la aparición de ciertas anomalías congénitas a nivel del sistema génito-urinario, obstrucciones intestinales, y reducción en la longitud de los miembros, como así también amputaciones de los mismos o de los dedos. Todas estas alteraciones son debidas a los efectos de la cocaína a nivel vascular, especialmente de las arterias.

La cocaína tiene un efecto vasoconstrictor (disminuye el diámetro de las arterias) y como consecuencia, al disminuir el aporte de sangre, disminuye también la llegada de oxígeno y nutrientes a esas regiones con vasoconstricción. El resultado de todo esto es la falta de crecimiento de los órganos mal vascularizados. En muchas ocasiones la mujer que hace abuso de cocaína, también ingiere otras sustancias nocivas, que aumentan aún más los riesgos para el bebé.

4.3.3 Efectos de las drogas en el embarazo: Reduce la ingesta de alimentos en la embarazada, causa vasoconstricción provocando daño al feto por disminución de aporte de oxígeno, nutrientes y aumento de la FCF; provocando RCI, adicción congénita, mal formaciones congénitas y en ocasiones muerte intrauterina.

4. ACCIONES DE ENFERMERÍA PARA LAS EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

5.1. Labor de enfermería en:

5.1.1. Educación para la salud: Es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.

Según Universidad de Concepción. Programa de Estrategias contra la Obesidad. El obeso debe conocer todo lo relacionado con la obesidad, por lo que la información constituye un pilar fundamental. Lo ayudará a comprender su problema y a erradicarlo adecuadamente.

a) Acciones para evitar el sobrepeso y obesidad.

- Orientan caminar como mínimo 30 minutos diarios.
- Orientan realizar ejercicios de estiramiento.
- Orientan realizar pausas activas en el trabajo.
- Orientan realizar ejercicios 30 minutos 3 veces por semana.
- Orientan que adapten la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo.

5.1.2. El apoyo psicológico: Según Universidad de Concepción. Programa de Estrategias contra la Obesidad. Es un aspecto de mucha importancia en el tratamiento de estos pacientes, ya que una gran parte de los obesos son muy ansiosos, y esto le da más apetito, además es importante descubrir las motivaciones que puede llevar a cada paciente a interesarse por el tratamiento de reducción del peso corporal.

a) Acciones de enfermería.

- Brinda consejería de aceptación del problema.
- Brinda consejería de cómo controlar su ansiedad así como su alimentación.
- Brinda consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad.

5.1.3. Educación alimentaria: Las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad durante el embarazo deben de consumir los siguientes nutrientes.: proteínas. Carbohidratos, grasas, vitaminas hiposolubles, vitaminas hidrosolubles y minerales y elementos traza. Si la embarazada consume otros tipos de alimentos que no requieran de estos nutrientes pueden afectarla provocando complicaciones en su embarazo y en el feto.

Porción nutricional			
Nutrientes	Grupos de alimentos	Cantidad necesaria	Ejemplo de porción
Calorías	Cereales	6 onzas	1 rebanada de pan, 1 taza de cereal listo para comer o ½ taza de arroz, pastas o cereales cocidos puede consideraras como 1 onza del grupo de cereales.
Proteínas	Carnes y frijoles	5.6 onzas	2-3 onzas de carne: res, aves, pescado. ½ taza frijoles cocinados, 1 huevo, 2 cucharaditas de mantequillas de maní, ½ taza de nueces o semillas, equivale a 1 onza del grupo carne y frijoles.
Calcio	Leche	3 taza	1 taza de leche o yogur, 1 ½ onza de queso natural o 2 onzas de queso procesado, puede ser considerado como 1 taza del grupo leche. Sardinias.
Vitaminas y Minerales	Frutas	1 ½ - 2	1 taza de frutas o jugos de frutas 100%, o ½ taza de fruta seca puede considerarse como 1 taza del grupo frutas.
	Vegetales	2 ½ tazas	1 taza de vegetales crudos, cocidos o en jugos o 2 tazas de hojas verdes crudas pueden ser consideradas como 1 taza del grupo vegetal.

a) Acciones para evitar el sobrepeso y obesidad.

- Orienta que consuman alimentos ricos en proteínas (carne de cerdo, res, pollo, pescado, etc.) y carbohidratos (arroz, pastas, pinolillo, avena, pan, etc.)
- Orienta que consuman alimentos ricos en grasas en poca cantidad (mantequilla, crema, etc.)
- Orienta que consuman alimentos ricos en vitaminas A, C, D, E, K, (huevo, pescado, hígado, riñones, zanahoria, margarina, nueces, hojas verdes, cereales, tomate, limón, frutas, piña, naranjas, etc.)
- Orienta que consuman alimentos ricos en vitaminas B1, B2, B3, B6, B12, (carne de pollo, cerdo, pescado, huevo, hígado, cereales, leche, viseras, verduras, etc.)
- Orienta que consuman alimentos que contienen ácido fólico (hoja de jocote, ayote tierno, hoja de yuca, etc.).
- Orienta que consuman alimentos ricos en calcio, fósforo, hierro (leche, yogurts, pescado, frutas secas, verduras, sopa de frijoles, etc.)

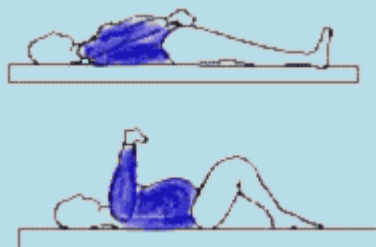
5.1.4. Ejercicios Prenatales: Según Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. 1996. Ayuda a preparar para el parto, al aumentar su resistencia y vigor, consume calorías que se puede ingerir en exceso, oxigena más la sangre y por consiguiente la del bebé y mejora considerablemente la condición física, indispensable para llevar sin complicaciones las etapas finales del embarazo.

Los beneficios del ejercicio durante el embarazo son: una mejoría en la postura y apariencia, alivio del dolor de espalda, músculos más fuertes para la preparación para el trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas, una mejoría en la circulación, aumento en la flexibilidad, aumento/mantenimiento de la condición aeróbica, aumento en el nivel de energía y menos fatiga, reducción en la tensión de los músculos que promueve el relajamiento, promoción de los sentimientos de bienestar y de una imagen positiva de usted misma, e cual ayuda a las mujeres a tener un parto excelente.

1 - Sentada con la espalda recta y las piernas dobladas, apoyando planta con planta, sostener los brazos a la altura de los hombros, levantar contrayendo, doblando codos y bajar a la altura de los hombros nuevamente, repetir 8 veces.



2 - Acostada boca arriba, levantar los brazos al mismo tiempo que contraes tus músculos abdominales y levantas tus piernas dobladas, este ejercicio también puedes hacerlo tomando con ambas manos tus músculos abdominales una vez contraídos, levantando las piernas dobladas, repetir de 6 a 8 veces.



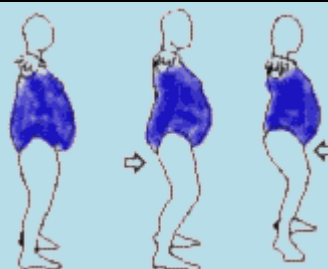
3 - Sentada con la espalda recta, dobla y contrae los brazos y ciérralos al frente apoyándolos con fuerza, sube y baja los brazos, repite de 6 a 8 veces.



4 - Colócate en cuclillas, manteniendo recta la espalda, de preferencia apoyando los talones en el piso, sin dejar que los pies roten demasiado hacia afuera o adentro, empuja las rodillas con tus brazos para estirar los músculos de la parte inferior del muslo.



5 - De pie con la espalda y piernas rectas y abdominales contraídas, contrae los perineales (músculos alrededor de la vagina) y contar de 1 a 8, bajar lo más que se pueda, abriendo más las piernas relajando los músculos perineales, contando de 8 a 1. Repetir de 4 a 6 veces.



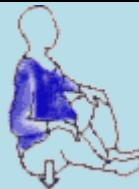
6 - De pie con la espalda recta, piernas abiertas y brazos extendidos, bajar el brazo para tocar el pie del mismo lado que has girado hacia afuera, cambiar al otro lado y repetir cuatro veces de cada lado.



7 - a) Con el abdomen contraído, rodillas separadas, estira la espalda y la cabeza, llevando los brazos hacia adelante estirados. b) Deja caer el peso de los glúteos hacia atrás recargándolos entre los pies, estirando la espalda, descansar la cabeza y los brazos, mantener esa posición por unos segundos, repetir de 4 a 6 veces.



8 - Sentada con la espalda recta, junta las plantas de los pies, haciendo presión sobre las rodillas con las manos, para tratar de tocar la superficie del piso con ellas.



9 - Acostada con la espalda pegada al piso, y una pierna doblada, subir la otra cuando se inspira profundamente llevando el pie en arco, al bajar, contraer los músculos abdominales y expirar. Repetir 8 veces con cada pierna.



10 - Con las palmas y las rodillas apoyadas en el piso sin doblar los codos, extender la columna (como gato erizado), lo máximo posible hacia arriba, por unos segundos y volver a la posición original. Repetir 10 veces.



11 - De pie con las piernas separadas y la espalda recta, bajar abriendo las piernas, ponerse en puntas, bajar en puntas y asentar los pies en el suelo, repetir de 4 a 6 veces.



12 - Apretar firmemente palma contra palma, codos levantados, contraer los pectorales y aflojar; repetir de 8 a 12 veces. Tomar con las manos los antebrazos y levantar los codos a la altura de los hombros, hacer presión, para tensionar los músculos pectorales. Repetir de 12 a 16 veces.



5.2. Contraindicaciones en prácticas de actividades físicas, terapéuticas y profiláctica durante el embarazo.

Es necesario tener en cuenta que aquellas gestantes que no tengan permiso de su médico, que abortan con facilidad o tienen sangrado, las que padecen de fiebre reumática o las que presenten patologías propias del embarazo que limite su participación en alguna actividades físicas no deben hacer ejercicios durante el embarazo.

ABSOLUTAS.	RELATIVAS.
Miocardopatía activa.	Anemia.
Fiebre reumática tipo II o superior.	Anemia y alteraciones de la sangre.
Tromboflebitis.	Disfunción tiroidea.
Embolismo pulmonar.	Diabetes (si existiera hipoglicemia o hiperglucemia con cetosis).
Infecciones agudas.	Asma bronquial.
Riesgo de parto pre término.	Obesidad excesiva.
Cérvix incompetente.	Embarazo múltiple.
Pérdidas endometriales.	
Sospecha de distress fetal.	
Aborto espontáneo.	
Placenta previa.	
Miomas.	

5.3 Principales Objetivos de las Actividades Físicas Terapéuticas y Profilácticas para una mujer embarazada con sobrepeso y obesidad son:

- Mantener activa a la gestante durante el embarazo.
- Fortalecer la musculatura y las articulaciones que tienden a experimentar grandes sobrecargas durante el embarazo y el parto (abdominal y perineal)
- Mejorar y acortar el trabajo de parto.
- Acortar el tiempo de hospitalización post parto.
- Reducir las cesáreas
- Acortar el tiempo de recuperación de la embarazada durante el puerperio.
- Favorecer el suministro de oxígeno a la madre y el feto.

- Contribuir al mejoramiento de las funciones cardiovascular, respiratoria, metabólica y nerviosa, entre otras.
- Controlar el aumento de peso innecesario.
- Prevenir fenómenos de estasis en la pelvis y miembros inferiores, facilitando el retorno venoso.
- Crear predisposición positiva y la seguridad psicológica de que el esfuerzo en el parto se hará en forma adecuada y eficaz.
- Conjuntamente con la psicoprofilaxis, sustituir el reflejo condicionado parto – dolor, desviando el foco de atención hacia un trabajo que vincule la contracción uterina a una acción activa de la mujer (respiración – relajación).
- Durante el puerperio se persigue restablecer el tono muscular, las dimensiones tendinosas y el equilibrio, así como recupera la figura.

5.4. Signos de peligro de las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad.

- Sangrado transvaginal
- Dolor pélvico o abdominal
- Persistente dolor de espalda
- Edemas de las manos y rostro
- Cefalea severa, visión borrosa
- Las contracciones regulares antes de las 37 semanas
- No Movimientos fetales

6. SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADA CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

6.1 Satisfacción: Según Karina Rey Martin. Desde el punto de vista del usuario la satisfacción de sus necesidades de atención es la forma de medir la eficacia del sistema de salud por excelencia. Según (Fuente: Anales de documentación n.3200.). La satisfacción del usuario se trata de una medida por medio de la cual se quiere valorar si un servicio de salud cumple con su meta principal, que es ofrecer servicios de calidad que satisface al usuario. La satisfacción es juzgada en términos de efectividad, para medir hasta que punto un servicio de salud está cumpliendo con la satisfacción desde la perspectiva del usuario.

6.2. Cuidados humanizados de Enfermería: El cuidado del ser humano es la esencia de la práctica de enfermería. Para Watson el objetivo de enfermería consiste en facilitar la consecución a las personas de un mejor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, auto curación y auto cuidado, al mismo tiempo que aliente un aumento de la diversidad, protección de la dignidad humana.

6.3. Percepción de Cuidado de Enfermería: La percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, para poder tener conciencia de lo que le rodea en la relación ser enfermo – ser cuidado. Esta percepción del cuidado hace referencia a la impresión que subyace de esta interrelación en el momento de “cuidar a otro” y como se exteriorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y aquel denominado cuidador

6.4. Percepción del comportamiento y cuidados humanizados de enfermería: Es definida como el proceso mental, mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtiene momentos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado, se debe tener en cuenta que en el proceso de la percepción es sugestiva, sin

embargo algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador – ser cuidado para motivar la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

6.5. Calidad de atención en salud: Según Ministerio de Salud. Sistema de garantía de Calidad del sector Salud (MINSA). Es la presentación de servicios que cumplen estándares técnicos de excelencia, y que se dan con prontitud, calidez, equidad, eficacia y eficiencia; son accesibles a la comunidad y dan un alto grado de satisfacción a las y los usuarios.

Calidad: Según Ministerio de salud. Ley general de salud. Se basa en una metodología que evalúa la institución de salud en su conjunto generando cambios necesarios, para mejorar los procesos, alcanzar metas establecidas y optimizar los recursos existentes. Se realiza con la participación de los usuarios y personal de salud de todos los perfiles y servicios.

Equidad: Según Ministerio de salud. Ley general de salud. Es la oportunidad que tiene la población en general de acceder a los servicios esenciales de salud privilegiando los sectores vulnerables para resolver los problemas de salud.

Gratuidad: Según Ministerio de salud. Ley general de salud. Es garantizar la gratuidad de la salud para sectores más vulnerables priorizando los programas Materno Infantil, tercera edad, y discapacitados.

Eficiencia: Según Ministerio de salud. Ley general de salud. Es optimizar los recursos del sector social a fin de brindar los servicios esenciales que demanda la población.

Sostenibilidad: Según Ministerio de salud. Ley general de salud. Es garantizar la viabilidad del sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud de manera que no decaiga o se extinga por factores políticos,

culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza considerando los límites propios en materia de recursos disponibles.

6.6 Estándares de calidad de la atención de la embarazada.

- 1- Antecedentes personales y obstétricos.
- 2- Medición de talla.
- 3- Examen de mamas.
- 4- Semanas de amenorrea.
- 5- Medición de peso.
- 6- Determinación de presión arterial.
- 7- Medición de altura de fondo uterino.
- 8- Auscultación de frecuencia cardiaca fetal a partir de las veinte semanas de gestación.
- 9- Movimientos fetales a partir de las dieciocho semanas.
- 10-Vacuna DT
- 11-Exámenes de laboratorio.
 - a. Grupo y RH
 - b. PAP
 - c. RPR
 - d. Cinta reactiva / EGO
 - e. Hemoglobina
 - f. Prueba voluntaria de VHI
 - g. Consejería
- 12-Evaluación del estado nutricional en base al IMC en la captación precoz.
- 13-Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno.
- 14-Micronutrientes

Fuente: Dirección General de Extensión y Calidad de la atención.

Indicadores de la atención de la embarazada, parto, puerperio y sus complicaciones.)

6.7 Tipos de atención.

Activa y Voluntaria: Cuando se orienta y protege mediante un acto consiente, volitivo y con un fin de utilidad práctica y en su aplicación se busca aclarar o distinguir algo.

Según Luria (1988) basado en la teoría de Vigotsky, apoya el origen social de la atención voluntaria que se desarrolla a través de la interrelaciones del niño con los adultos, quienes en un inicio guían su atención, esta se activa ante una instrucción verbal y se caracteriza por ser activa y constante. Según [Wikipedia.org/wiki/atenci3n-1](https://es.wikipedia.org/wiki/Atenci3n). La atención voluntaria es suprimida fácilmente cuando se da una respuesta de orientación, por ejemplo cuando el niño se distrae ante un nuevo estímulo.

Activa e Involuntaria: Según Luria (1988). La atención involuntaria tiende a ser pasiva y emocional, pues la persona no se esfuerza, ni orienta su actividad hacia el objeto y situación, tampoco está relacionado con necesidades, intereses y motivos inmediatos. Una de las características más importantes es la respuesta de orientación que son manifestaciones electros fisiológicos, motores y vasculares que se dan entre estímulos fuertes y novedosos tal respuesta es innata

Pasiva o Habitual: Según Luria (1988). Es atraída sin esfuerzo por que el objeto es grato y es este que lo orienta.

6.8. Tiempo de espera: Promedio de tiempo que transcurre entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio y el inicio de su atención.

Actualmente el Ministerio de Salud tiene tiempo de espera normado solamente para las cirugías programadas que no deben de ser mayor de dos meses. El tiempo de espera de un paciente depende del área o servicio que el paciente demande ya que cada área tiene sus propias características (emergencias, consulta externa,) en atención primaria ingresos de embarazo, puerperio y recién nacidos o consultas generales de igual forma los puestos de salud tienen sus propias características por lo tanto las normas que regulaban y normaban el tiempo de espera son obsoletas. Fuente: Doctor Rafael

Gutiérrez Sub Director SILAIS Granada (.Este dato fue brindado de forma verbal ya que actualmente el ministerio de salud está trabajando para mejorar la atención a la población, pero no se cuenta hasta el momento con tiempo normado como el que existía en década pasada.

Basados en datos del ministerio de salud a través de encuestas realizadas en los principales Hospitales de Managua en los diferentes servicios en el mes de Abril del año 2011, para medir la satisfacción de los usuarios en la atención brindada por los diferentes profesionales de la salud. En esta encuesta se mide el tiempo de espera del usuario desde su ingreso a la unidad de salud, hasta el momento de ser atendido; el tiempo que dura la consulta y el nivel de satisfacción con el tipo de atención recibida.

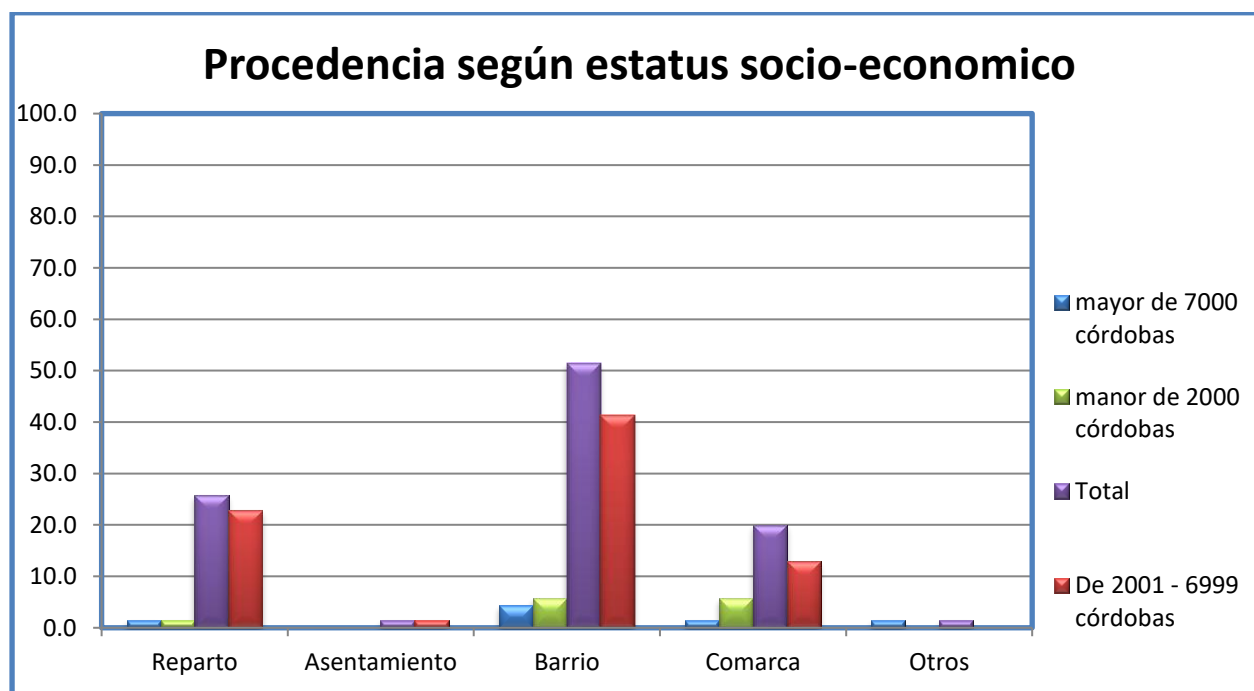
Valoración de satisfacción del usuario en la atención brindada		
Tipos de atención brindada por enfermería y personal medico	Excelente Buena Regular Deficiente	
Tiempo de espera	Menos de 15 min De 15.30 min 30 min – 1 hora Más de una	Muy poco tiempo Aceptable mucho tiempo
Tiempo que dura la consulta	Menos de 10 min 10-30 minutos Más de 30 minutos	Satisfecho insatisfecho

Tabla N° 1

Procedencia según estatus socio económico de las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Procedencia	mayor de 7000 córdobas		De 2001 - 6999 córdobas		menor de 2000 córdobas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Reparto	1	1.4	16	22.9	1	1.4	18	26
Asentamiento	0	0.0	1	1.4	0	0	1	1
Barrio	3	4.3	29	41.4	4	5.7	36	51
Comarca	1	1.4	9	12.9	4	5.7	14	20
Otros	1	1.4	0	0.0	0	0	1	1
Total	6	8.6	55	78.6	9	12.9	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según los datos analizados en procedencia según estatus socioeconómico encontramos en primer lugar que en los barrios la mayoría de los ingresos económico mensual, oscila de 2,001 córdobas a 6,999 córdobas con un 29(41.4%), seguido el salario de menor de 2,000 córdobas con un 4(5.7%) y en minoría con un salario mayor de 7,000 córdobas con un 3(4.3%), con un total de 36(51%); en segundo lugar están los repartos que la mayoría de los ingresos económico mensual, oscila de 2,001 córdobas a 6,999 córdobas con un 16(22.9%), y en minoría el salario de menor de 2,000 córdobas con un 1(1.4%) y mayor de 7,000 córdobas con un 1(1.4%), con un total de 18(26%).

En tercer lugar está la comarcas la mayoría de los ingresos económico mensual, oscila de 2,001 córdobas a 6,999 córdobas con un 9(12.9%), seguido el salario de menor de 2,000 córdobas con un 4(5.7%) y en minoría con un salario mayor de 7,000 córdobas con un 1(1.4%), con un total de 14(20%). La minoría la encontramos en los asentamiento con salario de 2,001 a 6,999 córdobas con 1(1.4%) y en otros (urbanizaciones) con un 1(1.4%).

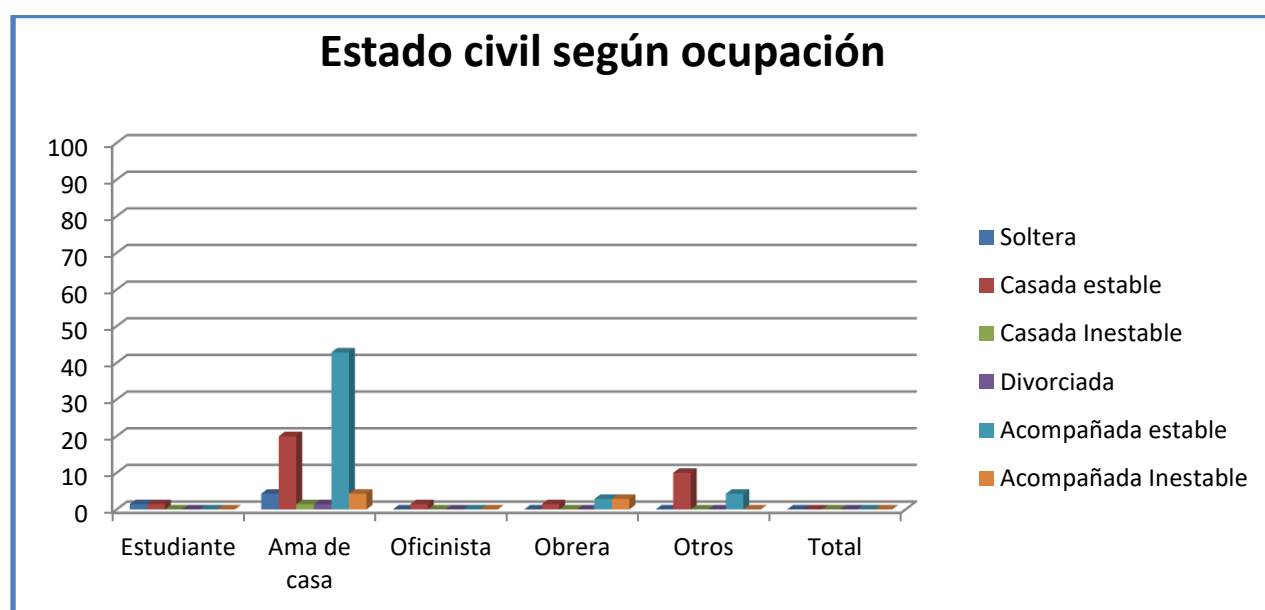
Al realizar el análisis encontramos que el salario menor de 2,000 córdobas se encuentra en los barrios y las comarcas, según la teoría dice que las mujeres de menores recursos económicos tienen más del doble de probabilidad de comenzar la maternidad y las mujeres que viven en la zona rural tiene un mayor problema de obesidad y sobrepeso por no tener controles adecuado carecen de malos hábitos alimenticios. Las mayorías de estas mujeres no asisten a sus controles prenatales, lo que hace que ocasiona que ellas desconozcan las medidas generales del cuido durante el embarazo para lograr un embarazo sin complicaciones.

Tabla N° 2

Estado civil según ocupación de las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011

Estado civil	Estudiante		Ama de casa		Oficinista		Obrera		Otros		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	1	1	3	4	0	0	0	0	0	0	4	6
Casada estable	1	1	14	20	1	1	1	1	7	10	24	34
Casada Inestable	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Divorciada	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Acompañada estable	0	0	30	43	0	0	2	3	3	4	35	50
Acompañada Inestable	0	0	3	4	0	0	2	3	0	0	5	7
Total	2	3	52	74	1	1	5	7	10	14	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según datos encontrados en el estado civil según ocupación, encontramos en primer lugar a las mujeres embarazadas con estado civil de acompañada estable con un total de 35(50%), siendo el dato más relevante en las ama de casa con estado civil acompañada estable con un 30(43%); en segundo lugar tenemos a las casadas estables con un total de 24(34%), siendo el dato más relevante en las amas de casa con estado civil de casada estable con un 14(20%) y en tercer lugar se encuentra el estado civil acompañada inestable con un total de 5 (7%), que son ama de casa con estado civil acompañada inestable con un 3 (4%).

Al realizar el análisis encontramos que en su mayoría de estas mujeres son ama de casa con estado civil casada y acompañada estable, según la teoría nos dice que ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial, debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo que en ese sentido podrían ser tomados como un solo grupo poblacional. Mientras que las mujeres con estado civil de acompañada inestable, soltera y ocupación de ama de casa, sufren la presencia de efectos adversos negativos en el feto y en el neonato, como bajo peso al nacer (BPN), parto de pre término, pequeño para la edad gestacional, muerte fetal y bajo score de Apgar.

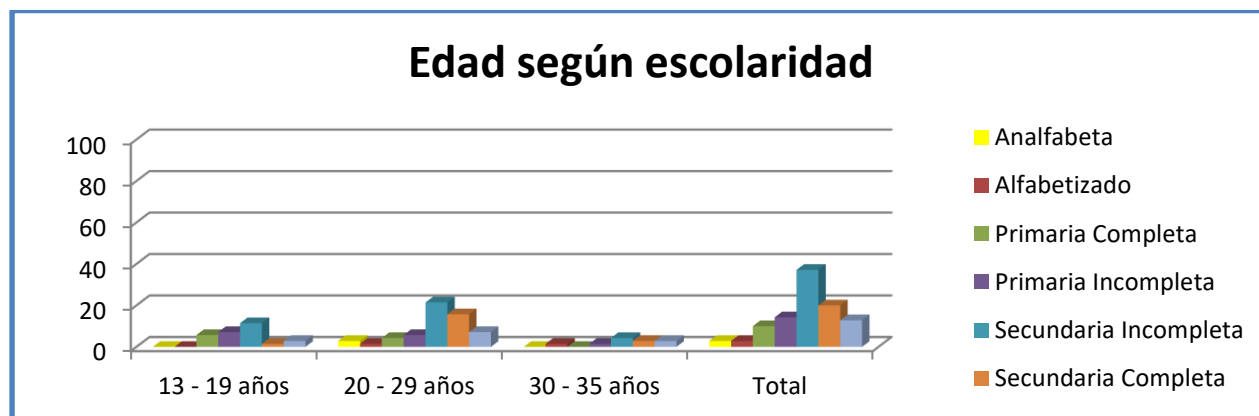
Según la Organización Panamericana de la Salud (2010). El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial, debido a la presencia del apoyo de la pareja, por lo que en ese sentido podrían ser tomados como un solo grupo poblacional.

Tabla N° 3

Edad según Escolaridad de las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011

Escolaridad	13 - 19 años		20 - 29 años		30 - 35 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0	2	3	0	0	2	3
Alfabetizado	0	0	1	1	1	1	2	3
Primaria Completa	4	6	3	4	0	0	7	10
Primaria Incompleta	5	7	4	6	1	1	10	14
Secundaria Incompleta	8	11	15	21	3	4	26	37
Secundaria Completa	1	1	11	16	2	3	14	20
Universidad	2	3	5	7	2	3	9	13
Total	20	29	41	59	9	13	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según datos encontrados en escolaridad según edad, encontramos en primer lugar a las mujeres embarazadas con escolaridad de secundaria incompleta con un total 26(37%), siendo el dato más relevante del grupo de la escolaridad de secundaria incompleta con la edad de 20 a 29 años con un 15(21%); en segundo lugar está la escolaridad de secundaria completa con un total 14(20%), siendo el dato más relevante del grupo de la escolaridad de secundaria completa con la edad de 20 a 29 años con un 11(16%); en tercer lugar está la escolaridad de primaria incompleta con un total 10(14%), siendo el dato más relevante del grupo de la escolaridad de primaria incompleta con la edad de 13 a 19 años con un 5(7%).

Al realizar el análisis encontramos que en su mayoría de estas mujeres son de edades entre 20 a 29 años con escolaridad de secundaria completa e incompleta y la primaria incompleta con la edad de 13 a 19 años, según la teoría nos dice que la falta de educación ocasiona que se dé el matrimonio a temprana edad y el desconocimiento acerca del control de la natalidad, trae como consecuencia un embarazo, hace que la pobreza aumente ya que las mujeres en edad fértil no tienen el conocimiento de los métodos de planificación, lo cual hace que estas queden embarazadas constantemente teniendo así hasta más de 5 hijos. Además esto ocasiona los malos hábitos alimenticios de las mujeres embarazadas, Provocando así que las mujeres embarazadas tengan sobrepeso u obesidad ya que carecen de una buena nutrición sana.

La edad y el sobrepeso afectan a la madres y a su bebe, principalmente cuando las embarazadas son jóvenes adolescentes menores de 20 años de edad y cuando son mayores de 30 años de edad, debido a que en ambas edades su organismo no está acto, ya que una menor de 20 años probablemente están ya en una mala situación y la maternidad puede acarrear mas consecuencias adversas, no está preparada físicamente, ni psicológicamente para tener un niño y en las embarazadas mayores de 30 años tienden a haber complicaciones las cuales conllevan la mayoría de las veces a una cesaría, también el sobrepeso tiende a que se den partos prematuros, ya que el rango de edad para conllevar un embarazo estables es de los 20 años a los 29 año de edad.

Según ENDESA (2010). La escolaridad es un factor de riesgo cuando las mujeres son: analfabeta, alfabetizada, tienen primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa. Ya que el mayor porcentaje de embarazo en adolescentes y mujeres mayores de 30 años, la tienen las mujeres con menos educación. Es por eso que es necesario que se brinde orientación a todos los niveles académico y las edades menores de 12 años y mayores de 13 años sobre los métodos anticonceptivos para evitar riesgo en el embarazo.

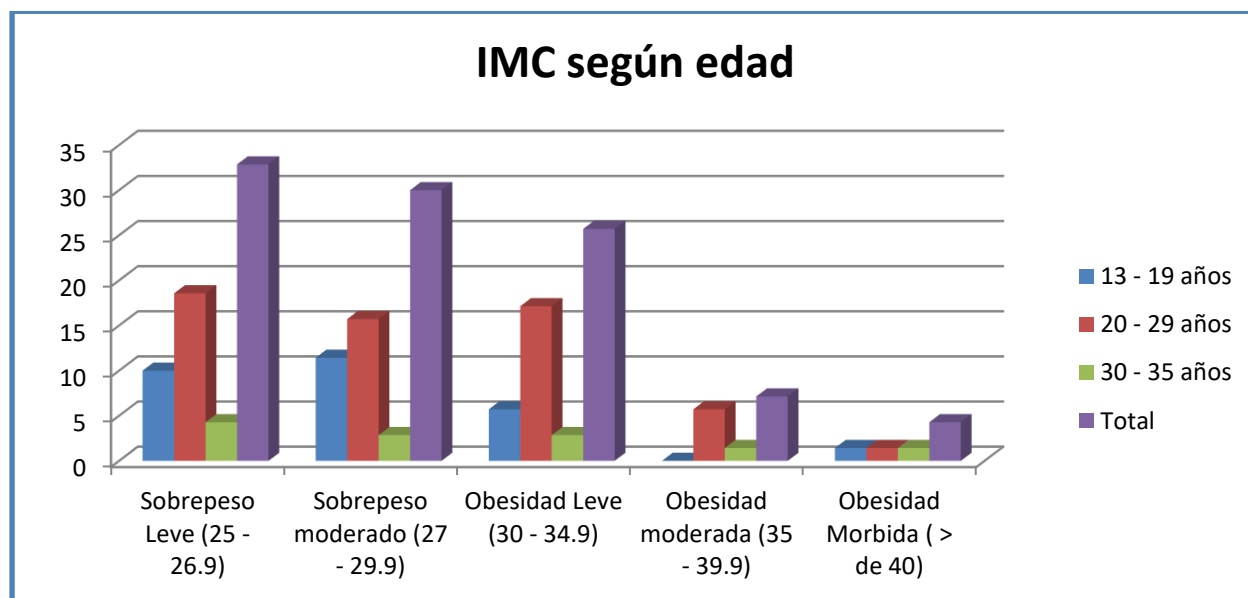
La estrecha relación entre un bajo logro educativo y una mayor probabilidad de maternidad durante la adolescencia se evidencia en las cuatro regiones de Nicaragua. Sin embargo en la región atlántica, donde la proporción de residentes que viven en la pobreza (61%) es la más alta, aun las mujeres con mas educación tienen mayores probabilidades que el promedio nacional de tener un hijo antes de cumplir 20 años, el 41% de ellas ha tenido un hijo durante su adolescencia.

Tabla N° 4

IMC según edad de las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011

IMC	13 - 19 años		20 - 29 años		30 - 35 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sobrepeso Leve (25 - 26.9)	7	10	13	19	3	4	23	33
Sobrepeso moderado (27 - 29.9)	8	11	11	16	2	3	21	30
Obesidad Leve (30 - 34.9)	4	6	12	17	2	3	18	26
Obesidad moderada (35 - 39.9)	0	0	4	6	1	1	5	7
Obesidad Mórbida (> de 40)	1	1	1	1	1	1	3	4
Total	20	29	41	59	9	13	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según datos encontrados en la entrevista a las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad reflejada en la tabla IMC según edad, encontramos en primer lugar a las mujeres embarazadas con sobrepeso leve con un total 23(33%), siendo los datos más relevantes la edad de 20 a 29 años con sobrepeso leve con un 13(19%); en segundo lugar está el sobrepeso moderado con un total 21(30%), siendo los datos más relevantes la edad de 20 a 29 años con sobrepeso moderado con un 11(16%); en tercer lugar está la obesidad leve con un total 18(26%), siendo los datos más relevantes la edad de 20 a 29 años con obesidad leve con un 12(17%) y en un menor porcentaje se encontró la obesidad mórbida con un total 3 (4%), encontrando 1 (1%) en todos los grupos de edades.

Al realizar el análisis encontramos que la mayoría de estas mujeres se encuentran en sobrepeso, seguido por la obesidad leve, siendo afectadas principalmente el grupo etáreo de 20 a 29 años. Según ENDESA (2010). La edad y el sobrepeso afectan a la madres y a su bebé, principalmente cuando las embarazadas son jóvenes adolescentes menores de 20 años de edad y cuando son mayores de 30 años de edad, debido a que en ambas edades su organismo no está a punto, ya que una menor de 20 años probablemente están ya en una mala situación y la maternidad puede acarrear mas consecuencias adversas, no está preparada físicamente, ni psicológicamente para tener un niño y en las embarazadas mayores de 30 años tienden a haber complicaciones las cuales conllevan la mayoría de las veces a una cesaria, también el sobrepeso tiende a que se den partos prematuros, ya que el rango de edad para conllevar un embarazo estable es de los 20 años a los 29 años de edad.

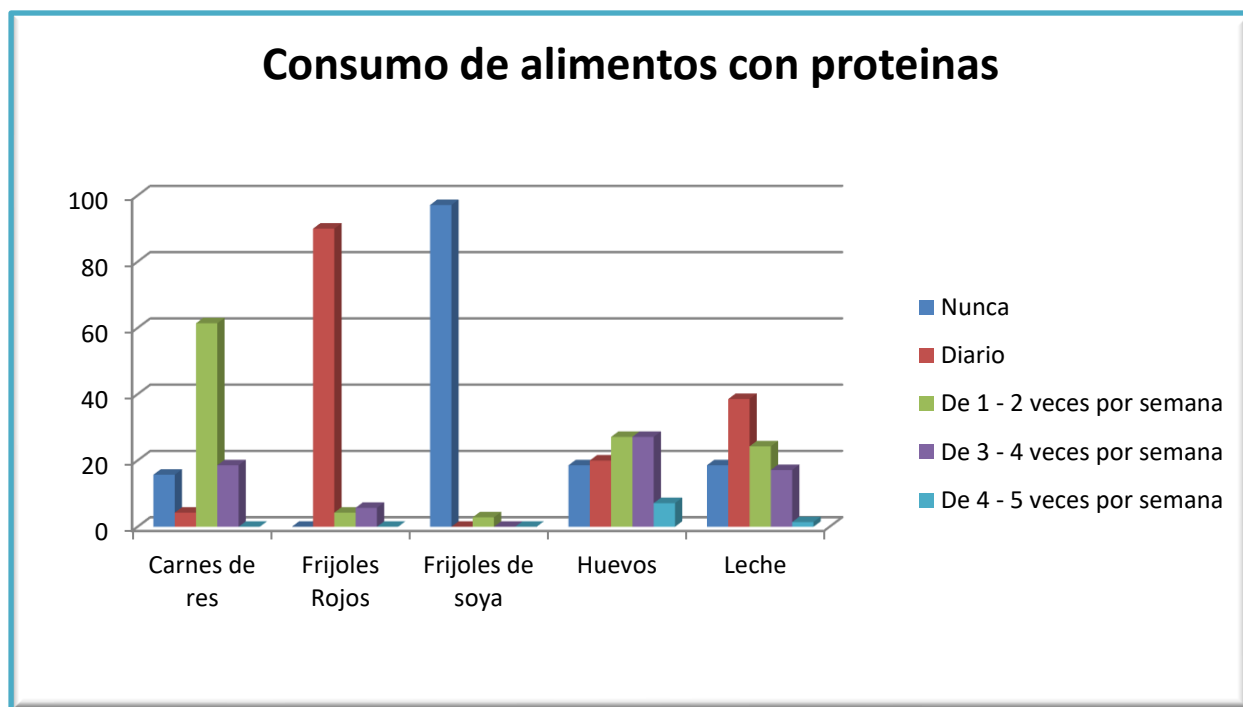
Los estudios sobre el efecto de la edad materna en el embarazo y el nacimiento también dan a conocer un aumento en la frecuencia de complicaciones del embarazo, como hipertensión, diabetes gestacional, hemorragias durante el tercer trimestre, e implantación anormal de la placenta. Las madres de edad más avanzada tienen un mayor riesgo de tener un bebé con síndrome de Down, con malformaciones congénitas, con bajo peso, partos pretérmino, hemorragias post parto, cuadros hipertensivos, atonía uterina.

Tabla N° 5

Alimentos que contiene proteínas que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Alimentos ricos en Proteínas	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		De 4 - 5 veces por semana		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Carnes de res	11	16	3	4	43	61	13	19	0	0	70	100
Frijoles Rojos	0	0	63	90	3	4	4	6	0	0	70	100
Frijoles de soya	68	97	0	0	2	3	0	0	0	0	70	100
Huevos	13	19	14	20	19	27	19	27	5	7	70	100
Leche	13	19	27	39	17	24	12	17	1	1	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según datos encontrados en los alimentos ricos en proteínas que consumen las embarazadas tenemos: en primer lugar que nunca consume frijol de soya rico en proteína con un 68(97%) y en la minoría que lo consumen es con un 2(3%); en segundo lugar está el consumo diario de alimento rico en proteína como el frijol rojo con un 63(90%) y en minoría que lo consumen de 1 – 2 veces por semana con un 3(4%); en tercer lugar está el consumo de carne de res de 1- 2 veces por semana con un 43(61%) y en minoría el consumo está con un 3(4%); en cuarto lugar está el consumo de leche diario con un 27(39%) y en minoría el consumo está con 1(1%); en quinto lugar está el consumo de huevo de 1 – 2 veces por semana con un 19(27%) y en minoría el consumo esta de 4 – 5 veces por semana con un 5(7%).

Al realizar el análisis encontramos que el alimento rico en proteína que más consumen son los frijoles rojos y que en mayoría no consumen es el frijol de soya, siendo el frijol de soya que tiene la concentración más alta de proteína y el frijol rojo un 22% de concentración de proteína; es por eso, que es muy importante la orientación del consumo de proteína, ya que la mujer embarazada es mayores las demandas durante el segundo y tercer trimestre del embarazo.

La eficiencia de utilización de proteína en las mujeres embarazadas al parecer es cerca del 70%. También son variables las necesidades, aumentando con forme prosigue el embarazo y son mayores las demandas durante el segundo y tercer trimestre. Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/kg/día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los tejidos fetales y placentarios.

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la

concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos.

La anemia por déficit de hierro constituye una patología nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento, especialmente en las dietas promedio de los países en desarrollo. Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa.

Los huevos son uno de los alimentos más nutritivos debido a la calidad de sus proteínas y a la gran cantidad de vitaminas, minerales y sustancias esenciales que aporta. Nutrientes esenciales para el desarrollo y mantenimiento de los músculos, los órganos, la piel, el pelo, los anticuerpos. El huevo tiene un beneficio especial para las embarazadas porque contiene colina y luteína. La colina es un nutriente que resulta esencial para el normal funcionamiento de las células y que facilita el desarrollo del cerebro del niño en el útero. Mientras que el antioxidante luteína cumple un importante rol en mantener la salud de los ojos. Por eso, es importante obtenerla en cantidad suficiente para el futuro del niño, ya que también podría proteger contra la degeneración macular relacionada con la edad.

La leche es uno de los productos más ricos en calcio. Y está comprobado que esta sustancia es utilizada por todas las células del cuerpo ayudando a mantener huesos y dientes tan sanos como fuertes. Durante el embarazo el bebé necesita mucho calcio para la constitución sana, por ende está recomendado aumentar las dosis que se consumen de leche (de esta manera el bebé crecerá fuerte y la madre, a su vez, también se mantendrá vigorosa pues no agotará todas sus reservas).

Otro de los beneficios relacionados con el consumo de leche en época de embarazo tiene que ver con la llamada regeneración de tejidos. Por su alto contenido en materia

de nutrientes, la leche ayuda a la construcción y reestructuraron de los tejidos algo que es fundamental para la salud de la madre en el embarazo.

De entre todos los terrores que surgen en la mente de la madre durante el embarazo, uno de los principales tiene que ver con la hipertensión (sabemos que estos golpes son sumamente sentidos para el feto en desarrollo). Con el consumo de leche, aseguran especialistas, se reducen hasta un 40% las posibilidades de sufrir justamente de hipertensión.

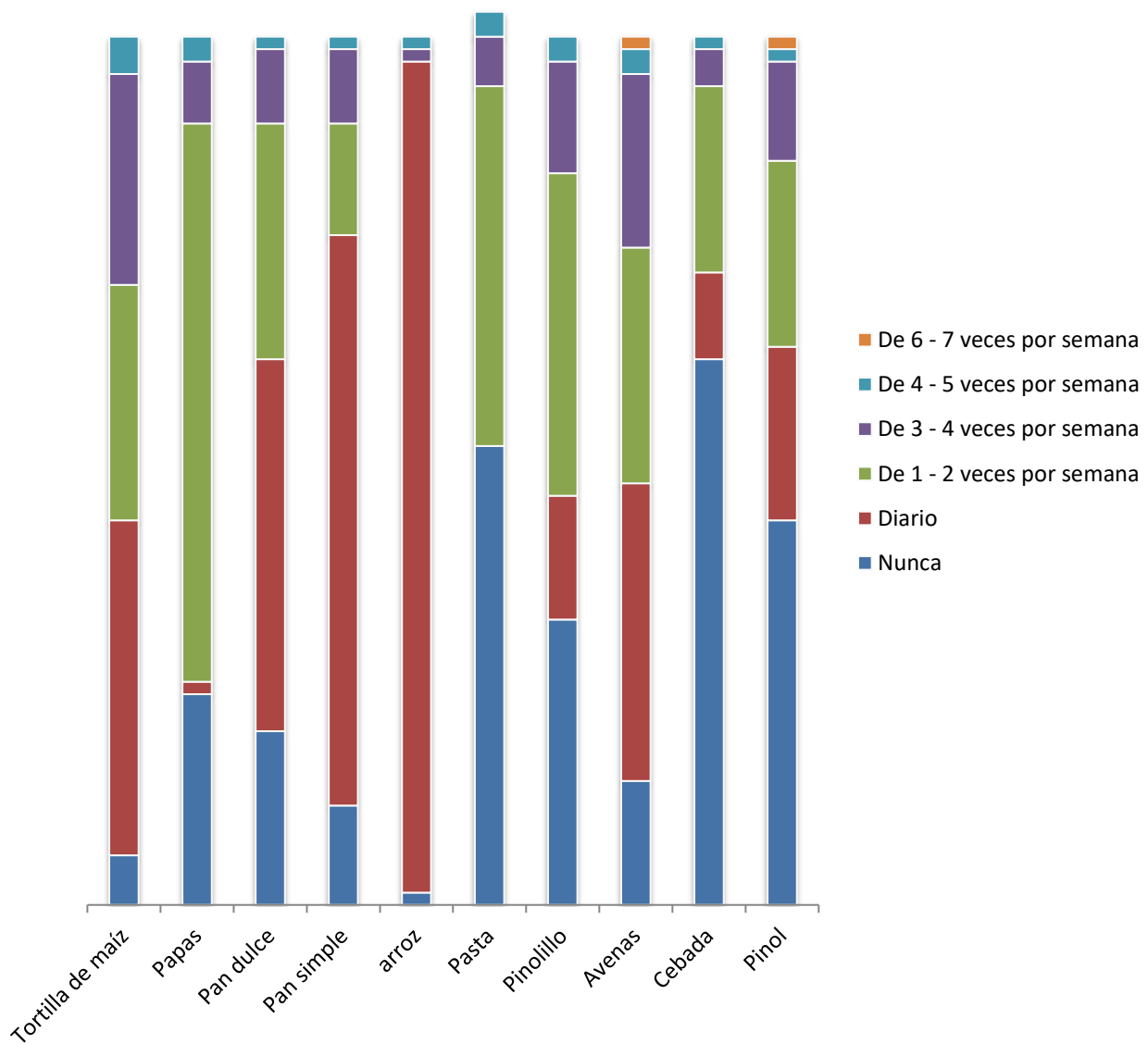
Tabla N° 6

Alimentos que contienen carbohidratos, que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Carbohidratos	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		De 4 - 5 veces por semana		De 6 - 7 veces por semana		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		%
Tortilla de maíz	4	6	27	39	19	27	17	24	3	4	0	0	70	100
Papas	17	24	1	1	45	64	5	7	2	3	0	0	70	100
Pan dulce	14	20	30	43	19	27	6	9	1	1	0	0	70	100
Pan simple	8	11	46	66	9	13	6	9	1	1	0	0	70	100
arroz	1	1	67	96	0	0	1	1	1	1	0	0	70	100
Pasta	37	53	0	0	29	41	4	6	0	0	0	0	70	100
Pinolillo	23	33	10	14	26	37	9	13	2	3	0	0	70	100
Avenas	10	14	24	34	19	27	14	20	2	3	1	1	70	100
Cebada	44	63	7	10	15	21	3	4	1	1	0	0	70	100
Pinol	31	44	14	20	15	21	8	11	1	1	1	1	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Consumo de alimentos con carbohidratos



Según datos arrojados en la tabla del consumo de alimento rico en carbohidrato que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, encontramos en primer lugar el arroz que se consume diario con un 67(96%), siendo en minoría el consumo de 3 – 4 veces por semana con un 1(1%); en segundo lugar está el consumo de pan simple diario con un 46(66%), siendo en minoría el consumo de 4 – 5 veces por semana con un 1(1%);

En tercer lugar está el consumo de papas de 1 -2 veces por semana, siendo en minoría el consumo diario con un 1(1%); en cuarto lugar esta que nunca lo consumen es la pastas con un 37(53%), siendo en minoría el consumo de 3-4 veces por semana con un 4(6%); en quinto lugar está el consumo de pan dulce diario con un 30(43%), siendo en minoría el consumo de 4 – 5 veces por semana con un 1(1%); en sexto lugar está el que nunca consume como el pinol con un 31(44%), en séptimo lugar está el consumo de pinolillo de 1 -2 veces por semana con un 26(36%); en penúltimo lugar está la tortilla de maíz con 27(89%)y en último lugar está el consumo de avena diario con un 24(34%).

Los productos elaborados a base de granos o cereales proporcionan carbohidratos, los cuales pasarán a ser la principal fuente de energía de su organismo. Debería consumir de 6 a 11 raciones diarias de alimentos elaborados con granos enteros (integrales) o fortificados, como por ejemplo: pan integral, cereales, arroz integral o pastas. Una ración equivaldría a una rebanada de pan, o a un plato pequeño de arroz integral cocido o a un plato de pasta. Cuando deba elegir los carbohidratos que vaya a ingerir, trate de incluir los carbohidratos menos refinados y/o complejos en su dieta, ya que los mismos le proporcionarán fibras, vitaminas esenciales del complejo B, oligoelementos y proteínas.

Los hidratos de carbono constituyen el porcentaje más importante de la dieta. Esto se debe a que los carbohidratos cumplen funciones específicas y muy importantes para mantener sano el organismo. Se conocen con el nombre de carbohidratos a toda sustancia cuya fórmula empírica es (H₂O). Dentro del grupo de hidratos de carbono podemos encontrar azúcares, polisacáridos y alcoholes.

La mayoría de los cereales está compuesta por fibras, que son aliadas de la salud. Estas barren las toxinas del intestino, evitan las hemorroides, previenen la formación de várices, benefician en el tratamiento de la diabetes, previenen el cáncer de colon, evitan el estreñimiento, pueden reducir el nivel de colesterol en sangre y aceleran el tránsito de alimentos a través del cuerpo.

Los cereales le dan los siguientes aportes al organismo; alto valor nutritivo, otorgan vitaminas del grupo B y A, minerales (hierro, fósforo, zinc, entre otros) y proteínas, tienen bajo contenido de grasas, proporcionan fibras, son excelentes fuentes de carbohidratos, contribuyen a la formación y crecimiento de músculos y huesos

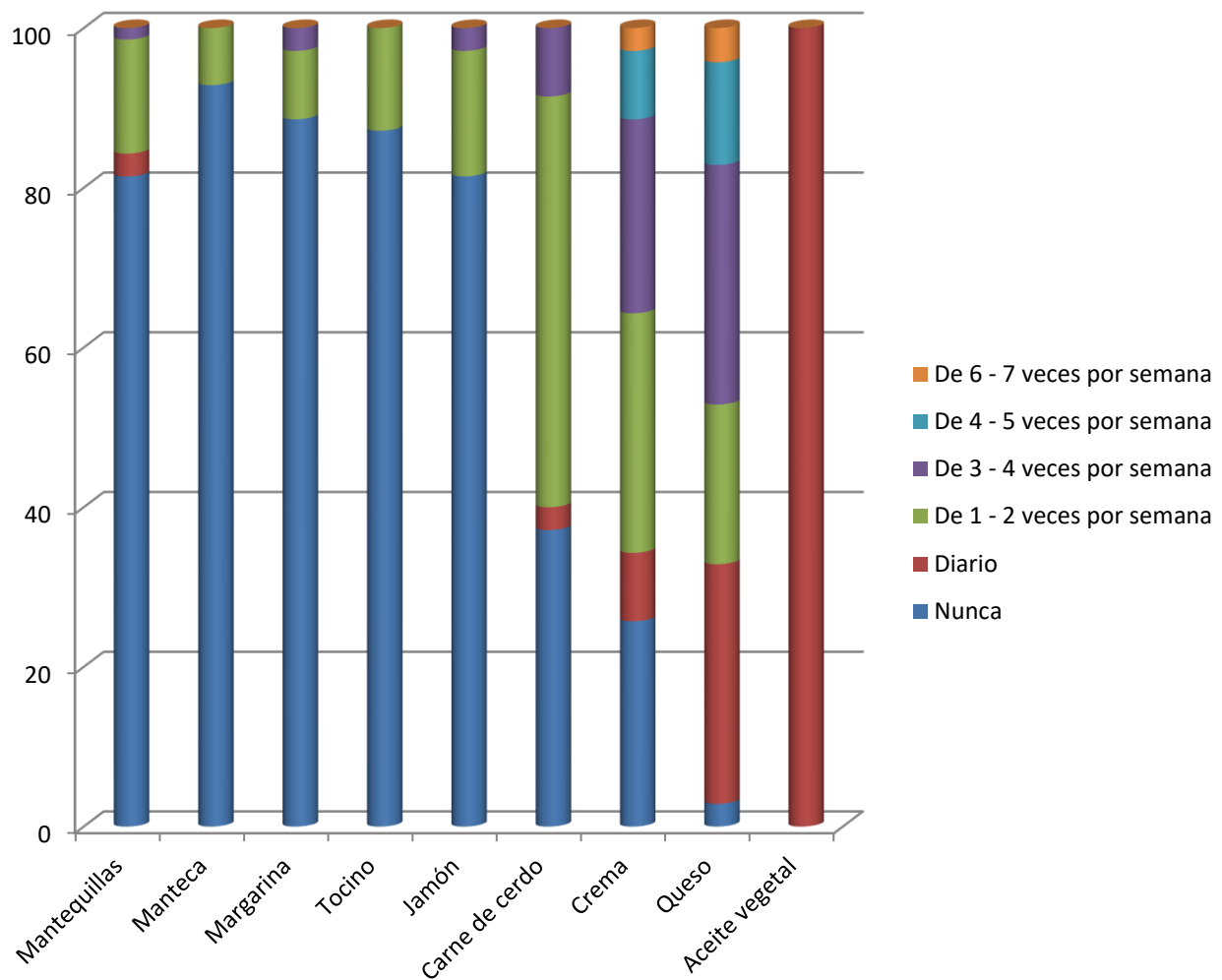
Tabla N° 7

Alimentos que contienen Grasas, que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Grasas	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		De 4 - 5 veces por semana		De 6 - 7 veces por semana		Total	
	Nº		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mantequillas	57	81	2	3	10	14	1	1	0	0	0	0	70	100
Manteca	65	93	0	0	5	7	0	0	0	0	0	0	70	100
Margarina	62	89	0	0	6	9	2	3	0	0	0	0	70	100
Tocino	61	87	0	0	9	13	0	0	0	0	0	0	70	100
Jamón	57	81	0	0	11	16	2	3	0	0	0	0	70	100
Carne de cerdo	26	37	2	3	36	51	6	9	0	0	0	0	70	100
Crema	18	26	6	9	21	30	17	24	6	9	2	3	70	100
Queso	2	3	21	30	14	20	21	30.0	9	13	3	4	70	100
Aceite vegetal	0	0	70	100	0	0	0	0.0	0	0	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Consumo de alimentos con grasas



En los datos encontrados en los alimentos ricos en grasas que consume la mujer embarazadas, observamos que la todas consume diario el aceite vegetal con un 70 (100%); en segundo lugar está el consumo de queso diario y el consumo de 3 a 4 veces por semana con un 21 (30%) y en minoría un 2 (3%); en tercer lugar está la crema con un consumo de 1 a 2 veces por semanas con 21 (30%), seguido el consumo de 3 a 4 veces por semana con 17 (24%) y el minoría esta el consumo de 6 a 7 veces por semana con 2(3%); la carne de res se consume de 1 a 2 veces por semana 36 (51%) y que no la consumen 26 (37%).

El embarazo es un proceso que requiere de un aporte extra de energía, debido al crecimiento y mantenimiento de las estructuras de la placenta y del feto, los cambios del organismo de la madre para adaptarse a la nueva situación y al aumento del metabolismo basal (energía necesaria para las funciones vitales en condiciones de reposo). Las estimaciones del gasto energético total de la mujer embarazada no siempre son iguales, si bien en general se recomienda un aporte extra de 250 a 300 calorías a partir de la segunda mitad de la gestación. La dieta ha de ser equilibrada en cantidad y tipo alimentos a consumir. Así mismo, se debe tener en cuenta su distribución a lo largo del día, desde el desayuno hasta la cena.

En lo que se refiere al consumo diario de grasas (de los alimentos y de aliño), estas deben suponer un 30%, o bien un 35% del gasto energético total siempre y cuando ese aumento sea a expensas de un mayor consumo de aceite de oliva. Deben predominar las grasas insaturadas (monoinsaturadas y en menor proporción poliinsaturadas), sobre las saturadas y se ha de asegurar un adecuado suministro de ácidos grasos esenciales, aquellos que el organismo por sí solo no puede producir y que por tanto debe sustraer de la alimentación diaria.

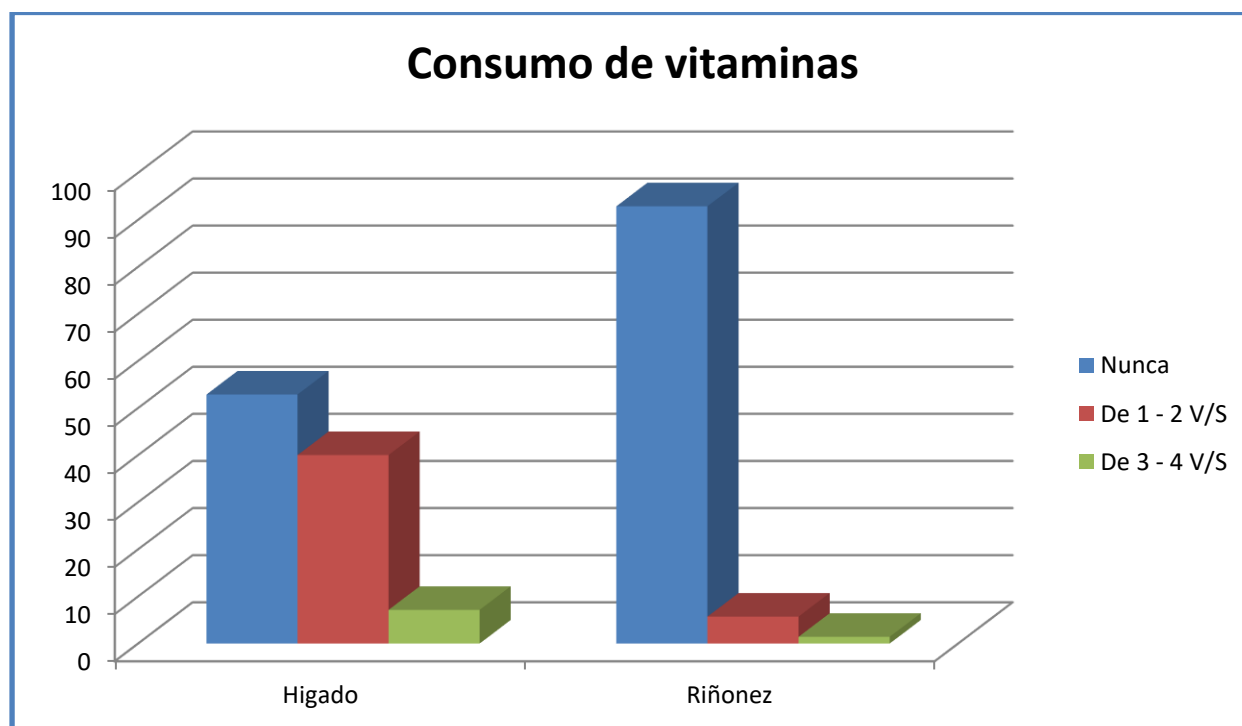
Según las investigaciones realizadas, los hijos de madres que habían ingerido muchos alimentos con alto contenido de grasas saturadas durante sus embarazos, son 16% más susceptibles a padecer alergias que aquellos cuyas madres habían controlado mejor su consumo.

Tabla N° 8

Alimentos que contienen vitaminas, que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

vitaminas	Nunca		De 1 - 2		De 3 - 4 V/S		Total	
			V/S					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hígado	37	53	28	40	5	7	70	100
Riñones	65	93	4	6	1	1	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En la encuesta realizada a pacientes con sobrepeso u obesidad, sobre el consumo de alimentos que contienen vitaminas estas refirieron que 37 de ellas para un (53%) nunca comen hígado, 28 lo hacen de 1-2 veces por semana para un (40%) y 5 consumen 3-4 por semana para un (7%). Riñones 65 no consumen (93%) 4 consumen 1-2 por semana (6%) y 1 (1%) consume de 3-4 veces por semana.

Durante el periodo perinatal, la vitamina A, puede ser importante para el crecimiento fetal. En la población humana con mal nutrición crónica, la deficiencia materna de vitamina A se asocia al crecimiento intrauterino retardado (CIR). Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). Mantiene en buenas condiciones las membranas, es importante para el crecimiento y la formación de la glándula tiroides.

La deficiencia grave de vitamina D durante el embarazo causa osteomalacia materna que se asocia con CIR, raquitismo e Hipo calcemia neonatal, tetania y anomalías del esmalte dental. La administración de suplementos de vitaminas D a la mujer embarazada con deficiencia aumenta los niveles séricos maternos y fetales de calcifediol y disminuye la incidencia de bajo peso al nacer, Hipocalcemia, convulsiones del recién nacido osteomalacia materna.

Las mujeres embarazadas necesitan aún más hierro debido a que el bebé absorbe el hierro de la madre, sobre todo en las últimas semanas del embarazo. Los niños necesitan hierro para el crecimiento. Es muy difícil seguir un régimen alimenticio que sea bajo en calorías y al mismo tiempo que contenga suficiente hierro. La mayoría de los alimentos contienen muy poco hierro, excepto el hígado. El cuerpo no asimila bien el hierro que contienen los alimentos vegetales tales como los frijoles. Para que el cuerpo use bien el hierro de estos alimentos es necesario comerlos con carne de res o de ave, pescados o mariscos, o alimentos que contengan vitamina C.

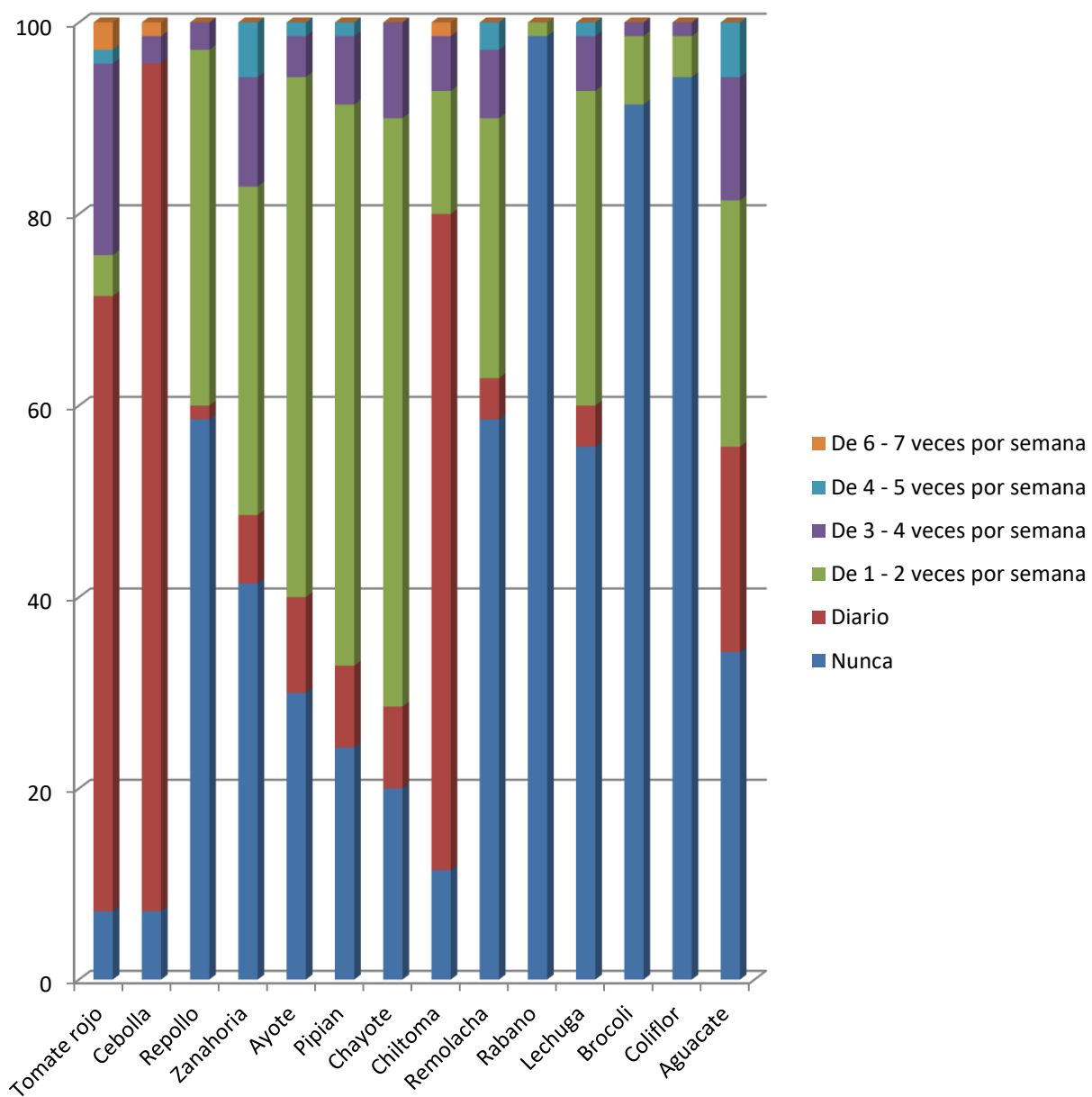
Tabla N° 9

Alimentos que contienen vitaminas (verduras y hortalizas), que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Vitaminas verduras y hortalizas	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		De 4 - 5 veces por semana		De 6 - 7 veces por semana		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tomate rojo	5	7	45	64	3	4	14	20	1	1	2	3	70	100
Cebolla	5	7	62	89	0	0	2	3	0	0	1	1	70	100
Repollo	41	59	1	1	26	37	2	3	0	0	0	0	70	100
Zanahoria	29	41	5	7	24	34	8	11	4	6	0	0	70	100
Ayote	21	30	7	10	38	54	3	4	1	1	0	0	70	100
Piñón	17	24	6	9	41	59	5	7	1	1	0	0	70	100
Chayote	14	20	6	9	43	61	7	10	0	0	0	0	70	100
Chiltoma	8	11	48	69	9	13	4	6	0	0	1	1	70	100
Remolacha	41	59	3	4	19	27	5	7	2	3	0	0	70	100
Rábano	69	99	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	70	100
Lechuga	39	56	3	4	23	33	4	6	1	1	0	0	70	100
Brócoli	64	91	0	0	5	7	1	1	0	0	0	%0	70	100
Coliflor	66	94	0	0	3	4	1	1	0	0	0	0	70	100
Aguate	24	34	15	21	18	26	9	13	4	6	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Consumo de verduras y hortalizas



En la entrevista dirigida a pacientes sobre consumo de verduras y hortalizas, estas refirieron que 62 (89%) consumen cebolla diario, 48 (69%) comen Chiltoma diario, 45 (64%) comen tomate diario, 15 (21%) comen aguacate diario, y entre los de menos consumo tenemos el rábano 69 (99%) de no consumo seguido del coliflor 66 (94%) no consumo terminado con el brócoli 64 (91%) no consumo. Analizamos un alto consumo de verduras y hortalizas que son propias de nuestro país, que tiene gran influencia en la cultura alimentaria y que influye grandemente el poder adquisitivo.

Podemos concluir que la gran mayoría de las pacientes cumplen con los requerimientos básicos de alimentos ricos en vitaminas ya que según Marco Teórico Comité de soberanía y seguridad alimentaria y nutrición, dicen que estos alimentos son indispensables para una adecuada formación celular fetal, buen desarrollo del sistema Nervioso Central, musculo esquelético así también contribuye a la salud materna.

Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). La deficiencia prenatal de vitamina K se observa con la utilización de anticoagulantes orales (inhiben la síntesis hepáticas de vitamina K atraviesan la placenta) la embriopatía por Wasfarina se asocia a la exposición durante las primeras 9 semanas de gestación y se caracteriza por hipoplasia nasal, depresión del puente de la nariz y en el 30 % de los casos retraso en el desarrollo.

La exposición durante el segundo y tercer trimestre puede causar una gran variedad de anomalías del sistema nervioso central (SNC) y oculares, posiblemente relacionadas con hemorragias fetal y fibrosis secundarias y muerte fetal. Se a sugerido la administración de vitamina K durante las últimas 2 semanas de gestación en mujeres bajo tratamiento con anticoagulantes para evitar la hipoprotobinemia y las hemorragias del recién nacido. La vitamina K se encuentra en las hojas verdes, también en la leche de vaca y productos lácteos, carne huevos, cereales y varias frutas y verduras.

En cuanto a su contenido en vitaminas, la Chiltoma son muy ricas en vitamina C, sobre todo las de color rojo. De hecho, llegan a contener más del doble de las que se encuentran en frutas como la naranja o fresas. Son buena fuente de carotenos, entre los que se encuentra la capsantina, pigmento con propiedades antioxidantes que aporta el característico color rojo a algunos pimientos.

También se destaca su contenido de provitamina A (betacaroteno y criptoxantina), que el organismo conforme lo necesita transforma en vitamina A; folatos y vitamina E. En menor cantidad están presentes otras vitaminas del grupo B como la B6, B3, B2 y B1. Su contenido en las citadas vitaminas C y E, junto con los carotenos, convierten a la Chiltoma en una importante fuente de antioxidantes, sustancias que cuidan de nuestra salud. La vitamina C, además de ser un potente antioxidante, interviene en la formación de colágeno, glóbulos rojos, huesos y dientes, al tiempo que favorece la absorción del hierro de los alimentos y aumenta la resistencia frente a las infecciones.

El jugo de zanahoria en la dieta diaria, porque contienen las vitaminas: A, B, C, D, E y K, así como diversos minerales: el calcio, fósforo, potasio, y pequeñas cantidades de proteínas. Es fuente importante de potasio el cual estimula la actividad renal en la eliminación de toxinas y ayuda al hígado a desechar la bilis nociva. Equilibra el metabolismo del cuerpo. La zanahoria también aporta al organismo gran cantidad de potasio, que potencia la actividad del riñón, ayudándolo a eliminar mayor cantidad de toxinas.

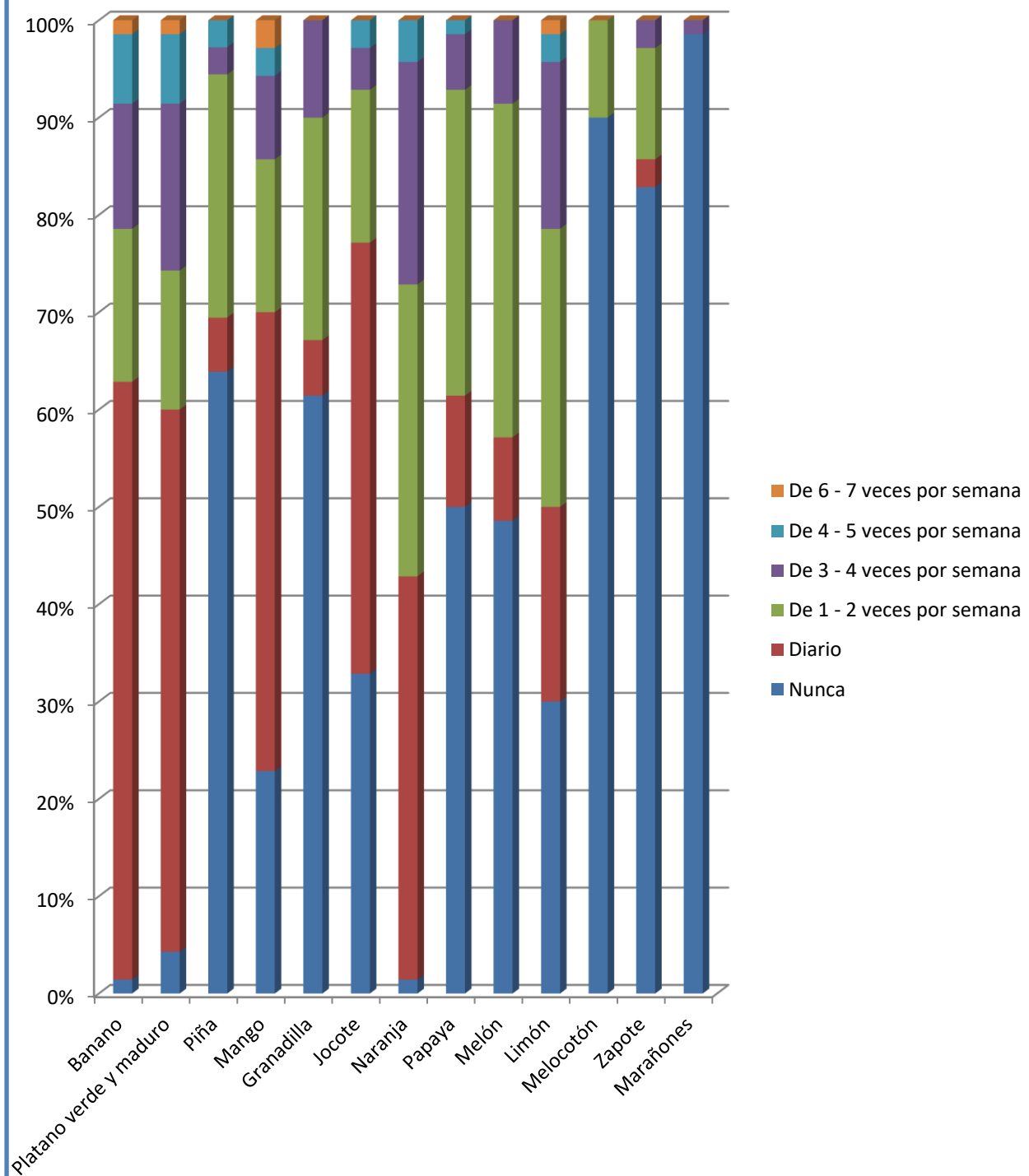
Tabla N° 10

Alimentos que contienen vitaminas (frutas), que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Vitaminas (frutas)	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		De 4 - 5 veces por semana		De 6 - 7 veces por semana		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Banano	1	1	43	61	11	16	9	13	5	7	1	1	70	100
Plátano verde y maduro	3	4	39	56	10	14	12	17	5	7	1	1	70	100
Piña	46	66	4	6	18	26	2	3	2	3	0	0	72	100
Mango	16	23	33	47	11	16	6	9	2	3	2	3	70	100
Granadilla	43	61	4	6	16	23	7	10		0	0	0	70	100
Jocote	23	33	31	44	11	16	3	4	2	3	0	0	70	100
Naranja	1	1	29	41	21	30	16	23	3	4	0	0	70	100
Papaya	35	50	8	11	22	31	4	6	1	1	0	0	70	100
Melón	34	49	6	9	24	34	6	9	0	0	0	0	70	100
Limón	21	30	14	20	20	29	12	17	2	3	1	1	70	100
Melocotón	63	90	0	0	7	10	0	0	0	0	0	0	70	100
Zapote	58	83	2	3	8	11	2	3	0	0	0	0	70	100
Marañones	69	99	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Consumo de frutas



En la entrevista realizada a embarazadas sobre el consumo de frutas ricas en vitaminas, observamos que en primer lugar está el consumo de banano con un consumo diario de 43(61%), seguido del plátano con un segundo lugar 39 (56%), tercer lugar para el mango en temporada con 33 (47%) cuarto lugar para el jocote de igual forma en temporada 31 (44%) y en quinto lugar y no menos importante esta la naranja 29(41%); al mismo tiempo es notorio el no consumo en la dieta diaria de frutas importantes ricas en vitaminas como marañón, melón, zapote y la papaya que según valores de potasio es la que tiene el valor más alto de potasio con contenido de 781 mg de potasio.

Al realizar el análisis encontramos que la mayoría de estas pacientes incluyen dentro de su dieta diaria alimentos de gran importancia en el cuidado de la embarazada como las musasias. (banano y plátano), mango, y naranjas, que son alimentos ricos en potasio; ya que según teoría de marco teórico el potasio es un mineral que se encuentra en la mayoría de los alimentos, el cual es importante ya que mantiene los fluidos y minerales balanceados en nuestro organismo .

También favorece la regulación de la presión arterial siendo este importantísimo ya que es común en las embarazadas el síndrome hipertensivos gestacional, participa en la contractilidad muscular, evitando así los desagradables calambres durante el embarazo, ayuda a la transmisión de impulsos nerviosos indispensables para un buen desarrollo fetal, mantiene activos los movimientos intestinales favoreciendo la evacuación fecal, previniendo la constipación, la cual es una de causas de enfermedad de vías urinarias por contigüidad o vecindad con el aparato urinario y reproductivo evitando así las complicaciones que esta produce tanto a la madre como al bebé.

Consideramos que el consumo de potasio en este grupo de embarazadas es adecuado, ya que según marco teórico la ingesta de potasio requerida para la embarazada es de 3,100 miligramos por día, misma cantidad se requiere durante el periodo de la lactancia materna. Estos alimentos además de tener potasio contienen vitamina A la cual según marco teórico mantiene en buenas condiciones las membranas favoreciendo la salud

de la piel y la agudeza visual en la embarazada y en el feto contribuye a un buen crecimiento y en la formación adecuada de la glándula tiroide.

Encontramos también alto consumo de mango, jocote y naranja que además de tener potasio y vitamina A, tienen vitamina C importante para un sano desarrollo del embarazo ,ya que según marco teórico en un estudio retrospectivo realizado a embarazadas con deficiencia de vitamina C, indico una relación estrecha entre el déficit de vitamina C y la rotura prematura de membrana amniótica ,tomando en cuenta que un adecuado consumo de vitamina C mantiene adecuados niveles en el P H(alcalinidad)de la orina y de las secreciones vaginales (4.5-5) esto evita que los microorganismos se reproduzcan y asciendan a la cavidad uterina y aparato urinario

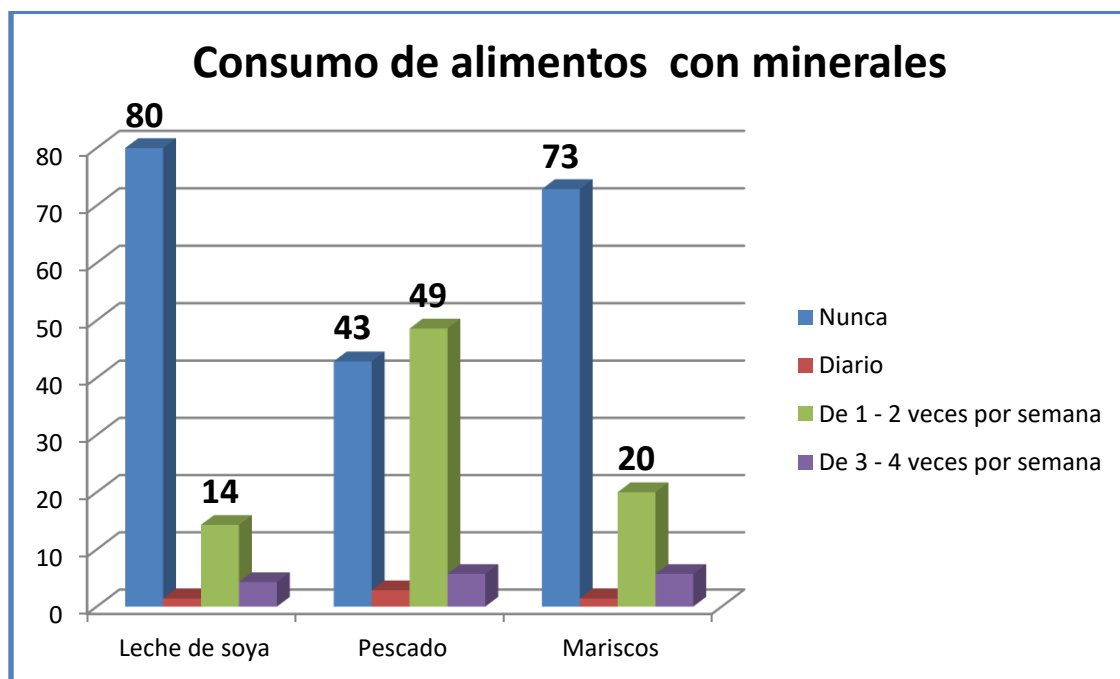
Cabe mencionar que la mujer con déficit en el consumo de vitamina C debe recibir un suplemento de vitamina C de 500 miligramos diario .También se debe tener en cuenta que la mujer con embarazo múltiple requiere mayor cantidad de vitamina C; también el consumo exagerado de esta vitamina es dañina para el feto, ya que al inducir una dependencia fetal intrauterina de ácido ascórbico, provoca escorbuto en el bebé en el periodo neonatal.

Tabla N° 11

Alimentos que contienen minerales, que consumen las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.

Minerales	Nunca		Diario		De 1 - 2 veces por semana		De 3 - 4 veces por semana		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche de soya	56	80	1	1	10	14	3	4	70	100
Pescado	30	43	2	3	34	49	4	6	70	100
Mariscos	51	73	1	1	14	20	4	6	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En los datos encontrados en los alimentos ricos en minerales que consumen las mujeres embarazadas, encontramos: primer lugar tenemos que no consumen leche de soya con 56 (80%), siendo esta la mayoría; el pescado lo consumen de 1 a 2 veces por semana el 34 (49%) siendo este la mayoría, cabe destacar que el 30 (43%) no lo consumen; los mariscos el 51 (73%) no lo consume, siendo esta la mayoría y 14 (20%) lo consumen de 1 a 2 veces por semana.

El hierro forma la hemoglobina en la sangre, es la molécula encargada del transporte del oxígeno desde los pulmones hasta las células de los tejidos y de la salida del dióxido de carbono de estas al exterior. Además forma parte de muchas enzimas de la cadena respiratoria. Es un mineral precioso para los seres vivos. Está controlado por un sistema de reciclaje que evita sus pérdidas y lo recupera de algunas moléculas como la hemoglobina. Se estima el consumo diario en adultos varones y niños en 10mg, en adultos mujeres 16-18mg, y en embarazadas y lactancia 20-22mg. Si el nivel de glóbulos rojos y hematíes está bajo los 12g en hombres y bajo los 11g en mujeres, significa que hay poco. En hemorragias fuertes, menstruaciones abundantes, dietas, anemias y en deportistas profesionales puede haber deficiencias. Se nota debido al cansancio, palidez de piel, cabellos finos, taquicardia, uñas frágiles, zumbidos en los oídos.

El calcio es el mineral más importante en el cuerpo. Junto al fósforo forma el esqueleto y con el flúor los tejidos conjuntivos y fibrosos, como el esmalte dental, los tendones y la epidermis. Está encargado de regular la coagulación de la sangre, las conexiones nerviosas y musculares. La falta de calcio puede producir calambres musculares, por el contrario el exceso provoca contracciones en el músculo cardíaco. El nivel normal de calcio en la sangre es de 90-100 mg/L.

Las necesidades básicas de calcio para los adultos son de 10mg/Kg de peso por día, o sea que un adulto normal estaría entre los 600-800mg/día. En niños o embarazadas asciende a 1000mg/día. Los niños deben tomar sol para incrementar el nivel de calcio y beneficiar el desarrollo óseo. Para esto requieren la vitamina D, en el caso de faltarle a

los niños podrían sufrir raquitismo. A causa de la osteoporosis o fragilidad ósea, se pierde calcio en el proceso del envejecimiento. Se recomienda prevenir este problema ingiriendo alimentos ricos en calcio y haciendo deporte. La idea sería adquirir una fuerte estructura ósea alrededor de los 30 años.

El nivel de calcio no debe superar 105mg/l en la sangre, porque de ser así produce sed, formación de cálculos renales, vómitos, estreñimientos, debilidad muscular y taquicardia. Podemos encontrar calcio en la leche, quesos y yogur. En menor cantidad también está en el berro, la espinaca, en los arenques, las sardinas y en frutas secas.

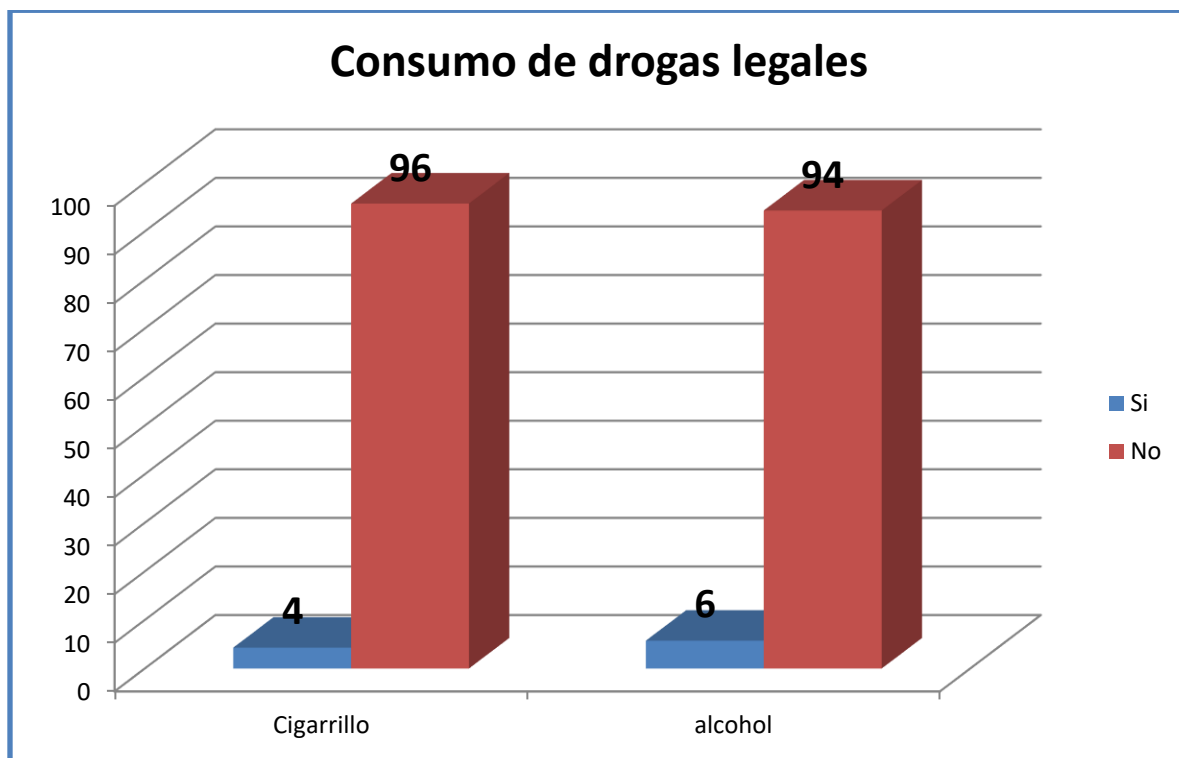
El fósforo junto con el calcio determinan la rigidez de los huesos del cuerpo siendo el segundo mineral más abundante en él. En caso de consumir mucho fósforo podemos sufrir de hiperfosfatemia solo en caso de afecciones que producen una sobrecarga de fosfatos como insuficiencia renal, hipoparatiroidismo,

Tabla N° 12

Uso de drogas legales en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre.2011.

Drogas legales	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cigarrillo	3	4	67	96	70	100
alcohol	4	6	66	94	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En la entrevista dirigida a las pacientes sobre uso de drogas estas refirieron que fuman 3 (4%), 67 no fuman para un 96%, 4 (6%) ingieren alcohol y un 66 no lo hace para un 94%.

Observamos un comportamiento de conducta de alto riesgo bien bajo en relación al total de pacientes donde solo el 4% consume tabaco y otro 6% alcohol, más sin embargo esto no deja de ser un factor pre disponente de múltiples complicaciones para la madre y el hijo ya que según Marco Teórico dice que las pacientes que fuman e ingieren alcohol durante el embarazo tienen mayor probabilidad de aborto o que nazca con bajo peso, hipertensión arterial, malformaciones congénitas entre otras.

Según Organización Mundial de la Salud (2010). Toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular e endovenosa). Capaz de actuar sobre el Sistema Nervioso Central, provocando una alteración física y psicológica, capaz de cambiar el comportamiento de las personas generando adicción o dependencia y a la vez tolerancia en los consumidores.

EL Tabaco produce dependencia física y psicológica al igual que múltiples afectaciones al organismo, tales como cáncer, problemas respiratorios, circulatorios, incapacidad física y la muerte. Al igual que el tabaco el alcohol es otra droga que afecta severamente al organismo; deprimiendo el sistema nervioso central variando algunas de sus principales funciones, y a la vez afectando órganos vitales.

Alteraciones en la placenta los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos, igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental este contaminado por humo del tabaco, sumándose por ello en muchas gestantes la exposición de su tabaquismo directo al pasivo procedente de la contaminación ambiental.

Diversos estudios han confirmado que la incidencia de complicaciones de la placenta es mayor en los embarazos de las mujeres fumadoras que en aquellas que no lo son. Se observa una relación causa-efecto, ya que las fumadoras severas sufren más alteraciones que las fumadoras ligeras. Estas complicaciones conllevan un alto riesgo de nacimiento prematuro y pérdida fetal o neonatal y están relacionadas como causas de muerte en las muertes relacionadas con el nacimiento de los hijos de madres fumadoras. El abandono del consumo de tabaco cuando se confirma el embarazo, sitúa a estas mujeres en una situación prácticamente similar, en cuanto a efectos adversos para el feto se refiere, al de aquellas mujeres que nunca han fumado.

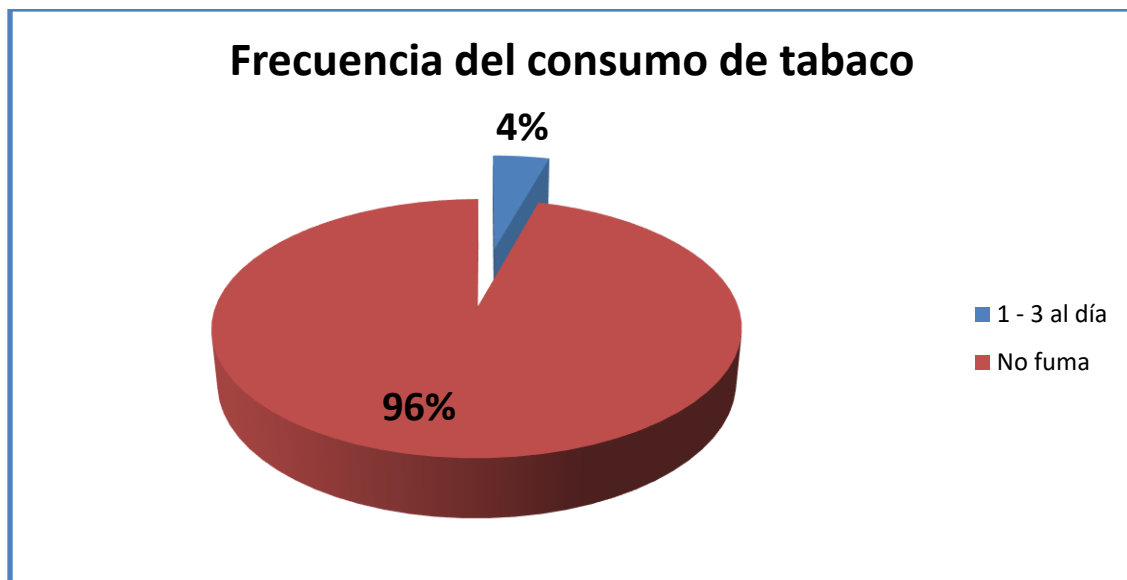
Los expertos recomiendan la abstinencia durante el embarazo, incluyendo las cervezas y las bebidas a base de vino. Según un estudio realizado en Reino Unido, dice que hay riesgo de malformaciones congénitas y retardo mental, incluso en mujeres que ingirieron alcohol antes del embarazo.

Tabla N° 13

Frecuencia del consumo de tabaco en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Frecuencia del consumo de tabaco	N°	%
1 - 3 al día	3	4
No fuma	67	96
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según datos encontrados en la frecuencia del consumo de tabaco en las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, encontramos que la mayoría no fuman con un 67 (96%), y las que fuman, consumen de 1 a 3 cigarrillos al día 3 (4%) siendo esto la minoría.

EL Tabaco es la adicción crónica a la nicotina la cual produce dependencia física y psicológica al igual que múltiples afectaciones al organismo, tales como cáncer, problemas respiratorios, circulatorios, incapacidad física y la muerte. Al igual que el tabaco, el ingerir alcohol durante el embarazo provoca mal formaciones congénitas y el llamado síndrome alcoholismo fetal, esta es la principal causa de retardo mental que si se puede prevenir.

Las investigaciones llevadas a cabo sobre mujeres embarazadas han revelado que las mujeres que siguen fumando durante su gestación, no solo arriesgan su propia salud, sino que también ponen en peligro la de su hijo, ya que la inhalación del humo del tabaco, modifica enormemente las condiciones bajo las cuales se desarrolla el feto durante el periodo prenatal. Los trastornos que pueda sufrir la embarazada fumadora van en relación directamente proporcional con el número de cigarrillos consumidos, igualmente también influye la permanencia en lugares cuyo entorno ambiental este contaminado por humo del tabaco, sumándose por ello en muchas gestantes la exposición de su tabaquismo directo al pasivo procedente de la contaminación ambiental.

Aproximadamente entre el 13% de las mujeres embarazadas fuma a lo largo de su embarazo. Según la Oficina del Director General de Salud, fumar es probablemente la causa modificable más importante de que los embarazos de las mujeres en Estados Unidos no resulten normales. El consumo de tabaco se asocia con un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto de feto muerto, parto prematuro, muerte y recién nacidos con bajo peso. Si la mujer embarazada no fumara, se podría prevenir hasta un 10% de las muertes de infantes.

El consumo de tabaco durante el embarazo es la causa de 20% o más de los casos de bajo peso en recién nacidos en los Estados Unidos. El fumar durante el embarazo disminuye el crecimiento del feto y, a menudo, causa que los bebés tengan problemas de salud porque estaban bajos de peso. Usted puede reducir este riesgo si deja de fumar durante el embarazo.

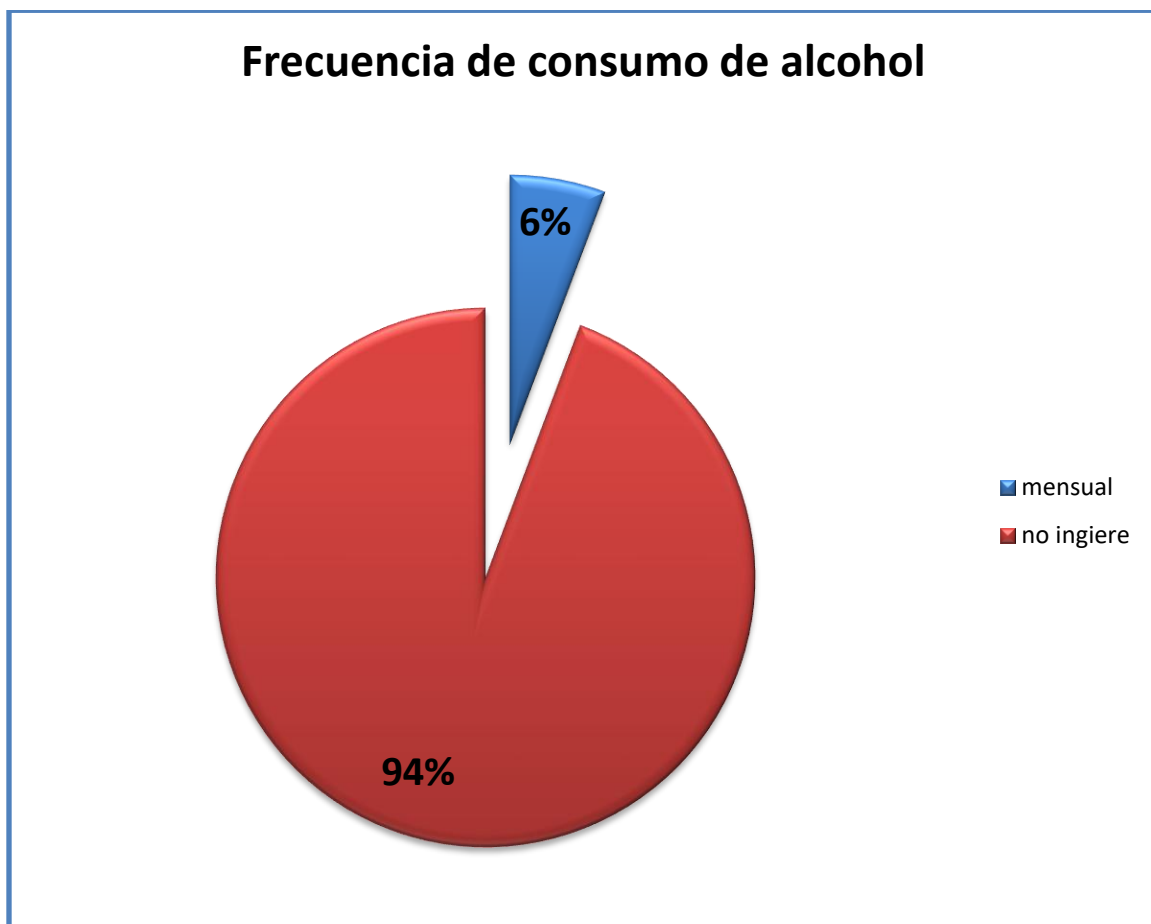
El hábito de fumar conlleva graves efectos negativos para cualquier persona, pero supone un gran riesgo para las mujeres embarazadas. El humo de un cigarro contiene más de 2.500 sustancias químicas. Se desconocen cuáles de ellas son nocivas para el feto, pero sí hay certeza de que la nicotina y el monóxido de carbono pueden hacer que el embarazo se convierta en un viacrucis.

Tabla N° 14

Frecuencia del consumo de alcohol en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Frecuencia del consumo de alcohol	N°	%
mensual	4	6
no ingiere	66	94
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En la entrevista dirigida a las pacientes, sobre el consumo de alcohol el 66 (94%) no lo consume siendo este la mayoría; y el 4 (6%) lo consumen siendo este la minoría; Como podemos observar, es un porcentaje bien bajo; más sin embargo las complicaciones y daños a la madre y principalmente para el feto son considerables.

Según marco teórico la organización mundial de la salud dice que las mujeres queque ingieren alcohol tienen mayor probabilidad de tener abortos parto prematuros bajo peso al nacer y retardo mental, anemia malformaciones congénitas, alcoholismo congénito, desprendimiento normo placentario, afectación al sistema nervioso central, y problemas de conducta durante el desarrollo. En un estudio realizado en Reino Unido sobre alcohol y embarazo revelo que existen riesgos de malformaciones congénitas, incluso en mujeres que consumían alcohol antes del embarazo, incluyendo la cerveza y bebidas a base de vino.

Beber alcohol durante el embarazo puede causar a su bebé diferentes defectos congénitos físicos y mentales. Aunque muchas mujeres son conscientes de que beber demasiado alcohol durante el embarazo puede provocar defectos congénitos, muchas no se dan cuenta de que beber moderadamente (o incluso poco) también puede ser nocivo para el feto. De hecho, no se ha comprobado que haya algún nivel de consumo de alcohol durante el embarazo que se pueda considerar seguro. En consecuencia, March of Dimes recomienda a las mujeres embarazadas abstenerse de beber alcohol (incluidos la cerveza, el vino y sus derivados, y los licores) durante todo el período de embarazo y lactancia. Además, puesto que a menudo las mujeres no saben que están embarazadas durante los primeros meses, aquellas que puedan estar embarazadas o que lo estén intentando deberían abstenerse de consumir bebidas alcohólicas.

El consumo de alcohol durante el embarazo incrementa el riesgo de aborto espontáneo y nacimiento prematuro (antes de cumplidas las 37 semanas de gestación). Los estudios sugieren también que beber alcohol durante el embarazo puede contribuir al nacimiento sin vida del bebé.

Tabla N° 15

Tipo de alcohol que consumen las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

tipo de alcohol que consume	N°	%
Cerveza	4	6
Ninguno	66	94
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Podemos observar en este análisis que el 66 (94%) no consumen ningún tipo de alcohol, siendo este la mayoría, únicamente el 4 (6%) de las embarazadas consume alcohol y lo hace a través del consumo de la cerveza; aunque el porcentaje que lo consume es bien reducido, no deja de ser un problema de grandes dimensiones para el desarrollo adecuado del feto, tanto durante el embarazo y su vida futura.

Según marco teórico el consumo de alcohol durante el embarazo causa retardo del crecimiento intrauterino parto pretermo retardo mental y síndrome alcohólico congénito pues según estudios realizados sobre embarazo y consumo de alcohol incluyendo la cerveza, y las bebidas a base de vino; y que incluso hay riesgos de malformación congénita en mujeres que ingirieron alcohol antes del embarazo.

Esta comprobado que el consumo de alcohol en el embarazo es peligroso ya que puede llegar a producir alteraciones en el feto incluso producir daños cerebrales. Un gran problema, es que muchas mujeres desconociendo su estado de gestación en las primeras semanas consumen alcohol sin ser conscientes de las graves consecuencias.

El consumo de alcohol en el embarazo puede provocar que el bebe nazca con el síndrome alcohólico fetal, el cual conlleva a distintas anomalías en el feto como cardiopatías y alteraciones en el sistema cardiovascular y sistema nervioso, incidiendo en el cerebro. También pueden generar problemas de aprendizaje, memoria, trastornos de atención, comunicación, visión y audición. Aunque la cerveza tiene menor cantidad de alcohol que otras bebidas, como el ron por ejemplo, igual su consumo puede provocar serios daños como los ya mencionados anteriormente. Ingerir una botella o lata de cerveza diariamente en las primeras semanas del embarazo puede ocasionar consecuencias fatales en el feto.

Tabla N° 16

Cantidad de alcohol que ingieren las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

cantidad de alcohol que ingieren	N°	%
1 - 3 copas	4	6
Ninguna	66	94
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En la entrevista realizada sobre cantidad de alcohol que consumen solo 4 (6%) refiere consumir de 1 a 3 copas, siendo este la minoría y el 66 (94%) no consumen alcohol. Aunque el porcentaje de consumo es poco no deja de generar un riesgo para la salud materna y sobre todo para el feto.

Según marco teórico estudio realizado en el Reino Unido sobre efectos del alcohol en el embarazo refiere que hay riesgo de malformaciones congénitas incluso en mujeres que ingirieron alcohol antes del embarazo. No existe un límite de consumo que sea seguro, por lo que el único consumo seguro de alcohol durante el embarazo es el consumo cero. No ingerir bebidas alcohólicas durante el embarazo es la única garantía para no incrementar el riesgo que cada madre y su bebé tienen para desarrollar los efectos derivados del alcohol.

Cuanto más alcohol se consume mayor es el daño que puede ocasionar. Las manifestaciones más graves de los niños afectados por la exposición prenatal al alcohol, se producen en hijos de mujeres que consumen grandes cantidades de alcohol de manera habitual. Sin embargo, el consumo ocasional de grandes cantidades, como el que se produce en los casos de borracheras o los consumos en atracón, aumentan también la probabilidad de que el desarrollo del bebé se vea seriamente afectado. En la actualidad, el conocimiento científico no puede garantizar que el consumo de dosis pequeñas de alcohol durante la gestación no conlleve riesgos para el bebé.

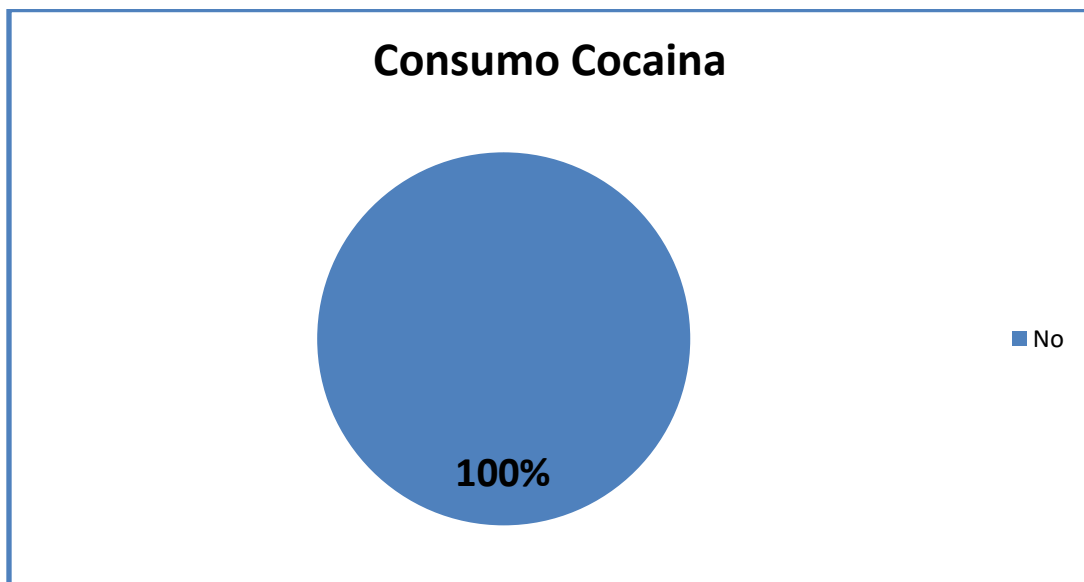
El consumo de alcohol mientras se está embarazada aumenta el riesgo de aborto espontáneo y de parto prematuro. Al nacer estos niños pueden pesar y medir menos, aunque a veces este retraso en el crecimiento se manifiesta más tarde. Además de esto, los bebés pueden nacer con rasgos faciales alterados (cabeza pequeña, maxilar superior pequeño, ojos pequeños y rasgados con pliegues característicos, etc.), problemas y malformaciones en otras partes del cuerpo como el corazón (defectos de cierre en los tabiques que comunican las distintas partes del corazón), los riñones, el tubo digestivo, las extremidades, etc. Además, puede añadirse retraso psicomotor, desde moderado a profundo.

Tabla N° 17

Consumo de cocaína en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Consumo de cocaína	N°	%
No	70	100
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Como podemos observar el 70(100%), de las pacientes no consumen cocaína, lo cual es un patrón positivo en estilo de vida saludable, el que guarda mayor relevancia durante el embarazo ya que disminuyen los riesgos de enfermedades y complicaciones para el binomio madre-hijo.

Según marco teórico el consumo de drogas durante el embarazo reduce la ingesta de alimentos durante el embarazo, causa vasoconstricción, provocando daño al feto por disminución de aporte de oxígeno además aumenta la frecuencia cardíaca fetal, retardo del crecimiento intrauterino adicción congénita y en ocasiones muerte intrauterina ya que esta es una de las drogas más poderosas; aun cuando su consumo no sea frecuente.

Se han detectado múltiples problemas en recién nacidos de madres que han hecho abuso de cocaína durante el embarazo. La cocaína durante el embarazo puede ser causa de abortos espontáneos, partos prematuros, desprendimiento placentario y anomalías neurológicas en el bebé. También está asociada con la aparición de ciertas anomalías congénitas a nivel del sistema génito-urinario, obstrucciones intestinales, y reducción en la longitud de los miembros, como así también amputaciones de los mismos o de los dedos.

La cocaína tiene un efecto vasoconstrictor (disminuye el diámetro de las arterias) y como consecuencia, al disminuir el aporte de sangre, disminuye también la llegada de oxígeno y nutrientes a esas regiones con vasoconstricción. El resultado de todo esto es la falta de crecimiento de los órganos mal vascularizados. En muchas ocasiones la mujer que hace abuso de cocaína, también ingiere otras sustancias nocivas, que aumentan aún más los riesgos para el bebé.

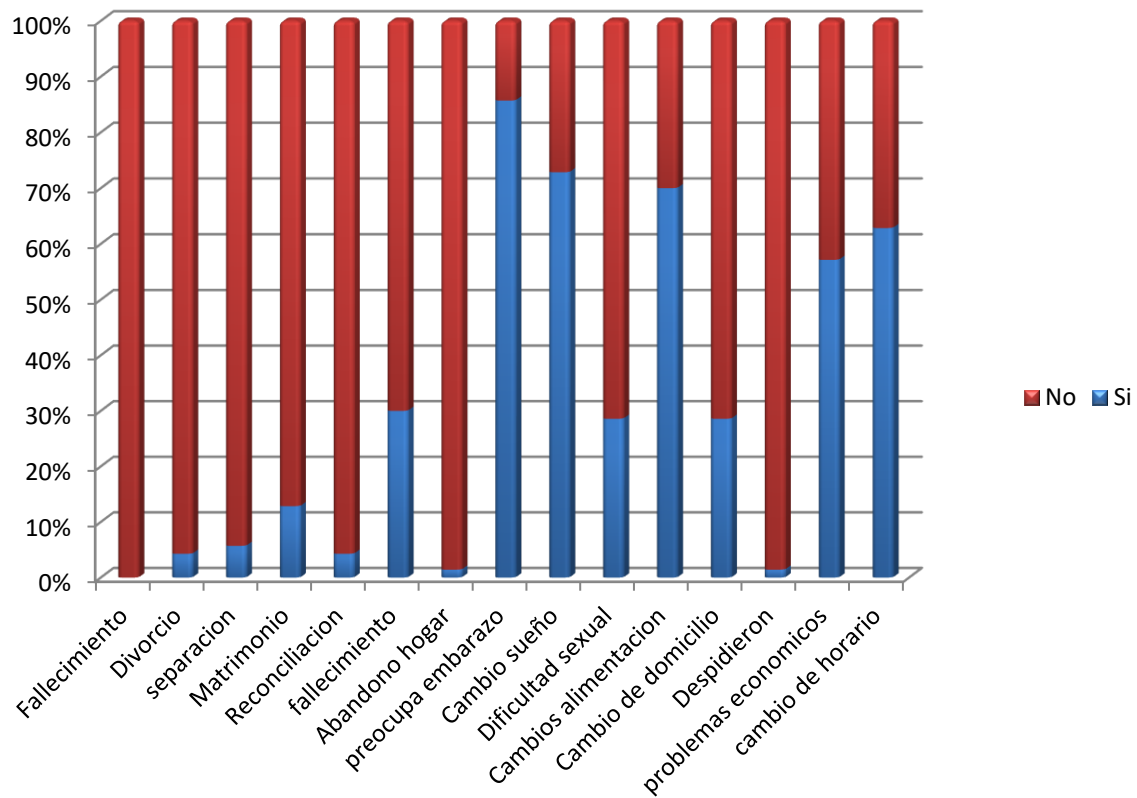
Tabla N° 18

Factores desencadenante del estrés en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Factores desencadenante del estrés	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Falleció recientemente su esposo	0	0	70	100	70	100
Se divorcio recientemente	3	4	67	96	70	100
Se separo de su esposo	4	6	66	94	70	100
Se encuentra planeando su matrimonio	9	13	61	87	70	100
Se está reconciliando con su pareja	3	4	67	96	70	100
Murió algún familiar cercano	21	30	49	70	70	100
Algún hijo abandono el hogar	1	1	69	99	70	100
Le preocupa el embarazo	60	86	10	14	70	100
Ha tenido cambios en el sueño	51	73	19	27	70	100
tiene dificultades sexuales	20	29	50	71	70	100
Ha tenidos cambios en la alimentación	49	70	21	30	70	100
Cambio de domicilio	20	29	50	71	70	100
La despidieron de su trabajo	1	1	69	99	70	100
Tiene problemas económicos	40	57	30	43	70	100
Cambio de horarios en sus actividades	44	63	26	37	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Factores desencadenantes de estres



Según análisis realizado, entre los principales desencadenante de estrés encontramos: la preocupación por el embarazo 60 (86%), siendo este la mayoría; cambios en el sueño 52 (73%) ,siendo este la mayoría; cambios en la alimentación 49 (70%), siendo este mayoría; cambios en el horario 44 (63%), siendo mayoría, problemas económicos 40 (57%), siendo este mayoría; fallecimiento de familiar cercano 21 (30%) siendo este minoría; dificultad en sus relaciones sexuales y cambio de domicilio 20 (29%), siendo este minoría. Cabe señalar que estos son los patrones más afectados.

Según Michel Odent prestigioso obstetra francés, refiere que la principal preocupación del equipo de salud y familiares que rodean a una embarazada debería ser su bienestar emocional ya que este es primordial para el desarrollo del bebe intrauterino e incluso para su salud futura.

Refiere que diversos estudios que se han venido realizando señalan que el estrés intenso durante el embarazo tales como presión laboral, maltrato en la pareja, muerte de un familiar cercano embarazo no deseado entre otros puede tener importantes repercusiones. Una de las consecuencias del estrés materno intenso mas señalada en la última década es la mayor incidencia de partos prematuros y bajo peso al nacer, según los investigadores esto sucede debido a los niveles elevados de hormonas del estrés asociados con la depresión, ansiedad, como el cortisol, pueden reducir el aporte sanguíneo a la placenta induciendo así el parto prematuro.

Un nuevo estudio publicado en agosto 2009 por American Journal of Public Health, muestran que el trabajo intenso o jornadas laborales mayor de 32 horas semanales en el primer trimestre de gestación está asociado con bajo peso al nacer y pequeño para edad gestacional este estudio se aplico a 8,226 mujeres sobre sus condiciones de trabajo.

Un reciente estudio realizado en Dinamarca a 19,282 mujeres embarazadas sobre el impacto del estrés psicológico sobre el riesgo de muerte fetal reflejo que, la muerte fetal ocurrió después de las 28 semanas de gestación en un 66% de los embarazos

(0.34%)y las mujeres con niveles altos de estrés tuvieron un riesgo aumentado del 80%, otras con niveles intermedios 0.34% del total de embarazadas, cabe mencionar que el estudio tuvo en cuenta la posible influencia de factores como la edad materna, número de hijos, incremento de masa corporal antes del embarazo consumo de tabaco, alcohol, drogas, estado civil y nivel de estudio sin que ninguno de estos factores alterase los resultados. Tampoco cambiaron los resultados al excluir a mujeres con complicaciones durante el embarazo como diabetes, hipertensión arterial y sangrados vaginales.

Sé analizo que niveles elevados de estrés se asocian con casi el doble de muerte fetal, además consideran que el estrés, la depresión y la ansiedad se asocian con elevados niveles de hormona del estrés, como las catecolaminas (en estudios con animales se ha visto que los niveles elevados de catecolaminas coinciden con una reducción del flujo sanguíneo a la placenta y asfixia fetal).Se analizo además que el consumo de tabaco, alcohol, y drogas son más comunes en mujeres que sufren de estrés. También relacionaron el estrés durante las primeras semanas de embarazo con inadecuado desarrollo del cuerpo calloso y el cerebro, destrucción de neuronas y sinapsis (conexiones entre neuronas) y la inhibición del desarrollo déntrico., el estrés puede causar alteraciones en las habilidades intelectuales, de comportamiento y lenguaje.

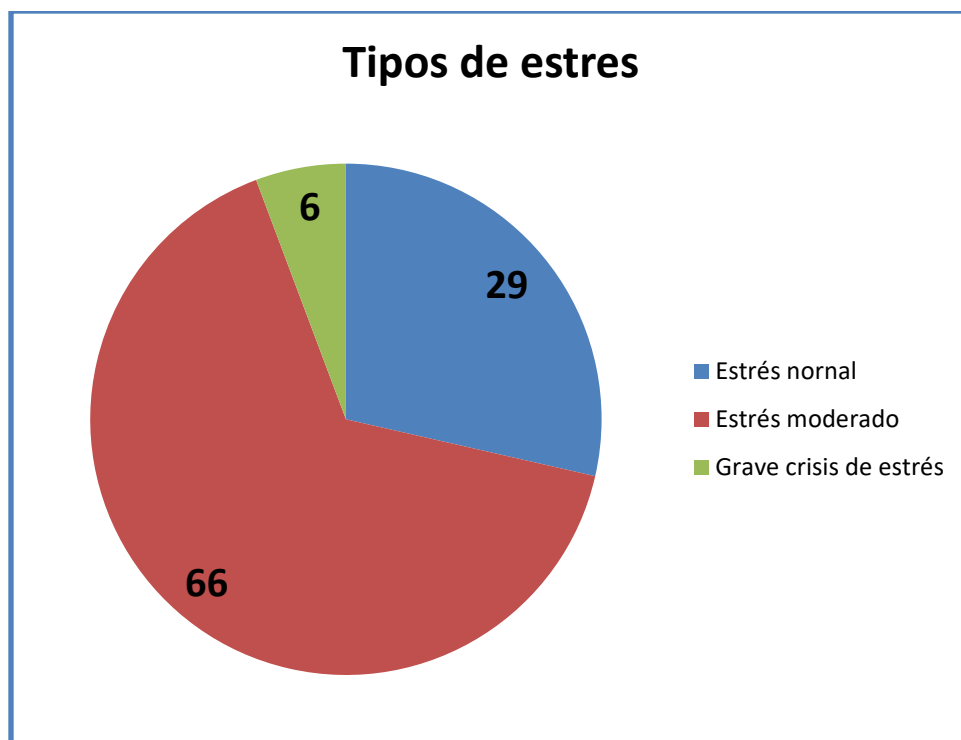
En el año 2004 investigadores canadienses, publicaron los resultados de un estudio realizado en 1998 a raíz de una tormenta de hielo en Quebec, donde un gran número de embarazadas estuvieron sometidas a elevados niveles de estrés se les dio seguimiento a estos embarazos y a sus hijos por un periodo de dos años. Así se observo que cuanto severo había sido el nivel de estrés prenatal, menor era el desarrollo de las habilidades intelectuales y del lenguaje de los mismos niños a los dos años especialmente si la exposición al estrés se había producido en las fases tempranas del embarazo.

Tabla N° 19

Tipo de estrés en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Tipo de estrés	N°	%
Estrés normal	20	29
Estrés moderado	46	66
Grave crisis de estrés	4	6
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según análisis realizado sobre el tipos de estrés que tienen las mujeres embarazadas encontramos en primer lugar el estrés moderado con 34 (49%), en segundo lugar encontramos es estrés normal con 28 (40%) y en tercer lugar encontramos grave crisis de estrés con 8 (11%). Cabe señalar que la mayoría tiene un estrés moderado o normal y la minoría tiene una grave crisis de estrés.

Refiere que diversos estudios que se han venido realizando señalan que el estrés intenso durante el embarazo tales como presión laboral, maltrato en la pareja, muerte de un familiar cercano embarazo no deseado entre otros puede tener importantes repercusiones. Una de las consecuencias del estrés materno intenso mas señalada en la última década es la mayor incidencia de partos prematuros y bajo peso al nacer, según los investigadores esto sucede debido a los niveles elevados de hormonas del estrés asociados con la depresión, ansiedad, como el cortisol, pueden reducir el aporte sanguíneo a la placenta induciendo así el parto prematuro.

Sé analizo que niveles elevados de estrés se asocian con casi el doble de muerte fetal, además consideran que el estrés, la depresión y la ansiedad se asocian con elevados niveles de hormona del estrés, como las catecolaminas (en estudios con animales se ha visto que los niveles elevados de catecolaminas coinciden con una reducción del flujo sanguíneo a la placenta y asfixia fetal).Se analizo además que el consumo de tabaco, alcohol, y drogas son más comunes en mujeres que sufren de estrés. También relacionaron el estrés durante las primeras semanas de embarazo con inadecuado desarrollo del cuerpo calloso y el cerebro, destrucción de neuronas y sinapsis (conexiones entre neuronas) y la inhibición del desarrollo déntrico., el estrés puede causar alteraciones en las habilidades intelectuales, de comportamiento y lenguaje.

Según la página wed.www.efisioterapia.net/leer. Podemos definir distress como el estrés desagradable .Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga; va acompañado siempre de un desorden fisiológico, tales como aceleración de las funciones alejadas del punto de equilibrio.(hiperactividad, acortamiento muscular, somatización y envejecimiento prematuro.

El Eustres es el estrés positivo, la relación con las impresiones del mundo externo e interno no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello. El Eustres permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso, el Eustres no solo incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones, permite llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.

El Estrés agudo es el producto de una agresión intensa, física o emocional, limitada en el tiempo pero que supera el umbral del sujeto, da también respuesta o lugar a una respuesta intensa, rápida y muchas veces violenta, es capaz de realizar cambios en el estilo de vida de las personas, como generar enfermedades como úlceras gástricas, trastornos hipertensivos, cardiovasculares, cáncer entre otros.

El estrés crónico es forma crónica prolongado en el tiempo, continuo no necesariamente intensa, pero exigiendo adaptación permanente; agotando las normas fisiológicas del individuo. El estrés crónico puede originarse por estrés postraumático como guerras, accidentes, violaciones sexuales y otras veces por el tipo de actividad laboral desempeñada (pilotos, ejecutivos médicos y docentes).

El Distress por sub – estimulación Tomando en cuenta que poseemos un ritmo biológico; cuando nuestro cuerpo y mente se encuentra en un estado exagerado de reposo, nuestro organismo reacciona produciendo irritabilidad y fatiga, los cuales son índice de distress por sub- estimulación.

Entre las manifestaciones mentales tenemos: sensación de vacío, agotamiento, fracasos, impotencia, dificultad para la concentración, baja tolerancia a la frustración, comportamiento paranoide y agresivo hacia la familia, amigos y compañeros.

Entre las manifestaciones físicas tenemos: cefalea, insomnio, algias musculares, úlceras gástrica, alteraciones en la alimentación, taquicardia, disnea, pérdida de peso, erupciones en la piel, picos hipertensión.

Entre las manifestaciones conductuales tenemos: Predominios de conductas adictivas y evitativas, aumento consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento laboral, académico y personal, distanciamiento con las familias y amistades, frecuente conflictos interpersonales en el trabajo y en el hogar, incapacidad de vivir de forma relajada, comportamiento de alto riesgo y conducta violenta.

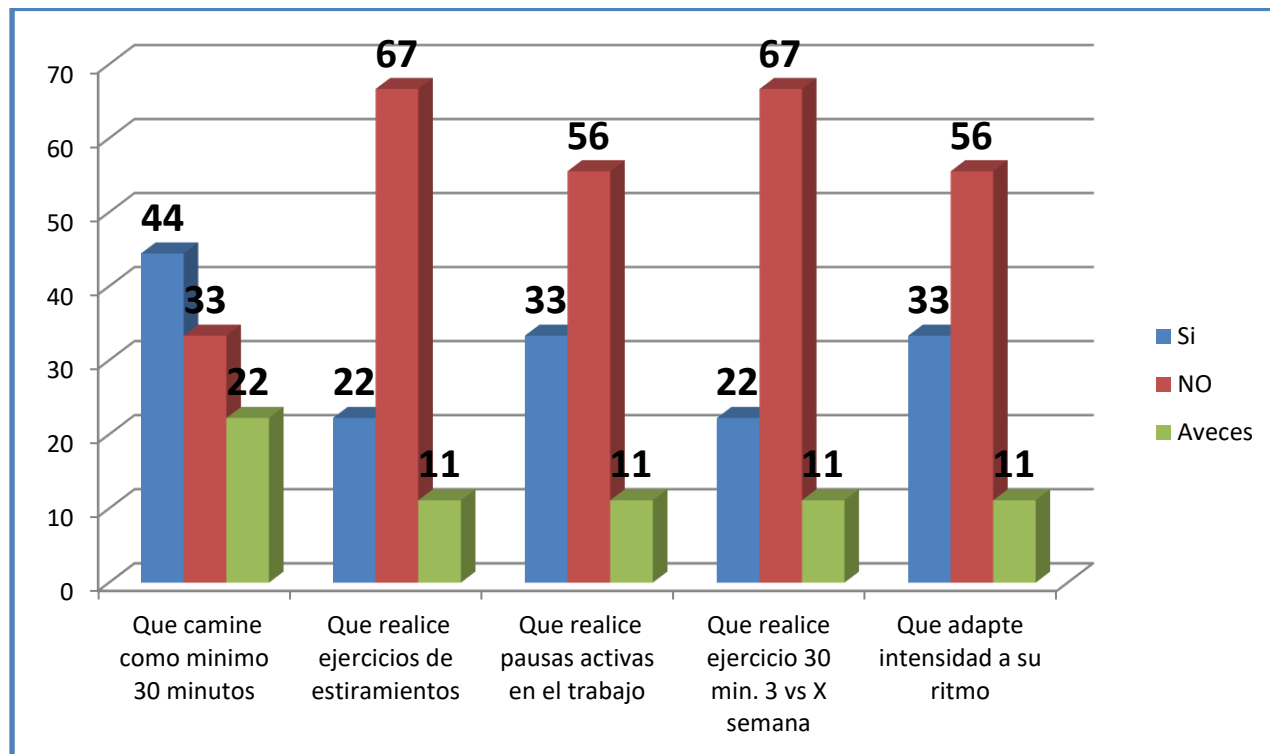
Puntuación para la Clasificación del Estrés, 150 o menos es juzgada Estrés Normal, 200 a 299 Crisis Moderada de Estrés, 300 o más denota una Grave Crisis en la vida.

Tabla N° 20

Actividades físicas que orienta enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Actividades físicas	Si		NO		A veces		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Que camine como mínimo 30 minutos diarios.	4	44	3	33	2	22	9	100
Que realice ejercicios de estiramientos	2	22	6	67	1	11	9	100
Que realice pausas activas en el trabajo	3	33	5	56	1	11	9	100
Que realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana	2	22	6	67	1	11	9	100
Que adapten la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo	3	33	5	56	1	11	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



En la encuesta realizada al personal de enfermería sobre actividades físicas en las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad que se orienta encontramos en la tabla como primer lugar, que camine como mínimo 30 minutos diario con un 4(44%), que no se orienta con un 3(33%) y que a veces se orienta con un 2(22%); en segundo lugar tenemos que se orientan, que realice pausas activas en el trabajo, que adapten la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo con un 3(33%), que no se orientan con un 5(56%) y que a veces se orienta con un 1(11%); en tercer lugar que se orientan están, que realice ejercicios de estiramientos, que realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana con un 2(22%), que no se orienta con un 6(67%) y que a veces se orienta con un 1(11%).

Al realizar el análisis encontramos que en su mayoría la actividad física que mas orientan es que camine como mínimo 30 minutos diario y la que en minoría se orienta es la de ejercicio de estiramiento; según la teoría las actividades física que el personal debe de orientar a las mujeres embarazadas le ayuda tanto a la paciente como al personal de salud, a la preparación del parto, consume caloría que se pueda ingerir en exceso, ayuda a la oxigenación de la sangre y consiguiente la del bebe y mejora considerablemente la condición física, indispensable para llevar sin complicaciones las etapas finales del embarazo.

Es necesario tener en cuenta que aquellas gestantes que no tengan permiso de su médico, que abortan con facilidad o tienen sangrado, las que padecen de fiebre reumática o las que presenten patologías propias del embarazo que limite su participación en alguna actividades físicas no deben hacer ejercicios durante el embarazo.

Objetivos de las Actividades Físicas:

- Mantener activa a la gestante durante el embarazo.
- Fortalecer la musculatura y las articulaciones que tienden a experimentar grandes sobrecargas durante el embarazo y el parto (abdominal y perineal)
- Mejorar y acortar el trabajo de parto.

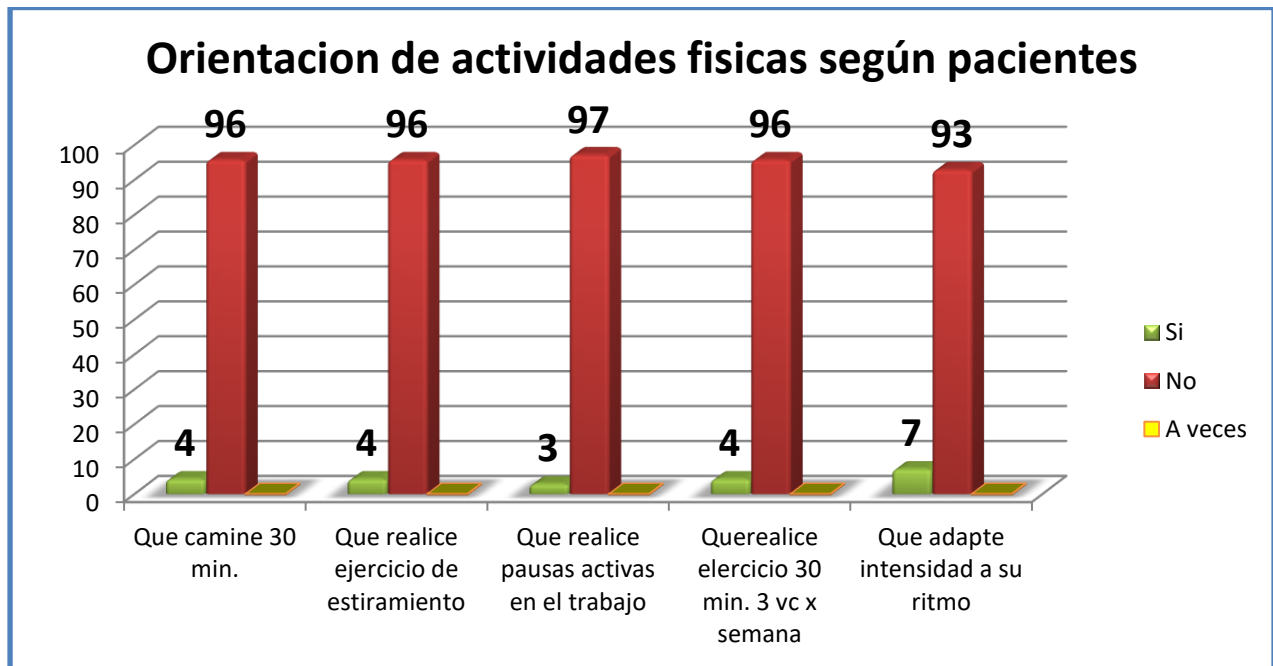
- Acortar el tiempo de hospitalización post parto.
- Reducir las cesáreas
- Acortar el tiempo de recuperación de la embarazada durante el puerperio.
- Favorecer el suministro de oxígeno a la madre y el feto.
- Contribuir al mejoramiento de las funciones cardiovascular, respiratoria, metabólica y nerviosa, entre otras.
- Controlar el aumento de peso innecesario.
- Prevenir fenómenos de estasis en la pelvis y miembros inferiores, facilitando el retorno venoso.
- Crear predisposición positiva y la seguridad psicológica de que el esfuerzo en el parto se hará en forma adecuada y eficaz.
- Conjuntamente con la psicoprofilaxis, sustituir el reflejo condicionado parto – dolor, desviando el foco de atención hacia un trabajo que vincule la contracción uterina a una acción activa de la mujer (respiración – relajación).
- Durante el puerperio se persigue restablecer el tono muscular, las dimensiones tendinosas y el equilibrio, así como recupera la figura.

Tabla N° 21

Orientación de actividades físicas a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Orientación de actividades físicas según pacientes	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	100
Camine como mínimo 30 minutos diarios	3	4	67	96	0	0	70	100
Que realice ejercicio de estiramiento	3	4	67	96	0	0	70	100
Que realice pausas activas en el trabajo	2	3	68	97	0	0	70	100
Que realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana	3	4	67	96	0	0	70	100
Que adapte la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo	5	7	65	93	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



De acuerdo con los datos analizados, se encuentra que en las acciones de actividades físicas que el personal de enfermería orienta, se encuentran: que las paciente camine 30 minutos diario, que realice ejercicio de estiramiento y que realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semanas, se encuentra la minoría con 3(4%), en las que adapten intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo 5(7%) y en las que orientan que realicen pautas activas en el trabajo también se encuentra la minoría con 2 (3%).

Esta tabla nos refleja que el personal de esta sala no orienta mucho la realización de actividades físicas, esto se debe a que la mayoría de estas pacientes tienen alguna complicación como amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, anemias etc. Es por lo cual las orientaciones van dirigidas a estar en la cama reposando, ya que de hacer estos movimientos complicaría mas el embarazo y es por lo cual que cuando se les da de alta se orienta que evite realizar movimientos muy bruscos se orienta que no haga nada y que guarde reposo. Aunque existe el otro lado que hay mujeres que les gusta caminar las cuales sino tienen ninguna complicación se les orienta el ejercicio pero con mucha precaución.

Según Pérez Sánchez Alfredo. Obstetricia. 1996. Ayuda a preparar para el parto, al aumentar su resistencia y vigor, consume calorías que se puede ingerir en exceso, oxigena más la sangre y por consiguiente la del bebé y mejora considerablemente la condición física, indispensable para llevar sin complicaciones las etapas finales del embarazo.

Los beneficios del ejercicio durante el embarazo son: una mejoría en la postura y apariencia, alivio del dolor de espalda, músculos más fuertes para la preparación para el trabajo de parto y soporte para las articulaciones flácidas, una mejoría en la circulación, aumento en la flexibilidad, aumento/mantenimiento de la condición aeróbica, aumento en el nivel de energía y menos fatiga, reducción en la tensión de los músculos que promueve el relajamiento, promoción de los sentimientos de bienestar y

de una imagen positiva de usted misma, e cual ayuda a las mujeres a tener un parto excelente.

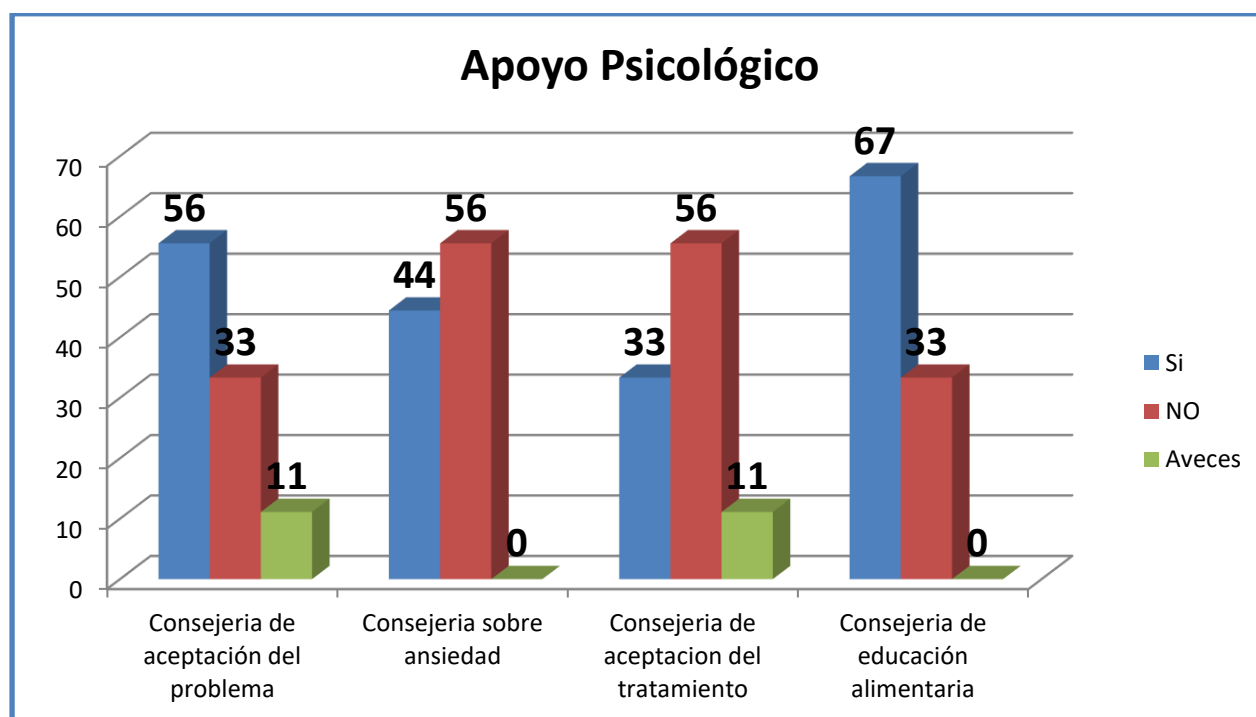
Es necesario tener en cuenta que aquellas gestantes que no tengan permiso de su médico, que abortan con facilidad o tienen sangrado, las que padecen de fiebre reumática o las que presenten patologías propias del embarazo que limite su participación en alguna actividades físicas no deben hacer ejercicios durante el embarazo.

Tabla N° 22

Apoyo psicológico que brinda enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Apoyo psicológico que brinda enfermería.	Si		NO		A veces		total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consejería de aceptación del problema	5	56	3	33	1	11	9	100
Consejería de cómo controlar su ansiedad a la alimentación	4	44	5	56	0	0	9	100
Consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad	3	33	5	56	1	11	9	100
Consejería de educación alimentaria	6	67	3	33	0	0	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



De acuerdo a la encuesta realizada al personal de enfermería sobre el apoyo psicológico que brinda enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad encontramos en primer lugar la consejería de educación alimentaria con un 6(67%), la que no brindan esta consejería con un 3(33%) y que a veces la brindan con un 0(0%); en segundo lugar está la consejería de aceptación del problema con un 5(56%), la que no brindan esta consejería con un 3(33%) y que a veces la brindan con un 1(11%), en tercer lugar está la consejería de cómo controlar su ansiedad a la alimentación con un 4(44%), la que no brindan esta consejería con un 5(56%) y que a veces la brindan con un 0(0%) y en cuarto lugar está la consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad con un 3(33%), la que no brindan esta consejería con un 5(56%) y que a veces la brindan con un 1(11%).

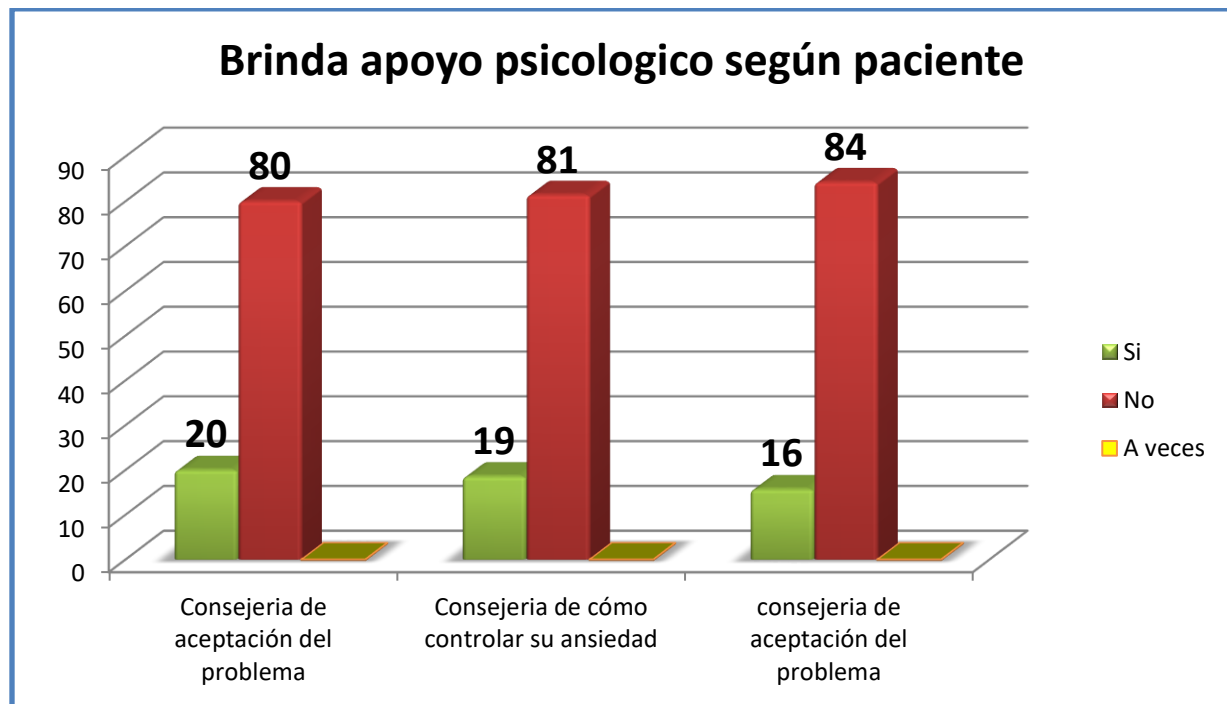
Al realizar el análisis encontramos que en su mayoría la consejería que más se brinda es la educación alimentaria y en la minoría esta la consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad, ya que el cual es importante brindar el apoyo psicológico a todas las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, porque así se evita problemas en el embarazo y al bebe, como problema de macrosomia, hipertensión gestacional y diabetes gestacional.

Tabla N° 23

Brinda apoyo psicológico a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Apoyo psicológico	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	
Consejería de aceptación del problema	14	20	56	80	0	0	70	100
Consejería de cómo controlar su ansiedad en su alimentación	13	19	57	81	0	0	70	100
Consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad	11	16	59	84	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



De acuerdo con los datos analizados, se encuentran algunas acciones que realiza el personal de enfermería en el apoyo psicológico entre estas están: consejería de la aceptación del problema 14(20%), encontrándose en esta una minoría que lo realiza, en la consejería de cómo controlar la ansiedad 13 (19%) encontrándose una minoría y en la consejería de la importancia del tratamiento 11(16%) encontrando se aquí también una minoría.

Esta tabla nos refleja que el personal de esta sala en su mayoría no brinda apoyo psicológico, esto se debe a la demanda de paciente ya que para esto se necesita más tiempo y el tiempo que tiene el personal de enfermería no es suficiente además. Cabe señalar que una minoría del personal brinda apoyo psicológico siendo esto muy importante ya que las pacientes solo por el hecho de estar embarazadas tienden hacer más sensibles y a que cualquier cosa que se les diga las deprima con facilidad.

El estrés de la madre puede causar la liberación de una hormona liberadora de corticotropina esta hormona producida por el cerebro y la placenta hace que el organismo libere sustancias químicas llamadas prostaglandinas las cuales provocan el parto. El estrés afecta el sistema inmunológico exponiendo a la embarazada a adquirir enfermedades como IVU, anemia, vaginosis Y parto pretérmino.

El apoyo psicológico Según Universidad de Concepción. Programa de Estrategias contra la Obesidad. Es un aspecto de mucha importancia en el tratamiento de estos pacientes, ya que una gran parte de los obesos son muy ansiosos, y esto le da más apetito, además es importante descubrir las motivaciones que puede llevar a cada paciente a interesarse por el tratamiento de reducción del peso corporal.

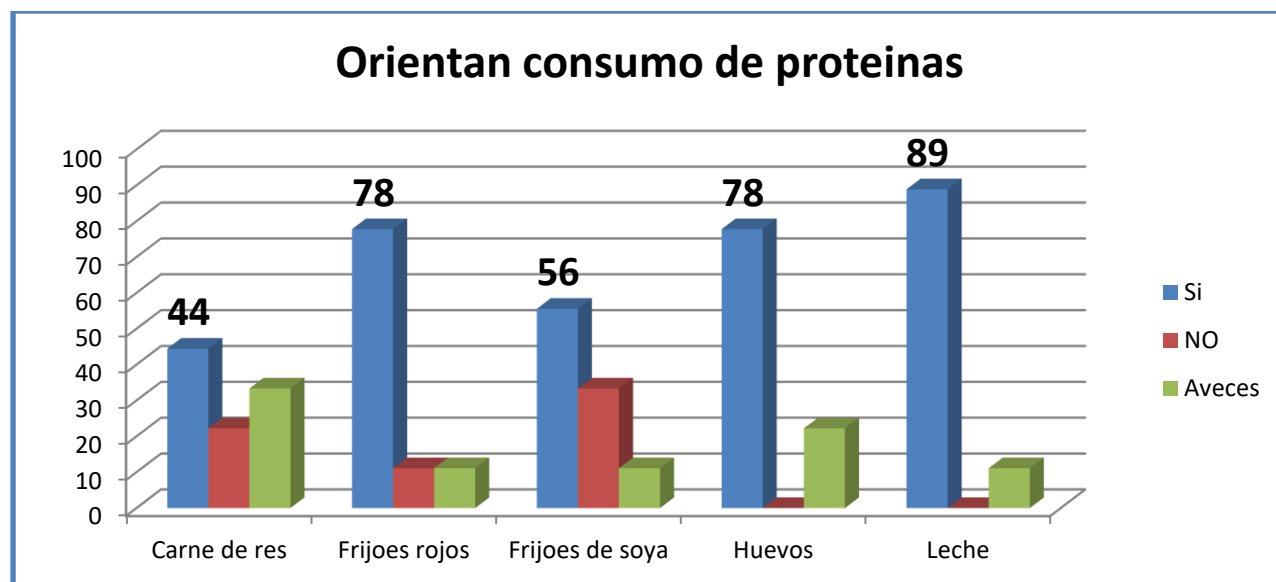
El personal de enfermería debe de brindar mayor apoyo psicológico a las pacientes, más cuando estas tienen un problema de sobrepeso u obesidad tienden a ser más vulnerables

Tabla N° 24

Orientación de enfermería del consumo de Alimentos ricos en proteínas a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Orientación del consumo de Alimentos ricos en proteínas.	SI		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Carne de res	4	44	2	22	3	33	9	100
Frijoles rojos	7	78	1	11	1	11	9	100
Frijoles de soya	5	56	3	33	1	11	9	100
Huevos	7	78	0	0	2	22	9	100
Leche	8	89	0	0	1	11	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según la encuesta realizada al personal de enfermería los alimentos que más orientan ricos en proteínas que se encuentra en primer lugar es la leche con un 8(89%), que no se orienta con un 0(0%) y que a veces se orienta con un 1(11%); en segundo lugar que si se orienta son el huevo con un 7(78%), que no se orienta con un 0(0%) y que a veces se orienta con un 2(22%) y los frijoles rojos con un 7(78%), que no se orienta con un 1(11%) y que a veces se orienta con un 1(11%); en tercer lugar se encuentra los frijoles de soya con un 5(56%), que no se orienta con un 3(33%) y que a veces se orienta con un 1(11%); en cuarto lugar se encuentra con un 4(44%), que no se orienta con un 2(22%) y que a veces se orienta con un 3(33%).

Al realizar el análisis encontramos que en su mayoría el alimento rico en proteína que más orientan es la leche, huevo y en minoría esta la carne de res, el cual son alimentos de origen animal que es la mejor fuente de proteína; el frijol de soya tiene la concentración más alta de proteína y el frijol rojo un 22% de concentración de proteína; es por eso, que es muy importante la orientación del consumo de proteína, ya que la las proteínas son el elemento principal para la formación de nuevas estructuras corporales en la madre (placenta, mayor volumen sanguíneo, pechos, útero) y para la formación y el crecimiento del feto. Por ello es muy importante que los alimentos proteicos formen parte de la dieta durante el embarazo.

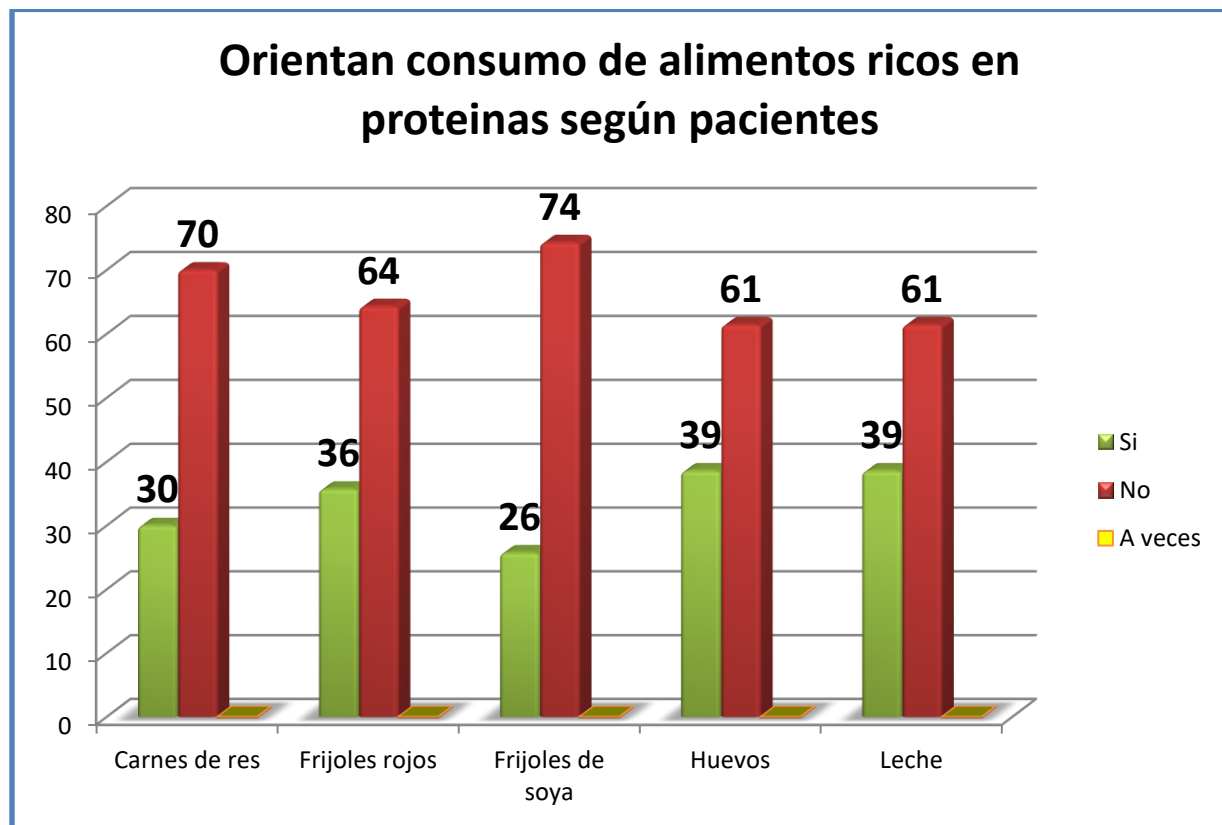
El costo proteico total del embarazo es de unos 900 gramos, lo cual dividido entre 280 días, representa un aporte suplementario de 3,2 gramos al día. La madre almacena en sus tejidos las proteínas que necesita el feto para la última fase del embarazo y que necesitará la madre para la lactancia natural. Se estima suficiente un aporte adicional de 4,7 g/día durante las últimas 28 semanas para cubrir las mayores demandas que se producen durante esta etapa. Este aporte se puede cubrir satisfactoriamente con un ligero aumento en cantidad de los alimentos proteicos sobre una dieta equilibrada normal, puesto que hay que tener en cuenta que la dieta occidental y también la española aseguran una cantidad y calidad proteica, circunstancia que evita hacer una recomendación especial de este nutriente.

Tabla N° 25

Orienta alimentos ricos en proteínas a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Proteínas	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	100
Carnes de res	21	30	49	70	0	0	70	100
Frijoles rojos	25	36	45	64	0	0	70	100
Frijoles de soya	18	26	52	74	0	0	70	100
Huevos	27	39	43	61	0	0	70	100
Leche	27	39	43	61	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Logramos identificar los alimentos ricos en proteínas que se le orientan a las pacientes entre estos tenemos: carne de res con 21 (30%) siendo este la minoría que lo orientan, frijoles rojos 25(36%) la minoría orienta este alimento, frijoles de soya 18(26%) la minoría orienta este alimento y los huevos y la leche 27 (39) siendo la minoría que lo orientan, cabe señalar que la mayoría del personal no orienta el consumo de estos alimentos.

De acuerdo con los datos planteados el personal de enfermería no está orientando mucho el consumo de alimentos con proteínas siendo unos alimentos muy necesarios. Las proteínas son macromoléculas compuestas por carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno. Si bien se reconoce la necesidad de proteína adicional para apoyar la síntesis de los tejidos maternos y fetales, es incierta la magnitud necesaria de tal aumento.

Según KRAUSE MAHAN (Nutrición y Dietoterapia) y Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). La eficiencia de utilización de proteína en las mujeres embarazadas al parecer es cerca del 70%. También son variables las necesidades, aumentando conforme prosigue el embarazo y son mayores las demandas durante el segundo y tercer trimestre. El requerimiento alimentario recomendado actualmente es de 60 g de proteínas para las mujeres embarazadas representa de 10 a 16 g por día adicionales respecto a los requerimientos proteínicos en las mujeres no embarazadas. Entre Los alimentos tenemos (huevo, pescado, leche y sus derivados y el frijol común 22%.)

Los frijoles son una fuente abundante de nutrientes, incluyendo hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, minerales y fibra dietética. Los frijoles poseen un bajo contenido de grasa y, como toda planta, no contienen colesterol. El consumo de frijoles es una buena manera de aumentar la fibra en nuestra dieta. La clase de fibra que se encuentra en los frijoles ayuda a reducir los niveles de colesterol en la sangre y reduce el riesgo de enfermedades crónicas, tales como la diabetes, la obesidad y el cáncer.

Los hidratos de carbono contenidos en los frijoles son complejos, en lugar de simples. Esto significa que los frijoles satisfacen el hambre por más tiempo y proveen energía por un período de tiempo más prolongado.

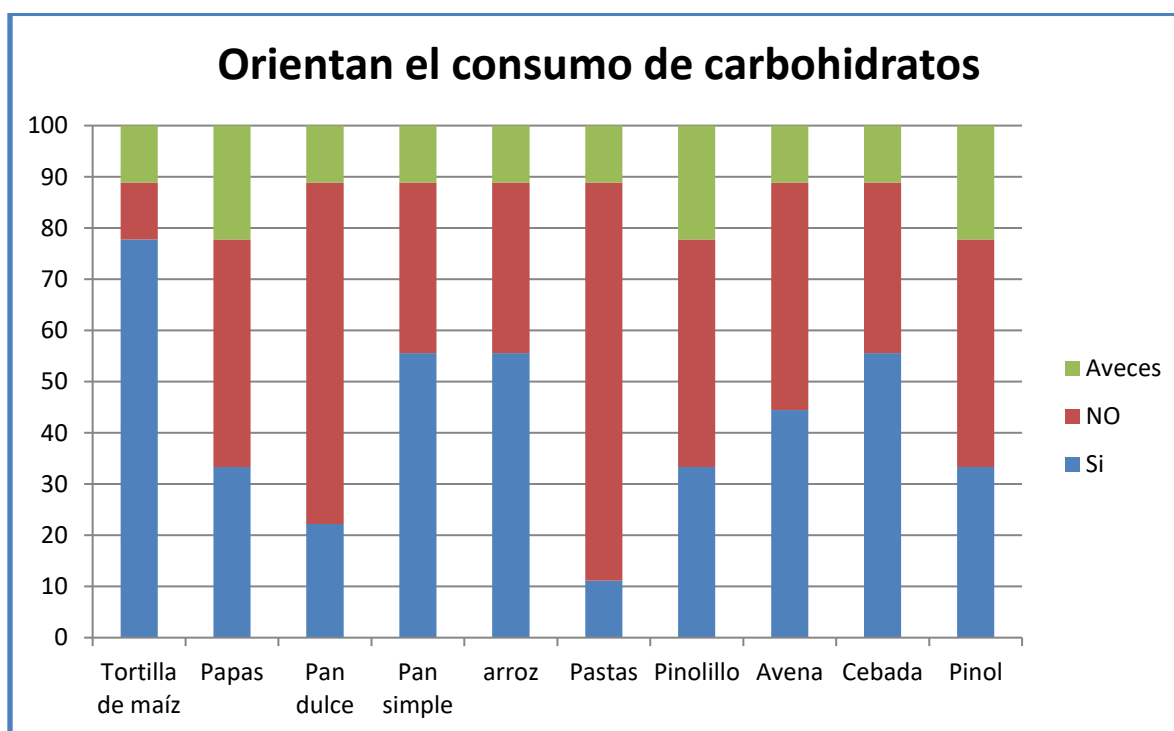
Los frijoles son una fuente de vitaminas, tales como tiamina, riboflavina, niacina y folacín. Estas vitaminas ayudan a la vista, a poseer una piel saludable, y al buen funcionamiento del aparato digestivo y del sistema nervioso. El consumir comidas que contienen folacín es de particular importancia para las mujeres embarazadas y lactantes. Los frijoles son además una fuente vegetal de hierro mineral. El combinar los frijoles con comidas con alto contenido de vitamina C, como los tomates o los cítricos, ayuda a que nuestro organismo absorba el tipo de hierro que se encuentra en los frijoles. Los requerimientos de proteínas son de gran necesidad durante el embarazo ya que favorece la síntesis de los tejidos materno fetales.

Tabla N° 26

Consumo de alimentos ricos en carbohidratos que orienta enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Alimentos ricos en carbohidratos	Si		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Tortilla de maíz	7	78	1	11	1	11	9	100
Papas	3	33	4	44	2	22	9	100
Pan dulce	2	22	6	67	1	11	9	100
	5	56	3	33	1	11	9	100
	5	56	3	33	1	11	9	100
Pastas	1	11	7	78	1	11	9	100
Pan simple	3	33	4	44	2	22	9	100
Arroz	4	44	4	44	1	11	9	100
Cebada	5	56	3	33	1	11	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según los datos obtenidos sobre las orientaciones que brinda el personal de enfermería de los alimentos ricos en carbohidratos encontramos en primer lugar tortilla de maíz 7(78%), en segundo lugar se encuentran pan simple 5(56%), arroz 5(56%) y cebada 5(56%) en tercer lugar se encuentra la avena 4(44%), en cuarto lugar se encuentran el pinol 3(33%) y papas 3(33%).

Según los datos obtenidos sobre las acciones de enfermería efectuadas por el personal se determina que la orientación sobre toma de muestra de exámenes de laboratorio se encuentra en primer lugar con 9(100%) y la consejería que brinda sobre su embarazo se encuentra también en primer lugar con 9(100%); lo que indica que se está cumpliendo efectivamente con las orientaciones que se debe brindar a las pacientes para satisfacción de sus necesidades y contribuir en su recuperación.

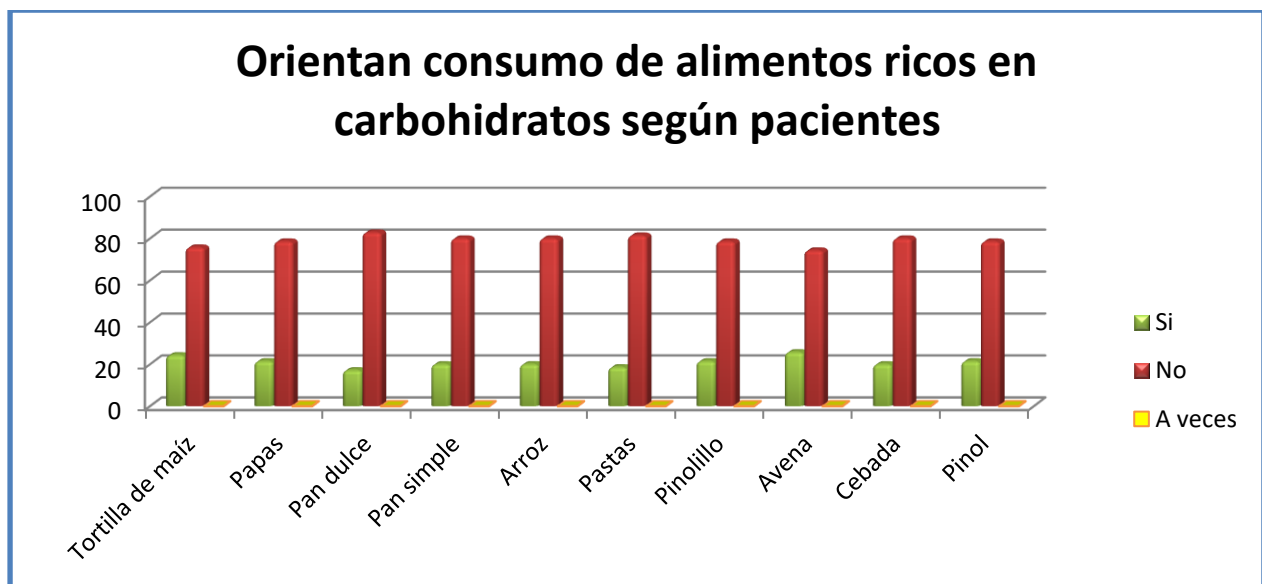
No existe un requerimiento de carbohidrato ya que la mayoría de los aminoácidos, el glicerol de las grasas y algunos ácidos orgánicos se pueden convertir en glucosa. . Normalmente se los encuentra en las partes estructurales de los vegetales y también en los tejidos animales, como glucosa o glucógeno. Estos sirven como fuente de energía para todas las actividades celulares vitales.

Tabla N° 27

Orienta alimentos ricos en carbohidratos a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Carbohidratos	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	
Tortilla de maíz	17	24	53	76	0	0	70	100
Papas	15	21	55	79	0	0	70	100
Pan dulce	12	17	58	83	0	0	70	100
Pan simple	14	20	56	80	0	0	70	100
Arroz	14	20	56	80	0	0	70	100
Pastas	13	19	57	81	0	0	70	100
Pinolillo	15	21	55	79	0	0	70	100
Avena	18	26	52	74	0	0	70	100
Cebada	14	20	56	80	0	0	70	100
Pinol	15	21	55	79	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Logramos identificar los alimentos ricos en proteínas que se le orientan a las pacientes entre estos tenemos: tortilla de maíz 24(53%) siendo este la minoría que lo orienta, las papas, el pinolillo y el pinol lo orientan en 15 (21%) siendo esta la minoría, el pan dulce 12 (17%) lo orientan la minoría,, el pan simple, el arroz y la cebada lo orientan 14 (20%), las pastas 13 (19%) siendo la minoría y la avena 18(26%).

De acuerdo a los datos planteados el personal de enfermería está orientando poco el consumo de alimentos con carbohidratos, ya que son muy abundante y se encuentran con mayor facilidad y el no saber balancear este tipo de alimento puede causar que las embarazadas tengan mayor riesgo de complicación por el aumento de peso, estos alimentos no deben de faltar en la dieta de la embarazadas ya que les brindan muchas energía.

Según zonadiet.com. Los carbohidratos son los compuestos orgánicos más abundantes de la biosfera y a su vez los más diversos. Normalmente se los encuentra en las partes estructurales de los vegetales y también en los tejidos animales, como glucosa o glucógeno. Estos sirven como fuente de energía para todas las actividades celulares vitales.

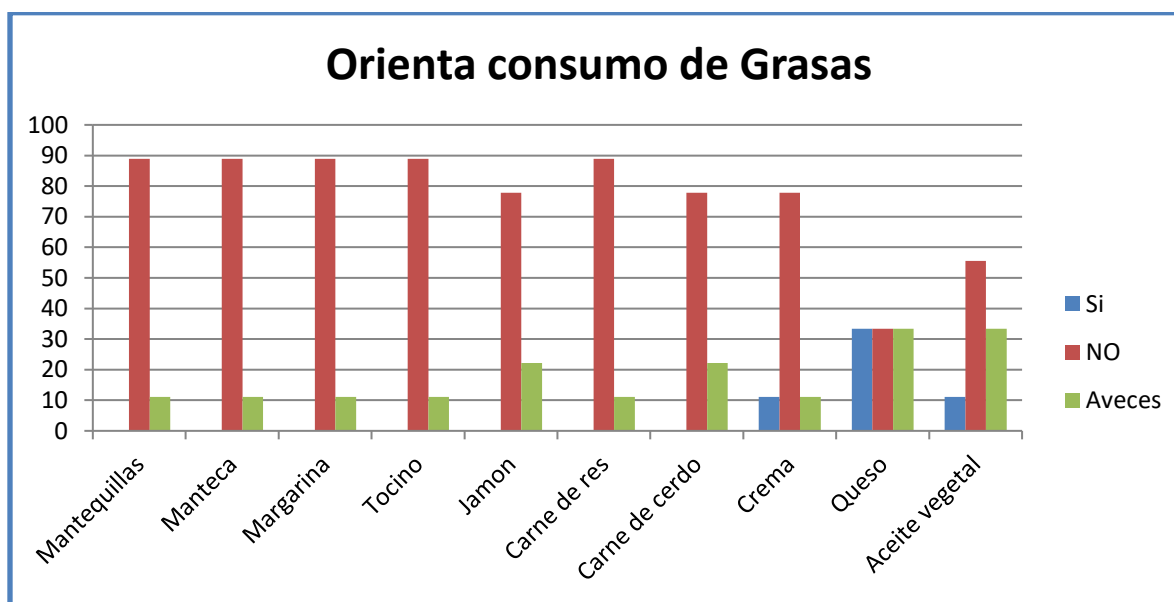
Según Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). No existe un requerimiento de carbohidrato ya que la mayoría de los aminoácidos, el glicerol de las grasas y algunos ácidos orgánicos se pueden convertir en glucosa. De origen animal: Carne magra, carne grasa, leche de vaca, huevos. De origen vegetal: Legumbres, harina de trigo, pan, papas, frutas. Los requerimientos de carbohidratos son de gran necesidad durante el embarazo ya que estos les brindan energía a las mujeres embarazadas.

Tabla N° 28

Consumo de alimentos ricos en Grasas que orienta enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Alimentos ricos en grasas	Si		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mantequillas	0	0	8	89	1	11	9	100
Manteca	0	0	8	89	1	11	9	100
Margarina	0	0	8	89	1	11	9	100
Tocino	0	0	8	89	1	11	9	100
Jamón	0	0	7	78	2	22	9	100
Carne de res	0	0	8	89	1	11	9	100
Carne de cerdo	0	0	7	78	2	22	9	100
Crema	1	11	7	78	1	11	9	100
Queso	3	33	3	33	3	33	9	100
Aceite vegetal	1	11	5	56	3	33	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



En la encuesta realizada al personal de enfermería, sobre la orientación que brindan a las pacientes sobre alimentos ricos en grasa encontramos que en primer lugar se ubica el queso 3(33%), segundo de la crema y el aceite vegetal 1(11%) y por último la manteca, mantequilla, margarina, y tocino los cuales fueron recomendados a veces con un 1(11%) y con un 2(22%) el jamón y la carne de cerdo.

Al realizar el análisis de esta tabla encontramos que es poca la consejería que se brinda sobre el consumo de alimentos ricos en grasa tomando en cuenta que las pacientes son sobrepeso u obesas. Ya que según teoría de Marco Teórico basado en Manual de Dietas POLISAL, dice que las grasas son de vital importancia para aumentar el aporte energético de la dieta diaria, siempre y cuando se consuma en volúmenes adecuados es decir únicamente lo requerido por el organismo para su buen funcionamiento. Son sustancia compuesta de lípidos o ácidos grasos de distinta forma o consecuencias. Las grasas son una fuente concentrada de energías sumamente útil para aumentar el aporte energético de la dieta sin aumentar su volumen.

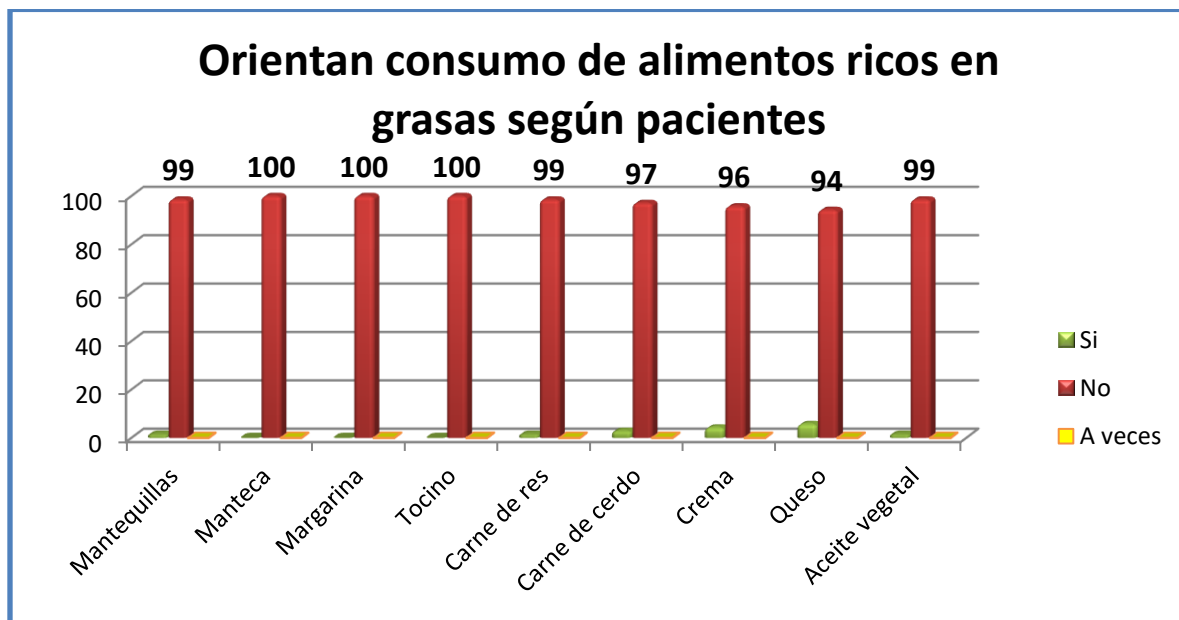
Según Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). La ingestión de 1-2 % de la energía alimentaria en forma de ácido linoleico evita su deficiencia. Esto equivale a 2.2 – 4.5 g para embarazadas que consumen 2000 Kcal/día.) Estas incluyen los aceites, mantecas, mantequillas, margarina, tocinos, jamones, carne de res y cerdo, crema y queso.

Tabla N° 28

Orienta alimentos ricos en Grasas a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Grasas	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mantequillas	1	1	69	99	0	0	70	100
Manteca	0	0	70	100	0	0	70	100
Margarina	0	0	70	100	0	0	70	100
Tocino	0	0	70	100	0	0	70	100
Carne de res	1	1	69	99	0	0	70	100
Carne de cerdo	2	3	68	97	0	0	70	100
Crema	3	4	67	96	0	0	70	100
Queso	4	6	66	94	0	0	70	100
Aceite vegetal	1	1	69	99	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Logramos identificar los alimentos ricos en Grasas que se le orientan a las pacientes entre estos tenemos: la mantequillas, la carne de res y aceite vegetal orientan que la consuman 1 (11%) siendo esta la minoría que las orienta, la manteca, margarina, tocino el 70 (100%) no la orienta que la consuma, carne de cerdo 2(3%) la orientan que la consuma siendo esta la minoría, la crema 3(4%) la orientan que la consuma siendo esta la minoría y el queso 4(6%) la orientan siendo esta la minoría. Cabe señalar que la gran mayoría no orienta que consuman estos alimentos.

De acuerdo a los datos planteados el personal de enfermería en su mayoría orienta poco el consumo de alimentos con grasas, ya que todas estas pacientes tienen sobrepeso u obesidad. Las grasas son sustancia compuesta de lípidos o ácidos grasos de distinta forma o consecuencias. Las grasas son una fuente concentrada de energías sumamente útil para aumentar el aporte energético de la dieta sin aumentar su volumen.

Según Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). La ingestión de 1-2 % de la energía alimentaria en forma de ácido linoleico evita su deficiencia. Esto equivale a 2.2 – 4.5 g para embarazadas que consumen 2000 Kcal/día.) Estas incluyen los aceites, mantecas, mantequillas, margarina, tocinos, jamones, carne de res y cerdo, crema y queso.

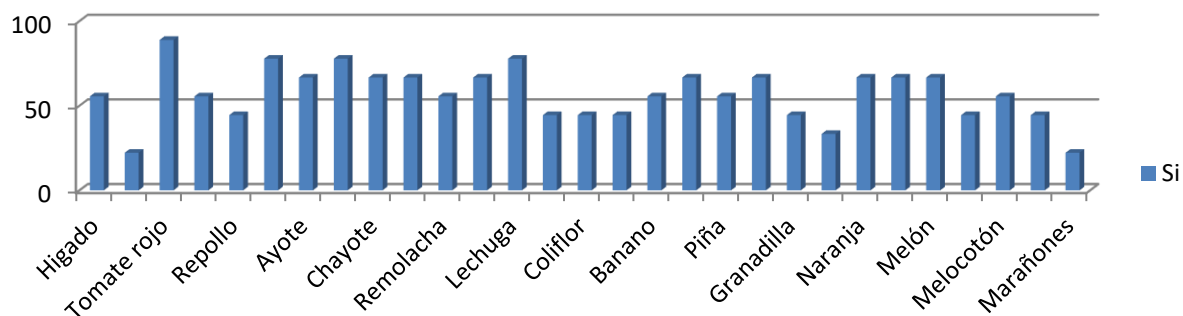
Tabla N° 29

Consumo de alimentos ricos en vitaminas que orienta enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

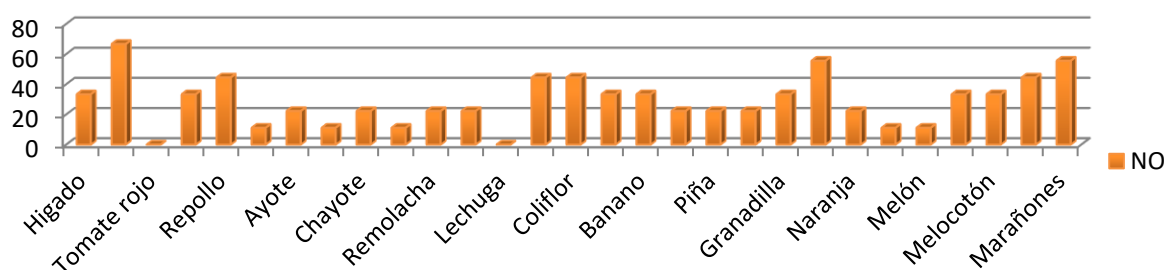
Alimentos ricos en vitaminas	SI		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hígado	5	56	3	33	1	11	9	100
Riñones	2	22	6	67	1	11	9	100
Tomate rojo	8	89	0	0	1	11	9	100
Cebolla	5	56	3	33	1	11	9	100
Repollo	4	44	4	44	1	11	9	100
Zanahoria	7	78	1	11	1	11	9	100
Ayote	6	67	2	22	1	11	9	100
Pipíán	7	78	1	11	1	11	9	100
Chayote	6	67	2	22	1	11	9	100
Chiltoma	6	67	1	11	2	22	9	100
Remolacha	5	56	2	22	2	22	9	100
Rábano	6	67	2	22	1	11	9	100
Lechuga	7	78	0	0	2	22	9	100
Brócoli	4	44	4	44	1	11	9	100
Coliflor	4	44	4	44	1	11	9	100
Aguacate	4	44	3	33	2	22	9	100
Banano	5	56	3	33	1	11	9	100
Plátanos verdes y maduros	6	67	2	22	1	11	9	100
Piña	5	56	2	22	2	22	9	100
Mango	6	67	2	22	1	11	9	100
Granadilla	4	44	3	33	2	22	9	100
Jocote	3	33	5	56	1	11	9	100
Naranja	6	67	2	22	1	11	9	100
Papaya	6	67	1	11	2	22	9	100
Melón	6	67	1	11	2	22	9	100
Limón	4	44	3	33	2	22	9	100
Melocotón	5	56	3	33	1	11	9	100
Zapote	4	44	4	44	1	11	9	100
Marañones	2	22	5	56	2	22	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería

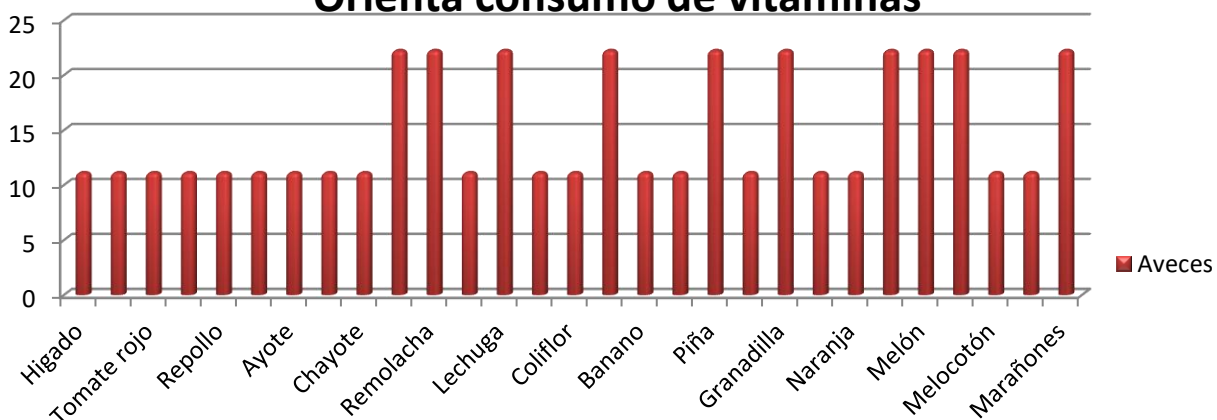
Orienta consumo de vitaminas



Orienta consumo de vitaminas



Orienta consumo de vitaminas



En la encuesta realizada al personal de enfermería, encontramos que los alimentos que mas orienta enfermería son: hígado, tomate, cebolla, zanahoria, ayote, chayote, chiltoma, remolacha, rábano, lechuga, plátanos, banano, piña, mango, naranja, papaya, melón y melocotón; mas del 50% del personal de enfermería orienta el consumo de estos alimentos y los alimentos que menos orientan son: riñones, coliflor, brócoli, jocote y marañones.

Al analizar esta tabla nos damos cuenta que el personal de enfermería conoce cuales son los alimentos ricos en vitaminas y que además; lo orientan a las usuarias, también se observa un alto cumplimiento en esta función lo cual es de mucha importancia para las embarazadas; ya que según R. Gonzales de Agüero (nutrición y dieta durante el embarazo) durante el embarazo aumentan las demandas de estos nutrientes para satisfacer las necesidades del feto en crecimiento y mantener la salud de la madre. Todos estos nutrientes previenen complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio por hipovitaminosis, e incluso favorece el crecimiento y desarrollo optimo del niño en la vida extrauterina.

Tabla N° 30

Orienta alimentos ricos en Vitaminas a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Vitaminas	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hígado	29	41	41	59	0	0	70	100
Riñones	22	31	48	69	0	0	70	100
Tomate rojo	25	36	45	64	0	0	70	100
Cebolla	21	30	49	70	0	0	70	100
Repollo	22	31	48	69	0	0	70	100
Zanahoria	27	39	43	61	0	0	70	100
Ayotes	26	37	44	63	0	0	70	100
Pipián	24	34	46	66	0	0	70	100
Chayote	23	33	47	67	0	0	70	100
Papas	23	33	47	67	0	0	70	100
Chiltoma	23	33	47	67	0	0	70	100
Remolacha	24	34	46	66	0	0	70	100
Rábano	22	31	48	69	0	0	70	100

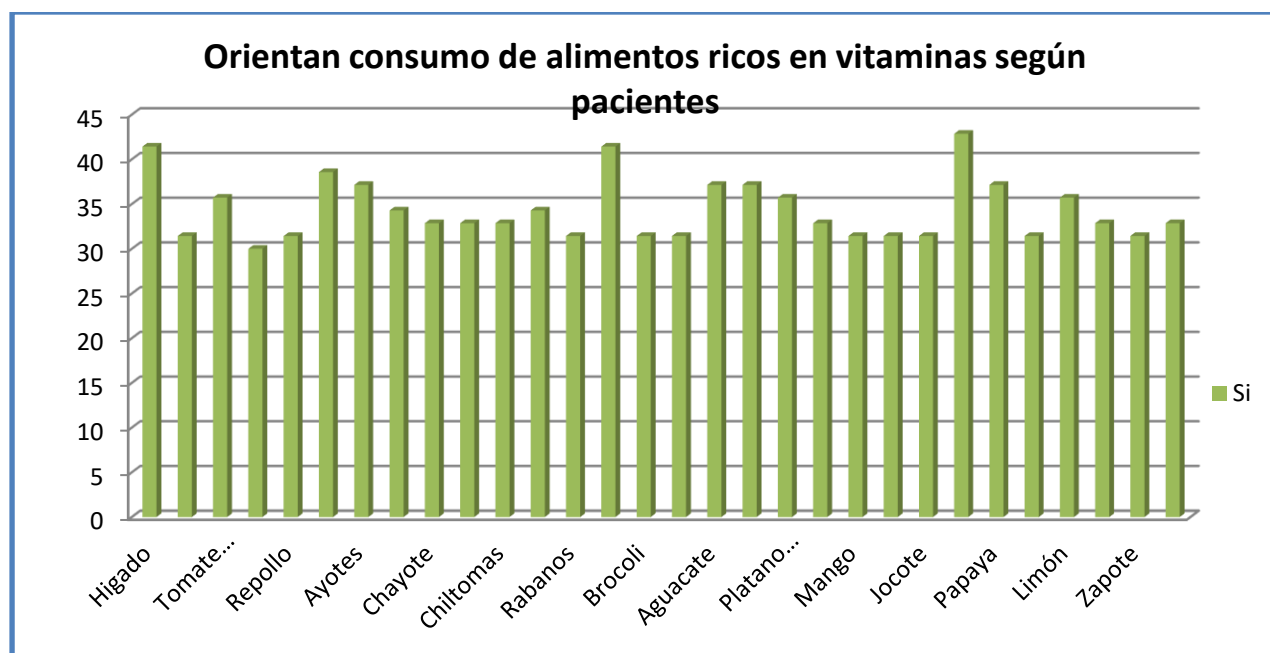
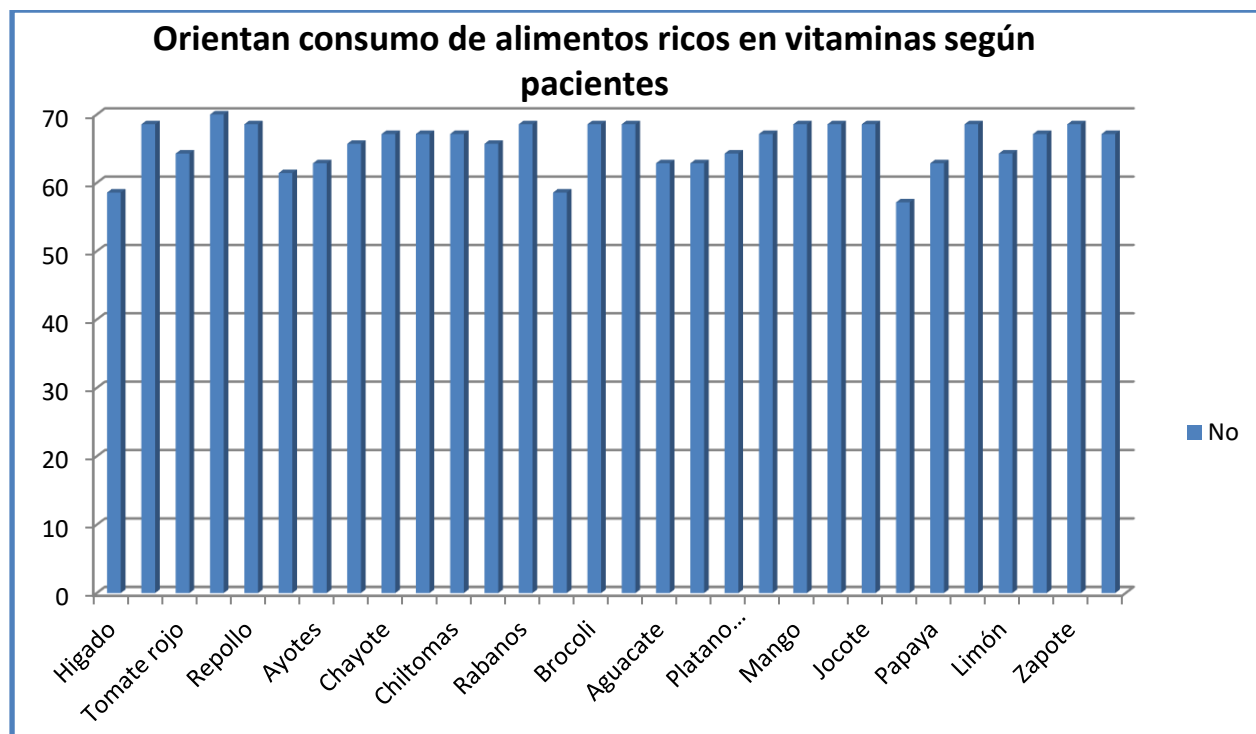
Fuente: entrevistas a las embarazadas

Tabla N° 30

Orienta alimentos ricos en Vitaminas a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

vitaminas	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	100
Lechuga	29	41	41	59	0	0	70	100
Brócoli	22	31	48	69	0	0	70	100
Coliflor	22	31	48	69	0	0	70	100
Aguacate	26	37	44	63	0	0	70	100
Banano	26	37	44	63	0	0	70	100
Plátano verde y maduro	25	36	45	64	0	0	70	100
Piña	23	33	47	67	0	0	70	100
Mango	22	31	48	69	0	0	70	100
Granadilla	22	31	48	69	0	0	70	100
Jocote	22	31	48	69	0	0	70	100
Naranjas	30	43	40	57	0	0	70	100
Papaya	26	37	44	63	0	0	70	100
Melón	22	31	48	69	0	0	70	100
Limón	25	36	45	64	0	0	70	100
Melocotón	23	33	47	67	0	0	70	100
Zapote	22	31	48	69	0	0	70	100
Marañones	23	33	47	67	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Logramos identificar los alimentos ricos en Vitaminas que se le orientan a las pacientes entre estos tenemos: en primer lugar tenemos Naranja 30 (43%), en segundo lugar tenemos la lechuga y el hígado 29 (41%), en tercer lugar tenemos la zanahoria 27 (39%), en cuarto lugar se encuentra, papaya, banano y aguacate y ayote 26 (37%) y en quinto lugar plátanos verdes limones y riñones 25 (36%), el resto se encuentra por debajo del 36% como una minoría.

De acuerdo con los datos planteados el personal de enfermería orienta sobre el consumo de alimentos ricos en vitaminas siendo los alimentos mas importante ya que entre todos ellos se encuentra las diferentes tipos de vitaminas que necesitan las mujeres embarazadas. Durante el embarazo aumenta las demandas de estos nutrientes para satisfacer las necesidades del feto en crecimiento y mantener la salud de la madre.

Durante el periodo perinatal, la vitamina A, puede ser importante para el crecimiento fetal. En la población humana con mal nutrición crónica, la deficiencia materna de vitamina A se asocia al crecimiento intrauterino retardado (CIR).

Según R. González de Agüero Laborda (nutrición y dietética durante el embarazo). Mantiene en buenas condiciones las membranas, es importante para el crecimiento y la formación de la glándula tiroides. Los alimentos que la contienen son: huevo, pescado, hígado, riñones, zanahorias, verduras verdes y amarillas. La deficiencia grave de vitamina D durante el embarazo causa osteomalacia materna que se asocia con CIR, raquitismo e Hipo calcemia neonatal, tetania y anomalías del esmalte dental. El déficit de vitamina E se asocia a atrofia gonadal, reabsorción embrionaria y hemolisis no se han comunicado efectos adversos maternos o fetales por la deficiencia o exceso de vitamina E. estudios antiguos utilizaron vitamina E para el tratamiento de amenaza de aborto y del parto pre término, pero no se ha podido demostrar efecto beneficioso alguno.

La deficiencia prenatal de vitamina K se observa con la utilización de anticoagulantes orales (inhiben la síntesis hepáticas de vitamina K atraviesan la placenta) la embriopatía por Warfarina se asocia a la exposición durante las primeras 9 semanas de gestación y se caracteriza por hipoplasia nasal, depresión del puente de la nariz y en el 30 % de los casos retraso en el desarrollo.). Los efectos del déficit o el exceso de vitamina B6 sobre la madre y el feto son muy discutidos. Sin embargo no existen informes que relacionen el déficit materno de esta vitamina con malformaciones congénitas en el ser humano. Las investigaciones sobre la etiología de los defectos del tubo neural (DTN) han encontrados bajos niveles de vitaminas B12 en las madres de fetos anencefalos.

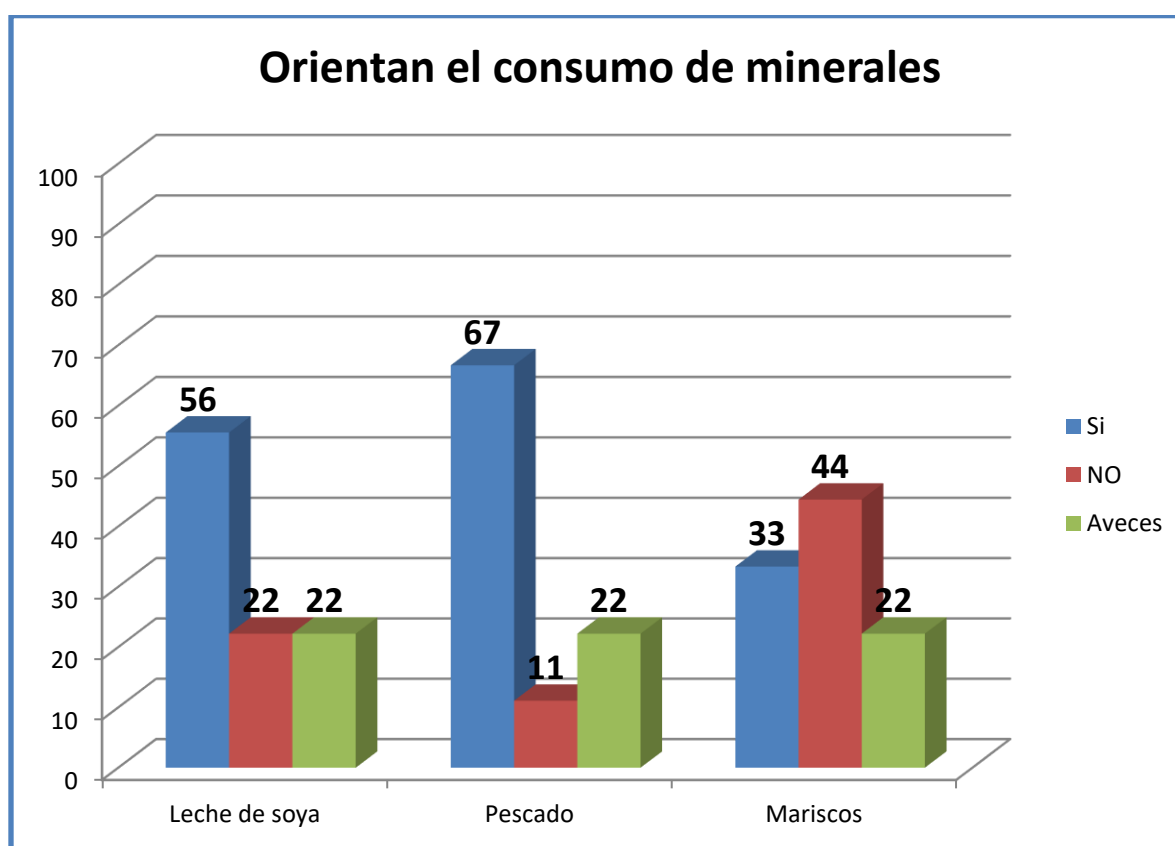
La posible relación entre la deficiencia de vitamina C y ciertas entidades clínicas específicas se basa en observaciones aisladas. Así un estudio retrospectivo realizado sobre madre con deficiencia de vitamina C puede tener un efecto teratogénico aunque los resultados deben interpretarse con gran precaución, además algunos estudios indican relación entre el déficit de vitamina C y rotura prematura de la membrana amniótica e HIE.). La complicación más frecuente de la deficiencia de folatos es la anemia megaloblástica. La deficiencia de folatos y la exposición prenatal a los fármacos antagonistas de los folatos se asocian al aumento de malformaciones congénitas en la descendencia. La evidencia de que ciertos factores nutricionales pueden tener un papel en el desarrollo de los defectos del tubo neural (DTN) (anencefalia, encefalocele y espina bífida) en el ser humano se identificó por primera vez después de la segunda guerra mundial.

Tabla N° 31

Consumo de alimentos ricos en Minerales que orienta enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Alimentos ricos en minerales	Si		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Leche de soya	5	56	2	22	2	22	9	100
Pescado	6	67	1	11	2	22	9	100
Mariscos	3	33	4	44	2	22	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



De acuerdo a los datos analizados, se determina que los principales alimentos orientados ricos en minerales, para el consumo de las embarazadas con sobrepeso u obesidad corresponden a: leche de soya con 5(56%) encontrándose este con mayor frecuencia y una menor frecuencia dice que no los orienta o que a veces los orientan; el pescado con 6(67%) es orientado con mayor frecuencia y con menor frecuencia son orientados los mariscos 3(33%), cabe señalar que 4(44%) del personal no orientan mariscos siendo esta la mayoría.

A través de esta tabla podemos decir que el personal tiene un alto conocimiento de los alimentos ricos en proteínas ya que la mayoría orienta el consumo de estos, según datos obtenidos en las tablas el pescado es el alimento que más se orienta, cumpliendo así con una buena orientación hacia las paciente de los alimentos que deben de ingerir, asiendo de esto que haya una mejor calidad en la atención a como lo estipula el ministerio de salud.

Los minerales son sustancias inorgánicas que el cuerpo utiliza para formar parte de su estructura o como factor esencial en diversas reacciones metabólicas. Los elementos traza son minerales que se encuentran en cantidad muy pequeñas, en los tejidos del organismo vivo. La carencia como su exceso es perjudicial para la salud, ya que participa en la coagulación, en la correcta permeabilidad de las membranas y a su vez adquiere fundamental importancia como regulador nervioso y neuromuscular, modulando la contracción muscular (incluida la frecuencia cardíaca), la absorción y secreción intestinal y la liberación de hormonas. Los requerimientos nutricionales para las embarazadas consideran la pérdida del mineral por orina, piel, pelo y sudor.

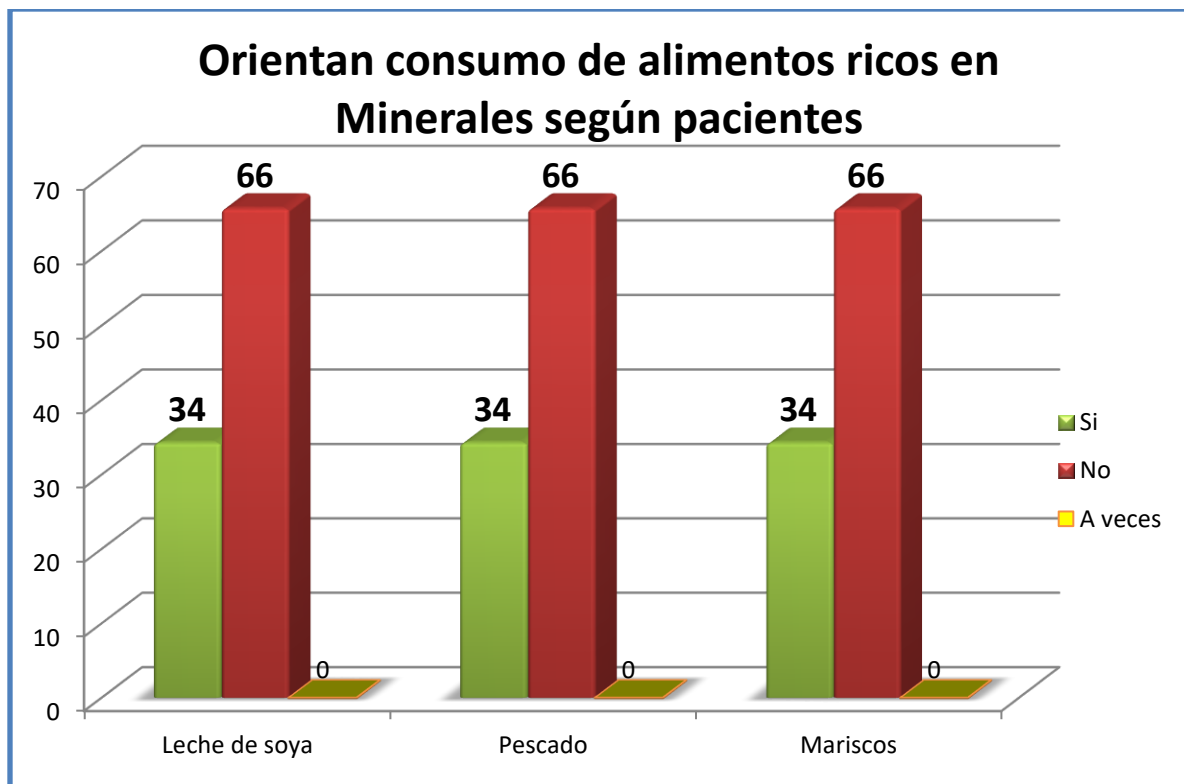
Interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo. La mujer embarazada debe de tomar entre 700 y 800 mg de hierro adicional, la mayor parte del cual es necesario durante la última mitad del embarazo, periodo en que son más intensas las demandas maternas y fetales. En las mujeres embarazadas suele recomendarse la suplementación oral para satisfacer todas las necesidades y evitar la anemia ferropenia.

Tabla N° 32

Orienta alimentos ricos en Minerales a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Minerales	Si		No		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Leche de soya	24	34	46	66	0	0	70	100
Pescado	24	34	46	66	0	0	70	100
Mariscos	24	34	46	66	0	0	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Logramos identificar los alimentos ricos en Minerales que se le orientan a las pacientes entre estos tenemos: leche de soya, pescado y mariscos con 24 (34%) siendo esto la minoría que los orienta y la mayoría es 46 (66%) que no los orienta.

Esta tabla nos refleja que gran parte de la persona no orienta que consuman este tipo de alimento, siendo estos alimentos de gran importancia ya que en ellos encontramos calcio, hierro lo cual favorecen para que se dé un crecimiento óptimo y sano del bebé y ayuda a las mujeres embarazadas a evitar anemia o hemorragia.

Los minerales son sustancias inorgánicas que el cuerpo utiliza para formar parte de su estructura o como factor esencial en diversas reacciones metabólicas. Los elementos traza son minerales que se encuentran en cantidad muy pequeñas, en los tejidos del organismo vivo. El calcio corporal total, se aproxima a los 1200 gramos, lo que es equivalente a decir 1,5 a 2% de nuestro peso corporal. De esto, casi un 99% se concentran en los huesos y dientes el 1% restante se distribuye en el torrente sanguíneo, los líquidos intersticiales y las células musculares.

Según KRAUSE MAHAN (Nutrición y Dietoterapia) y Comité técnico de Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional (COTESSAN). Tanto su carencia como su exceso son perjudiciales para la salud, ya que participa en la coagulación, en la correcta permeabilidad de las membranas y a su vez adquiere fundamental importancia como regulador nervioso y neuromuscular, modulando la contracción muscular (incluida la frecuencia cardíaca), la absorción y secreción intestinal y la liberación de hormonas. Los requerimientos nutricionales para las embarazadas consideran la pérdida del mineral por orina, piel, pelo y sudor. Los alimentos con mayor contenido de calcio son los productos lácteos, los frutos secos, las sardinas y las anchoas; ya en menor proporción en legumbres y vegetales verdes oscuros (espinaca, acelga, brócoli).

Este micro mineral u oligoelemento, interviene en la formación de la hemoglobina y de los glóbulos rojos, como así también en la actividad enzimática del organismo. La mujer embarazada debe de tomar entre 700 y 800 mg de hierro adicional, la mayor parte del

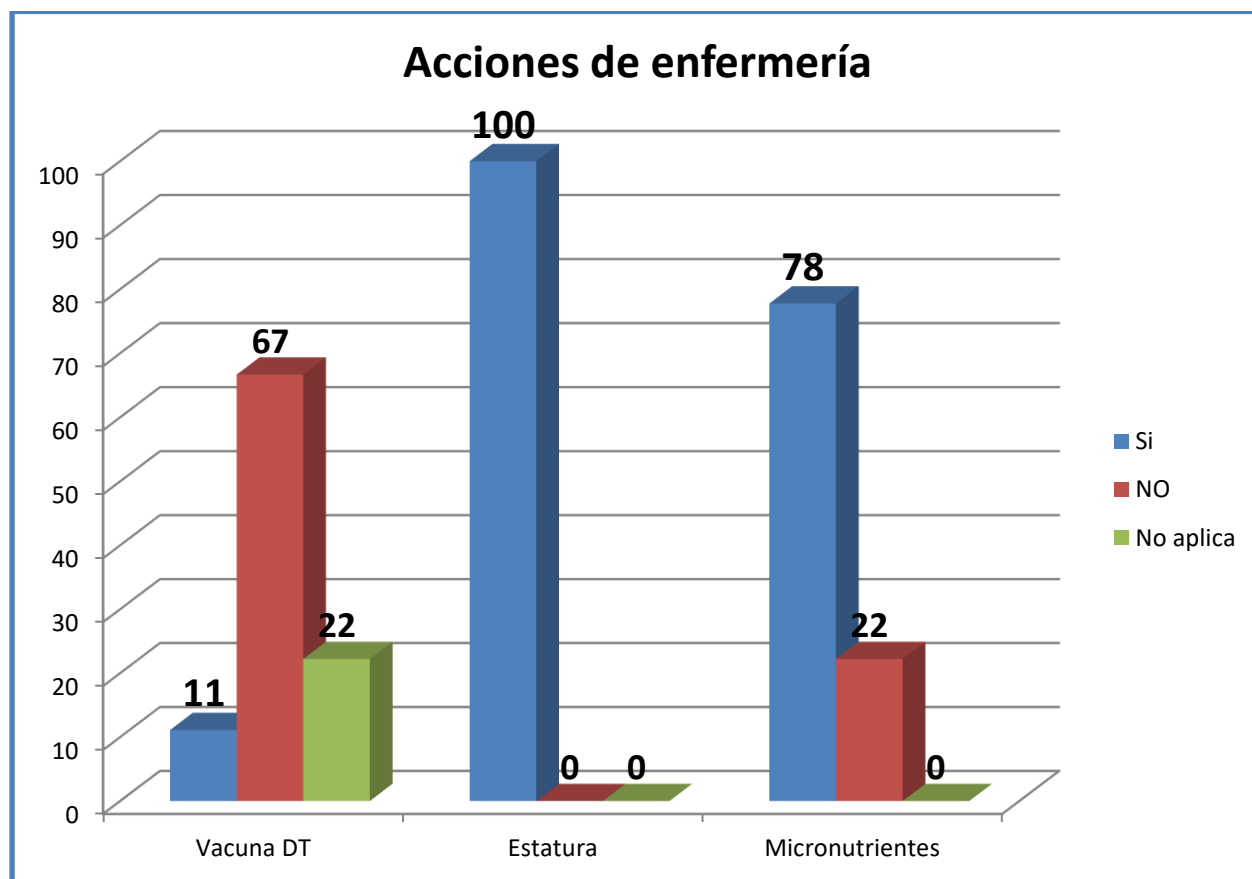
cual es necesario durante la última mitad del embarazo, periodo en que son más intensas las demandas maternas y fetales. En las mujeres embarazadas suele recomendarse la suplementación oral para satisfacer todas las necesidades y evitar la anemia ferropenia. Las carnes rojas son la principal fuente de hierro. El hierro inorgánico se encuentra en las leguminosas, cereales, verduras y frutas.

Tabla N° 33

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de enfermería	Si		NO		No aplica		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Les aplico la vacuna de DT	1	11	6	67	2	22	9	100
Al ingresar a la sala le midieron su estatura	9	100	0	0	0	0	9	100
Le entrego los micronutrientes	7	78	2	22	0	0	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



En la encuesta aplicada al personal de enfermería sobre las acciones que realizan, encontramos que en la aplicación de vacunas el mayor porcentaje no lo realizan 6(67%), debido a que es a una acción que se realiza mas en el primer nivel de atención en salud, ya que cuando las mujeres llegan al hospital su esquema se encuentra completo, cabe señalar que hay pacientes que nunca asisten a los controles prenatales por lo que no tiene completo su esquema a las cuales se les aplica encontrando así una minoría lo cual es de 1(11%) siendo esto muy satisfactorio; en la medición de la estatura esta es realizada en una totalidad con un 9(100%); en la entrega de micronutrientes tenemos que la mayoría del personal de enfermería entrega micronutrientes a las mujeres embarazadas 7(78%) y la minoría no lo hace 2(22%).

Al realizar el análisis encontramos que las acciones que realiza enfermería están fundamentadas y aplicadas en base a normas estipuladas por el Ministerio de Salud (MINSA), Y además se cumple con los principios de calidad, equidad gratuidad. Según datos arrojados en esta tabla, se observa que las acciones cumplidas por el personal de enfermería son satisfactorias; tomando en cuenta que el personal de esta sala es de perfil Materno infantil, lo que le permite identificar los diferentes factores de riesgo como la talla inferior a 1.50 cm y la importancia de la ingesta de micronutrientes (Acido fólico y Sulfato ferroso), el cual lo cumple la mayoría del personal.

Según la teoría las el personal de enfermería de brindarle acido fólico a las mujeres embarazadas ya que si no se les brinda y las embarazadas no la consumen tienen mayor probabilidad de complicación entre estas tenemos: la anemia megaloblástica. La deficiencia de folatos y la exposición prenatal a los fármacos antagonistas de los folatos se asocian al aumento de malformaciones congénitas en la descendencia. La evidencia de que ciertos factores nutricionales pueden tener un papel en el desarrollo de los defectos del tubo neural (DTN) (anensefalia, encefalocele y espina bífida) en el ser humano se identifico por primera vez después de la segunda guerra mundial. La posibilidad de que los folatos estuvieren involucrados en este hecho fue señalado en 1964.

El ácido fólico es efectivo en el tratamiento de ciertas anemias y la psicosis. Se encuentra en las vísceras de animales, verduras de hoja verde, legumbres, frutos secos y granos enteros, como las almendras y la levadura de cerveza. El ácido fólico se pierde en los alimentos conservados a temperatura ambiente y durante la cocción. A diferencia de otras vitaminas hidrosolubles, el ácido fólico se almacena en el hígado y no es necesario ingerirlo diariamente.

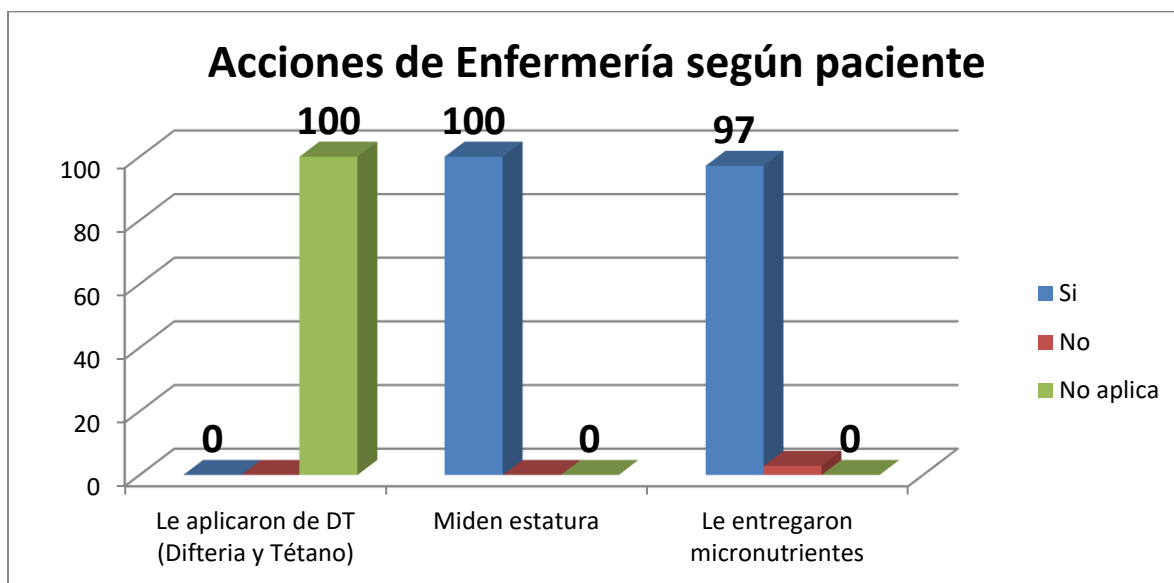
Si el feto sufre déficit de ácido fólico durante la gestación también puede padecer anemia megaloblástica, ser prematuro o presentar bajo peso al nacer. La madre puede sufrir eclampsia, un proceso que cursa con hipertensión y albuminuria. El ácido fólico también ayuda a mantener una matriz sana. Se encuentra en el hígado de ternera y pollo, en la leche y sus derivados. Encontramos en legumbres, cereales, vegetales de hojas verdes, el germen de trigo y las frutas. Los comprimidos de ácidos fólico deben de tomarse bajo supervisión médica y según indicación médica.

Tabla N° 34

Acciones que realiza el personal de enfermería según pacientes a mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

	Si		No		No aplica		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Le aplicaron de DT (Difteria y Tétano)	0	0	0	0	70	100	70
Al ingresar al hospital o sala le midieron la estatura	70	100	0	0	0	0	70
Le entregaron micronutrientes	68	97	2	3	0	0	70

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según las entrevistas realizadas a las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad. Logramos identificar que el personal de enfermería realiza en primer lugar la medición de la estatura con 70 (100%); en segundo lugar se encuentra la entrega de micronutrientes con 68 (97%) y en tercer lugar la aplicación de vacuna Difteria y tétano (DT) 0 (0%). Cabe mencionar que la vacuna DT se aplica principalmente en los Centros de Salud al ingresar a su primer control prenatal, ya que según normas del Ministerio de Salud (MINSA) la primera dosis de DT se debe de aplicar a las 12 semanas de gestación, esta es una acción que se realiza en todas las unidades de salud de atención primaria.

Durante el embarazo es importante la aplicación de ciertas vacunas que protegerán a la madre y al feto contra determinadas enfermedades que pueden comprometer el curso de la gestación. La protección contra el tétano es dependiente de anticuerpo y solo puede lograrse mediante la inmunización la madre inmunizada transfiere la antitoxina al feto a través de la placenta evitando de este modo el tétano neonatal.

La alimentación de las embarazadas es un tema muy importante, ya que se debe tener en cuenta que vitaminas y minerales, conocidos como micronutrientes, influyen en la salud de la gestante y del feto en desarrollo. Los órganos del feto pasan por fases críticas durante la semana 6 y 7; el embrión en ésta etapa debe recibir la mayor y mejor cantidad de nutrientes posibles. Si la gestante ingiere vitaminas y micronutrientes tendrá menos complicaciones durante el embarazo y menos complicaciones en el momento de alumbrar, además, existirá menor riesgo de malformaciones en el recién nacido e incluso el bebé gozará de mejor salud. La ingesta de micronutrientes permite aumentar la hemoglobina en la sangre.

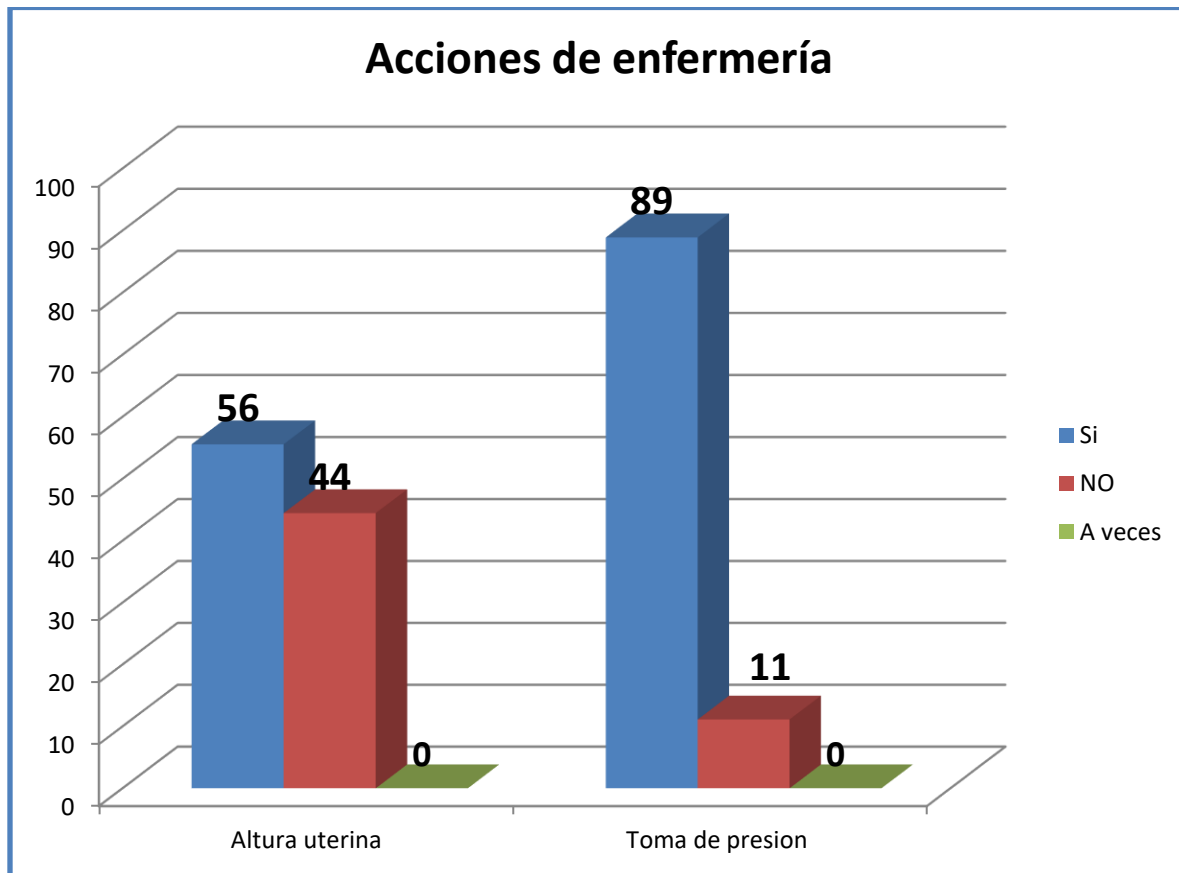
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el suplemento de fierro y ácido fólico para todas las embarazadas; sin embargo reforzar la alimentación con multimicronutrientes puede reducir el índice de bajo peso al nacer y el menor peso con respecto a la edad gestacional.

Tabla N° 35

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de enfermería	Si		NO		A veces		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Le mide la altura uterina	5	56	4	44	0	0	9	100
Le toma la presión arterial	8	89	1	11	0	0	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según las encuestas realizadas al personal de enfermería sobre las acciones planteadas. Logramos identificar que en la medición de la altura uterina la mayoría de los recursos de esta sala lo realiza 5(56%), encontrando también que el 4(44%) no lo realiza; en la toma de la presión arterial logramos encontrar que la mayoría del personal de esta sala la toma 8((89%) y que solamente un recurso no la toma la presunción siendo este la minoría 1(11%).

A través de esta tabla logramos identificar que la mayoría del personal de enfermería cumple con la medición de la altura uterina, lo cual según la teoría es de gran importancia, ya que podemos identificar la edad gestacional cuando las pacientes no conocen la fecha de su última menstruación, también se logra identificar si es un bebé macrosómico o un retardo del crecimiento intrauterino y poder identificar un óbito fetal, ya que el personal tiene la capacidad de realizar la medición de la altura uterina, en el cual esta actividad de enfermería se ha venido perdiendo ya que se deja que lo realice el médico siendo este de gran importancia para enfermería.

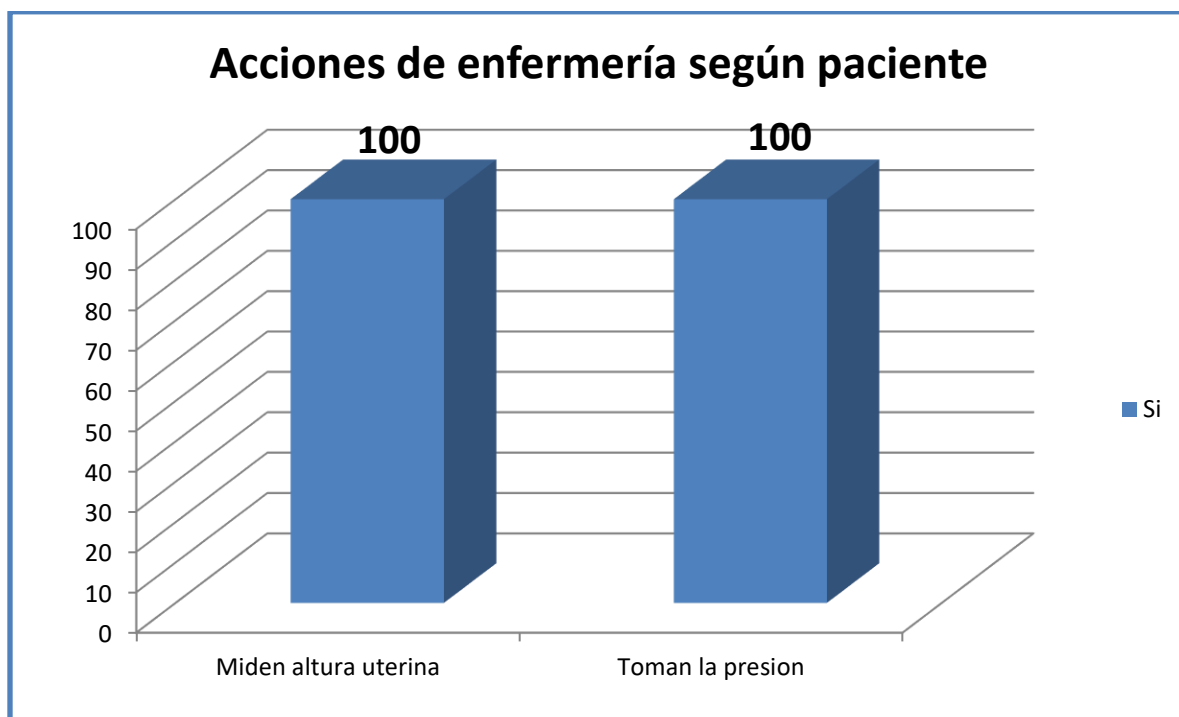
Algo muy importante que se logra ver en esta tabla es que la toma de la presión arterial no se cumple en su totalidad, la cual debiera cumplirse ya que todo el personal de enfermería está capacitado para realizar la toma de esta. Si bien sabemos que dentro de las complicaciones que tienen las pacientes están preeclampsia, las infecciones de vías urinarias etc. Y si agregamos a esto que son embarazadas con sobrepeso u obesidad, la toma de una simple presión arterial puede salvar la vida de una o más mujeres y el no tomarlas las puede llevar hasta la muerte. La toma de esta puede reducir la morbilidad y mortalidad perinatal en esta unidad de salud. Cabe señalar que la mayoría cumplen con esta acción de enfermería.

Tabla N° 36

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones que realizó enfermería	Si	
	Nº	%
Le miden altura uterina	70	100
Le toman la presión arterial	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



En las entrevistas realizadas a las pacientes con sobrepeso u obesidad, sobre las acciones que le realiza el personal de enfermería a ellas, identificamos que la medición de la altura uterina y la toma de la presión arterial, se realiza en su totalidad con 70(100%).

Los pacientes reflejan que el personal de enfermería cumple con estas acciones planteadas en su totalidad, lo cual son muy importantes ya que esto satisface a las pacientes y forma parte de una atención integral tanto a la madre como al feto. La medición de la altura uterina satisface a la mujer ya que si ella tiene duda de la fecha de su última menstruación, se puede identificar la edad gestacional que ella tiene, también se puede valorar el crecimiento del feto y además se determina la fecha probable de parto.

A través de esta se le puede informar a la embarazada sobre la condición de ella y del bebe, si no hay ningún problema en su crecimiento y si todo marcha bien, en esta tabla se puede notar que el personal de enfermería realiza esta acción en todas las pacientes. Algo muy importante que se logra ver en esta tabla es que la toma de la presión arterial es cumplida en una totalidad, ya que todo el personal de enfermería tiene la capacidad para realizarla, la toma de la presión arterial hace sentir muy tranquila a todas las embarazadas ya que a través de la toma se pueden detectar diferentes complicación, mas cuando son embarazadas que ya han tenido complicaciones anteriormente o están cursan por un problema de presión arterial.

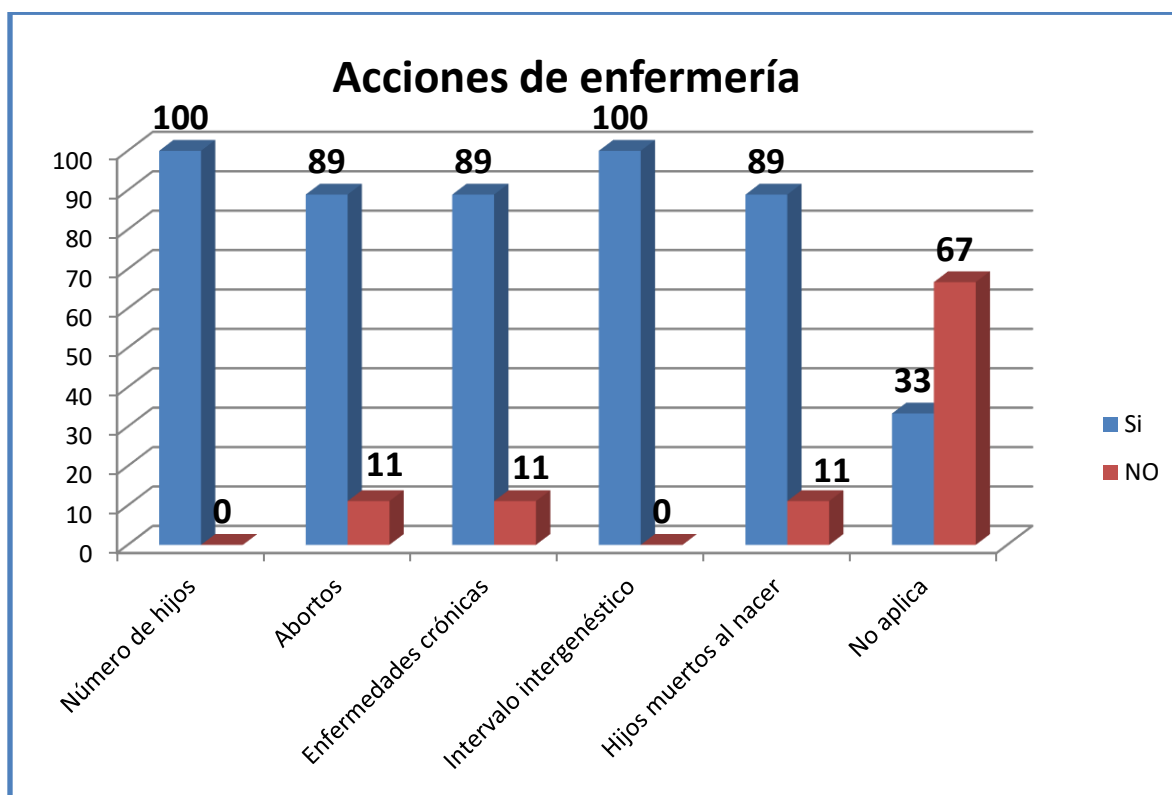
La toma de esta puede reducir la morbilidad y mortalidad perinatal en esta unidad de salud. Cabe señalar que la mayoría cumplen con esta acción de enfermería. Según la teoría cumple con los estándares de la calidad de atención a las mujeres embarazadas y que se dan con prontitud como es: calidez, equidad, eficacia y eficiencia dando un alto grado de satisfacción a las y los usuarios. La medición de la altura uterina (AU) sirve para evaluar el crecimiento del bebé durante el embarazo. Dicha medición brinda los datos necesarios sobre el tamaño de tu bebé, su desarrollo y la posición en la que se encuentra.

Tabla N° 37

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de enfermería	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Número de hijos	9	100	0	0	9	100
Abortos	8	89	1	11	9	100
Enfermedades crónicas	8	89	1	11	9	100
Intervalo intergenésico	9	100	0	0	9	100
Hijos muertos al nacer	8	89	1	11	9	100
No aplica	3	33	6	67	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según el análisis de datos realizado al personal de enfermería sobre los antecedentes obstétricos, logramos definir que las acciones de enfermería que se efectúan con mayor frecuencia en su totalidad son: la pregunta de número de hijos que tiene la paciente y el intervalo intergenésico con 9(100%), encontrándose así en el primer lugar; mientras que en un segundo lugar tenemos el aborto, enfermedades crónicas y el número de hijos muertos, 8(89%). Cabe señalar que existe un porcentaje menor del personal en estudio que no realizan algunas de estas preguntas según la tabla 1(11%).

A través de esta tabla se puede decir que el personal de esta sala tiene un alto nivel de conocimiento sobre los antecedentes obstétricos, ya que los porcentajes obtenidos son aceptables y son incluidos en su rutina diario de trabajo, lo que indica el cumplimiento con las normas y parámetros establecida por el Ministerio de Salud; garantizando una buena cálida y calidez en la atención brindada a las pacientes.

Es de gran importancia para el personal conocer y manejar sobre los antecedentes obstétricos ya que es como una guía para poder brindar una atención eficaz y poder adelantarse a algunos problemas que se pudieran darse durante y después del embarazo, permiten dar pautas y estar adelantado o preparado para actuar en caso de cualquier complicación y dar la solución más acertada.

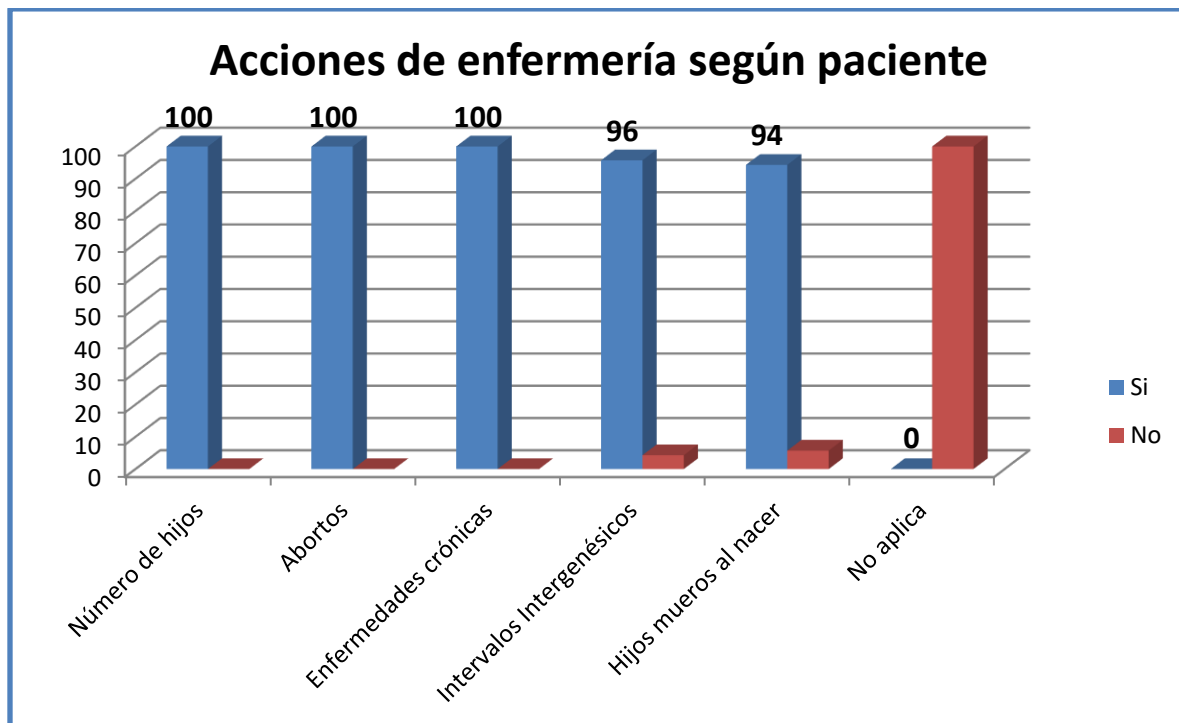
La realización de los antecedentes obstétricos en las mujeres embarazadas es parte de los estándares de calidad de la atención, entre ellos tenemos: su calidad, calidez, y su eficiencia, lo cual hace ver el tipo de atención que se brinda a las pacientes si esta es excelente, buena, regular o deficiente. A través de estos se pueden detectar factores de riesgos en las mujeres embarazadas, tanto para ella como para su hijo ya que de tener uno de estos ella es candidata a volver a tener ese mismo problema lo cual puede complica el embarazo y puede terminar en una muerte materna; a estas pacientes se le debe de llevar un mayor control y mayor seguimiento de cerca, ya que son pacientes de alto riesgo obstétrico.

Tabla N° 38

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones que realizó enfermería	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Número de hijos	70	100	0	0	70	100
Abortos	70	100	0	0	70	100
Enfermedades crónicas	70	100	0	0	70	100
Intervalos Intergenésico	67	96	3	4	70	100
Hijos muertos al nacer	66	94	4	6	70	100
No aplica	0	0	70	100	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según el análisis de datos realizados a las mujeres embarazadas sobre los antecedentes obstétricos planteados en esta tabla, podemos definir que las preguntas sobre los antecedentes obstétricos que más le realizan y están en primer lugar son: número de hijo, aborto y enfermedades crónicas con 70 (100%) siendo esta el total; mientras que en segundo lugar se encuentra el intervalo intergenésico con 67(96%) y en tercer lugar se encuentra el numero de hijo muertos al nacer con 66(94%).

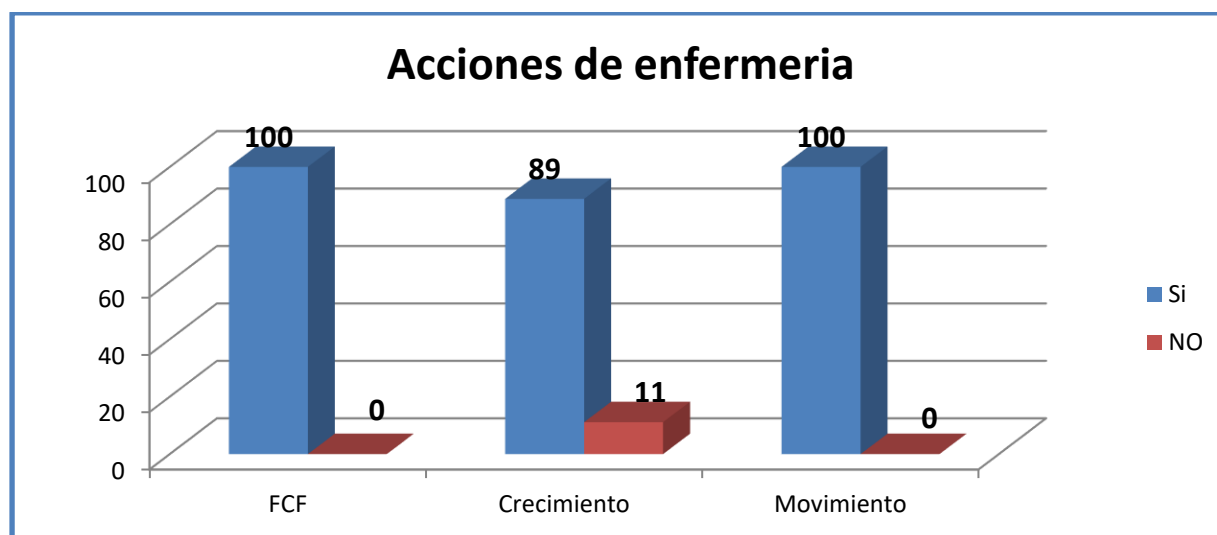
Es de gran importancia para las mujeres embarazadas conocer sobre sus antecedentes obstétricos porque es como una guía para una atención eficaz, es importante ya que ella debe de conocer sus riesgos y las complicaciones que puede causarle durante su embarazo siendo muy importante esto para el cuidado de ellas y sus bebés. La realización de los antecedentes obstétricos en las mujeres embarazadas es parte de los estándares de calidad de la atención, entre ellos tenemos: su calidad, calidez, y su eficiencia, lo cual hace ver el tipo de atención que se les brinda a las pacientes si esta es excelente, buena, regular o deficiente.

Tabla N° 39

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de enfermería	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Frecuencia Cardíaca Fetal	9	100	0	0	9	100
Crecimiento del feto según curvas	8	89	1	11	9	100
Movimiento	9	100	0	0	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Desacuerdo al análisis de datos efectuado, se puede observar que las acciones realizadas con mayor frecuencia por el personal de enfermería corresponden a: frecuencia cardíaca fetal y los movimientos del bebé con 9(100%) encontrándose estos en el primer lugar lo significa que en su totalidad es realizado por el personal de enfermería y en segundo lugar se encuentra el crecimiento del feto según curvas con 8(89%). Es importante señalar que existe un porcentaje muy bajo del personal que no realiza esta acción 1(11%).

La información recopilada indica que el personal cumple con los parámetros y procedimientos en la atención brindada a las pacientes, ya que en una gran mayoría realizan las preguntas planteadas en esta tabla, siendo esto de mucha importancia ya que a través de estas acciones el personal puede identificar la condición del bebé, a través de la frecuencia cardíaca fetal, se puede identificar si no hay una taquicardia o una bradicardia.

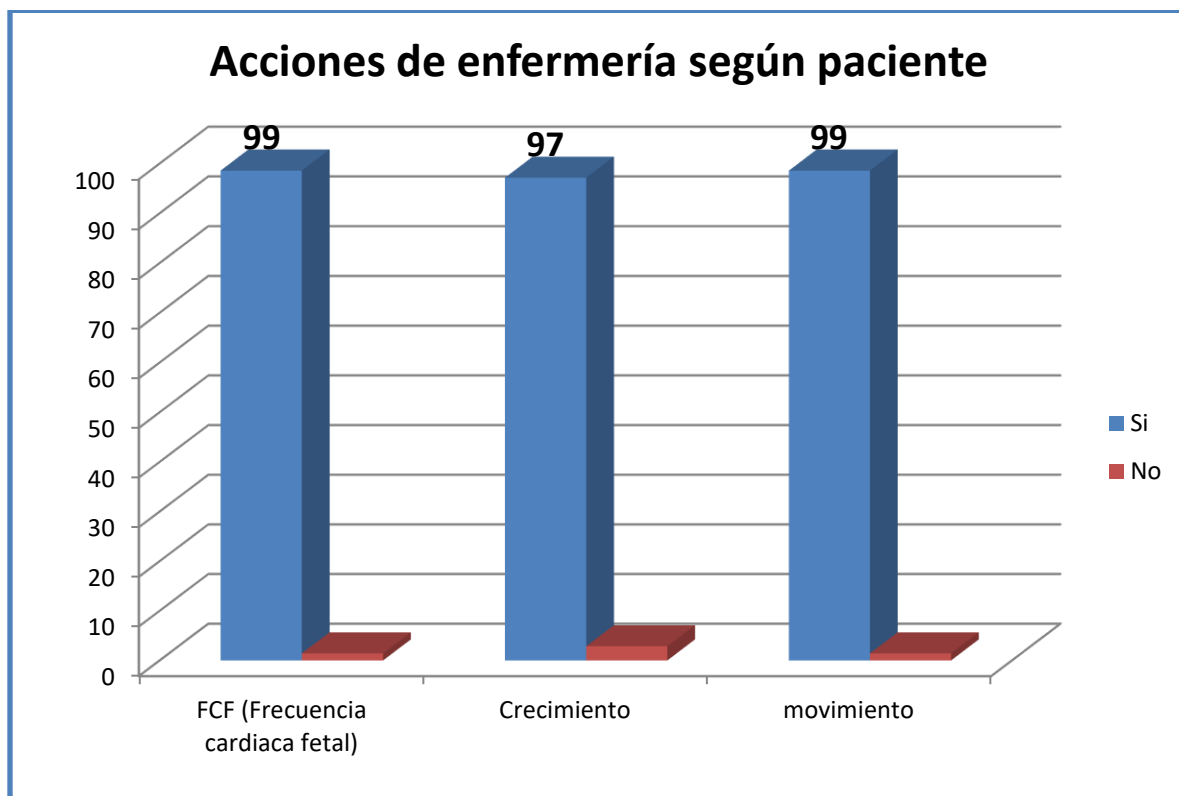
También es importante los movimientos del bebé ya que esto permite saber si el bebé encuentra vivo o muerto o si han disminuido los movimiento lo que puede ser que esté sufriendo una asfixia y también algo muy importante y que siempre también se debe de dar seguimiento es el crecimiento del feto según curvas de alerta esto permite identificar si el bebé a ganado peso y si el acrecido con forme a su edad gestacional porque de no ser así puede estarse presentando un retardo del crecimiento intrauterino (CIUR) lo cual trae complicaciones para la madre y el feto; todo esto forma parte de los estándares de calidad de la atención de las embarazadas, además es parte de los cuidados humanizados de enfermería y de los diferentes tipos de atención.

Tabla N° 40

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones que realizó enfermería	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
FCF (Frecuencia cardiaca fetal)	69	99	1	1	70	100
Crecimiento del feto según curva	68	97	2	3	70	100
movimiento	69	99	1	1	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Las pacientes refieren que las acciones que más le realiza el personal de enfermería son: la frecuencia cardíaca fetal y los movimientos del feto con 69(99%), siendo esta la mayoría de las paciente que lo afirman y el crecimiento del feto según la curva es 68(97%), siendo esta la mayoría. Cabe señalar que existe un porcentaje muy bajo de las embarazadas que no le realizan estas acciones.

La información recopilada indica que las mujeres embarazadas de esta sala reciben los cuidados de enfermería, además con estos datos que reflejan las embarazadas, enfermería está cumpliendo con los procedimientos de la atención como son: calidad, calidez, eficacia y eficiencia, siendo estas de mucha importancia ya que a través de esto se tienen mejores resultados, lo cual ayuda a mejorar la salud de las pacientes y poder identificar el estado del feto. Es muy importante mantener una buena relación entre el paciente y el personal de enfermería, ya que esto permite que se pueda trabajar en conjunto para superar el problema, para poder tener un buen resultado y estar satisfecho del logro alcanzado.

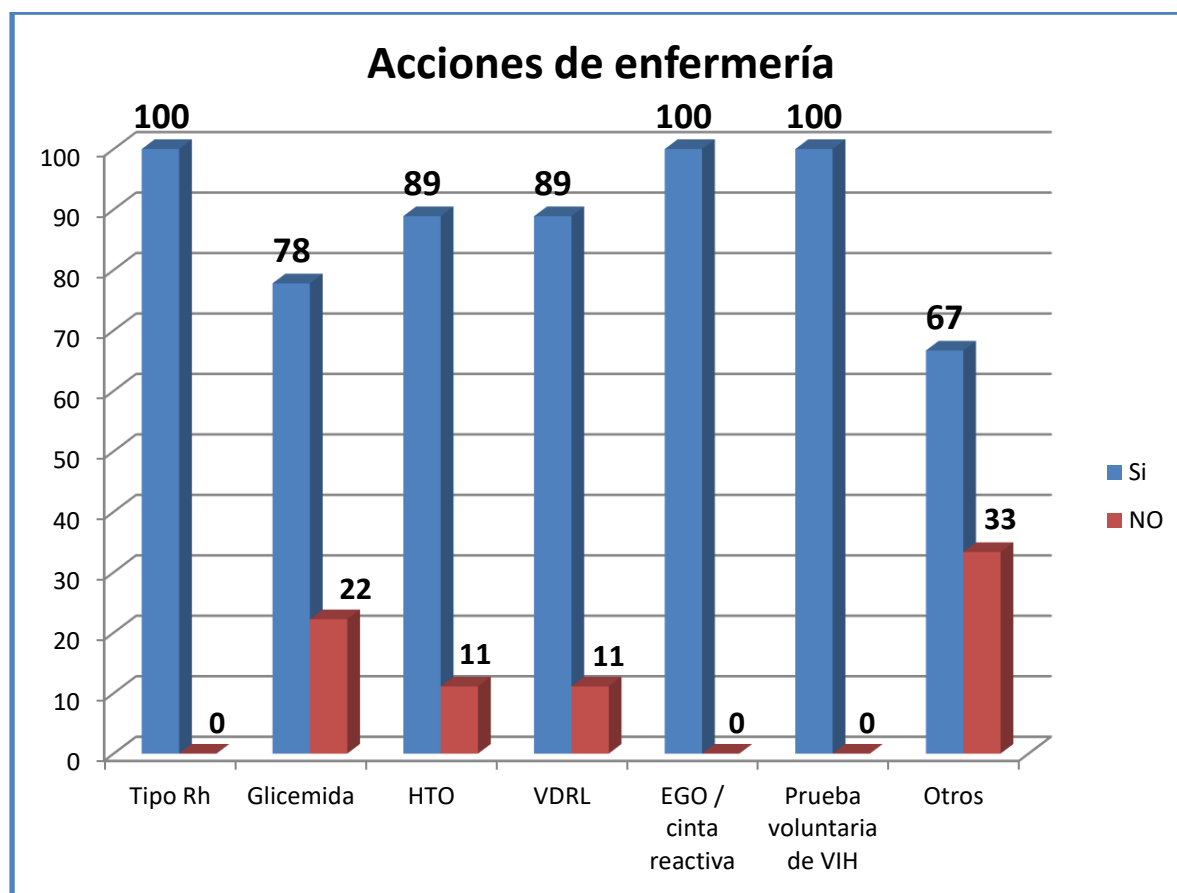
Todas estas acciones forman parte de los estándares de calidad en las mujeres embarazadas y son parte de los cuidados humanizados de enfermería y los tipos de atención. Las mujeres embarazadas tienen la capacidad de reclamar una atención con calidad y calidez, pueden decir si se les están realizando la atención que ellas ameritan.

Tabla N° 41

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de enfermería	SI		NO		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo Rh	9	100	0	0	9	100
Glucemia	7	78	2	22	9	100
HTO	8	89	1	11	9	100
VDRL	8	89	1	11	9	100
EGO / cinta reactiva	9	100	0	0	9	100
Prueba voluntaria de VIH	9	100	0	0	9	100
Otros	6	67	3	33	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Basado en el análisis de datos de acciones de enfermería, podemos verificar que el personal efectúa en primer lugar las siguientes exámenes de laboratorio: Tipo y Rh, EGO/ de cinta reactiva y prueba del VIH con 9(100%) cumpliéndose en su totalidad; los exámenes de : HTO y VDRL lo realizan en 8(89%) siendo esta la mayoría del personal que lo realiza y el examen de Glucemia lo realiza 7(78%) siendo esta la mayoría del personal que lo realiza y otros tipos de exámenes se encuentra 6(67%) siendo esta la mayoría, lo que indica que se efectúan exámenes especializados para detectar otros problemas vinculados a la salud de las pacientes.

A través de la tabla se indica que el personal de esta sala cumple con las normas estipuladas por el ministerio de salud (MINSA) al realizar los exámenes de laboratorio correspondientes a las mujeres embarazadas, esta tabla nos refleja el cumplimiento de de estas acciones, ya que la mayoría del personal cumple con estas acciones de enfermería, siendo estas de gran importancia ya que es un medio de Diagnostico. A través de estos exámenes se pueden salvar muchas vidas, además es muy importante para conocer el problema que tienen las pacientes y así poder dar el tratamiento necesario o que ameriten cada una de ellas según lo amerite.

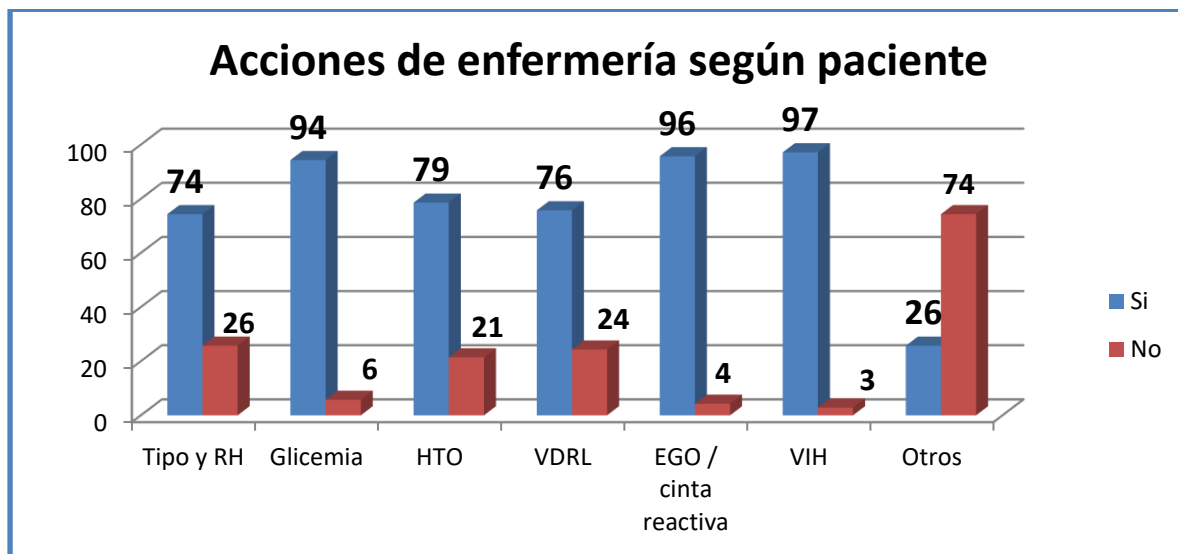
Cada uno de estos exámenes juega un papel muy importante en las mujeres embarazadas y también en el personal de enfermería ya que si no se realizaran se tendría mayor complicación en las mujeres embarazadas y en el bebe, ocasionando mas muerte maternas en esta unidad y en nuestro país y muertes neonatales, la realización de estos exámenes, al mandarlos, orientarlos o tomar la muestra de ellos son parte de una eficacia de una buena atención, aquí se puede ver la calidad de atención y el tipos e atención que se realiza a estas pacientes ya que los exámenes de laboratorio son parte de los estándares de una buena atención.

Tabla N° 42

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones que realizó enfermería	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Tipo y RH	52	74	18	26	70	100
Glicemia	66	94	4	6	70	100
HTO	55	79	15	21	70	100
VDRL	53	76	17	24	70	100
EGO / cinta reactiva	67	96	3	4	70	100
VIH	68	97	2	3	70	100
Otros	18	26	52	74	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según esta tablas las pacientes refieren que el examen de Tipo y Rh se realizo en 52(74%), siendo esta la mayoría, el de Glicemia 66(94%),siendo esta la mayoría, el HTO 55 (79%),siendo esta la mayoría, el VDRL 53(76%), siendo esta la mayoría, el EGO/ por cinta67(96%), siendo esta la mayoría y el VIH 68(%), siendo esta la mayoría; cabe señalar que una minoría realizan otros tipos de exámenes con 18(26%)

A través de la tabla se indica que el personal de esta sala cumple con las normas estipuladas por el ministerio de salud (MINSA) al realizar los exámenes de laboratorio correspondientes a las mujeres embarazadas, esta tabla nos refleja el cumplimiento de de estas acciones, ya que la mayoría del personal cumple con estas acciones de enfermería, siendo estas de gran importancia, ya que es un medio de Diagnostico. A través de estos exámenes se pueden salvar muchas vidas, además es muy importante para conocer el problema que tienen las pacientes y así poder dar el tratamiento necesario o que ameriten cada una de ellas según lo amerite.

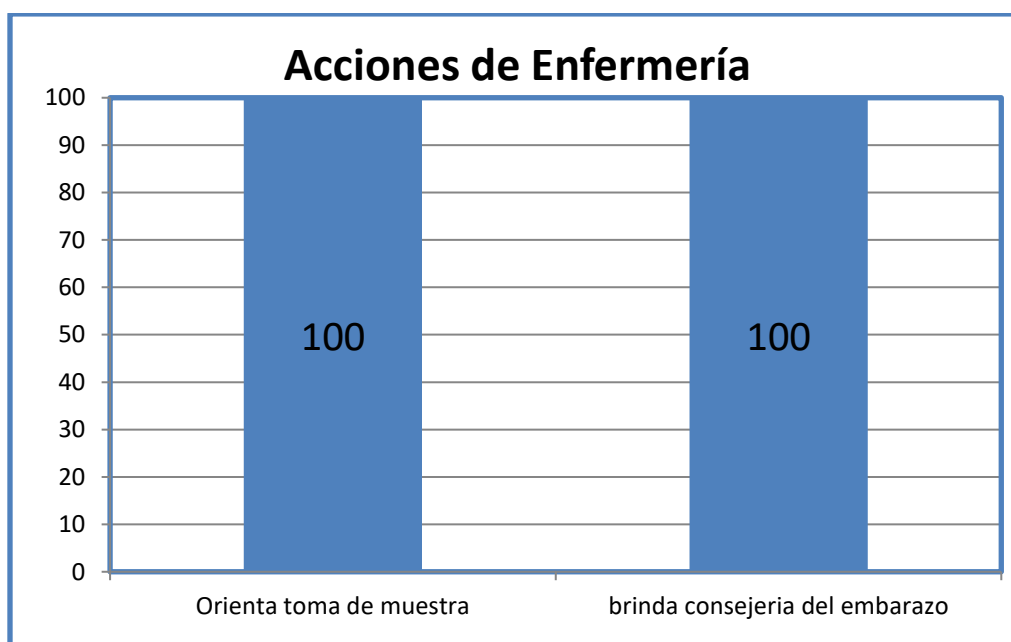
Cada uno de estos exámenes son muy indispensables en las mujeres embarazadas y también en el personal de enfermería ya que si no se realizaran no se cumpliría con los estándares de calidad de la atención ya que todas las embarazadas tienen derechos a exámenes especiales si ella lo ameritan, la realización de estos permite que las embarazadas se sientan seguras de que todo va a salir bien.

Tabla N° 43

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones de Enfermería	total			
	N°	%	N°	%
Le oriento sobre la toma de muestras	9	100	9	100
Le brindo consejería sobre su embarazo	9	100	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según los datos obtenidos sobre las acciones de enfermería efectuadas por el personal, se determina que la orientación sobre toma de muestra de exámenes de laboratorio y la consejería que brindan sobre su embarazo se encuentran en primer lugar con 9(100%), siendo este el total de personal, lo que indica que se está cumpliendo efectivamente con las orientaciones que se debe brindar a las pacientes para satisfacción de sus necesidades y contribuir en su recuperación.

A través de esta tabla planteada se puede decir que el personal cumple con las orientaciones sobre la toma de muestra de exámenes de laboratorio y la consejería que brinda sobre su embarazo; cumpliendo así con los estándares de calidad de atención de las embarazadas, normadas por el ministerio de salud, con los resultados planteados en esta tabla podemos decir que a estas pacientes se le brinda una atención con calidad, calidez, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y gratuidad, lo que satisface la necesidad de las pacientes y hace que ellas se sientan seguras del trabajo que realiza el personal y estén dispuestas a cooperar con toda la información necesaria.

Según la teoría es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud en ellas, se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.

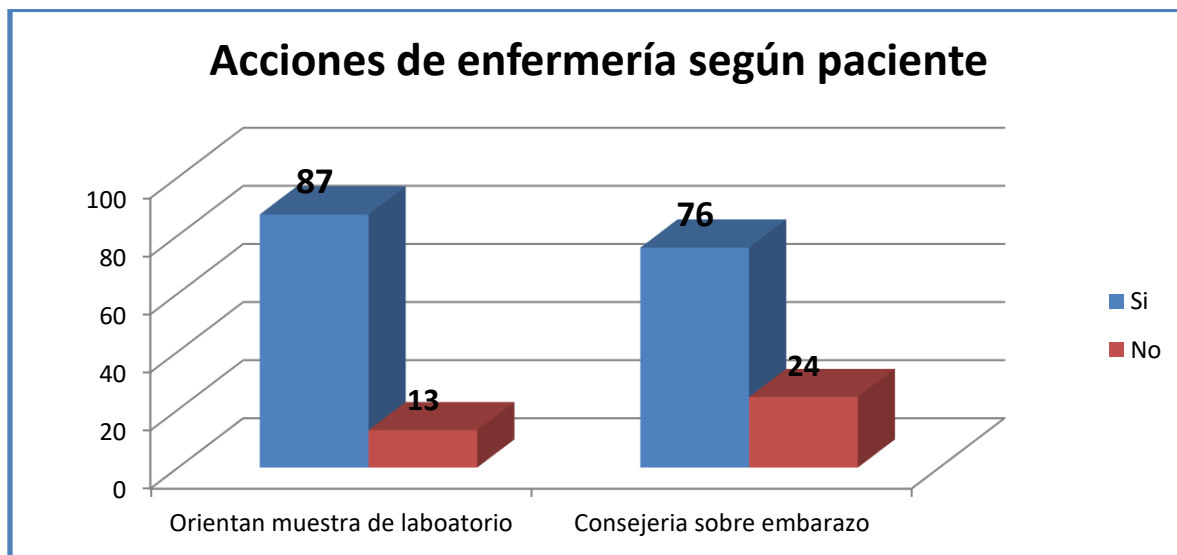
Es un aspecto de mucha importancia en el tratamiento de estos pacientes, ya que una gran parte de las obesas son muy ansiosas, y esto le da más apetito, además es importante descubrir las motivaciones que puede llevar a cada paciente a interesarse por el tratamiento.

Tabla N° 44

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Acciones que realizó enfermería	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Le orientaron sobre las tomas de las muestras de laboratorio	61	87	9	13	70	100
Le brindaron consejería sobre cuidados de embarazo	53	76	17	24	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas



Según los datos obtenidos, las pacientes refieren que la orientación sobre la toma de muestra de exámenes de laboratorio por parte del personal de enfermería es 61(87%), siendo esta la mayoría y la minoría es de 9(13%), que dicen que no le orientan sobre la muestra de los exámenes; mientras que en la consejería sobre el cuidado del embarazo es 53(76%) lo orienta. Siendo esta la mayoría y las que dicen que no les orientan es 17(24%) siendo esta la minoría.

A través de esta tabla las pacientes plantean que el personal de enfermería cumple con las orientaciones sobre la toma de muestra de exámenes de laboratorio y la consejería que brinda sobre su embarazo; cumpliendo así con los estándares de calidad de atención de las embarazadas, normadas por el ministerio de salud (MINSA), con los resultados planteados en esta tabla podemos decir que la mayoría de las embarazadas se le brinda una atención con calidad, calidez, eficacia, eficiencia, sostenibilidad y gratuidad, lo que satisface la necesidad de las pacientes y hace que ellas se sientan seguras del trabajo que realiza el personal y estén dispuestas a cooperar con toda la información necesaria.

Según la teoría es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud en ellas, se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte.

Es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*, en ello se incluye la información que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como su contraparte. Según Universidad de Concepción. Programa de Estrategias contra la Obesidad. El obeso debe conocer todo lo relacionado con la obesidad, por lo que la información constituye un pilar fundamental. Lo ayudará a comprender su problema y a erradicarlo adecuadamente.

Tabla N° 45

Acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Examen de mamas	N°	%
Siempre	2	22
A veces	6	67
Nunca	1	11
Total	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería



Según los datos planteados de la acción de enfermería, de la realización del examen de mamas, se encuentra que la minoría del personal en estudio lo realiza siempre con 2(22%), mientras que la mayoría del personal refiere que lo realiza a veces 6(67%). Es importante señalar que existe un porcentaje muy bajo del personal que nunca realiza esta acción 1(11%).

A través de esta tabla podemos decir que el personal de enfermería de esta sala realiza esta acción a veces, no es una acción que la están realizando siempre, esto se debe a que la atención hospitalaria esta mas enfocada a dar solución a problemas de salud ya desarrollado, siendo una prioridad para las unidades de salud del nivel primario ya que en este nivel se brinda consejería y orientación a todas las pacientes. Sin embargo esto no quiere decir que en las unidades de salud del segundo nivel de atención no se pueda realizar este examen, ya que la tabla nos refleja que hay un porcentaje aceptable que si realizan el examen de mamas.

El personal de enfermería de esta sala tiene la capacidad y el conocimiento para realizar el examen de mamas a las mujeres embarazadas más aun sabiendo de perfil Materno Infantil. Según la teoría la realización del examen de mamas, esta se debe de brindar en todas las unidades de salud ya que se encuentra estipulado en los estándares de atención a las mujeres embarazadas del Ministerio de Salud (MINSA). Esto forma parte del tipo de atención que se les brinda a las pacientes y es parte de una buena calidad y calidez de atención estipulada en la ley general de salud.

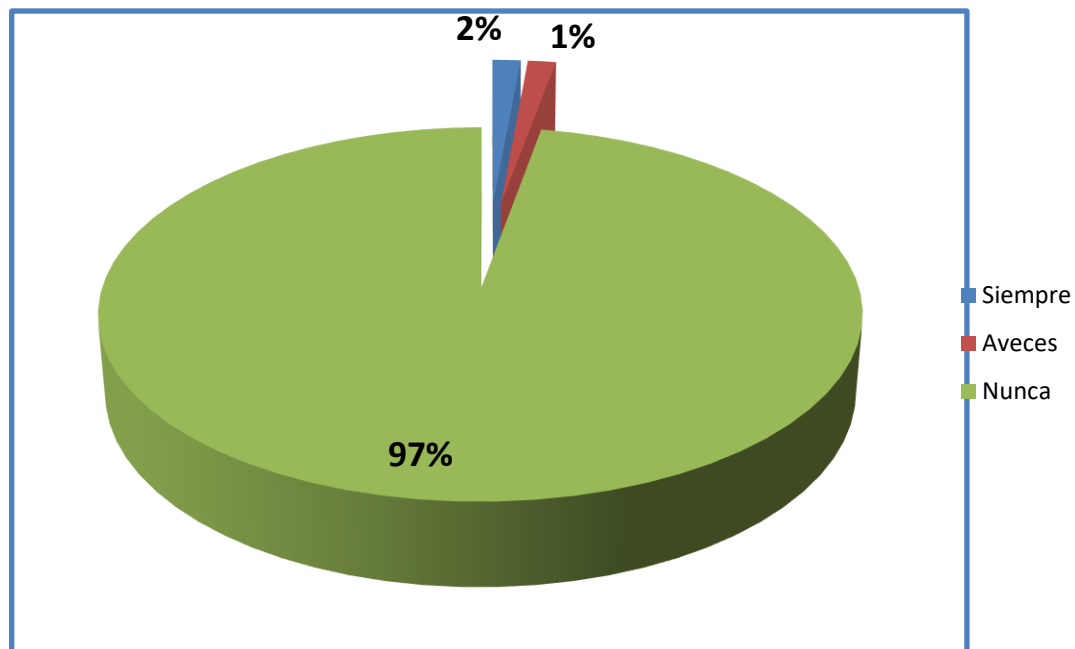
Tabla N° 46

Acciones que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Examen de mamas	N°	%
Siempre	1	1
A veces	1	1
Nunca	68	97
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Acciones de enfermería según paciente



Según los datos planteados en esta tabla, una minoría de las mujeres embarazadas refieren que siempre le realizaban el examen encontrando 1(11%), también la minoría refiere que a veces le realizaban el examen con 1 (11%) y la mayoría refiere que nunca le realizan el examen de mamas 68(97%).

A través de esta tabla podemos decir que el personal de enfermería de esta sala no realiza esta acción, no es una acción que no se realiza del todo ya que se puede apreciar en la atabla que hay un porcentaje muy bajo de mujeres embarazadas a las cuales se le realiza, esto se debe a que la atención hospitalaria esta mas enfocada a dar solución a problemas de salud ya desarrollado, siendo esto una prioridad para las unidades de salud del nivel primario ya que en este nivel se brinda consejería y orientación a todas las pacientes.

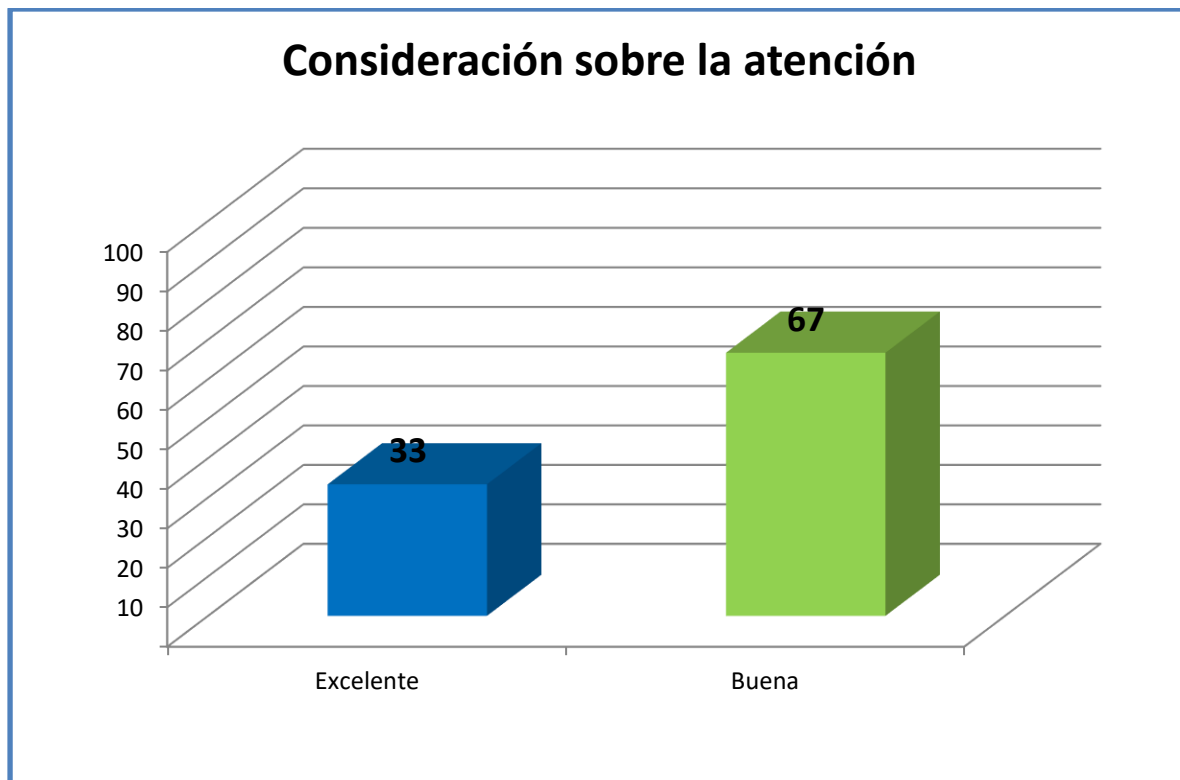
Según la teoría la realización del examen de mamas, esta se debe de brindar u orientar la realización de esta en todas las unidades de salud ya que se encuentra estipulado en los estándares de atención a las mujeres embarazadas del Ministerio de Salud (MINSA). Esto forma parte del tipo de atención que se les brinda a las pacientes y es parte de una buena calidad y calidez de atención estipulada en la ley general de salud.

Tabla N° 47

Consideración de la atención brindada por parte del personal de enfermería a las pacientes embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Consideración de atención de enfermería	N°	%
Excelente	3	33
Buena	6	67
Total	9	100

Fuente: Encuesta al personal de enfermería.



En la encuesta realizada al personal de enfermería sobre como considera la atención brindada por parte de enfermería encontramos en primer lugar la categoría de buena atención de enfermería con 6(67%) y en segundo lugar está la categoría de excelente atención de enfermería con un 3(33%).

Podemos decir que el personal de enfermería en esta sala brinda una buena y excelente atención, ya que la ley general de salud, nos dice que se debe de atender con calidad, calidez, eficacia y eficiencia; es por eso que cuando se orienta y protege mediante un acto conciente, volitivo y con un fin de utilidad práctica y en su aplicación se busca aclarar o distinguir es donde se logra una buena satisfacción de la atención de la usuaria y así se podrá evitar riesgo a las mujeres embarazadas.

Mediante la garantización de la viabilidad del sector a través de la continuidad de acciones y procesos dirigidos a preservar la salud de manera que no decaiga o se extinga por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza considerando los límites propios en materia de recursos disponibles se brindara siempre una excelente y buena atención.

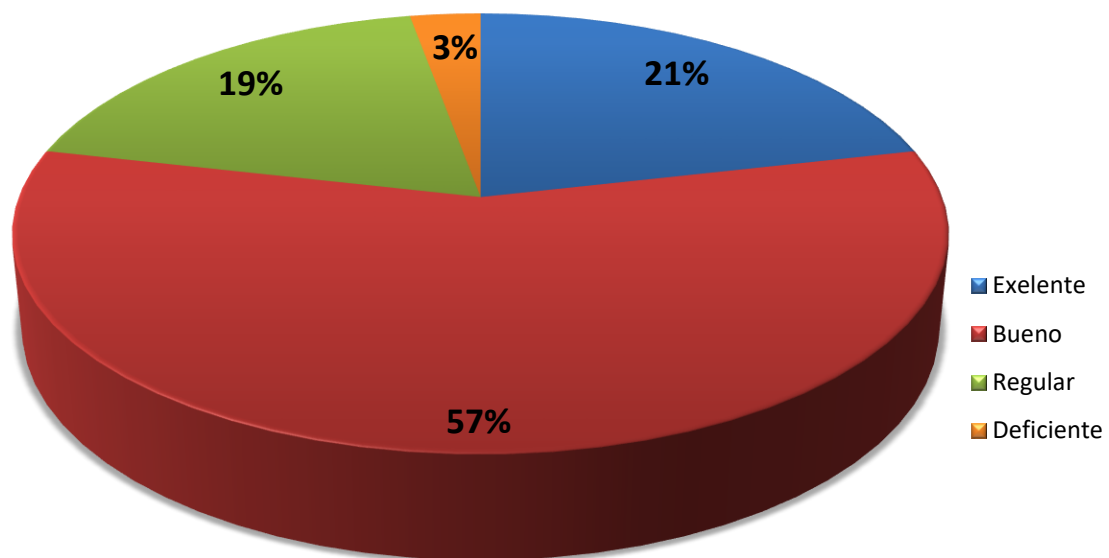
Tabla N° 48

Tipo de atención que realizó el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Tipo de atención brindado		
	N°	%
Excelente	15	21
Bueno	40	57
Regular	13	19
Deficiente	2	3
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Tipo de atención que brinda enfermería según paciente



A través de los datos planteados sobre los tipos de atención brindado por el personal de enfermería, encontramos que la que está en primer lugar es la buena atención con 40 (57%), en segundo lugar se encuentra la excelente con 15 (21%), en tercer lugar se encuentra la regular con 13 (19%) y en último lugar se encuentra la deficiente con 2 (3%).

A través de esta tabla podemos decir en general que la atención que brinda el personal de enfermería es muy buena, pese a que hay diferentes factores en contra del personal que podría afectar una buena calidad de atención, entre esos factores tenemos : la demanda de pacientes ya que 1 recurso tiene más de 10 y a veces hasta 20 paciente, y cuando la capacidad establecida para un licenciado /a es de 6 paciente y para un auxiliar es de 2 a 3 paciente, otro factor en la demanda de personal en la sala ya que el personal que hay es poco, otras son las faltas no reportadas lo cual hace que el trabajo de esa persona lo realice el que esta de turno o la otra persona que entra a turno con ella, haciendo que esta trabaje más y el otro factor son los equipos ya que hay unos que están dañados, otros esta viejo y ya no funcionan y algunos que no se encuentran y son escasos de encontrar. Cabe señalar que la atención deficiente es muy baja según los datos de la tabla.

A través de esta tabla podemos decir que el personal tiene un alto conocimiento de los alimentos ricos en proteínas ya que la mayoría orienta el consumo de estos, según datos obtenidos en las tablas el pescado es el alimento que más se orienta, cumpliendo así con una buena orientación hacia las paciente de los alimentos que deben de ingerir, asiendo de esto que haya una mejor calidad en la atención a como lo estipula el ministerio de salud.

Según datos del Ministerio de Salud a través de encuestas realizadas en los principales Hospitales de Managua en los diferentes servicios, en el mes de Abril del año 2011, para medir la satisfacción de los usuarios en la atención brindada por los diferentes profesionales de la salud. En esta encuesta se mide el tiempo de espera del usuario desde su ingreso a la unidad de salud, hasta el momento de ser atendido; el tiempo que dura la consulta y el nivel de satisfacción con el tipo de atención recibida.

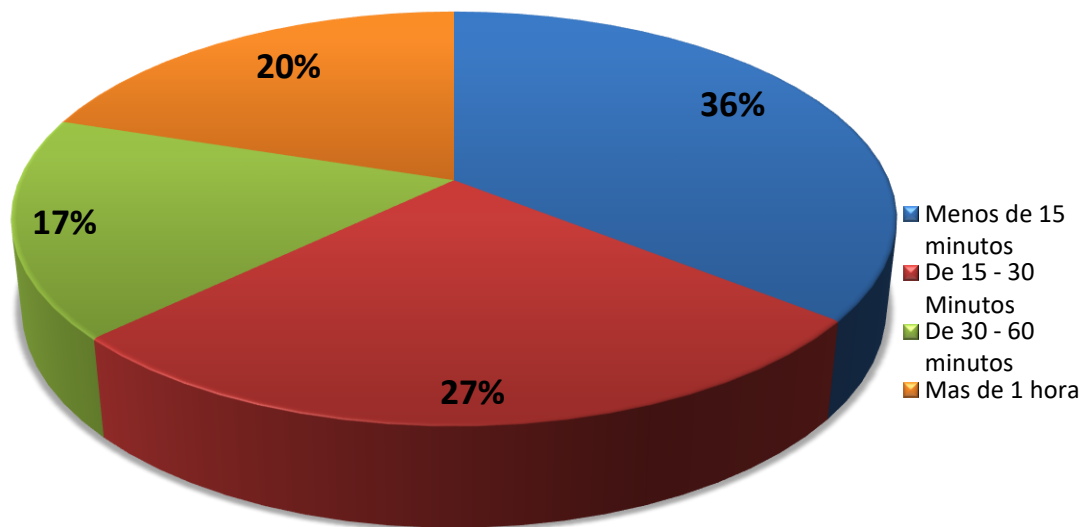
Tabla N° 49

Tiempo de espera para ser atendidas las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, en la sala de Gineco- obstetricia. Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Noviembre – Diciembre 2011.

Tiempo de espera	N°	%
Menos de 15 minutos	25	36
De 15 - 30 Minutos	19	27
De 30 - 60 minutos	12	17
Más de 1 hora	14	20
Total	70	100

Fuente: entrevistas a las embarazadas

Tiempo de espera para ser atendido segun paciente



De acuerdo a los datos analizados, encontramos que el tiempo de espera que se encuentra en primer lugar para ser atendida es menor de 15 minutos con 25(36%), en segundo lugar se encuentra: de 15 – 30 minutos con 19 (27%), en tercer lugar se encuentra más de 1 hora con 14 (20%) y por último se encuentra de 30 – 60 minutos con 12 (17%).

Esta tabla nos refleja que el tiempo de espera es aceptable ya que la demanda de paciente es grande y no se puede atender a todas/os las/os pacientes en cuanto ellas ingresan al hospital a la sala emergencia, en menos de 15 minutos comúnmente se atiende a los pacientes que están más delicado o que tienen una mayor complicación y ameritan una atención inmediata, la mayoría de las pacientes son atendida como máximo en 1 hora y una minoría tiene que esperar más tiempo. El tiempo de espera es el que transcurre entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio y el inicio de su atención.

Actualmente el Ministerio de Salud tiene tiempo de espera normado solamente para las cirugías programadas que no deben de ser mayor de dos meses. El tiempo de espera de un paciente depende del área o servicio que el paciente demande ya que cada área tiene sus propias características (emergencias, consulta externa,) en atención primaria ingresos de embarazo, puerperio y recién nacidos o consultas generales de igual forma los puestos de salud tienen sus propias características por lo tanto las normas que regulaban y normaban el tiempo de espera son obsoletas. Fuente: Doctor Rafael Gutiérrez Sub Director SILAIS Granada (.Este dato fue brindado de forma verbal ya que actualmente el Ministerio de Salud está trabajando para mejorar la atención a la población, pero no se cuenta hasta el momento con tiempo normado como el que existía en década pasada.

CONCLUSIONES

1. Se encontró que las pacientes con sobrepeso u obesidad, oscilan entre las edades de 20 a 29 años, con una escolaridad de secundaria incompleta y completa, son procedentes de barrios y repartos en su mayoría, su ingreso económico promedio es de 2,001 a 6,999 córdoba. El estado civil no es un factor de riesgo porque la mayoría son acompañadas estables, casadas estables y amas de casas.
 2. En la mayoría de las mujeres embarazadas prevaleció más el sobrepeso que la obesidad, entre las edades de 20 a 29 años. Siendo la mayoría el sobrepeso leve, seguido del peso moderado y obesidad leve, encontrándose en minoría la obesidad moderada y la obesidad mórbida.
 3. En la mayoría de las mujeres embarazadas prevaleció más el sobrepeso que la obesidad, entre las edades de 20 a 29 años. Siendo la mayoría el sobrepeso leve, seguido del peso moderado y obesidad leve, encontrándose en minoría la obesidad moderada y la obesidad mórbida.
 4. La mayoría de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad, consumen alimentos ricos en proteínas, carbohidratos y vitaminas; los minerales y grasas son consumidos en menor cantidad, ya que la minoría de estas pacientes los consumen con muy poca frecuencia.
 5. Dentro de las acciones de enfermería la mayoría refirió que no orientan sobre actividades físicas.
- ❖ Las enfermeras en su mayoría refirieron que brindan apoyo psicológico, pacientes refirieron que solamente una minoría les brinda apoyo psicológico.
 - ❖ La mayoría de las enfermeras refirieron orientar el consumo de alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

- ❖ Las pacientes refieren que los alimentos que más les orientaron que consumieran fueron: las frutas, verduras, hortalizas, alimentos ricos en Minerales, Carbohidratos y Proteínas.
6. El personal de enfermería refirió que brindaron una buena calidad de atención, de igual forma las pacientes refirieron haber recibido un tipo de atención entre excelente y buena.

RECOMENDACIONES

A la unidad de salud

- Que continúen brindando apoyo a los estudiantes de enfermería en su período de formación.
- Que se implementen registros estadísticos de las mujeres embarazadas con Sobrepeso u Obesidad, en el Departamento de Nutrición.
- Brindar educación continua al personal de enfermería sobre los factores de riesgos y complicaciones de las mujeres embarazadas con Sobrepeso u Obesidad.
- Que brinden más orientación a las mujeres embarazadas con Sobrepeso u Obesidad, sobre los tipos de alimentos y la frecuencia con que se deben de consumir.
- Estimular a los trabajadores para que continúen brindando una buena calidad de atención las mujeres embarazadas con Sobrepeso u Obesidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ENDESA. (2010), *Maternidad en Nicaragua: un desafío constante*. Nicaragua.
- ❖ Mahan K. (2001), *Nutrición y Dietoterapia*. Decima edición: Me Graw – Hill Interamericana. Healthcare group. México.
- ❖ Maisonneuve. (1996), *Manual de dietas*. Colegio de. Montreal. Quebec, Canadá, Polisal. Nicaragua.
- ❖ Mejías F. (2005), *Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental*. I edición. Madrid. España.
- ❖ MINSA. (2010), *Dirección General de extensión y calidad de la atención, indicadores de la atención de la embarazada, parto puerperio y sus complicaciones*. I edición. Nicaragua.
- ❖ MINSA. (2005), *Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental*. I Edición. Nicaragua.
- ❖ MINSA. (2011), *Intervención basada en evidencia, la Mortalidad Neonatal*. 2 da edición. Nicaragua.
- ❖ MINSA. (2007), *Ley General de Salud*. República de Nicaragua
- ❖ MINSA. (2010), *Tabla de composición de los alimentos de Nicaragua*. Comité técnico de soberanía y seguridad alimentaria y nutricional. (COTESSAN). Nicaragua.
- ❖ Morris C. (1992), *Psicología*. Séptima edición, en español: PRENTICE – HALL HISPANOAMERICANA, S.A. México.

- ❖ Mosby. (MMVII), *Diccionario de Medicina Océano*. Edición español: Editorial océano. 08017 Barcelona (España).
- ❖ Organización mundial de la salud (OMS) y Organización Panamericana de la salud (OPS). (2010), *Prevalencia del sobrepeso y obesidad*. Nicaragua
- ❖ Pérez A. (1996), *Obstetricia*. Publicación técnica. Mediterráneo. Segunda edición Santiago – Chile. LTDA.
- ❖ Revista Latinoamericana de psicología. (1992), *fundación universitaria*. Versión impresa: 0120-0534. Colombia.
- ❖ Sequeira V. (2004), *Investigar es fácil*. Manual de investigación, Editorial Universitaria (UNAN- Managua). Edición 2004. Managua, Nicaragua.
- ❖ Schwarcz L. (1996), *Obstetricia*. Quinta edición. Segunda impresión. Librería – editorial el ateneo.
- ❖ Toruño B. (1996), *Recomendaciones dietéticas*. Instituto de nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) Organización Panamericana de la Salud (OPS). Edición XLV aniversario. Guatemala Abril.

❖ **WEBGRAFIA**

- ❖ www.google.com:
 - Universidad de Concepción. Programa de Estrategias contra la Obesidad.
 - Universidad autónoma de México. Dirección general de servicios médicos.
- ❖ www.Eficioterapia.net/leer.
- ❖ www.Wikipedia.Org/wiki/atención-1
- ❖ www.Zonadiet.com
- ❖ www.efisioterapia.net/rejacion/lee

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

UNAN – MANAGUA



GUIA DE ENTREVISTA A LAS PACIENTES

Estimadas pacientes: La siguiente entrevista debe de llenarse en todas sus preguntas, con veracidad en sus repuestas; el objetivo de esta, es para conocer los estilos de vida de las mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad; todos los datos que aporten serán de gran importancia para nosotros, para la elaboración de este trabajo de investigación. Toda esta información será revisada por los alumnos del Polisal de V año de la carrera Enfermería con orientación en Materno Infantil, cualquier aclaración de alguna pregunta hágasela al encuestador. Gracias por su cooperación.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

CLAVE_____ exp._____

P1. ¿Qué edad tiene_____ Años cumplidos

P2. Nivel de educación

1. () Analfabeta
2. () alfabetizado
3. () Primaria completa
4. () Primaria incompleta
5. () Secundaria incompleta
6. () Secundaria completa
7. () Universidad
8. () Otros_____

P3. Estado civil:

1. () soltera
2. () Casada estable
3. () casada inestable
4. () Divorciada
5. () Acompañante estable
6. () Acompañante inestable
7. () Viuda

P4. Ocupación

1. () Estudiante
2. () Ama de casa
3. () Oficinista
4. () Obrera
5. () Otros_____

P5. Nivel de ingreso económico mensual

1. () > De 7000 córdoba
2. () De 2001 – 6999 córdoba
3. () < De 2000 córdoba

P6.Lugar de procedencia

1. () Reparto
2. () Colonia
3. () Asentamiento
4. () Barrio
5. () Comarca
6. () Otros_____

II. CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

P7. ¿Qué tipo de sobrepeso tiene actualmente?

Leve 25 a 26.9 IMC. ____.

Moderado 27 a 29.9 IMC. ____.

P8. ¿Cuál es el tipo de obesidad que tiene actual?

Leve 30 a 34.9 IMC. ____.

Moderada 35 a 39.9 IMC. ____.

Mórbida > 40 IMC.

III. HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

P9.

ALIMENTOS Y GRUPOS DE ALIMENTOS	CONSUME		¿CUÁNTAS VECES EN LAS SEMANAS?					
	SI	NO	NUNCA	DIARIO	1-2 VECES POR SEMANA	3-4 VECES POR SEMANA	4-5 VECES POR SEMANA	6-7 VECES POR SEMANAS
PROTEÍNAS								
Carne de res								
Frijoles rojos								
Frijoles de soya								
Huevos								
Leche								
CARBOHIDRATOS								
Tortilla de maíz								
Papas								
Pan dulce								
Pan simple								
arroz,								
Pastas								
Pinolillo								
Avena								
Cebada								
Pinol								
GRASAS								
Mantequillas								
Manteca								
Margarina								
Tocino								
Jamón								
Carne de cerdo								
Crema								
Queso								
Aceites vegetal								
VITAMINAS								
Hígado								
Riñones								
Verduras y hortalizas								
Tomate rojo								
Cebolla								
Repollo								

Zanahoria								
Ayote								
Pipían								
Chayote								
Chiltoma								
Remolacha								
Rábano								
Lechuga								
Brócoli								
Coliflor								
Aguacate								
Frutas								
Banano								
Plátanos verde y maduros								
Piña								
Mango								
Granadilla								
Jocote								
Naranja								
Papaya								
Melón								
Limón								
Melocotón								
Zapote								
Marañones								
MINERALES								
Leche de soya								
Pescado								
Mariscos								

IV. ESTILO DE VIDA DAÑINO PARA LA SALUD EN MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

P10. Usted fuma

1. ☐ Si
2. ☐ No

P11. Si usted fuma cuantos cigarrillos al día se fuma

1. ☐ 1–3 al
2. ☐ 4–5 al día
3. ☐ 6-10 al día
4. ☐ Más de 10
5. ☐ No fuma

P12. Consume cocaína

1. ☐ Si
2. ☐ No

P13. Usted toma alcohol

1. ☐ Si
2. ☐ No

P14. Si usted ingiere alcohol con qué frecuencia lo hace

1. ☐ Diario
2. ☐ Semanal
3. ☐ Mensual
4. ☐ No ingiere

P15].Si usted toma alcohol que tipo de alcohol toma usted

1. ☐ Cerveza
2. ☐ Ron
3. ☐ Vino
4. ☐ agua ardiente
5. ☐ Otros _____
6. ☐ Ninguno

P16. ¿Qué cantidad ingiere usted de alcohol?

1. ☐ 1-3 copas
2. ☐ 4-5 copas
3. ☐ 6-10 copas
4. ☐ < 11 copas
5. ☐ Ninguna

P17.

FACTORES DESENCADENANTES DE ESTRÉS	SI	NO
Falleció recientemente su esposo		
Se divorcio recientemente		
Se separo de su esposo		
Se encuentra planeando su matrimonio		
Se está reconciliando con su pareja		
Murió algún familiar cercano		
Algún hijo abandono el hogar		
Le preocupa el embarazo		
Ha tenido cambio en el sueño		
Tiene dificultades sexuales		
Ha tenido cambios en la alimentación		
Cambio de domicilio		
La despidieron de su trabajo		
Tiene problemas económicos		
Cambio de horario en sus actividades		

**VI. SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN
BRINDADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA**

P18. Le aplicaron vacunas de DT (Difteria y Tétano)

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No aplica

P19. Le miden la altura uterina en sus controles

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ A veces

P20. Le toma la presión arterial

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ A veces

P21. Le realizaron preguntas sobre sus antecedentes obstétricos

1. ☐ Número de hijos
2. ☐ Abortos
3. ☐ Enfermedades crónicas
4. ☐ Intervalo intergenésico
5. ☐ Hijos muertos al nacer
6. ☐ No aplica

P22. Le brindaron orientación sobre su estado nutricional

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ Nunca

P23. Le brindaron información sobre la condición de su bebe

1. ☐ FCF (frecuencia cardiaca fetal)
2. ☐ Crecimiento
3. ☐ Movimiento

P24. Le realizan examen de las mamas

1. ☐ Siempre
2. ☐ A veces
3. ☐ Nunca

P25. Le realizaron exámenes de laboratorio

1. ☐ Tipo y Rh
2. ☐ Glicemia

3. ☐ HTO
4. ☐ VDRL
5. ☐ EGO/cinta reactiva
6. ☐ prueba voluntaria de VIH
7. ☐ otros

P26. Le orientaron sobre la toma de las muestra de laboratorio

1. ☐ Si
2. ☐ No

P27. Le brindaron consejería sobre cuidado de embarazo

1. ☐ Si
2. ☐ No

P28. Al ingresar al hospital o la sala le midieron la estatura

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No aplica

P29. Le entregaron micronutrientes

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No aplica

P30. ¿Cómo considera usted la atención que le brinda enfermería en esta sala

1. ☐ Excelente
2. ☐ Buena
3. ☐ Regular
4. ☐ Deficiente
5. ¿Por qué? _____

P31. ¿Cuánto tiempo espero para ser atendida desde que ingreso al hospital?

1. ☐ Menos de 15 min
2. ☐ De 15.30 min
3. ☐ 30 min – 1 hora
4. ☐ Más de una hora

P32. ¿Está satisfecha con el tiempo que duro su consulta para ser ingresada?

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. Explique _____

P33.

¿Cuáles de estas actividades en la educación de la salud le orientaron	Si	No	A veces
Que Camine como mínimo 30 minutos diarios			
Que Realice ejercicios de estiramiento.			
Que Realice pausas activas en el trabajo.			
Que Realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana			
Que Adapten la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo.			
Consejería de aceptación del problema.			
Consejería de cómo controlar su ansiedad en su alimentación			
Consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad			
Orientan que consuman alimentos ricos en proteínas			
Carne de res			
Frijoles rojos			
Frijoles de soya			
Huevos			
Leche			
Huevos			
Orientan que consuman alimentos ricos en carbohidratos			
Tortilla de maíz			
Papas			
Pan dulce			
Pan simple			
Huevo			
arroz,			
Pastas			
Pinolillo			
Avena			
Cebada			
Pinol			
Orientan que consuman alimentos ricos en grasas			
Mantequillas			
Manteca			
Margarina			
Tocino			
Jamón			
Carne de res			
Carne de cerdo			
Crema			
Queso			
Aceites vegetal			
Orientan que consuman alimentos ricos en vitaminas			
Hígado			
Riñones			
Tomate rojo			
Cebolla			
Repollo			
Zanahoria			
Ayote			
Pipián			
Chayote			
Papas			
Chiltoma			
Remolacha			
Rábano			

Lechuga			
Brócoli			
Coliflor			
Aguacate			
Banano			
Plátanos verde y maduros			
Piña			
Mango			
Granadilla			
Jocote			
Naranja			
Papaya			
Melón			
Limón			
Melocotón			
Zapote			
Marañones			
Orientan que consuman alimentos ricos en minerales			
Leche líquida entera			
Leche de soya			
Pescado			
Mariscos			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.
UNAN – MANAGUA.



GUIA DE ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Estimado personal de salud: La presente encuesta debe llenarse en todas sus preguntas, con veracidad en las respuestas; el objetivo de esta es conocer las acciones que realiza el personal de enfermería en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad. Cualquier aclaración de alguna pregunta, hágasela al encuestador. Gracia por su cooperación. Responda Marcando con una X la respuesta en la casilla SI o NO.

P1.

¿Cuáles de estas actividades en la educación de la salud les orientan a las pacientes embarazadas con sobrepeso y obesidad?	Si	No	A veces
Que Camine como mínimo 30 minutos diarios			
Que Realice ejercicios de estiramiento.			
Que Realice pausas activas en el trabajo.			
Que Realice ejercicios 30 minutos 3 veces por semana			
Que Adapten la intensidad a su ritmo personal procurando mejorar en el tiempo.			
¿En el apoyo psicológico cuál de estas actividades les brindan a las embarazadas con sobrepeso y obesidad?	Si	No	A veces
Consejería de aceptación del problema.			
Consejería de cómo controlar su ansiedad en su alimentación			
Consejería de aceptación de tomar la importancia del tratamiento de la obesidad			
Educción alimentaria			
Orientan que consuman alimentos ricos en proteínas			
Carne de res			
Frijoles rojos			
Frijoles de soya			
Huevos			
Leche			
Huevos			
Orientan que consuman alimentos ricos en carbohidratos			
Tortilla de maíz			
Papas			
Pan dulce			
Pan simple			
Huevo			
arroz,			
Pastas			
Pinolillo			
Avena			
Cebada			
Pinol			
Orientan que consuman alimentos ricos en grasas			
Mantequillas			

Manteca			
Margarina			
Tocino			
Jamón			
Carne de res			
Carne de cerdo			
Crema			
Queso			
Aceites vegetal			
Orientan que consuman alimentos ricos en vitaminas			
Hígado			
Riñones			
Tomate rojo			
Cebolla			
Repollo			
Zanahoria			
Ayote			
Piñán			
Chayote			
Papas			
Chiltoma			
Remolacha			
Rábano			
Lechuga			
Brócoli			
Coliflor			
Aguacate			
Banano			
Plátanos verde y maduros			
Piña			
Mango			
Granadilla			
Jocote			
Naranja			
Papaya			
Melón			
Limón			
Melocotón			
Zapote			
Marañones			
Orientan que consuman alimentos ricos en minerales			
Leche líquida entera			
Leche de soya			
Pescado			
Mariscos			

P2. Le aplico vacunas de DT

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ No aplica

P3. Le mide la altura uterina

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ A veces

P4. Le tomo la presión arterial

1. ☐ Si
2. ☐ No
3. ☐ A veces

P5. Le realizo preguntas sobre sus antecedentes obstétricos

1. ☐ Número de hijos
2. ☐ Abortos
3. ☐ Enfermedades crónicas

4. () Intervalo intergenésico
5. () Hijos muertos al nacer
6. () No aplica

P6. Le brindo información sobre la condición de su bebe

1. () FCF
2. () Crecimiento
3. () Movimiento

P7. Le realizo examen de las mamas

1. () Siempre
2. () A veces
3. () Nunca

P8. Le realizo exámenes de laboratorio

1. () Tipo y Rh
2. () Glicemia
3. () HTO
4. () VDRL
5. () EGO/cinta reactiva
6. () prueba voluntaria de VIH
7. () otros

P9. Le oriento sobre la toma de las muestra

1. () Si
2. () No

P10. Le brindo consejería sobre su embarazo

1. () Si
2. () No

P11. Al ingresar a la sala le midió la estatura

1. () Si
2. () No
3. () No aplica

P12. Le entrego micronutrientes

1. () Si
2. () No
3. () No aplica

P13. ¿Cómo considera la atención que usted brindo?

1. () Excelente
2. () Buena
3. () Regular
4. () Deficiente
5. ¿Por qué? _____

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

1.1 Definición de características socio demográficas

1.2 Relación entre características socio demográficas con sobrepeso y obesidad.

1.3 Edad

1.3.1 Definición de edad

1.3.2 Relación de edad con sobrepeso y obesidad

1.4. Educación

1.4.1 Definición de educación

1.4.2 Relación de educación con sobrepeso y obesidad

1.5 Estado civil

1.5.1 Definición estado civil

1.5.2 Relación de estado civil con sobrepeso y obesidad

1.6 Ocupación

1.6.1 Definición de ocupación

1.6.2 Relación de ocupación con sobrepeso y obesidad

1.7 Estatus socio económico

1.7.1 Definición de estatus socioeconómico

1.7.2 Relación de estatus socio económico con sobrepeso y obesidad

1.8 Procedencia

1.8.1 Definición de procedencia

1.8.2 Distancia

A. Definición de distancia

1.8.3 Transporte

A. Definición de transporte

1.8.4 Relación de procedencia con sobrepeso y obesidad

3. CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJER EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

2.1. Definición.

2.1.1. Sobrepeso.

2.1.2. Obesidad.

2.1.3. Diferencia entre sobrepeso y obesidad.

2.2. Tipo de sobrepeso

2.2.1. Sobrepeso leve

2.2.2. Sobrepeso moderado

2.3. Tipo de obesidad

2.3.1. Obesidad Leve 30.0 a 34.9 IMC.

2.3.2. Obesidad moderada 35.0 a 39.9 IMC.

2.3.3. Obesidad mórbida > 40 IMC.

2.4. Incremento de masa corporal durante el embarazo

2.4.1. Sobrepeso

2.4.2. Obesidad

3. HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

3.1 Definición de hábitos alimenticios

3.2 Definición de alimentación normal

3.3 Objetivos de la nutrición materna durante el embarazo

3.4 Requerimiento nutricional en mujeres embarazadas

3.4.1 Proteínas

3.4.2 Carbohidrato

3.4.3 Grasas

3.4.4 vitaminas liposolubles

- a) Vitamina A
- b) Vitamina D
- c) Vitamina E
- d) Vitamina K

3.4.5 Vitaminas hidrosolubles

- a) Vitamina B6
- b) Vitamina B12
- c) Vitamina C
- d) Folatos
- e) Otras vitaminas
 - B1, B2, B3

4.4.6 Minerales y elementos traza

- a) Calcio
- b) Fosforo
- c) Hierro

3.5 Alimentos básicos que no deben de faltar en la dietas de las mujeres embarazadas.

4. ESTILO DE VIDA DAÑINO PARA LA SALUD EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

4.1. Factores de riesgo

4.2. Estrés

4.2.1. Tipo de estrés

- a) Distress
- b) Eustres
- c) Estrés Agudo.
- d) Estrés Crónico.
- e) Distress por sub estimulación.

4.2.2 Causas de estrés

4.2.3 Manifestaciones de estrés

- a) Manifestaciones conductuales
- b) Manifestaciones físicas
- c) Manifestaciones mentales

4.2.4 Eventos desencadenante de estrés y su puntuación

4.2.5 Repuestas al estrés

4.2.6 Relación de estrés en el embarazo

4.2.7 Tipos de personalidad

4.3 Drogas

4.3.1 Consecuencia del tabaco y el alcohol

4.3.2 Relación embarazo y cocaína

4.3.3 Efectos de las drogas en el embarazo

5. ACCIONES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

5.2 Labor de enfermería

5.2.4 Educación para la salud

a) Acciones de enfermería para evitar el sobrepeso y la obesidad

5.2.5 Apoyo psicológico

a) Acciones de enfermería para evitar el sobrepeso y la obesidad

5.2.6 Educación alimentaria.

a) Acciones para evitar el sobrepeso y la obesidad

5.2.7 Ejercicios prenatales

5.2. Contraindicaciones en prácticas de actividades físicas, terapéuticas y profiláctica durante el embarazo.

5.3 Principales objetivos de las actividades físicas terapéuticas y profilácticas para una mujer embarazada con sobrepeso y obesidad

5.4 Signos de peligro de las mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad.

6. SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

6.1 Satisfacción

6.2. Cuidados humanizados de enfermería

6.3. Percepción de cuidados de enfermería

6.4. Percepción del comportamiento y cuidados humanizados de enfermería

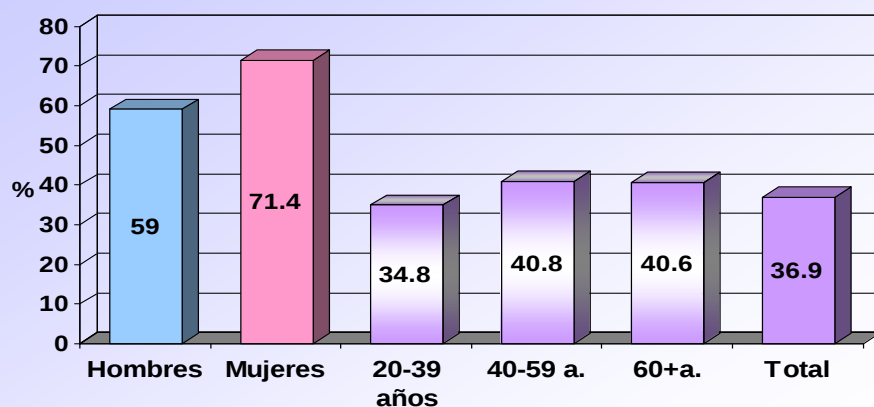
6.5. Calidad de atención en salud

6.6. Estándares de calidad de atención en mujeres embarazadas

6.7. Tipos de atención

6.8. Tiempo de espera

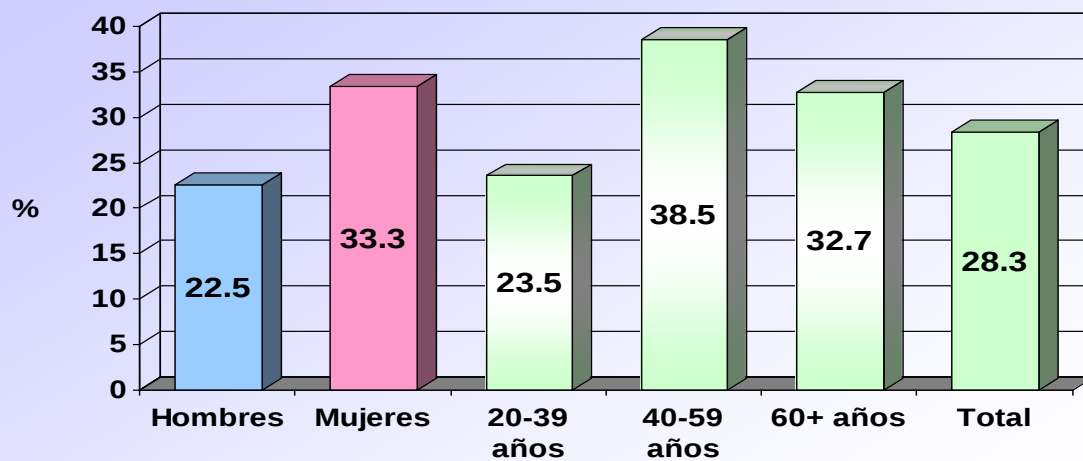
Prevalencia de Sobrepeso (IMC ≥ 25) (Nicaragua, 2003)



Fuente: CAMDI Nic/ 2006



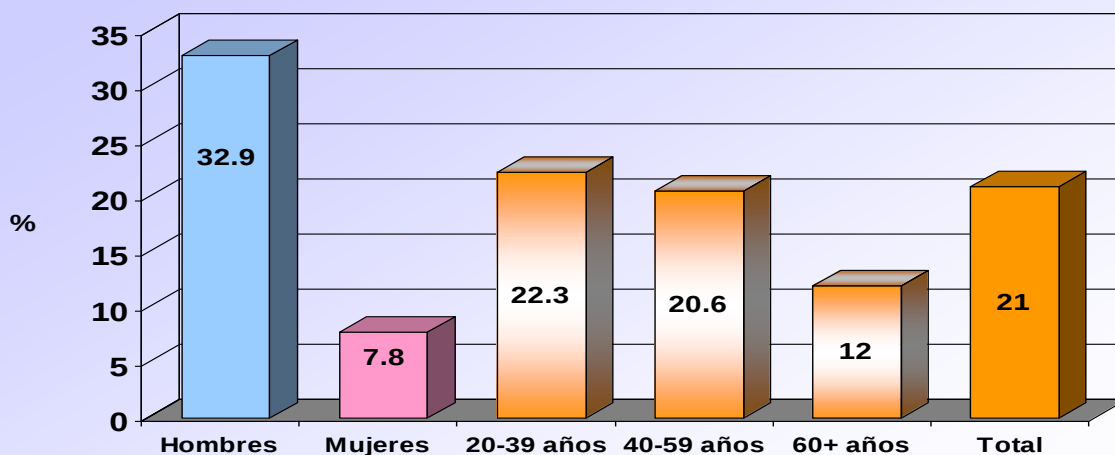
Prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30) (Nicaragua 2003)



Fuente: CAMDI Nic/ 2006



Prevalencia de Tabaquismo (Nicaragua, 2003)

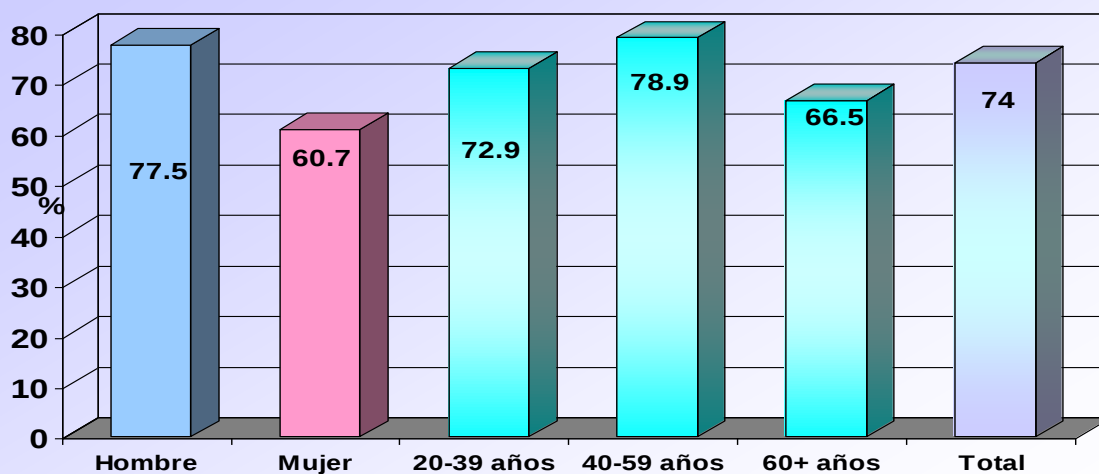


Nota: Respondieron que fuman actualmente.

Fuente: CAMDI Nic/2006



Ingesta de Alcohol referida, según edad y sexo (Nicaragua, 2003)



Nota: Consumieron 4 o mas bebidas, al menos una vez en las ultimas 4 semanas.

Fuente: CAMDI Nic 2006



DISEÑO METODOLÓGICO

ANEXOS

DESARROLLO DEL SUBTEMA

RESULTADO DE ANALISIS DE TABLAS