



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TRABAJO DE TITULACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014.

AUTORES:

ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE
HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIRA

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
LCDO. ÁLVARO CEPEDA CONTRERAS Mg. NH.

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2014

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014.

DEDICATORIA

Dedico este triunfo a mi Dios que me ha dado la fortaleza para cumplir con mis Metas e ilumino mi camino.

A mis hijas : Stefany y Merly , porque cuando me siento vencida ellas son mi impulso para seguir adelante.

A mi esposo , que me ha apoyado incondicionalmente y me ha dado animo para seguir cumpliendo mis metas .

A mi madre: que es fuente y manantial de amor, sacrificio y bondad

A mis hermanas/os: que siempre estuvieron a mi lado ayudandome en todo lo que fuera posible.

A mis amigas y docentes, que de una u otra manera estuvieron a mi lado durante la elaboracion de este trabajo.

ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mi madre: la cual con su esfuerzo y dedicación, me formo como persona, inculcandome valores de respeto, humildad, perseverancia y me apoyo sin desconfiar de mis capacidades a lo largo de mi vida estudiantil y lucho por que culminara mis estudios y darme la mejor herencia y orgullo de ser una profesional.

A mi hijo, quien es fuente de inspiracion y ternura, que este logro sea un ejemplo a seguir para él.

A mi esposo, que me ha apoyado incondicionalmente en este trabajo de titulacion.

Dedico tambien este trabajo a mis docentes que con sus enseñanzas, me formaron como un profesional capaz de enfrentar cualquier reto profesional.

HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIRA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Manabí, prestigiosa institución de estudios superior en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Carrera de Nutrición y Dietética y a cada uno de los catedráticos que durante nuestros años de estudios, con ahínco y profesionalismo nos formaron científica e inteligentemente.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación:

A la Presidente del Trabajo de Titulación Ing. Karina Rocha Galecio por habernos brindado su apoyo y confianza en nuestro proyecto de Investigación
A los miembros del Trabajo de Titulación por colaborarnos en nuestro proyecto.

A la Maternidad Andrés de Vera, con sus directivos y profesional médico, quienes nos brindaron su ayuda incondicional durante la ejecución de nuestra investigación.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE
HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIRA



CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

Yo, LCDO. ÁLVARO CEPEDA CONTRERAS Mg. NH. tengo a bien certificar que el Trabajo de Titulación “ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014”, de las egresadas ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE y HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIRA

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Licenciadas en Nutrición y Dietética. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

LCDO. ÁLVARO CEPEDA CONTRERAS Mg. NH
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014.

Tesis de Grado sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.
DECANA

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Lcdo. Álvaro Cepeda Contreras Mg. NH
DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACION

Ing. Karina Rocha Galecio Mg. Nut.
PRESIDENTE DE TRIBUNAL DEL
TRABAJO DE TITULACION

Dr. Camilo Vera Espinoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014.

Tesis de Grado sometida a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

LICENCIADA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Ing. Karina Rocha Galecio Mg. Nut.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Camilo Vera Espinoza
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR

ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE y HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIRA, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS DE VERA DEL CANTÓN PORTOVIEJO, OCTUBRE 2013 MARZO 2014” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del trabajo de titulación, Lcdo. Álvaro Cepeda Contreras Mg. NH

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este Trabajo de Titulación, pertenecen exclusivamente a las autoras.

ARTEAGA AGUAYO JULIA MONSERRATE

HOLGUIN MOREIRA ROSIKLER JAJAIR

ÍNDICE GENERAL

TEMA:	I
DEDICATORIA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	VI
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	VII
DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR	VIII
INDICE GENERAL DE TABLAS Y GRÁFICOS	XI
RESUMEN.....	XII
SUMMARY	XIII
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
MARCO TEÓRICO	8
VARIABLES.....	19
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL	20
VARIABLE DEPENDIENTE: ANEMIA FERROPENICA	22
DISEÑO METODOLÓGICO	23
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	27
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
PRESUPUESTO.....	56
CRONOGRAMA VALORADO.....	57

BIBLIOGRAFÍA.....58
PROPUESTA61
ANEXOS69

INDICE GENERAL DE TABLAS Y GRÁFICOS

CONTENIDOS	Pág.
Tabla y gráfico 1. Diagnostico nutricional y lugar de procedencia.	28
Tabla y gráfico 2. Diagnóstico nutricional e ingresos económicos.	30
Tabla y gráfico 3. Diagnóstico nutricional e ingesta de alimentos.	32
Tabla y gráfico 4. Diagnóstico nutricional y controles gestacionales.	34
Tabla y gráfico 5. Diagnóstico nutricional y número de partos	36
Tabla y gráfico 6. Diagnóstico nutricional y consumo de carnes rojas, blancas y vísceras al día	38
Tabla y gráfico 7. Diagnóstico nutricional y consumo de lácteos al día	40
Tabla y gráfico 8. Diagnóstico nutricional y consumo de frutas y verduras que contienen vitamina C	42
Tabla y gráfico 9. Diagnóstico nutricional y consumo de suplementos de hierro.	44
Tabla y gráfico 10. Diagnóstico nutricional y suplemento de hierro.	46
Tabla y gráfico 11. Diagnóstico nutricional y estado nutricional al comienzo del embarazo	48

RESUMEN

La anemia es una disminución de la hemoglobina, sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre los cuales se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

En este trabajo se planteó como problema de investigación la interrogante ¿Cómo afecta el estado nutricional a las mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo? Por lo cual recolectamos datos en el periodo de octubre – marzo 2014 y se estableció como objetivo general determinar el estado nutricional en mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo, octubre 2013 marzo 2014.

En esta investigación diagnóstica propositiva, se basó en la educación nutricional mediante guía alimentaria y la implementación de una gigantografía con el fin de inculcar adecuados hábitos alimentarios mejorando el estilo de vida de las embarazadas con anemia ferropénica. La metodología que se utilizó es educativa, analítica y participativa de un universo de 100 embarazadas.

Como conclusión se comprobó que durante los seis meses mejoraron su calidad de alimentación y estilos de vida más saludables. Por esto el material publicitario educativo implementado en la institución ayudara al cumplimiento de los requerimientos que necesitan las mujeres embarazadas.

Logrando cumplir los objetivos deseados de nuestra propuesta

PALABRAS CLAVES: ESTADO NUTRICIONAL-MUJERES EMBARAZADAS-ANEMIA FERROPENICA.

SUMMARY

The anemia is a decrease of the hemoglobin, it substantiates it presents in the red globules of the blood which take charge of transporting the oxygen to all the fabrics of the body.

In this work he/she did think about as investigation problem the query How it affects the nutritional state to the pregnant women that suffer anemia ferropenica and that they go to the Maternity Andrés of Vera of the canton Portoviejo? Reason why we gather data in the period of October-March 2014 and he/she settled down as general objective to determine the nutritional state in pregnant women that suffer anemia ferropenica and that they go to the Maternity Andrés of Vera of the canton Portoviejo, October 2013 March 2014.

In this investigation it diagnoses propositiva, it was based on the nutritional education by means of alimentary guide and the implementation of a gigantografía with the purpose of inculcating appropriate alimentary habits improving the lifestyle of you embarrass them with anemia ferropenica. The methodology that you uses is educational, analytic and participative of a pregnant universe of 100.

As conclusion he/she was proven that during the six months they improved their feeding quality and healthier lifestyles. For this reason the educational advertising material implemented in the institution helped to the execution of the requirements that the pregnant women need.

Being able to complete the wanted objectives of our proposal

PASSWORDS: NUTRITIONAL-WOMEN PREGNANT-ANEMIA FERROPENICA.

INTRODUCCIÓN

La anemia ferropénica es uno de los problemas de salud pública en mujeres embarazadas más graves a nivel mundial, siendo la tasa de prevalencia en países desarrollados con un 23% y 52% en países en vías de desarrollo respectivamente, según la Organización Mundial de salud (OMS, 2012), y señalando que es una de las patologías más frecuentes que pueden presentarse con el embarazo o ser producida por éste, y producir complicaciones tanto para la madre como para su hijo con un aumento significativo de amenaza de aborto, infección de vías urinaria, parto y ruptura prematura de membranas, estados hipertensivos del embarazo, oligohidramnios, hemorragia obstétrica, infección de herida, recién nacidos de bajo peso, así como mayor número de ingresos a las unidades de cuidados intensivos e intermedios.

Según los reportes de (Benavides-Tame, 2011), sostiene que la anemia en el embarazo se presenta con una prevalencia del 40% al 70%, mundialmente e impacta a la mitad de las embarazadas, pero con diferencias según el nivel socioeconómico, el 52 % viven en países pobres mientras que esta cifra se reduce al 23% en los países desarrollados.

En el Ecuador, por reporte del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), aproximadamente un promedio 40% de mujeres embarazadas tiene anemia ferropénica, siendo el motivo de alta prevalencia de déficit de hierro y otros micronutrientes, que constituye un motivo de preocupación en las mujeres embarazadas, sobre todo teniendo en cuenta que aumenta de manera considerable la mortalidad y morbilidad perinatal.

Durante el embarazo, el organismo de la mujer demanda una mayor cantidad de nutrientes. El hierro es uno de esos elementos que necesita en mayores cantidades principalmente en el último trimestre de embarazo, período en

el que los requerimientos de este mineral aumentan hasta seis veces con respecto a los de la mujer no embarazada.

Los requerimientos de hierro para todo el embarazo se estiman en 1000 mg aproximadamente cantidad que aún en mujeres embarazadas bien nutridas, no pueden ser aportadas por la dieta. En esta situación las reservas de hierro en el organismo son importantes, por cuanto la mitad de los requerimientos de hierro se alcanzan con base en las reservas existentes de este elemento, durante el período de embarazo.

Razón por la cual la importancia de la presente investigación, que tiene como propósito determinar el estado nutricional en mujeres embarazadas que padecen de anemia ferropénica y que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo, octubre 2013 marzo 2014, e identificar sus características socioeconómicas, determinar si el consumo del suplemento de hierro mejora los niveles de hemoglobina en el embarazo, relacionándolo mediante datos de laboratorio de sus historias clínicas y estado nutricional, lo cual permitirá realizar una guía de alimentación para las gestantes.

JUSTIFICACIÓN

Las estadísticas sobre esta patología durante el embarazo en América Latina son poco fiables o inexistentes, así lo afirma (Narváez-Herrera-Orellana, 2012), manifestando que en Centro y Suramérica se registra los siguientes porcentajes de la prevalencia de anemia en embarazadas, con el mayor índice esta Colombia en un 45 %, seguido de Paraguay y Perú con el 44 %, Ecuador con el 40% al igual que El Salvador y Guatemala, con un mínimo en el porcentaje anterior esta Haití con el 39%, Chile el 20 % y finalmente Brasil presenta el mínimo porcentaje de 14% de la población embarazada.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), ha realizado estudio sobre estos temas y reporta que el 44% de la población embarazada registra anemia nutricional durante el primer y tercer trimestre gestacional. Evidenciando que durante el embarazo existe un alto requerimiento de hierro, lo que constituye un importante riesgo se desarrollar anemia ferropenica, ya que en esta circunstancia los requerimientos de este nutriente aumentan tres veces con la expansión de la masa de células rojas y por el crecimiento de la unidad feto-placentaria, así lo expresa (Vera-Gamboa, 2011), y considera que a nivel mundial el 15% de la población se considera afectada y alrededor del 47% de las mujeres no embarazadas y el 60% de las embarazadas tuvieron anemia.

Esta investigación se realizó porque en la parroquia Andrés de Vera se manifiesta la falta de conocimientos nutricionales en mujeres gestantes con anemia ferropenia, por lo cual se escogió este grupo que se beneficiaran con la educación nutricional impartidas en charlas educativas ya que ellas no cuentan con conocimientos nutricionales adecuados para llevar a cabo un embarazo saludable, y no saben la combinación de los alimentos que se absorben con el hierro y cuáles son sus antagónicos.

Se la considera importante, ya que se podrá establecer las necesidades nutricionales en la gestación, la cual impone exigencias metabólicas a la madre, concurrentes que compiten, como es el analfabetismo, el bajo nivel social y económico, la violencia intrafamiliar, a falta de garantías para ejercer su pleno derecho a la libre elección sexual y reproductiva, el acceso limitado a programas de información, educación y comunicación entre otros son factores que contribuyen a mantener los altos niveles de su estado nutricional, lo cual da relevancia e importancia al presente proyecto de investigación como aporte a las entidades de salud del medio.

Esta investigación fue factible ya que los profesionales de la salud de la maternidad nos brindaron todo el apoyo necesario para realizar nuestro trabajo y a las embarazadas que acogieron los temas tratados de manera positiva porque a través de ellos pudieron mejorar su calidad de alimentación y detención oportuna de la anemia ferropenia.

Por lo que en vista de la alta prevalencia de esta patología en pacientes gestantes, en el medio, que acuden a consulta externa en la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo, se ha considerado importante el estudio debido a la problemática de los factores de riesgo que ha predispuesto a estas pacientes, la misma que conlleva a un sin número de complicaciones maternas y neonatales y así ejecutar programas de prevención, promoción y captación oportuna desde el primer nivel de atención que ayuden a mejorar el estado nutricional y disminución de las complicaciones obstetricias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), se determinó que la prevalencia de desnutrición en mujeres gestantes que padecen anemia ferropénica en diferentes regiones del mundo, se verificaron considerables variaciones de un lugar a otro, es así que la mayor prevalencia con el 75,00% en la India; 39,20% en Egipto; 25,00% en Austria y 12,3% en Australia.

En Hispanoamérica según la Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO, 2013), las cifras de prevalencia de anemia ferropénica por efecto de esta deficiencia nutricional son también variables, con reportes del 20,00 % al inicio del embarazo en Chile y 39,10% en República Dominicana. Mientras que en Venezuela, algunos estudios han señalado que la prevalencia de desnutrición en gestantes varía de 15,20% a 16,90%.

Por otra parte en Ecuador las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013), los trastornos relacionados con duración corta de gestación y bajo peso al nacer son la segunda causa de mortalidad en un 17,4%, considerando que son complicaciones producidas por esta patología, como la gestación, la baja biodisponibilidad de hierro dietético, los nutrientes que interfieren en la dieta común, un inadecuado control prenatal, la poca tolerancia de la madre a los suplementos de hierro, son varios de los factores que se combinan para que las mujeres lleguen al parto con diferentes grados de anemia así como distintas reservas de hierro, las cuales ocasionarán hipoxia provocando una disminución en la duplicación celular afectando así el crecimiento intrauterino. Por lo tanto el estado nutricional materno influye en la antropometría del recién nacido.

Por lo que la Fundación Ecuatoriana Contra la Anemia (FECA, 2013), señala que no existen estudios puntuales en el país, pero en un monitoreo encontró que de 1.183 mujeres estudiadas entre los 15 y 49 años el 30,7% padecía

anemia, y que de ellas tan sólo 13% habían recibido tratamiento para esta patología. Otro importante hallazgo del estudio refirió que 36,8% de 280 mujeres embarazadas sufría de anemia y de ellas tan sólo 15,4% había recibido tratamiento.

Mientras que en un estudio posterior realizado por (Neira, 2011), encontró que de 194 mujeres estudiadas el 33% presentaron anemia durante su embarazo y se demostró que a medida que transcurre el tiempo de embarazo aumenta la incidencia de anemia. Así, mientras en el primer trimestre de embarazo se encontró una prevalencia de 16,6%, para el tercer trimestre la prevalencia se incrementó a 43,3%. Un hallazgo final señala que 60% de las mujeres atendidas no consumen hierro ni ningún tratamiento para anemia, lo cual incide en su estado nutricional.

En base a lo planteado se establece la siguiente interrogante:

¿Cómo afecta el estado nutricional a las mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo, octubre 2013 marzo 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional en mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo, octubre 2013 marzo 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características socio económicas de la población en estudio.

Evaluar si el consumo de hierro mejora el nivel de hemoglobina en el embarazo.

Asociar los datos de laboratorio de las historias clínicas con el estado nutricional de las mujeres embarazadas.

Elaborar material publicitario educativo sobre la alimentación adecuada de las mujeres embarazadas que se situará en las instalaciones de la institución.

MARCO TEÓRICO

La anemia es una alteración de los valores de los glóbulos rojos, ya sea porque el número de estos o la cantidad de hemoglobina que contienen son menores que los valores normales. Durante el embarazo, según (Bolzan-Guimary, 2012), manifiesta que la madre debe producir sangre para ella y para el feto, y entonces requiere una mayor cantidad de hierro para la producción de glóbulos rojos, siendo su deficiencia más frecuente en una mujer embarazada, que afecta en el mundo a 1620 millones de personas.

Pero los reportes de la (OMS, 2012), establecen que existen 56,4 millones de embarazadas anémicas (prevalencia mundial del 41,8%). En muchos países latinoamericanos es la complicación más frecuente del embarazo y está asociada con partos pretérmino, bajo peso al nacer y morbimortalidad perinatal. Se ha reportado que si la hemoglobina es menor a 11 g/dl, ocurren 19,7 muertes maternas por cada 10,000 partos, pero si la hemoglobina es menor de 10 g/dl, ocurren 70 muertes por cada 10 000 partos.

Lo cual evidencia, la falta de cultura preventiva en el cuidado de la salud ha sido una debilidad marcada en la población.

También en un estudio realizado en Chile por (Arteaga-Velasco, 2011), comparando la prevalencia de anemia, de acuerdo a la procedencia de las mujeres embarazadas el promedio de anemia total fue de 9,34%; rurales 6,07% vs. Urbanas 3,27% lo cual demostró asociación estadísticamente significativa, en la variable zona geográfica de residencia.

Por lo tanto establece que son diversos los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de anemia en gestantes, así opina (Arteaga-Velasco, 2011), en su manual de nutrición de las embarazadas y entre ellos ubican el bajo

nivel educativo, multiparidad y bajos ingresos económicos como lo demuestran el estudio de casos y controles realizado en Nigeria, por la (FAO, 2013), donde la gran multiparidad se asoció con un riesgo mayor de anemia prenatal de la anemia ($P < 0,05$), embarazo múltiple ($P < 0,01$), macrosomía fetal ($P < 0,01$), la mortalidad perinatal ($P < 0,01$), y la hemorragia postparto primaria ($P < 0,05$), demostrando que existe un mayor riesgo de anemia prenatal, embarazo múltiple, hemorragia postparto primaria, y en las mujeres grandes multíparas independientes de la edad materna.

Es por esto, que por diferentes motivos durante muchos años algunas primigestas han acudido en busca de atención médica poco tiempo antes del alumbramiento, sin haber mantenido un control prenatal periódico, actualmente las masivas campañas gubernamentales informativas en el ámbito de la salud buscan transformar esta realidad, sin embargo aún prevalece una actitud indiferente de las personas hacia la prevención futuras enfermedades.

Por lo que mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas, según la Fundación Ecuatoriana Contra la Anemia (FECA, 2013), no se reduce a corregir sus pautas alimentarias, ya que el desarrollo fetal óptimo exige de conocimientos y capacitación antes del embarazo y durante él.

Para que pueda sustentar satisfactoriamente el desarrollo del feto, debe ser capaz de aportarle nutrientes suficientes y una combinación adecuada de ellos. Sin embargo en una publicación de Cambridge University Press (Althabe-Ibisky, 2010), se establece que existen una asociación de múltiples factores y anemia en gestantes, las mujeres con embarazos de alta paridad presentaron un mayor riesgo de anemia en comparación con los que habían tenido menos embarazos.

A manera de ejemplo, en México el 18,2% de madres gestantes presentaron anemia en comparación con las mujeres no gestantes (15,4%) según

la Encuesta Nacional de Nutrición, realizada por (Peter-Chedraui, 2011). Pero (Bristrian-Vitale, 2011), realizaron un estudio en el que se demostró que las mujeres con diagnóstico de anemia durante su embarazo presentaron 29,2% más frecuentemente partos prematuros, en comparación a tan solo 9,2% de las mujeres estudiadas sin diagnóstico de anemia y esta relación se mantuvo en lo que se refiere a bajo peso al nacer con una media de 2.933 g en los productos de madres anémicas vs 3.159 g en los productos de madres no anémicas.

En un estudio en Estados Unidos realizado por (Freire-W., 2010), se comparó el riesgo de resultados adversos en el embarazo en dos grupos; mujeres con anemia ferropénica y mujeres con anemia causada por otras patologías, encontrando que sólo las mujeres que tenían deficiencia de hierro durante el primer o segundo trimestre el riesgo de parto pre término y recién nacidos de bajo peso aumentaba.

Por otro lado (Iglesias-Tames-Reyes, 2010), no encontró evidencia de que la falta de hierro o folato esté relacionado con parto pre-término, así lo demostró el 87,65% de la población en edad maternal.

Por lo cual la anemia ferropénica según (Quinteros, 2010), se ubica a esta patología como la baja proporción del hierro en el organismo, para el eritroblastosis es insuficiente para la síntesis normal de hemoglobina y en casos de carencia severa, se pueden comprometer leucocitos, plaquetas y demás órganos de vitalidad.

También considera que la anemia ferropénica es el déficit de hierro, el cual es frecuente en gestantes, adolescentes, lactantes, por este motivo, es la de mayor prevalencia en el mundo, con mayor incidencia en las mujeres gestantes (9% a 16%).

Mientras que (Díaz-de-Santos, 2010), en investigaciones realizadas en Perú indican el riesgo de presentar anemia en relación al estado civil, las madres solteras registran índices más altos de malnutrición, sin el acompañamiento del padre, tienen menor nivel educativo y sus condiciones prenatales son tardíos, lo que lo coloca en una situación desventajosa, influyendo negativamente en el resultado de las gestación, así lo determinó el 71.23% de las mujeres sujetas a esta investigación.

Por lo que a nivel mundial se han desarrollado estrategias que permitan atacar eficientemente el problema de anemia ferropénica, dice (FAO, 2013), donde la mayoría de estrategias incluyen campañas de suplementación y mejoramiento de la dieta, estas acciones fueron definidas en la Conferencia Internacional de Nutrición y reafirmadas en años posteriores, ya que se pudo determinar que el 67,37% de la mujeres embarazadas no tienen el conocimiento real de lo perjudicial que es padecer de anemia ferropénica, también lo señala (Peter-Chedraui, 2011).

Lo cual pone en manifiesto que las principales causas de anemia incluyen la malnutrición crónica, déficit de hierro, ácido fólico y otros micronutrientes, además están la malaria y otras patologías que suelen asociarse como la infección por VIH, hemoglobinopatías, así lo formula (FAO, 2013).

Así mismo la (OMS, 2012), propone mejorar la educación de la madre, lo que permite dar una mejor situación económica. Así lo establecen los estudios efectuados por esta entidad, logrando el 83,42% de efectividad con respecto a esta patología.

Entre tanto el Gobierno Ecuatoriano, conocedor de los terribles impactos que tiene la anemia ferropénica sobre el producto de una madre que sufre esta patología, ha venido trabajando con la meta de eliminar o al menos disminuir la anemia ferropénica, en las mujeres ecuatorianas gestantes. Con este objetivo, en

agosto del 2008, se publicó la Norma y Protocolo de manejo y tratamiento Materno, en donde se dedica un capítulo completo al tratamiento de las gestantes anémicas. (MSP, 2013).

También (FAO, 2013), en su afán de disminuir los índices de presencia de esta patología, se encuentra capacitando a las mujeres embarazadas, con vitaminas, minerales teniendo como componente básico el hierro, para asegurar un adecuado desarrollo del proceso de embarazo hasta la parte final, que es el parto.

Sin embargo la (OMS, 2012), declara que se puede determinar que el 56% de las mujeres anémicas embarazadas se las ubica en países en vías de desarrollo, las cuales padecen de carencias nutricionales, tal es el caso de los países de la comunidad andina donde se dan estos casos con mayor prevalencia, en la cual influye el nivel socio económico, que por general es bajo y el desconocimiento, seguido por la no asistencia de los programas de salud.

Mientras que (López, 2010), ubica a la anemia ferropénica, como la ingesta inadecuada de hierro, que son requeridas durante el proceso de embarazo, donde la ingestión diaria debe superar un miligramo de este nutriente, el mismo que permite suplir las demandas del organismo humano, donde en el 90% son hipofolatémicas en un 6% y el 4% restante en casos más severos de esta deficiencia nutricional.

Aunque (Agudelo-Cardona, 2010), señala que el respectivo diagnóstico permite suplir esta deficiencia y mejorar el estado de salud de la madre y el feto.

Entre tanto (Luke, 2011), sostiene que se deben dar capacitaciones a las mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricionales, ubicando al hierro como el principal componente, el mismo que se encarga de promover en cierta forma el

crecimiento intrauterino, logrando reducir los riesgos de bajo peso en los recién nacidos. En tanto que su carencia ocasiona alteraciones, que van desde partos prematuros, malformaciones, bajo peso y abortos.

Razón por la cual la importancia de realizarse los análisis químicos de laboratorio, para conocer sus valores hemáticos, evitar la carencia de hierro que conlleva a la anemia ferropénica, así lo señala (Gybney, 2010), donde entre los síntomas se evidencia el cansancio, piel pálida y alteraciones nerviosas.

En tanto (Pérez-E., 2010), establece que la alimentación de la madre, debe estar compuesta por proteínas, carbohidratos y vitaminas, los cuales son factores importantes para poder suplir las necesidades del organismo, que demanda la mujer embarazada, permitiendo incrementar los niveles de hemoglobina.

Pero (Reboso., 2011), indica que para el tratamiento de la anemia ferropénica se lo efectúa por vía oral, mediante la ingestión de vitaminas con alto contenido de hierro, aunque existen contradicciones por los efectos, que se manifiesta en trastornos intestinales, gastritis, estreñimiento, diarrea y náuseas, lo cual hace que muchas mujeres en este estado dejen de ingerir este nutriente poniendo en riesgo a la salud de ellos y el feto.

Por ello (López, 2010), señala que en ocasiones la anemia ferropénica se pone en manifiesto midiendo el hierro plasmático en mujeres embarazadas, la misma que se presenta en el tercer mes, por la falta evidente de nutrientes, el cual debe ser compensado con la ingestión de hierro en sus diferentes presentaciones, con la finalidad de incrementar la presencia de la hemoglobinas y ferritina sérica, importante en la salud humana de las mujeres embarazadas.

(Bristrian-Vitale, 2011), por su parte establece que en las mujeres embarazadas es común observar la disminución de hemoglobina y eritrocitos, más

que todo en el tercer mes de gestación, llegando a establecer casos entre el 20 a 25% de presencia de anemia en el 79% de casos registrados.

No obstante (Gabriel-C., 2012), lo cual pone en manifiesto que la necesidad de hierro se distribuye desigualmente durante la época del embarazo, elevándose mientras éste progresa.

Por su parte (Pérez-E., 2010), promulga que en el feto las alteraciones nutricionales durante la vida intrauterina pueden desencadenar adaptaciones en el desarrollo que cambian la estructura, fisiología y el metabolismo de forma permanente, favorece la supervivencia fetal pero con consecuencias metabólicas y cardiovasculares en la etapa adulta, el mismo que fue relacionado en estudios realizados a niños nacidos resultantes de madres que padecieron anemia ferropénica, donde el 37,89% padecieron de patologías que se relacionan con el estado nutricional del embarazo de la madre.

Aunque (Benavides-Tame, 2011), manifiesta que todos por hemodilución, ya que la concentración sérica de hierro.

De tal manera, que el requerimiento en el primer trimestre es de unos 0.6 mg por día, requerimiento que es inferior aún al de una mujer no embarazada, así lo manifiesta (Quinteros, 2010), e indica que se eleva alrededor de 6- 8 mg diarios durante el tercer trimestre.

Por ello una medida recomendada durante el embarazo es la suplementación con hierro, la misma que ha sido adoptada por políticas de salud pública de varios países para prevenir el déficit de este micronutriente y con una dieta adecuada se puede prevenir de alguna manera, con la fortificación de los alimentos.

También la suplementación profiláctica con hierro medicinal, el saneamiento ambiental con el fin de controlar los enteros parásitos hematófagos y las diarreas.

(Krasovec-Andersson, 2010), donde en sus investigaciones ubican a la edad, situación económica de privación, seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo, malos hábitos alimenticios, de mujeres presentan pesos adecuados, el 24.11%, así lo determinó la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2013), en su estudio donde de 100 mujeres analizadas, éstas tenían anemia, esto indica que hay presencia de gestantes con malnutrición y deficiencia de hierro.

Conforme a (Agudelo-Cardona, 2010), en la mujer gestante el requerimiento es mayor, ya que se agrega el crecimiento de los tejidos fetales. Ante esta situación, las fuentes alimentarias no alcanzan a cubrir los requerimientos diarios de hierro, donde el riesgo de desarrollar anemia se incrementa.

Además que la anemia ferropénica se presenta cuando no se controla el estado nutricional de hierro de una persona, el mismo que depende del balance determinado de la dieta, pérdidas y requerimientos propios del estado de gestación de la embarazada

Aunque (Belizan-Villar, 2010), indica que es importante y necesario hacer estudios para monitorear el estado de nutrición de la madre durante el embarazo y evitar complicaciones durante el parto y además poder tener un recién nacido con un excelente estado nutricional basado en su longitud y peso al nacer.

Incluso (Farnot, Anemia Embarazo., 2010), explica que es importante la consulta prenatal, para una evaluación apropiada de la gestación mediante el registro de la historia clínica, examen físico, exámenes de laboratorio complementarios, de esta manera se realiza la detección oportuna de anemia que

podieran presentarse al inicio o en el trayecto del embarazo, logrando controlar alguna complicación que perjudique a la madre y al feto. Por lo cual los chequeos deben de ser periódicos y el control alimenticio en todo momento en las adolescentes embarazadas.

En el embarazo, señala (Sánchez-Salazar, 2012), afirma que se presentan dos situaciones de riesgo nutricional, pues no solo es necesario asegurar los nutrientes indispensables para un adecuado crecimiento fetal, sino que es primordial asegurar la nutrición para completar el crecimiento y desarrollo en el que se encuentra la madre en esta edad.

Por lo que (Farnot, Anemia Embarazo., 2010), ubica a los riesgos nutricionales, entre ellos la anemia ferropénica como causantes directos de patología que se presentan en mujeres embarazadas, como la hipertensión arterial, anemia, abortos, parto prematuro o desproporción céfalo pélvica, infección de vías urinarias, infecciones puerperales y deficiencias nutricionales.

También se evidencia que la desnutrición en el período periconcepcional podría ser un determinante destacado de la duración de la gestación. Hasta la fecha, en la mayoría de los ensayos, realizados por (Benavides-Tame, 2011), que han investigado intervenciones posconcepcionales en las que sólo se aportaba un micronutriente, cuando en realidad micronutrientes entre ellos el hierro, así lo determinó en una investigación realizada a 100 mujeres de las cuales el 48.76% presentó esta condición.

Evidenciando que es importante cubrir las necesidades nutricionales de la gestación impone unas exigencias metabólicas y nutricionales de la gestante y la capacidad de ésta para satisfacerlas depende, en parte, de en qué medida otras exigencias concurrentes compitan por los mismos recursos, así lo determina (Díaz-de-Santos, 2010).

Bajo este contexto, dice (Luke, 2011), que muchas mujeres llegan al embarazo con una ingesta insuficiente de hierro, calcio y ácido Fólico, (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación.

Para lo cual importante la administración de alimentos y tratamientos a base de hierro para controlar los estados de anemia, también lo señala (Althabe-Ibisky, 2010). Pero (Huertas-E., 2011), que la nutrición de la población femenina en estado de gestación debe ser superior a la de una mujer que no se encuentra embarazada, debido a que ella lleva en el vientre a otro ser que también necesita alimentarse, por ello se recomienda una mayor cantidad de nutrientes para las mujeres embarazadas, además del ácido fólico y el hierro que favorecen la producción de glóbulos rojos y hemoglobina.

Por ello, el ácido fólico se encuentra en los vegetales verdes como el brócoli, la acelga, la alfalfa, y el hierro en las carnes rojas, algunos cereales enriquecidos y en la espinaca, además el Estado proporciona suplementos de hierro en tabletas y en otros compuestos, para beneficio de las mujeres embarazadas. Es decir, según (Gay-J., 2011), que el consumo de hierro en la dieta durante el embarazo es muy importante y debe tener un alto contenido de carnes rojas, pescado y aves, panes y cereales enriquecidos, vegetales de hoja verde, y se debe evitar los alimentos que disminuyen la absorción de este elemento.

Pese a una dieta rica en hierro el consumo escasamente llega a los requerimientos diarios por eso es necesario mantener un control constante del valor de hemoglobina circulante.

Pero el nivel bajo de hemoglobina, según (Pina-F., 2011), no es compensado oportunamente pueden juntos a conllevar a riesgos en el resultado

obstétrico y perinatal. Como lo demuestra Estévez (2009), su tratamiento durante el embarazo. Mientras que en un estudio realizado en Cuba por Rebozo (2011), al estudiar la ingesta dietética en las embarazadas, se concluye que una mala ingesta, partos prematuros y bajo peso del recién nacido, así lo determinó el 65.42% de 1000 mujeres tratadas en las diferentes entidades de salud cubanas.

Para lograr un mejor resultado en cuanto al tratamiento de la anemia ferropénica en la población general, Pina (2011), indica que se han implementado campañas con tratamientos alternativos; como el uso de ácido ascórbico adicionado a alimentos, o bien dietas enriquecidas en este nutriente para incrementar los porcentajes de absorción y se han obtenido buenos resultados y otra alternativa es la elaboración de alimentos, a partir de hierro hémico, el cual se distribuye a las mujeres embarazadas.

Los productos para la suplementación a las embarazadas son tabletas de hierro (Hierro polimaltosado) más ácido fólico en una sola presentación; cada comprimido contienen: complejo de hidróxido de hierro (polimaltosado equivalente a 60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico) la norma establecida para la suplementación a embarazadas, indica que desde la primera consulta de la gestante a la unidad de salud, se le proporciona mensualmente, una caja que contienen 30 tabletas su dosis a ingerir será de una tableta diaria

No obstante, señala (Gay-J., 2011), que estas alternativas conllevan dificultades propias de la realización, por este motivo en la actualidad los tratamientos más utilizados siguen siendo las sales ferrosas (sulfato ferroso, gluconato ferroso o fumarato ferroso), y en ocasiones, cuando la anemia es muy severa, el hierro intravenoso y se considera que uno de los puntos más importantes para obtener un resultado favorable es involucrar a la población en las estrategias de suplementación y fortificación y la educación en higiene y nutrición de las personas.

VARIABLES

INDEPENDIENTE

Estado Nutricional.

DEPENDIENTE

Anemia ferropenica

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Reboso (2011)	Condiciones socio culturales	Edad	<14 15-20 21-30 31-40 >41
		Procedencia	Urbano Marginal Urbano marginal
		Ingresos económicos	Canasta familiar vital Canasta familiar básica
		Lugar de la ingesta	Casa Restaurante Local de comidas rápidas
	Control del embarazo	Frecuencia de control	Cada mes Cada dos meses Cada tres meses
		Números de partos	Primer parto segundo parto partos múltiples
		Cantidad diaria de consumo de carnes	Carnes rojas Carnes blancas Vísceras 1 vez al día 2 veces al día

	Hábitos alimentarios	Consumo de lácteos diarios	3 veces al día No consumo
		Consumo de frutas y verduras ricas en vitamina C	Si No 1 ves al día 2 veces al día 3 veces al día Mas
		Consumo de carbohidratos	
	Consumo de suplementos de hierro	Origen	MSP Otros
		Consumo diario	Si No

VARIABLE DEPENDIENTE: ANEMIA FERROPENICA

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p>La anemia es una alteración de los valores de los glóbulos rojos, ya sea porque el número de estos o la cantidad de hemoglobina que contienen son menores la madre debe producir sangre para ella y para el feto, y entonces requiere una mayor cantidad de hierro para la producción de glóbulos rojos.</p> <p>(Bolzan-Guimary, 2012)</p>	<p>Evaluación antropométrica</p>	<p>Talla</p>	<p>>140-150 cm 151-160 cm 161-170 cm < 171 cm</p>
		<p>Peso</p>	<p>40-50 kg 51-60 kg 61-70 kg 71-80 kg >80 kg</p>
		<p>Estado nutricional al comienzo del embarazo</p>	<p>Bajo peso Normo peso Sobre peso Obesidad</p>
		<p>Diagnostico nutricional</p>	<p>Anemia leve Anemia moderada Anemia grave</p>

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE DISEÑO

Este tipo de diseño es diagnóstica-propositiva.

Diagnóstica: porque por medio de técnicas nutricionales se diagnosticó el estado nutricional de las embarazadas con anemia ferropénica.

Propositiva: porque una vez culminada la investigación se entrega una propuesta que ayuda a la problemática en estudio.

POBLACIÓN Y UNIVERSO

Participan todas las mujeres embarazadas que presentan anemia atendidas en la maternidad Andrés de Vera que llevan sus controles gestacionales.

MUESTRA Y TIPO

Para llevar a cabo esta investigación se tomó una muestra de 100 embarazadas que se escogieron según el diagnóstico nutricional encontrados en las historias clínicas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideró dentro de este estudio a las embarazadas desde de los 12 años hasta los 40 años que asisten a la maternidad Andrés de Vera que forman parte de la investigación por medio de autorización por parte los profesionales de la salud.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a las embarazadas que no tenían anemia ferropénica y que estaban diagnosticadas y certificadas por el profesional de salud.

MÉTODOS

El método utilizado es deductivo, analítico y participativo.

TÉCNICAS

Medidas antropométricas porque se conoció a través del peso y la talla el índice de masa corporal determinando su estado nutricional.

Encuestas y entrevistas porque mediante estas se determinó el estado nutricional y su relación con la anemia ferropénica la misma que se les realizó a las embarazadas.

Recolección y análisis de los resultados de laboratorio, ya que se obtuvo la información adecuada mediante las historias clínicas.

INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener la información se utilizaron los siguientes instrumentos:

Carnet de embarazo

Balanza,

Tallímetro

Encuestas

Tabla recolección de datos y resultados.

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación,

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECURSOS HUMANOS

Egresadas de la carrera de nutrición y dietética

Embarazadas que asisten a la maternidad Andrés de Vera.

Profesionales de la salud.

Miembros del tribunal.

RECURSOS MATERIALES

Accesibilidad a las historias clínicas de las embarazadas

Materiales de oficina

Textos

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Computadoras

Impresoras

Cámara fotográfica

Celulares

Pendrive

Internet

RECURSOS ECONÓMICOS

Para la ejecución de la investigación se contaron con todos los recursos, necesarios los cuales fueron pagados por las investigadoras.

RECURSOS TÉCNICOS

Las técnicas a desarrollarse son:

Encuestas para la recolección de información

Estadísticas para analizar y tabular los datos.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Entre los recursos institucionales tenemos:

Universidad Técnica de Manabí

Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

PLAN DE TABULACIÓN

Para el desarrollo del plan de tabulación y análisis de los resultados se procedió a realizar de forma manual, para posteriormente realizarlos en Microsoft office Excel 2010.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante la elaboración del trabajo de investigación se procedieron a elaborar de manera detallada las tablas y gráficos que demuestren los resultados obtenidos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ENCUESTA SOCIO CULTURAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN DE ANEMIA FERROPENICA.

Tabla 1.

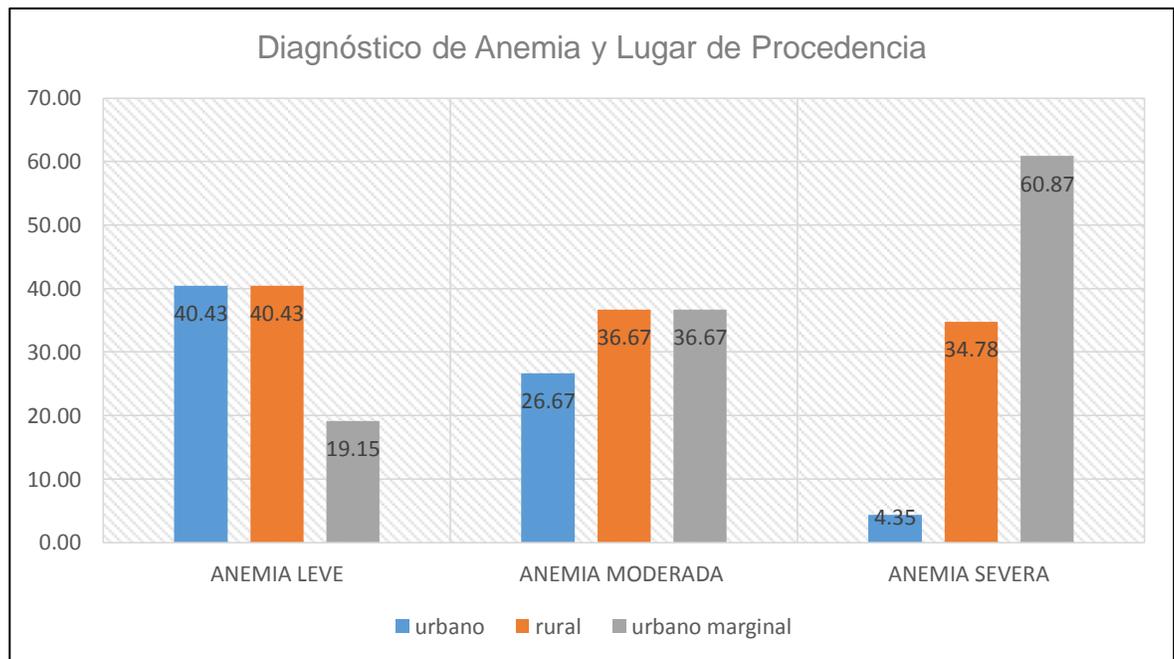
Diagnóstico de anemia y lugar de procedencia

Diagnóstico de anemia / Procedencia	Anemia Leve		Anemia Moderada		Anemia Severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Urbano	19	40,43	8	26,67	1	4,35	28
Rural	19	40,43	11	36,67	8	34,78	38
Urbano marginal	9	19,15	11	36,67	14	60,87	34
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 1.



Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados obtenidos de las encuestas revelan que la anemia leve tiene similar porcentaje de un 40,43% y 40,43% respectivamente en embarazadas que provienen de la zona urbana y rural; mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada ocupan un 36,67 % y 36,67% respectivamente en la zona de procedencia rural y urbana marginal; mientras que en embarazadas con diagnóstico de anemia severa tienen un porcentaje elevado de un 60,87%. Según estudios realizados en (VENEZUELA 2009) de embarazadas provenientes, de zonas urbanas y rurales; las embarazadas provenientes de zonas rurales mostraron las más altas prevalencias de anemia con 66,67% mientras que las embarazadas provenientes de zonas urbanas, que mostraron un 34,33%, esto se asocia a la baja disponibilidad de alimentos ricos en hierro, y también a la alta demanda de hierro que ocasiona el rápido crecimiento del niño y baja ingesta de micronutrientes.

Esto permite concluir que el estudio hecho en Venezuela en embarazadas está relacionada con otros estudios; porque demuestra que las embarazadas que provienen de zonas urbanas tienen menor riesgo de padecer anemia leve porque hay mayor acceso a la variedad y disponibilidad de alimentos, mientras que las que provienen de zona rural y urbana marginal tienen mayor predisposición a padecer anemia moderada y severa esto se debe a la baja ingesta de micronutrientes y la disponibilidad de alimentos.

Tabla 2.

Diagnóstico de Anemia e Ingresos económicos

Diagnóstico de anemia / Ingresos Económicos	Anemia Leve		Anemia Moderada		Anemia Severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Canasta Vital	35	74,47	18	60,00	18	78,26	71
Canasta Básica	12	25,53	12	40,00	5	21,74	29
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

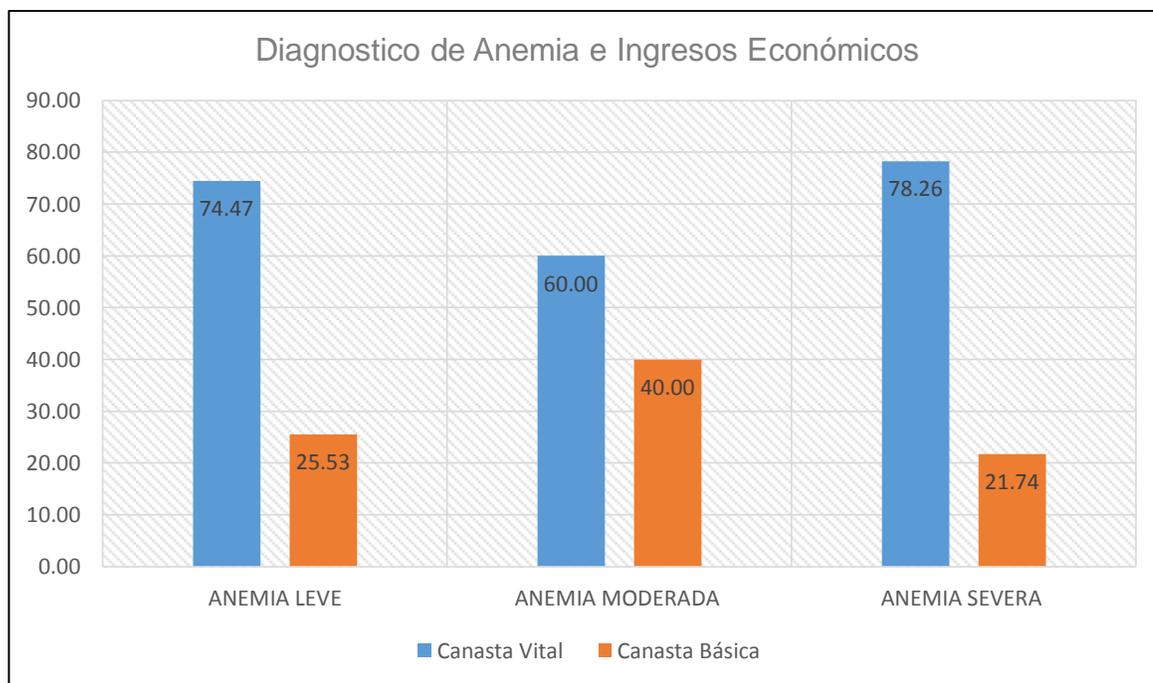
Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguin Moreira

* Canasta vital (\$400) comprende 73 productos alimenticios

* Canasta básica (\$600) comprende 75 productos alimenticios

Gráfico 2.



Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados obtenidos muestran similitud en las embarazadas con diagnóstico de anemia leve, moderada y severa en las que pueden acceder a la canasta vital con el 74,77%, 60% y 78,26% respectivamente, mientras las que acceden a la canasta básica tienen similares resultados, mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve y severa tienen un 25,53% y 21,74%; mientras que hay un cierto aumento en las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada de 40%, resultado concordante estudios realizados en (ARGENTINA 2009) en mujeres embarazadas que acceden a la canasta básica alimentaria indican que existe un alto porcentaje de 68,12% de anemia y que las embarazadas que acceden a la canasta básica vital tienen un porcentaje de 32,88% debido a que el nivel de ingresos económicos bajos está asociado, con la disponibilidad y con la accesibilidad de los alimentos lo cual es un condicionante para padecer anemia.

Esto permite concluir que la anemia en el embarazo está relacionada con los ingresos económicos existentes en la población mientras mayor ingreso económico mayor es la accesibilidad de alimentos de mayor calidad, mientras que a menor ingreso económico existe menos accesibilidad de los alimentos y predisposición a padecer de anemia ferropénica.

Tabla 3.

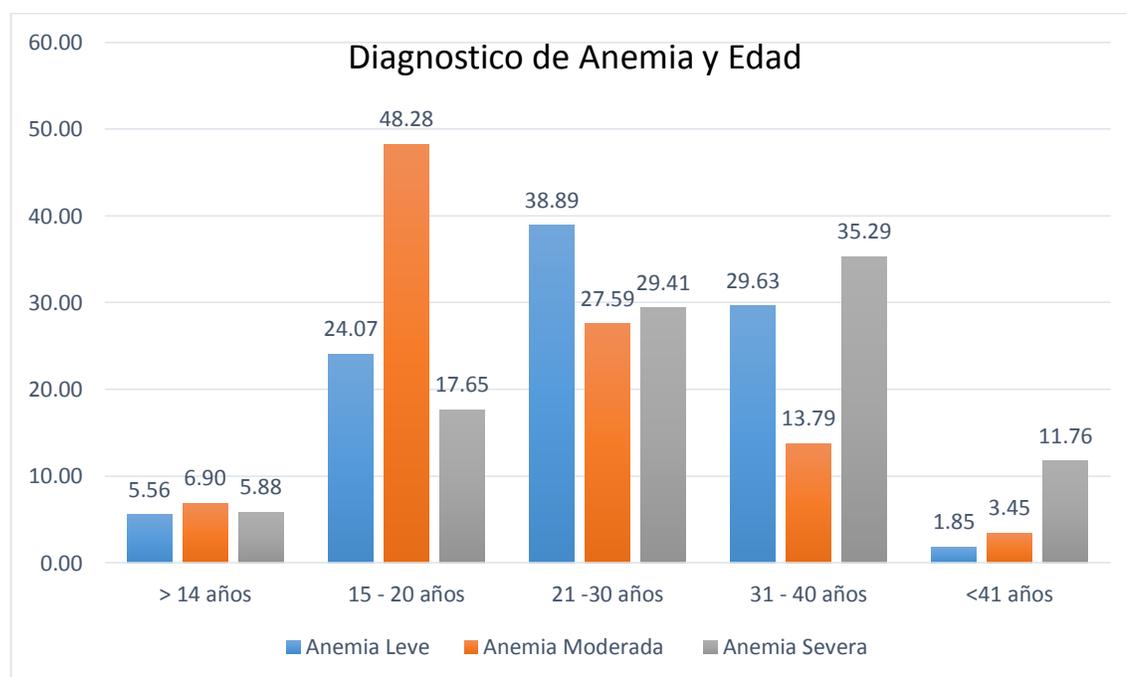
Diagnóstico de anemia y edad.

Diagnóstico de anemia	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
> 14 años	3	5,56	2	6,90	1	5,88	6
15 - 20 años	13	24,07	14	48,28	3	17,65	30
21 -30 años	21	38,89	8	27,59	5	29,41	34
31 - 40 años	16	29,63	4	13,79	6	35,29	26
<41 años	1	1,85	1	3,45	2	11,76	4
TOTAL	54	100,00	29	100,00	17	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Grafico 3.



Análisis e interpretación de los resultados

Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve se presentan un 38,89% en edades de 21 a 30 años; las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada mostro un 48,28% en embarazadas de 15 a 20 años, mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia severa presentaron un 35,29% en edades de 31 a 40 años de edad. En un estudio en México 2009 La anemia en mujeres en edad reproductiva, y particularmente en las embarazadas, aún constituye un problema de salud pública, Si bien es cierto que la prevalencia de anemia ha disminuido a partir de la segunda mitad del siglo pasado, todavía afecta al 25% de las embarazadas.

Lo que permite concluir que la anemia presenta mayor prevalencia en mujeres en edad reproductiva de 15 a 40 años de edad puede ser por la inadecuada información nutricional y/o educativa. Es necesario evaluar las estrategias de intervención y hacer estudios consistentes que permitan tomar las medidas adecuadas para controlarla.

Tabla 4.

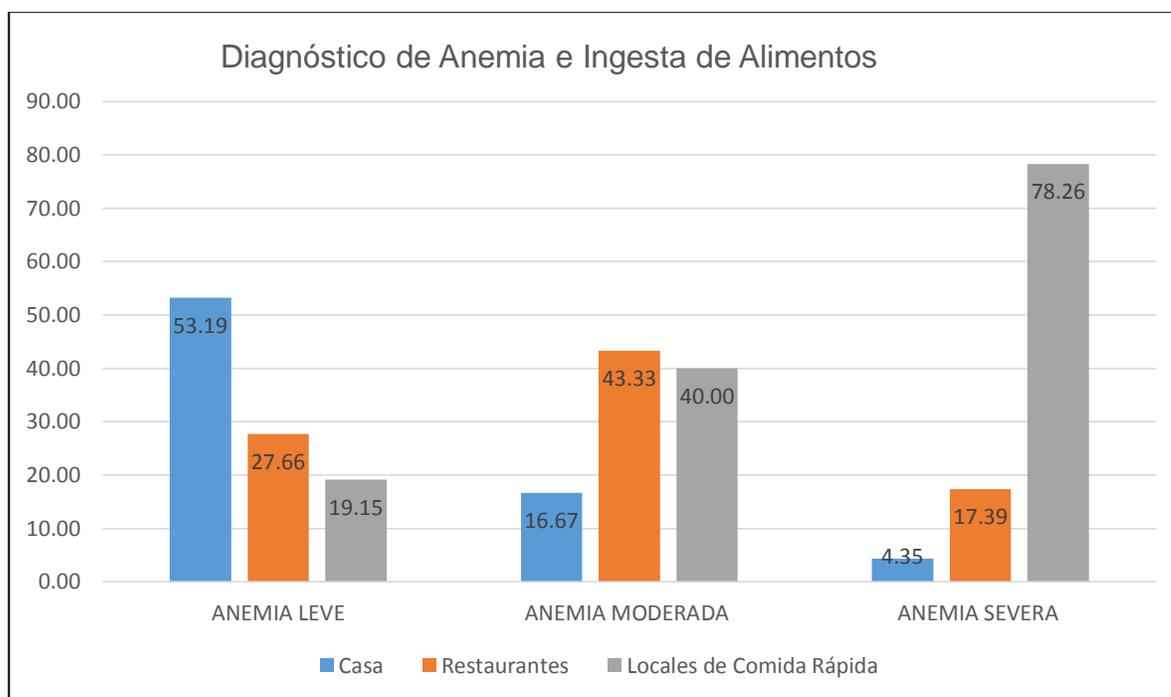
Diagnóstico de Anemia e Ingesta de Alimentos

Diagnóstico de anemia Ingesta de Alimentos	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Casa	25	53,19	5	16,67	1	4,35	31
Restaurantes	13	27,66	13	43,33	4	17,39	30
Locales de Comida Rápida	9	19,15	12	40,00	18	78,26	39
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 4.



Análisis e interpretación de resultados.

De las encuestas aplicadas se muestra que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve y que realizan sus comidas diarias en casa es de un 53,19%; las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada que consumen sus comidas diarias en restaurantes y locales de comidas rápidas tienen similares resultados en un 43,33% y 40,00% respectivamente, mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia severa muestran un elevado resultado de un 78,26% de las mujeres que realizan sus comidas en locales de comidas rápidas. Según estudios realizados en (PERÚ 2009) muestran que las embarazadas que consumen las comidas diarias en casa muestran una prevalencia de anemia de un 40% en relación con mujeres que realizan sus comidas diarias en locales de comidas muestran una elevada prevalencia de un 60%, esto está estrechamente relacionado por que los locales de comidas imponen un modelo de dieta consumistas sometidos a procesos de transformación altos en sal, azúcares y grasa saturadas, mientras que las embarazadas que realizan el consumo de alimentos en las casas aportan mayor beneficios ya que estos alimentos contienen hidratos de carbono complejos, proteínas y vegetales lo que aporta en ellas más hierro al consumirlos en su dieta

Esto permite concluir que las embarazadas que consume sus alimentos en casa tienen menor predisposición de padecer anemia moderada y grave por lo que su dieta está aportando mayor cantidad en hierro, mientras las embarazadas que realizan su dieta en locales de comida rápida van a tener menor cantidad de hierro lo que les predispone a padecer de anemias a las embarazadas que realizan su ingesta alimentaria en locales puede ser porque estas suelen más económicas y de rápido alcance.

Tabla 5.

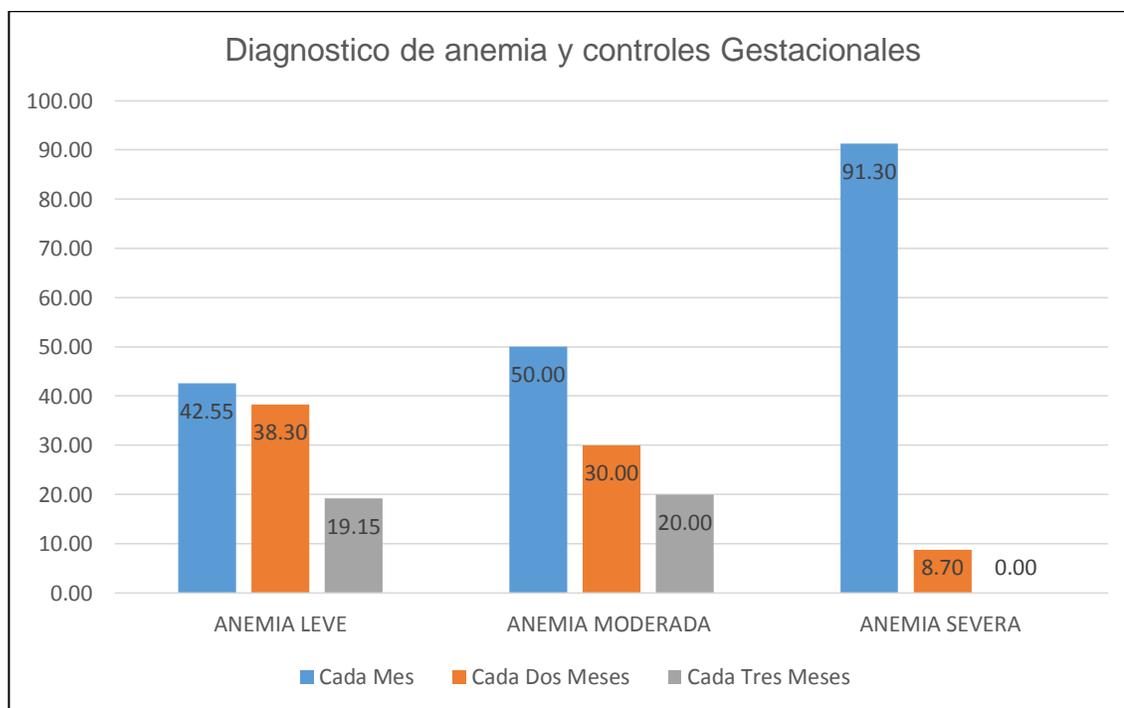
Diagnóstico de anemia y Controles gestacionales

Diagnóstico de anemia / Controles gestacionales	Anemia Leve		Anemia Moderada		Anemia Severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Cada Mes	20	42,55	15	50,00	21	91,30	56
Cada Dos Meses	18	38,30	9	30,00	2	8,70	29
Cada Tres Meses	9	19,15	6	20,00	0	0,00	15
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Grafico 5.



Análisis e interpretación de los resultados

Los resultados obtenidos de las encuestas revelan que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve tienen similar asistencia a controles de un 42,55% y 38,30% para las que se realizan controles mensuales cada dos meses; las embarazadas con diagnóstico de anemia severa tienen mayor asistencia en controles de 91,30% que realizan cada mes. Estudios realizados en (ESPAÑA 2011) en embarazadas que se realizan controles dos, tres y cuatro veces y más de cinco controles en todo su embarazo tuvieron como resultado que las embarazadas que asisten a 2, 3, 4 controles en su embarazo presentan cifras altas de un 76% de anemia y mortalidad prenatal, mientras las embarazadas que se realizan más de 5 controles en su embarazo tienen menor probabilidad de padecer anemia y complicaciones en su embarazo en un 24%.

Esto permite concluir que las embarazadas con anemia leve tienen una asistencia a sus controles gestacionales con regularidad de cada mes y cada dos meses, mientras que las embarazadas con anemia moderada y severa realizan sus controles mensuales porque son embarazadas con mayor vulnerabilidad de presentar complicaciones maternas y fetales.

Tabla 6.

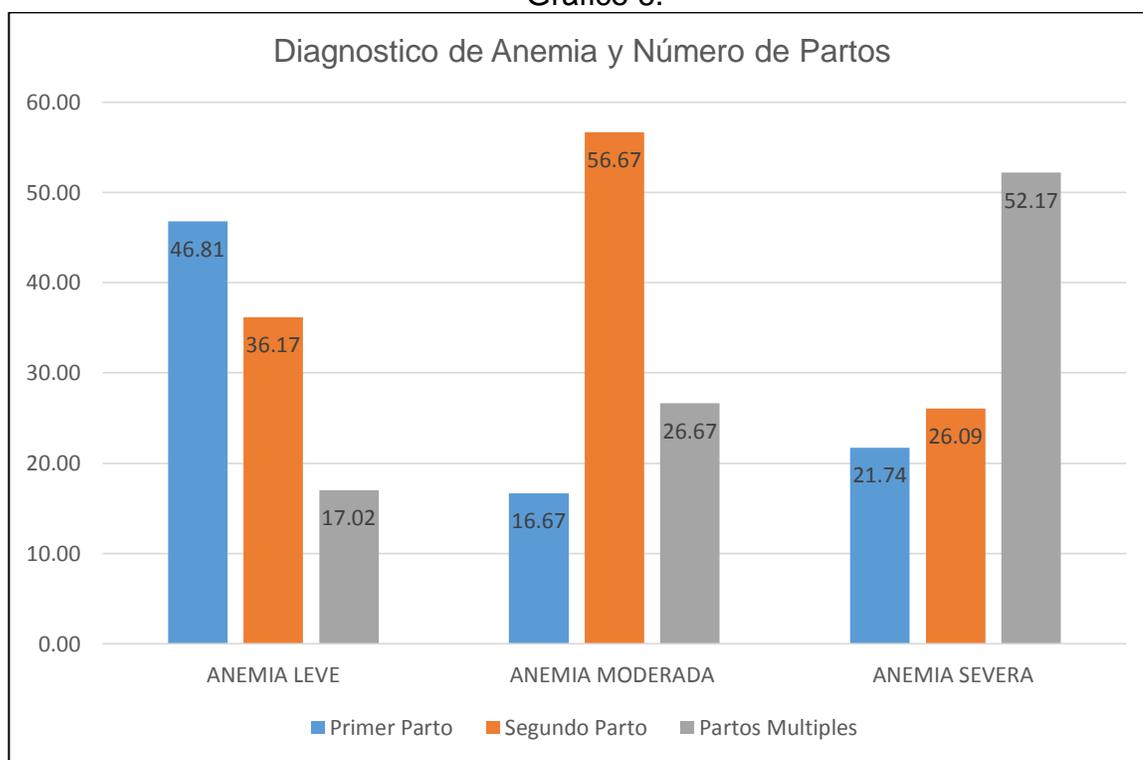
Diagnóstico de Anemia y Número de Partos

Diagnóstico de anemia \ Número de Partos	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Primer Parto	22	46,81	5	16,67	5	21,74	32
Segundo Parto	17	36,17	17	56,67	6	26,09	40
Partos Múltiples	8	17,02	8	26,67	12	52,17	28
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 6.



Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados obtenidos muestran que las embarazadas que tienen diagnóstico de anemia leve tienen un porcentaje de un 46,81% para mujeres con un solo parto; mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada presentan un 56,67% para mujeres que tienen dos partos seguidos; mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia severa reflejan un 52,17% en mujeres que tienen partos múltiples. Según en estudios realizados en (CUBA 2012) en embarazadas que tienen su primer parto y parto múltiples reflejan que la influencia de la aparición sobre la hemoglobina es significativa; las de mayor número de partos corresponden al grupo de hemoglobina más bajo que las que tienen un solo parto, es así que el estudio reveló los siguientes, en las embarazadas con un solo parto tienen un 54,5%; las que tienen dos partos 60% y las que tienen más de tres partos un 72,2% de anemia ferropénica.

Por lo que se concluye, que los estudios observados tienen relación puesto que los niveles de reserva de hemoglobina van disminuyendo con el número de partos a mayor número de partos mayor es su disminución de hemoglobina es por esto que se recomienda que los embarazos sean cada dos años.

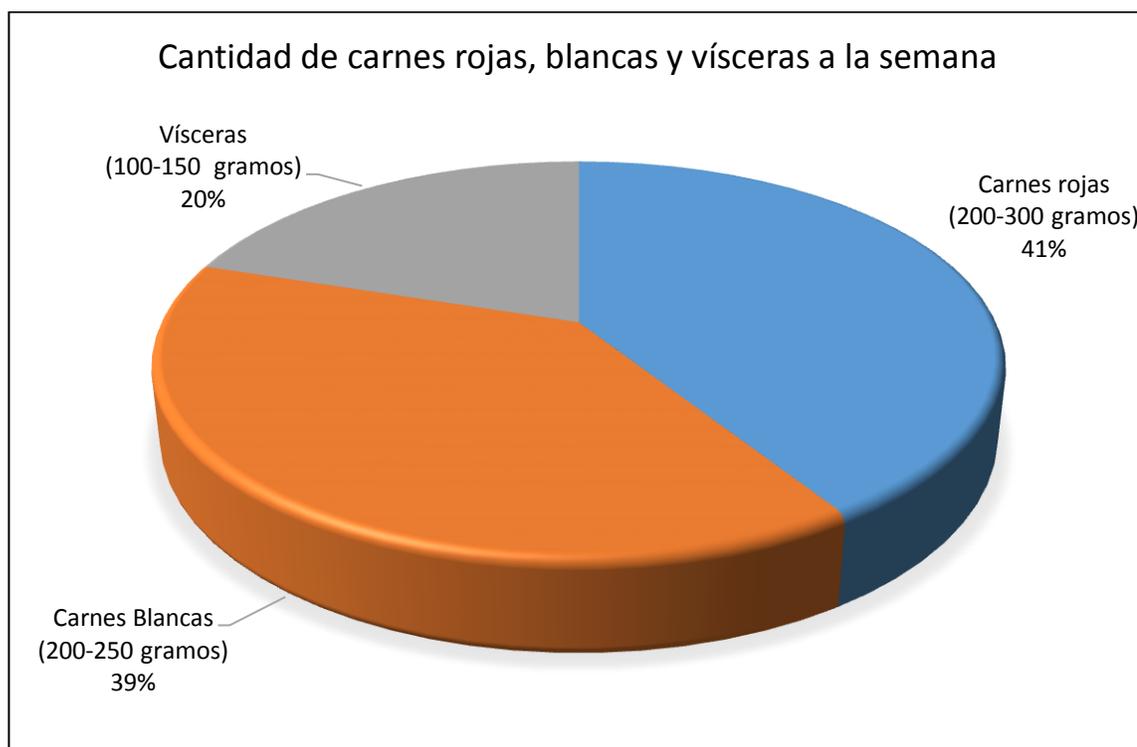
Tabla 7.

Cantidad de carnes rojas, rojas, blancas y vísceras que consume a la semana

Consumo de carnes	Frecuencia	%
Carnes rojas (200-300 gramos)	41	41,00
Carnes Blancas (200-250 gramos)	39	39,00
Vísceras (100-150 gramos)	20	20,00
TOTAL	100	100,00

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.
Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 7.



Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados de las encuestas a las mujeres embarazadas, expresaron que el 41% consume carnes rojas en proporción de 200 a 300 gramos a la semana. Por su parte el 39% ingiere carnes blancas entre 200 a 250 gramos y víscera en el rango de 100 a 150 gramos con 20%. En estudios realizados por la (OMS 2010) por expertos revelan que la absorción del hierro contenido en las carnes rojas en un 37% las vísceras en un 48% y en las carnes blancas un 15% de absorción de hierro, debido a que las carnes rojas contienen mayor cantidad de mioglobina y el hígado tienen mayor contenido de hierro que las carnes rojas, mientras que las carnes blancas el contenido de mioglobina es menor.

Por lo que se concluye que las carnes rojas y vísceras contienen mayor absorción de hierro que las carnes blancas, pero el principal problema es que dado el costo económico de estos alimentos, no siempre están disponibles en la alimentación diaria de algunas embarazadas.

Tabla 8.

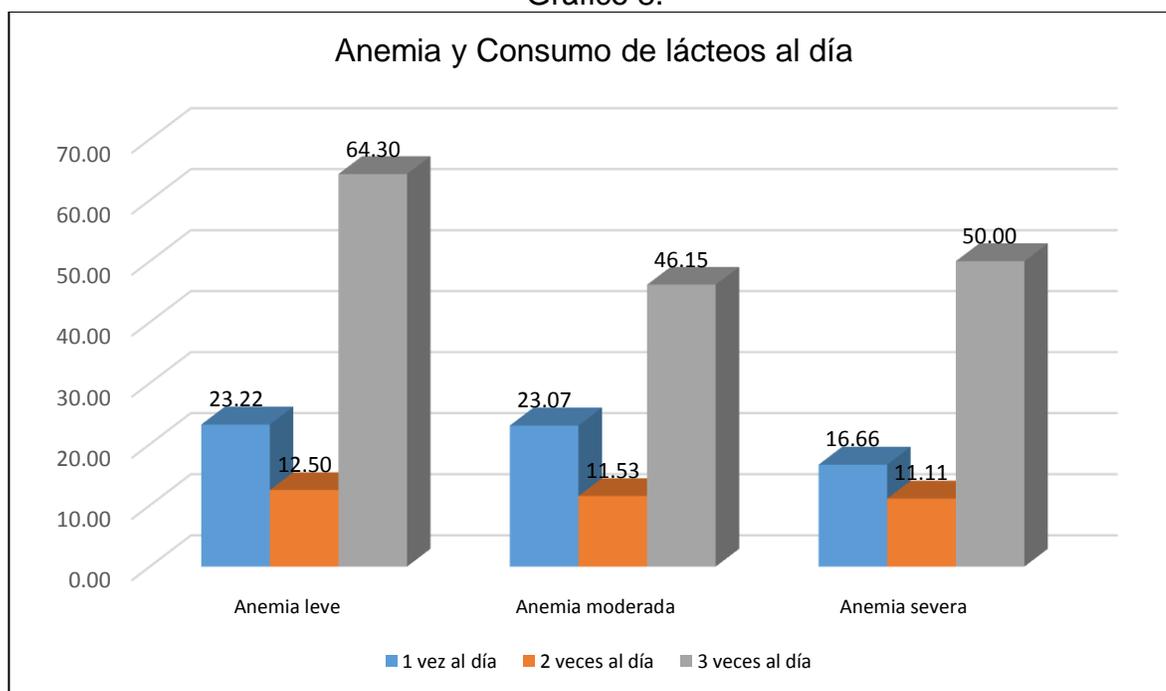
Diagnóstico de anemia y consumo de lácteos al día

Diagnóstico de anemia	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
1 vez al día	13	23,22	6	23,07	3	16,66	22
2 veces al día	7	12,50	3	11,53	2	11,11	12
3 veces al día	36	64,30	12	46,15	9	50,00	57
No consume	-	0,00	5	19,24	4	22,22	9
TOTAL	56	100	26	100	18	100	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 8.



Análisis e Interpretación de los Resultados

Los resultados de las encuestas mostraron que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve consumen un 64,30% de lácteos 3 veces al día mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada y severa tienen resultados similares de consumos de un 46,15% de lácteos tres veces al día respectivamente, mientras que las embarazadas con diagnósticos de anemia leve, moderada y severa consumen un 23,22%, 23,07% y 16,66% de lácteos una vez al día. Según estudios realizados en (CUBA 2010) revelan que el hierro es el micronutriente mejor investigado y conocido por lo existen factores que inhiben la absorción del hierro como es el caso de los lácteos; 125mg de calcio reducen la absorción del hierro en un 50% mientras que 300mg reducen su absorción hasta un 80%.

Lo que permite concluir que el calcio es un mineral que no se debe combinar con los alimentos ricos en hierro ya que estos en vez de ayudar van a inhibir la absorción del hierro.

Tabla 9.

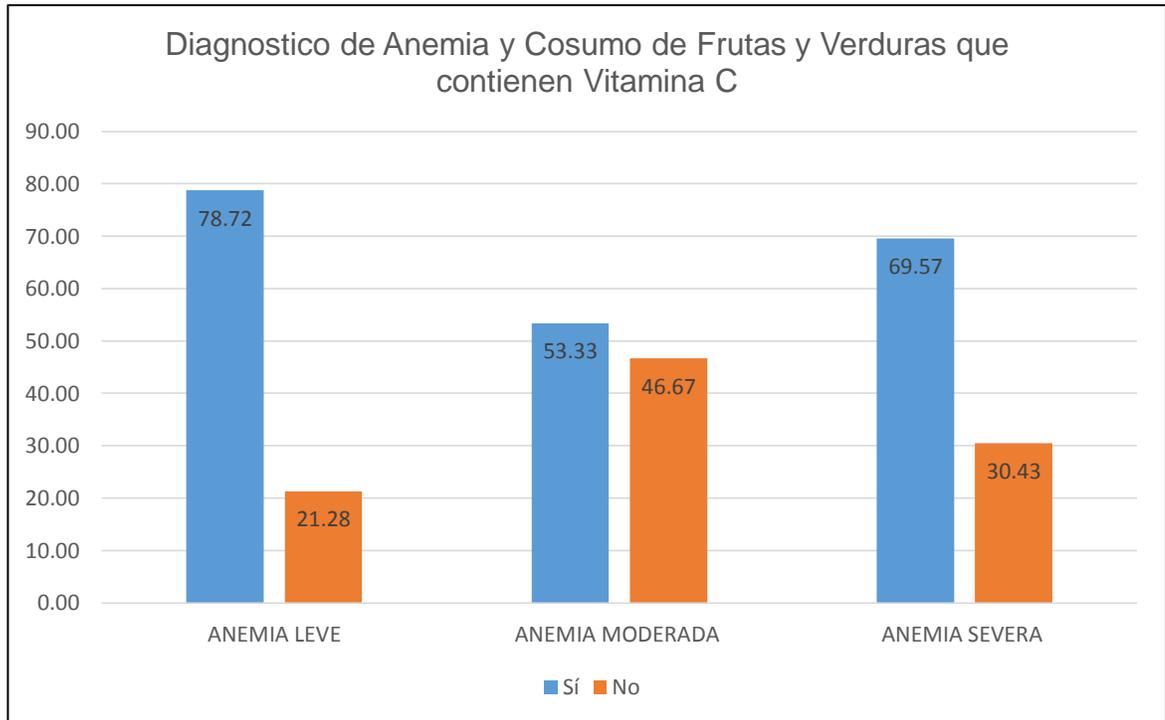
Diagnóstico de Anemia y Consumo de Frutas y Verduras que contienen Vit .C

Diagnóstico de anemia / Consumo de Frutas y Verduras	Anemia Leve		Anemia Moderada		Anemia Severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Sí	37	78,72	16	53,33	16	69,57	69
No	10	21,28	14	46,67	7	30,43	31
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Grafico 9.



Análisis e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos en las encuestas muestran que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve consumen un 78,72% de frutas y verduras que contienen vitamina C y un 21,28% no consumen frutas y verduras con vitamina C; las embarazadas con diagnóstico de anemia moderada consumen un 53,33% de frutas y verduras con vitamina C, mientras que un 46,67% no consumen frutas y verduras con vitamina C. Las embarazadas con diagnóstico de anemia severa consumen un 69,57% de frutas y verduras con vitamina C y un 30,43% no consumen frutas y verduras con vitamina C. Según estudios realizados (CUBA 2010) revelan que el hierro es uno de los micronutrientes más estudiados por lo que demuestran que la vitamina C es un potenciador de un 20% en la absorción del hierro.

Lo que permite concluir que la vitamina C es un importante potenciador en la absorción del hierro por lo que se recomienda que deba estar en compañía de los alimentos ricos en hierro para así obtener mejores resultados para combatir la anemia.

Tabla 10.

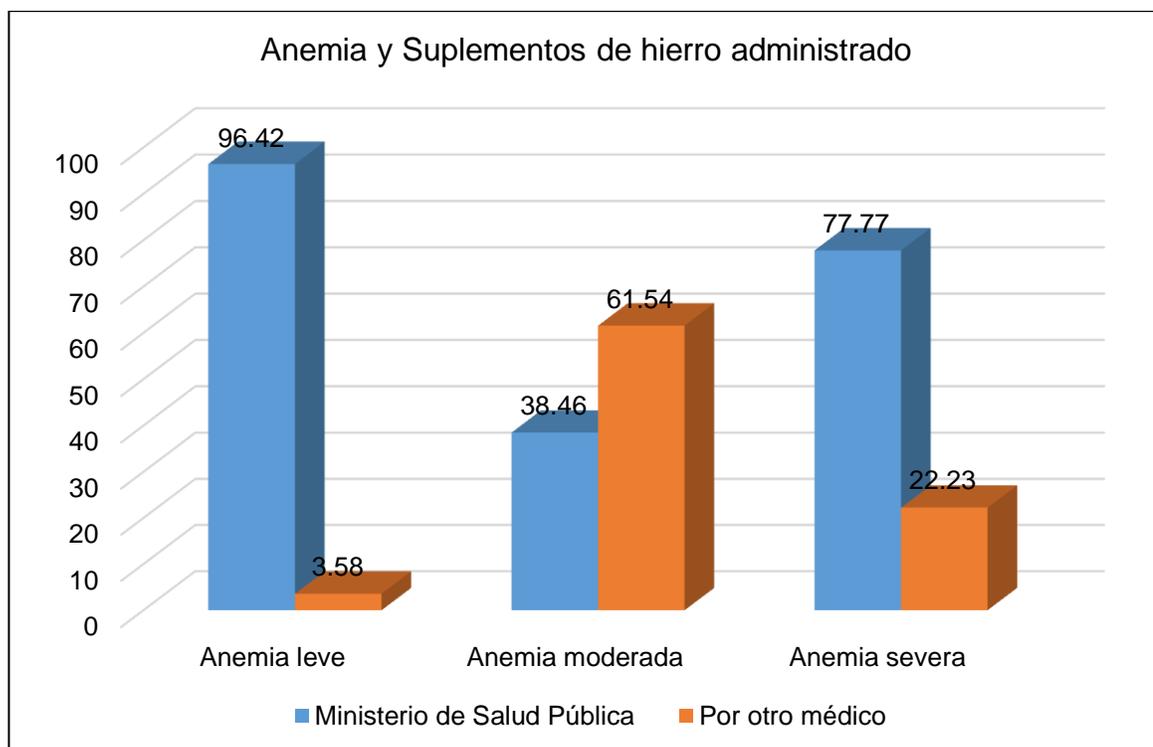
Diagnóstico de anemia y suplemento de hierro administrado

Diagnóstico nutricional	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Suplementos de hierro administrado							
Ministerio de Salud Pública	54	96,42	10	38,46	14	77,77	78
Por otro médico	2	3,58	16	61,54	4	22,23	22
TOTAL	56	100	26	100	18	100	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 10.



Análisis e interpretación de resultados

De las 100 mujeres embarazadas encuestadas 78 de ellas con diagnóstico de anemia leve, moderada y severa revelan que un 96,42%, 38,46% y 77,77% consumen suplemento administrado por el Ministerio Salud Pública; mientras que 22 de ellas con diagnóstico de anemia leve, moderada y severa consumen un 3,58%, 61,54% y 22,23% de suplemento de hierro Por otro médico. Razón por la cual señala la (FAO, 2013), que es importante la administración de este suplemento de hierro, sin importar su procedencia siempre y cuando tenga las normas de calidad permitidas.

Lo que permite concluir que el suplemento de hierro administrado por el Ministerio de Salud Pública es el de mayor demanda que el suplemento de hierro administrado por otro médico, uno de los principales motivos es porque el del MSP es gratuito y los ingresos económicos de las embarazadas no son suficientes para adquirir otros medicamentos por sus costos.

Tabla 11.

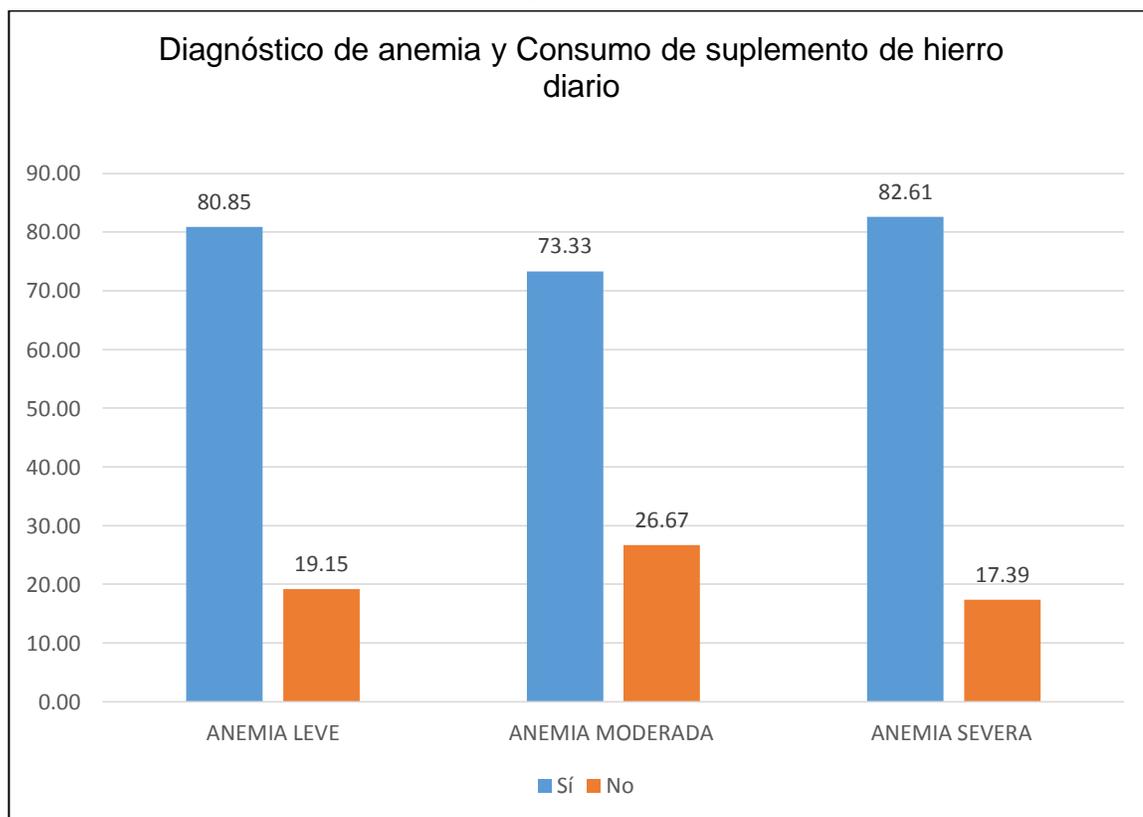
Diagnóstico de Anemia y Consumo de Suplemento de Hierro Diario

Diagnóstico de anemia / Consumo de Suplemento de Hierro Diario	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Sí	38	80,85	22	73,33	19	82,61	79
No	9	19,15	8	26,67	4	17,39	21
TOTAL	47	100,00	30	100,00	23	100,00	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Grafico 11.



Análisis e interpretación de resultados

De los resultados obtenidos de las encuestas las mujeres embarazadas con diagnóstico de anemia leve, moderada, y severa tienen similar resultado en un 80,85%, 73,33% y 82,61 para las embarazadas que consumen el suplemento de hierro diario; mientras que las embarazadas con diagnóstico de anemia leve, moderada, severa tienen similar resultado en un 19,15%, 26,67% y 17,39% para las embarazadas que no ingieren su suplemento de hierro diario. Según estudios realizados (CUBA 2011) una tableta de hierro (35 mg de hierro elemental) y ácido fólico (1mg) diario por 20 semanas mejora significativamente los niveles de hemoglobina de un 9,7 mg/dL a un 11,2 mg/dL.

Lo que permite concluir que el suplemento de hierro diario mejora los niveles de hemoglobina, es así que las 100 embarazadas encuestadas de la maternidad el 79 lo toman diariamente puesto que están conscientes de los riesgos que corre su salud y la del bebe.

Tabla 12.

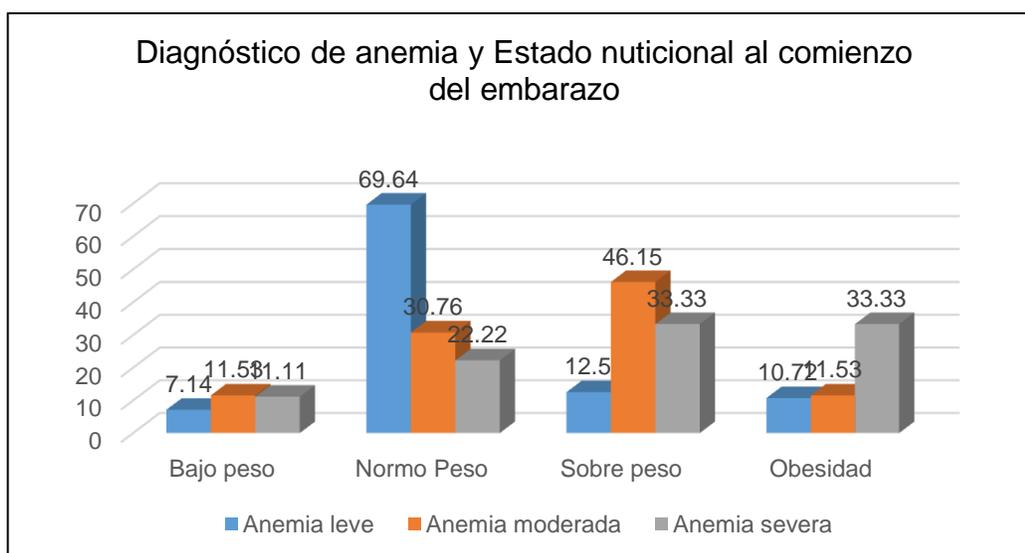
Diagnóstico de anemia y Estado nutricional al comienzo del embarazo.

Diagnóstico de anemia / Estado nutricional al comienzo del embarazo	Anemia leve		Anemia moderada		Anemia severa		TOTAL
	F	%	F	%	F	%	
Bajo peso	4	7,14	3	11,53	2	11,11	9
Normo peso	39	69,64	8	30,76	4	22,22	51
Sobre peso	7	12,50	12	46,15	6	33,33	25
Obesidad	6	10,72	3	11,53	6	33,33	15
TOTAL	56	100	26	100	18	100	100

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 12.



Análisis e interpretación de resultados.

Los resultados obtenidos con respecto al estado nutricional al comienzo del embarazo muestra que el 69,64% padece de anemia leve con normo peso, mientras que con anemia moderada el 46,15% es con sobrepeso y anemia severa con sobrepeso y obesidad con el 33.33%. Por lo que (Farnot, 2010), ubica a los riesgos nutricionales, al empezar el embarazo como importante, ya que en lo posterior, se lo asocia a patologías como la hipertensión arterial, anemia, abortos, parto prematuro, infección de vías urinarias e infecciones puerperales.

Tabla 13.

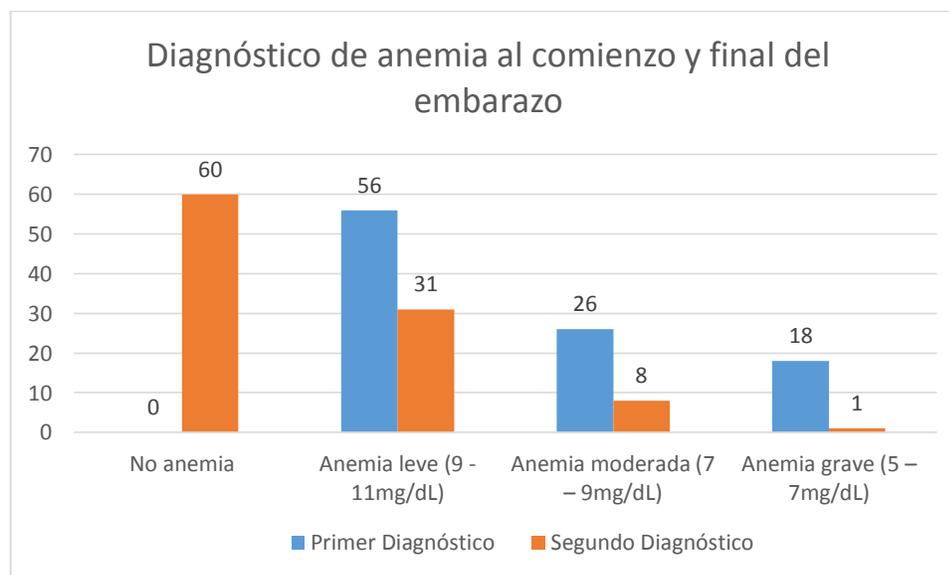
Diagnóstico de anemia al comienzo y final del embarazo.

Diagnóstico de anemia	Primer diagnóstico		Segundo diagnóstico	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No anemia	0	0	60	60,00
Anemia leve (9 -11mg/dL)	56	56,00	31	31,00
Anemia moderada (7 – 9mg/dL)	26	26,00	8	8,00
Anemia grave (5 – 7mg/dL)	18	18,00	1	1,00
TOTAL	100	100,00	100	100,00

Fuente: Encuestas a mujeres embarazadas que acuden a la Maternidad Andrés de Vera del cantón Portoviejo.

Elaboración: Julia Monserrate Arteaga Aguayo y Rosikler Jajaira Holguín Moreira

Gráfico 13.



Análisis e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos muestran que la embarazadas en su primer diagnóstico nutricional con anemia leve se encontró un 56% con anemia moderada 26% con anemia severa un 18%; mientras en su segundo diagnóstico al final del embarazo se mostró que las mujeres superaron su anemia en un 60%, las mujeres embarazadas con diagnóstico de anemia leve fue de un 31%, con anemia moderada de un 8% y de anemia severa un 1%.

Lo que permite concluir que el correcto tratamiento con el suplemento de hierro y la alimentación adecuada mejoran significativamente los niveles de hemoglobina en el embarazo lo que favorece a la madre y al bebe.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado nuestro trabajo investigativo se llegó a esta conclusión:

Las mujeres embarazadas que son provenientes de zonas urbanas y rurales tienen menor probabilidad de padecer anemia mientras que las embarazadas provenientes de zonas marginales tienen mayor probabilidad de padecerla.

La anemia en el embarazo está relacionada con los ingresos económicos existentes en la población mientras mayor ingreso económico mayor es la accesibilidad de alimentos de mayor calidad, mientras que a menor ingreso económico existe menos accesibilidad de los alimentos y predisposición a padecer de anemia ferropénica.

El correcto tratamiento con el suplemento de hierro y la alimentación adecuada mejoran significativamente los niveles de hemoglobina en el embarazo lo que favorece a la madre y al bebé.

Los niveles de reserva de hemoglobina van disminuyendo con el número de partos a mayor número de partos mayor es su disminución de hemoglobina es por esto que se recomienda que las embarazadas sean cada dos años.

Podemos concluir que son de gran importancia los estudios de nutrición en las gestantes, el manejo adecuado de los requerimientos nutricionales de estas, según su estado nutricional desde la captación, así como el uso de una dieta balanceada, las tabletas de suplemento de hierro y su tratamiento correcto ayudan a garantizar mejores condiciones de salud de las embarazadas y el producto de la gestación.

RECOMENDACIONES

Fomentar prácticas, conocimientos y actitudes sobre nutrición y salud en las mujeres embarazadas con anemia ferropénica, identificando o modificando aquellas prácticas alimentarias que comprometan a mejorar su salud gestacional como incentivar a realizar sus comidas en casa y no en restaurantes o lugares de comida rápida, ya que la anemia ferropénica en el embarazo debe ser prevenida en la atención primaria no solo con la entrega de hierro con ácido fólico sino educando acerca de una buena alimentación de todas las mujeres en edad fértil.

Aunque el programa de maternidad gratuita ha mejorado en los últimos años a pasos agigantados, no se ha tomado en cuenta la capacitación del personal de salud, que aun presenta poco conocimiento de la prevención de esta patología, su tratamiento y de las graves complicaciones. Sugerir a las autoridades la implementación de un recordatorio de veinticuatro horas en la consulta de nutrición, para tener un óptimo seguimiento en la alimentación diaria de la gestante y así mejorar los hábitos alimenticios y de vida de las mujeres para prevenir el incremento de peso en la etapa gestacional.

El personal de nutrición debe entregar en su consulta o consejería nutricional el régimen nutricional personalizado para la embarazada adolescente con las cantidades recomendadas y la lista de alimentos permitidos y no permitidos para evitar deficiencias de nutrientes y micronutrientes y de esta manera prevenir anemias ferropénica, desnutrición e infecciones y demás patologías asociadas al embarazo.

Elaborar un material didáctico con la participación de un equipo multidisciplinario acorde a las necesidades nutricionales de las mujeres gestantes, a fin de proporcionarles conocimientos sobre la importancia de un control médico, alimentario, nutricional a base de complementos vitamínicos de hierro durante las embarazadas

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS			COSTOS
		HUMANOS	MATERIALES	OTROS	
Reunión con miembros del tribunal para avances y correcciones de la tesis	6 meses	Responsables del proyecto, miembros del tribunal.	Computador e internet, impresiones a color, materiales de oficina.	Viáticos	\$ 600
Recolección de datos, elaboración y aplicación de las encuestas	2 meses	Responsables del proyecto, miembros del tribunal, mujeres embarazadas.	Computador e internet, libros, impresiones a color, materiales de oficina, calculadora, cámara fotográfica.	Viáticos	\$ 175
Elaboración y entrega de material promocional educativo	7 días	Responsables del proyecto, miembros del tribunal, responsable de la maternidad, mujeres embarazadas.	Computador e internet, libros, impresiones a color, materiales de oficina, cámara fotográfica.	Viáticos Diseñador grafico	\$300
Elaboración y entrega de propuesta (material educativo)	2 meses	Responsables del proyecto, miembros del tribunal, responsable de la maternidad.	Computador e internet, libros, impresiones a color, materiales de oficina, cámara fotográfica.	Viáticos Diseñador grafico	\$ 190
Prescripción y sustentación del proyecto de tesis		Responsables del proyecto, miembros del tribunal, decanato UTM	Computador y tiempo de internet, impresiones a color, materiales de oficina, infocus.	Viáticos Salón de sustentación de la UTM	\$ 200
TOTAL					1465

CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	MESES										
	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Presentación del tema de tesis	x										
Aprobación del tema de tesis	x										
Asignación de miembros de tribunal de tesis		x									
Entrega de oficios y carpeta a cada miembro de tesis			x								
Elaboración de justificación objetivos				x							
Elaboración de marco teorico				x							
Elaboración de metodologia					x						
Aplicación de instrumentos en la maternidad						x					
Tabulación de resultados y cuadros estadísticos							x				
Conclusiones y recomendaciones								x			
Elaboración y aprobación de guía alimentaria									x		
Edución y entrega de guía alimentaria										x	
Redacción y presentación del informe final											x
Sustenciación											

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo-Cardona. (2010). Prevalencia de la anemia ferropénica en gestantes. Prevalencia de la anemia ferropénica en gestantes. Medellín, Colombia: Editorial Tompson.
- Althabe-Ibisky. (2010). Crecimiento fetal normal y anormal. Buenos Aires, Argentina: Editorial Luz y Vida. Chile: Universidad Católica de Chile.
- Belizan-Villar. (2010). Retardo del crecimiento fetal. En Belizan-Villar, Retardo del crecimiento fetal. Santiago de Chile, Chile. Ediciones Obstetricia.
- Benavides-Tame. (2011). Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Washington, USA: Clínic Matern.
- Bolzan-Guimary. (2012). Relación entre el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el crecimiento fetal. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapreluz.
- Bristrian-Vitale. (2011). Prevalence of mal nutrition in general medical patients. Medical Ginecol.
- Díaz-de-Santos. (2010). Claves para la nutrición fetal en las embarazadas. Lima, Perú: Editorial Limusa.
- Estpevez-E. (2011). Anemia Ferropénica y embarazo. Revista ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia
- FAO. (2013). La anemia en las mujeres embarazadas en el mundo. USA: Food and Agriculture Organization.
- Farnot. (2010). Anemia Embarazo. En Farnot, Anemia Embarazo. La Habana, Cuba: Editorial En Farnot.
- FECA. (2013). Con nuestra Salud. Riesgos para los niños nacidos de madres anémicas. Quito, Ecuador: Fundación Ecuatoriana contra la anemia.
- Freire-W. (2010). La anemia por deficiencia de hierro. Estrategias del OPS/OMAS para combatirla. Salud Pública de México.

- Gabriel-C. (2012). Manual de nutrición en embarazadas. Barcelona, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Gay-J. (2011). Prevención y control de la carencia de hierro en la embarazada. Revista Cubana Alimentos y Nutrición.
- Goldberg-D. (2013). Prevalencia y factores de riesgo de anemia ferropénica en mujeres embarazadas que acuden a la consulta externa del Hospital Materno infantil San José del Sur de Quito. Revista Médica.
- Gybney. (2010). Nutrición, dieta y salud en estado fetal de embarazadas. Alicante, España.: Editorial Lexus.
- Hernández. (2011). Generalidades de la anemia. Madrid, España: Servicio Mediterráneo de Salud Área 9.
- Hernández-Sánchez. (2011). Nutrición fetal. Cali, Colombia: Editorial Díaz Santos.
- Huancoapaza-Diana. (2010). Incidencia y factores de riesgo de anemia en el embarazo en el Hospital Hipólito de Unau de Tacna. Revista Médica del Perú.
- Huertas-E. (2011). Tratamiento para mujeres con anemia ferropénica postparto. Ginebra, España.: OMS. Biblioteca de Salud Reproductiva.
- Iglesias-Tames-Reyes. (2010). Anemia y embarazo, su relación con complicaciones maternas y perinatales. Medicina Universitaria, 56.
- Krasovec-Andersson. (2010). Nutrición materna y resultados del embarazo. Evaluación antropométricas. Washington,USA.: Clinical Obstetric.
- León. (2011). Componente normativo materno de salud pública. Revista Médica del MSP.
- López. (2010). Anemia durante el embarazo. En López, Anemia durante el embarazo. (pág. 59). Madrid, España: Editorial Aedos.
- Luke. (2011). Efectos de la nutrición sobre el crecimiento fetal. USA: Clin Obstet Ginecol.

- MSP. (2013). Coordinación Nacional de Nutrición, Protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y el parto. Quito, Ecuador: Editorial Oveja Negra.
- Narváez-Herrera-Orellana. (2012). Prevalencia de anemia ferropénica con y sin hemoglobina ajustada en parturientas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Revista Médica.
- Neira. (2011). Anemia ferripénica en el embarazo, relación con niños prematuros y bajo peso al nacer. Hospital de la Policia en Quito, Ecuador.
- OMS. (2012). Prevalencia mundial de la anemia en mujeres embarazadas y número de personas afectadas. Ginebra, España.: Organización Mundial de la Salud.

PROPUESTA

ELABORAR MATERIAL PUBLICITARIO EDUCATIVO SOBRE LA ALIMENTACIÓN ADECUADA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE SE SITUARÁ EN LAS INSTALACIONES DE LA INSTITUCIÓN.

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS QUE PADECEN ANEMIA FERROPENICA Y QUE ACUDEN A LA MATERNIDAD ANDRÉS VERA.

DATOS INFORMATIVOS:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Maternidad Andrés De Vera

UBICACIÓN SECTORIAL

Provincia: Manabí

Cantón: Portoviejo

Dirección: Andrés de vera calle Vicente Macías y Paulina Sabando

Lugar: Maternidad Andrés de Vera

PERIODO DE EJECUCIÓN

Fecha de Inicio: Octubre del 2013

Fecha de Culminación: Marzo del 2014

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Beneficiarios directos: Mujeres Embarazadas

Beneficios indirectos: Maternidad Andrés de Vera

Autoras: Las Egresadas

Holguin Moreira Jajaira Rosikler

Arteaga Aguayo Julia Monserrate.

INTRODUCCIÓN

En el embarazo se aumenta significativamente los niveles de hierro esencial para la producción de hemoglobina en mujeres, el bebé y la placenta. La mayoría de las mujeres comienzan su embarazo sin suficiente reserva de hierro para satisfacer las crecientes demandas de su cuerpo, por ello las embarazadas requieren una adecuada alimentación y suplementación.

Esta guía alimentaria trata de aspectos sobre la alimentación que debe considerarse en la mujer embarazada.

JUSTIFICACIÓN.

A partir de la investigación realizada, se pudo constatar que las mujeres embarazadas que asisten a esta maternidad desconocen la dieta alimenticia que deben seguir durante el periodo de gestación, por ello se consumen alimentos de los que no se obtiene mayor sustancias necesarias para el desarrollo óptimo y el bienestar de la madre y el hijo. Además no están informadas totalmente de los nuevos programas que se desarrollan para beneficio de las mismas.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Educar a las embarazadas sobre la correcta suplementación del hierro para su embarazo, que les permita mantener su salud y un crecimiento y desarrollo óptimo de su hija/o

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar correctamente los alimentos que no se adhieren en presencia del hierro y que debe consumir la mujer embarazada

Promover el conocimiento sobre la importancia del aumento de los requerimientos nutricionales de la mujer.

Estimular el interés del consumo de hierro en las gestantes.

FACTIBILIDAD

El presente trabajo está enfocado exclusivamente sobre la elaboración de material publicitario educativo que contenga los nutrientes necesarios para satisfacer sus requerimientos diarios.

La propuesta es factible porque se cuenta con la aceptación de las mujeres embarazadas y el apoyo de los profesionales de la salud que laboran en esta institución de salud.

Las embarazadas comprendieron la importancia de alimentación variada y equilibrada, puesto que esto va a influir directamente en su estado nutricional y su embarazo.

DESCRIPCIÓN.

A las embarazadas y el personal de salud les agrado el presente trabajo investigativo por que existe poca información en el medio sobre los requerimientos y las necesidades nutricionales de las gestantes que padecen anemia ferropenica y que deben consumir diariamente, dependiendo su estado de gravidez, para asi poder evitar futuras complicaciones en el niño y la madre, teniendo en cuenta que una adecuada alimentación les provee todos los nutrientes necesarios para el desarrollo normal de su embarazo.

A las embarazadas y personal de salud se les hizo entrega de una guia alimentaria donde se especifica los requerimientos y necesidades nutricionales adecuados para su embarazo, y una gigantografia para asi poder educar a la población que asiste a la maternidad.

CONTENIDO

Periodo de gestación,

Distribución del incremento de peso

Alimentación de la mujer embarazada con anemia ferropénica

Necesidades nutricionales de la embarazada

Combinación de alimentos con hierro

Nutrientes necesarios y sus fuentes en el embarazo

Guía alimentaria diaria para las embarazadas

Problemas comunes en el embarazo y como resolverlos

Régimen diario para embarazadas según su estado nutricional

Recomendaciones nutricionales.

ACTIVIDADES

En la maternidad Andrés de Vera se realizaron las siguientes actividades con la predisposición del Doctor Fidel Mendoza en el cual se interactuó con las mujeres embarazadas.

Con la ayuda del Dr. Fidel Mendoza se logró reunir a las mujeres embarazadas con lo que se trabajó con charlas nutricionales

Se les tomo peso y talla se hizo muestras de las raciones que deben consumir durante el embarazo

Se recolectaron datos del departamento de estadísticas se hicieron encuestas alimentarias.

Se participó en consulta para poder evaluar el estado nutricional de las gestantes.

A cada embarazada se le entrego una guía alimentaria y trípticos con la cual podrán ayudarse e interactuar con su médico cualquier información

Se situó también en las instalaciones de la Maternidad Andrés de Vera una gigantografía la cual habla de la combinación del hierro recomendaciones y requerimientos el cual podrán poner en práctica en sus hogares y durante el embarazo.

RECURSOS DE LA PROPUESTA

HUMANOS:

Investigadoras

Mujeres embarazadas

Dr. Fidel Martínez

Tribunal de tesis

MATERIALES:

Cámara fotográfica

Computador

Guía alimentaria

Gigantografía

Trípticos

Materiales de oficina

INSTITUCIONALES

Maternidad Andrés de vera

Universidad técnica de Manabí

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES	JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES								
Elaboración de la propuesta		x	x					
Presentación y análisis de la propuesta			x	x				
Corrección de la propuesta					x	x		
Entrega de la propuesta							x	
Conclusiones								x

PRESUPUESTO

Para la propuesta de esta investigación se contó con los materiales necesarios y los gastos fueron asumidos por las investigadoras

PRESUPUESTO	COSTO \$
Marcadores	2.00
Impresiones	100.00
Gigantografía	40.00
Viáticos	80.00
Varios	30.00
TOTAL	\$252.00

BIBLIOGRAFIA

Peréz-E. (2010). Ginecología Oncológica. EMadrid, España. Editorial Masson.

Pina-F. (2011). Comportamiento, actitudes y prácticas de alimentación y nutrición en gestantes. Lima, Perú: Revista de Obstericia.

Quinteros. (2010). La anemia en las mujeres embarazadas. Buenos Aires, Argentina: Editores Nacionales LHS.

Reboso. (2011). Ingesta dietética y estado de nutrición del hierro en ambarazadas según el índice de masa corporal. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

Sánchez-Salazar. (2012). Nutrición, suplementación, anemia ferropénica y embarazo. Revista Cubana Obstrecia Ginecológica.

Vera-Gamboa. (2011). Prevalencia de la anemia ferropénica en mujeres embrazadas rurales en Yucatán. México. Revista Médica.

ANEXOS

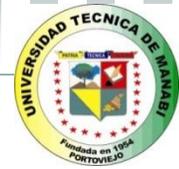
Recomendaciones

- Jugos de guayaba.
- Jugos de uvas negras + acelga.
- Jugo de manzana + fresa + mora y miel.
- Jugo de zanahoria + remolacha + naranja.
- Consumir 2 veces por semana carnes rojas.
- Hígado una vez por semana.
- A las comidas con lenteja agregar unas gotitas de limón.
- Combinar frejoles secos + carnes (pollo, res, cerdo pescado) + jugos cítricos .



BIBLIOGRAFÍA

- ⇒ Brown Judith E., (2006), Nutrición en las diferentes etapas de la vida. 2ª edición. Mc Graw Hill Interamericana, México.
- ⇒ Anemia Working Group Latin America. Guías Latinoamericanas 2009: Anemia en Obstetricia. OMS
- ⇒ Dr. Javier Aranceta, "Guía práctica sobre hábitos de alimentación y salud"(27/03/2008)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE SALUD
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA



ALIMENTACIÓN EN EMBARAZADAS CON ANEMIA



**"Que tu alimento sea tu
medicina y tu medicina tu**

MANABÍ — PORTOVIEJO — ECUADOR

La anemia



Es una disminución de la hemoglobina, sustancia presente en los glóbulos rojos de la sangre los cuales se encargan de transportar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

ALIMENTACIÓN EN EMBARAZO CON ANEMIA



La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos de la mujer y del nuevo ser.

Debe contener suficiente cantidad de hortalizas, frutas, cereales, lácteos, leguminosas y productos cárnicos, ya que influye directamente en su salud y en el desarrollo del niño/a por una parte y por otra favorece una producción de leche en los primeros meses de lactancia.

NECESIDADES NUTRICIONALES EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo, la mujer requiere mayor cantidad de todos los nutrientes.

Alimentos energéticos: Son fundamentales los carbohidratos, grasas y azúcares en poca cantidad, aportan la energía que permite realizar las actividades y funciones propias del organismo de la embarazada y además la energía adicional necesaria para el desarrollo y crecimiento del niño.

Alimentos formadores: son las proteínas que ayudan a la formación de nuevos tejidos de la madre y del niño.

Alimentos reguladores: En estos encontramos vitaminas y minerales que protegen al organismo del estrés de la madre y de infecciones al niño ayudando a su desarrollo y crecimiento.

Ácidos grasos esenciales: se requieren para mantener una salud óptima. Su aporte es importante para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y del oído de las niñas/os.

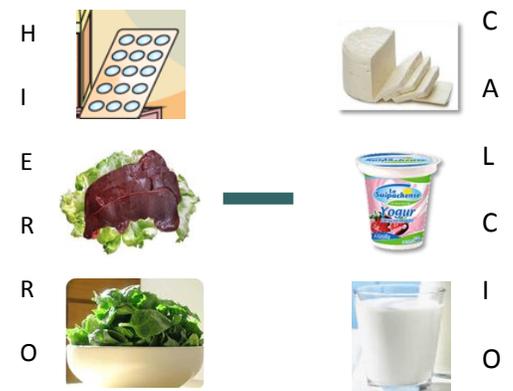
Por tanto, es importante que la embarazada consuma alimentos que proporcionen ácidos grasos omega 3 y 6 especialmente pescado, atún, sardina, trucha 2 o 3 veces a la semana.

Consumir alimentos cítricos y al mismo tiempo el suplemento de hierro y alimentos que contengan el mismo para que el cuerpo absorba significativamente el hierro, que se encuentra en fuentes animales y vegetales.

EJEMPLO:



Mala combinación del hierro



ALIMENTACIÓN EN EMBARAZO CON ANEMIA FERROPÉNICA

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos de la mujer y del nuevo ser.

EN EMBARAZO NECESITA:

Alimentos energéticos: permiten realizar las actividades propias de la embarazada y la energía necesaria para el desarrollo y crecimiento

del niño. **EJM:** arroz, plátano, fideos, etc.

Alimentos formadores: ayudan a la formación de nuevos tejidos de la madre y del niño.

EJM: carnes, huevos, pollo, etc.

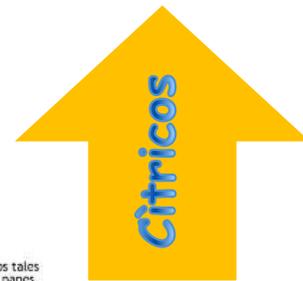
Alimentos reguladores: protegen al organismo del estrés de la madre y de infecciones al niño.

EJM: naranja, tomate, zanahoria, etc.

Ácidos grasos esenciales: importantes para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y del oído de la niña/o.



COMBINACIÓN DEL HIERRO



BUENA COMBINACIÓN



Naranja Jugos cítricos Limón



MALA COMBINACIÓN



Queso Leche Café

RECOMENDACIONES PARA LA ANEMIA

- Jugos de guayaba.
- Jugos de uvas negras + acelga.
- Jugo de manzana + fresa + mora y miel.
- Jugo de zanahoria + remolacha + naranja.
- Consumir 2 veces por semana carnes rojas.
- Hígado una vez por semana.
- A las comidas con lenteja agregar unas gotitas de limón.
- Combinar frejoles secos + carnes (pollo, res, cerdo, pescado) + jugos cítricos.

NO combinarlos con la leche



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Encuesta alimentaria



Sírvase a contestar la siguiente encuesta que tiene como objetivo:
Determinar el estado nutricional en mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la maternidad Andrés de Vera.

1. Indique su edad
 - <14 años
 - 15 -20 años
 - 21-30 años
 - 31-40 años
 - >años
2. El lugar de donde proviene
 - Urbano
 - Rural
 - Urbano Marginal
3. Sus ingresos económicos son:
 - Canasta Vital
 - Canasta básica
4. La ingesta de alimentos las realiza en:
 - Casa
 - Restaurante
 - Locales de comida rápida
5. Con que frecuencia realiza sus controles gestacionales
 - Cada mes
 - Cada dos meses
 - A veces
6. Seleccione el número de partos que ha tenido.
 - Primer parto
 - Segundo parto
 - Partos múltiples

7. Cantidad de carnes rojas, blancas y vísceras que consume a la semana
Carnes rojas (200 – 300mg)
Carnes blancas (200 – 250mg)
Vísceras (100 – 150mg)
8. Su consumo de lácteos al día
Una vez
Dos veces
Tres veces
Cuatro veces
Más
9. Consumo de frutas y verduras que contengan vitamina C al día
Sí
No
A veces
10. Consumo al día de arroz, harinas y granos
Una vez
Dos veces
Tres veces
Más
11. Consume Ud. suplemento de hierro suministrado por:
El Ministerio de Salud Pública
Médico particular
12. Toma a diario el suplemento de hierro
Sí
No



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
Evaluación antropométrica

Sírvase a contestar la siguiente encuesta que tiene como objetivo:
Determinar el estado nutricional en mujeres embarazadas que padecen anemia ferropénica y que acuden a la maternidad Andrés de Vera.

1. Talla (cm)
 - 140-150 cm
 - 151-160 cm
 - 161-170 cm
 - > 171 cm

2. Peso (kg)
 - 40-50 kg
 - 51-60 kg
 - 61-70 kg
 - 71-80 kg
 - >80 kg

3. Estado nutricional al comienzo del embarazo
 - Bajo peso
 - Normo peso
 - Sobrepeso
 - Obesidad

4. Diagnóstico de anemia
 - Anemia leve
 - Anemia moderada
 - Anemia grave



ALIMENTACIÓN EN EMBARAZO CON ANEMIA FERRÍPICA

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos de la mujer y del nuevo ser.

EN EMBARAZO NECESITA:

Alimentos energéticos: permiten realizar las actividades propias de la embarazada y la energía necesaria para el desarrollo y crecimiento del niño. (JM, arroz, plátano, fideos, etc.)

Alimentos formadores: ayudan a la formación de nuevos tejidos de la madre y del niño. (JM, carnes, huevos, pollo, etc.)

Alimentos reguladores: protegen al organismo del estrés de la madre y de infecciones al niño. (JM, naranja, tomate, zanahoria, etc.)

Ácidos grasos esenciales: importantes para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y del oído de la niña/o. (JM, aceites de girasol, oliva, canola)

COMBINACIÓN DEL HIERRO

↑
Citrinos

↓
Elevados de
leche y calcio

BUENA COMBINACIÓN

Naranja, Jugos cítricos, Limón

MALA COMBINACIÓN

Queso, Leche, Café

RECOMENDACIONES PARA LA ANEMIA

- Jugos de guayaba.
- Jugos de uvas negras + acelga.
- Jugo de manzana + fresa + miel.
- Jugo de zanahoria + remolacha + naranja.
- Consumir 2 veces por semana carnes rojas.
- Hígado una vez por semana.
- A las comidas con lentejas agregar unas gotitas de limón.
- Combinar frejoles secos + carnes (pollo, res, cerdo, pescado) + jugos cítricos.

NO combinarlos con la leche.

¹ Entrega de la propuesta al director de la maternidad Andrés de Vera



² Entrega de la propuesta a las mujeres embarazadas





⁴ Charlas a la mujeres embarazadas sobre combinacion del hierro