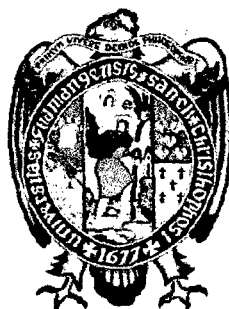


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
**ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**Factores asociados a la nutrición materna y su
repercusión en el peso del recién nacido a término.
Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.**

PRESENTADO POR:

MANCILLA ROJAS, Gaby
ONCEBAY TIPE, Maritza Gheovana

ASESOR:

VELARDE VALER, Héctor Danilo

AYACUCHO – PERÚ

2015

Tesis
0753
Man
Ej-1

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RDN° 131-FC-de la S-UNSCH

Bach .Gaby Mancilla Rojas

Bach. Maritza Gheovana Oncebay Tipe

En la ciudad de Ayacucho siendo las ocho y veinte de la mañana del día veintitrés de Octubre del dos mil quince, se reunieron en el ambiente del auditorio del Departamento Académico de Obstetricia, los miembros del jurado Evaluador conformado por las siguientes docentes:

Prof. José Manuel DIEZ MACAVILCA (Presidente)

Prof. Vilma ZORRILLA DELGADO (Miembro)

Prof. María Luisa LEON MENDOZA (Miembro)

Prof. Magna MENESES GARRIGOS (Miembro)

Bajo la presidencia del primero de los nombrados, en calidad de Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud, actuando como Secretaria Docente la Mg. Castilla Torres Nancy Victoria.

Acto seguido el Sr. Presidente del Jurado Evaluador solicita a la Secretaria Docente dar lectura a los documentos que obran en mesa:

- Expediente para Título N° 004472 Y 004471 Presentado por las **Bach. Gaby MANCILLA ROJAS Y Maritza Gheovana ONCEBAY TIPE.**
- Resolución Decanal N° 131- FC – de la S –UNSCH de la fecha seis de Octubre del dos mil quince.

A continuación el Sr. Presidente del Jurado invita a las sustentantes a exponer su trabajo de **Tesis Titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA NUTRICION MATERNA Y SU REPERCUION EN EL PESO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO." HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENERO – MARZO 2015,** en el tiempo reglamentario.

Concluida la presentación del trabajo de Tesis el Sr. Presidente invita a los miembros del Jurado Evaluador a formular las preguntas pertinentes al trabajo de Tesis sustentado.

Concluida esta etapa el Sr. Presidente del Jurado solicita a los aspirantes al Título de Obstetras y al público en general a abandonar momentáneamente el ambiente del auditorio para la deliberación del Jurado Evaluador, luego del cual se obtiene la nota correspondiente para cada sustentante, el cual se resume a continuación.

Evaluación de la Bach. Gaby MANCILLA ROJAS

JURADOS	Nota Texto	Nota Exp.	Not. Preg, Resp.	Promedio
Prof. José M. DIEZ MACAVILCA	17	17	17	17
Prof. Vilma ZORRILLA DELGADO	17	17	17	17
Prof. María L. LEON MENDOZA	16	16	16	16
Prof. Magna MENESES GARRIGOS	17	17	17	17
Promedio final				17

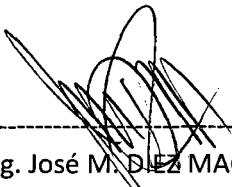
Evaluación de la Bach. Maritza Gheovana ONCEBAY TIPE

JURADOS	Nota Texto	Nota Exp.	Not. Preg, Resp.	Promedio
Prof. José M. DIEZ MACAVILCA	17	17	17	17
Prof. Vilma ZORRILLA DELGADO	17	17	17	17
Prof. María L. LEON MENDOZA	16	16	16	16
Prof. Magna MENESES GARRIGOS	17	17	17	17
Promedio final				17

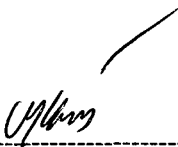
De la evaluación de los miembros del Jurado Evaluador se plasma la siguiente conclusión del promedio final para cada sustentante:

- 1. Aprobar por unanimidad a la Bach. Gaby MANCILLA ROJAS con la nota de diecisiete (17)
- 2. Aprobar por unanimidad a la Bach. Maritza Gheovana ONCEBAY TIPE con la nota de diecisiete (17)

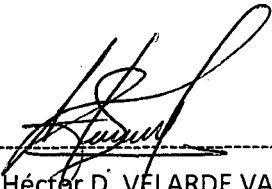
De lo actuado los miembros del Jurado Evaluador, así como el asesor Prof. Héctor Danilo VELARDE VALER, firman al pie de la presente acta, para dar fe del presente acto académico, indicando alas sustentantes levantar las observaciones plasmadas en las hojas de resumen y calificación. Concluyéndose a las Diez de la mañana.


Mg. José M. DIEZ MACAVILCA
Presidente


Prof. Vilma ZORRILLA DELGADO
Miembro


Prof. María L. LEON MENDOZA
Miembro


Prof. Magna MENESES CARRIGOS
Miembro


Prof. Héctor D. VELARDE VALER
Asesor


Mg. Nancy V. CASTILLA TORRES
Secr. Docente

DEDICATORIA

*A Dios por ser la luz y voz de
mi alma y por estar siempre
presente.*

*A la memoria de mi padre Eulogio
Oncebay quien día a día me guía
e ilumina en mis horas de estudio y
así culminar el sueño anhelado.*

*A mi querida madre Floriza
tipe y mis queridos hermanos:
Sara, Orlando, Percy, Nancy,
Meliza y Enver; a quienes los
tengo presente en mi mente y
son motivo de mi lucha para
seguir superándome.*

*A mis queridos hijos Luis Antony y
Anahi Treysi por ser motivo de mi
superación y ha Luis por su apoyo
incondicional.*

*A todos mis familiares y mis
queridos sobrinos que están
siempre conmigo en mis
recuerdos y en mi corazón.*

MARITZA GHEOVANA ONCEBAY TIPE

DEDICATORIA

A Dios por quien existo, por quien soy, por darme más de lo que merezco y por estar siempre guiando la senda de mi camino.

Por ser el pilar fundamental en mi vida, a quienes agradezco por darme la vida y por hacer de mí una buena persona y quienes apostaron y dieron todo de ellos, para poder ser lo que soy en estos momentos; a ustedes con mucho amor:

Samuel Mancilla Cerón

Felicia Rojas Mendoza.

A mis hermanos: yeni, Zueli, Daniel y Edgar quienes incondicionalmente me brindaron su apoyo.

A todos mis queridos sobrinos y en especial a mi pequeña Ariana Killary a quien desde el cielo su madre nos guiara para poder salir adelante.

A todos mis familiares y amistades quienes confiaron en mi persona y me brindaron su apoyo incondicional para poder concluir mis estudios.

GABY MANCILLA ROJAS

AGRADECIMIENTO

En primer lugar expresamos nuestro agradecimiento a Dios por darnos la vida, la salud, y la fortaleza para seguir construyendo nuestros sueños y así lograr nuestras metas propuestas.

A la facultad de obstetricia y su plana de docentes por las enseñanzas, paciencia y orientaciones impartidas durante nuestra formación profesional de salud destinado al servicio de la sociedad.

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos por el cual agradecemos a nuestro asesor y a los señores miembros de jurados por su valiosa colaboración apoyo y orientación durante el desarrollo del presente trabajo.

Al Hospital Regional de Ayacucho y a los profesionales del servicio de Gineco-obstetricia por permitirnos realizar en la institución la presente investigación.

Finalmente a todas aquellas personas, familiares, y amistades que de alguna u otra manera contribuyeron con su valioso apoyo y colaboración para la culminación de la presente investigación.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO I:

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	04
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	08
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	09

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	10
2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA	14
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS.....	34
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	36

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO.....	37
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	37
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	39

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
CONCLUSIÓN.....	70
RECOMENDACIÓN	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

La morbilidad materna debido a la malnutrición constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública que afrontan los países en vías de desarrollo. El déficit nutricional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación incrementan el riesgo de insuficiencia cardíaca para la madre y el feto, el parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer, a este último le genera en etapas posteriores de la vida consecuencias como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento y mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.¹

La relación entre desnutrición materna y bajo peso al nacer es utilizada mediante la proporción de recién nacidos de bajo peso como un indicador del estado nutricional de la población gestante. Es así que desde el punto de vista de salud pública, el peso al nacer es el parámetro que se relaciona más estrechamente con la supervivencia, con el crecimiento antropométrico y con el desarrollo mental del recién nacido.²

En consecuencia, el embarazo se caracteriza por las necesidades aumentadas de casi todos los nutrientes como los macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, etc.) y micronutrientes (vitaminas y minerales), porque el feto se alimenta de la madre. La formación

socioeconómica cultural de un país puede condicionar el carácter de privación tanto alimentaria como social, y de esta forma, repercutir desfavorablemente sobre el individuo en crecimiento e impedir la plena manifestación de sus potencialidades genéticas, por lo que se reconoce la importancia primordial de la nutrición de la mujer en el embarazo para la salud de ella y del futuro niño.³

Durante las prácticas realizadas en el Hospital Regional de Ayacucho se ha observado elevado porcentaje de gestantes con ganancia de peso inadecuado, bajos niveles de hemoglobina y recién nacidos de bajo peso. La importancia del peso al nacer radica en la utilización de esta variable como un indicador de supervivencia, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental del recién nacido, los cuales deben de tomarse en cuenta cuando se da de alta al recién nacido. Igualmente, se atiende a gestantes con condición económica baja que también presentan recién nacidos con bajo peso, convirtiéndose en problema de salud pública siendo necesario realizar intervenciones de salud para prevenir los problemas de salud que podrían presentarse.

Se realizó una investigación aplicada, el método de estudio es la transversal, descriptivo, la muestra estuvo constituido por 211 puérperas y sus recién nacidos a término en el Hospital Regional de Ayacucho.

Por las razones expuestas se planteó el presente trabajo de investigación con el objeto de identificar los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término de gestantes que se atienden en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero –

marzo 2015.

Los resultados de la investigación determinaron que el 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso. El 93.8% (198) recién nacidos a término atendidos presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso. El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P<0.05$). El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno es dependiente de la edad materna, paridad, diabetes gestacional y consumo de tabaco ($P<0.05$).

CAPITULO I:

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mediciones antropométricas permiten evaluar el estado nutricional de la gestante y predecir como afrontará el desgaste fisiológico y nutricional que el embarazo implica, sin embargo la desnutrición materna (tanto pre gestacional como gestacional) tiene consecuencias graves para el neonato, dadas por la elevada incidencia de bajo peso al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor.⁴

Una nutrición materna adecuada es un requisito para el crecimiento fetal normal. Existe una relación positiva entre el estado nutricional pre gestacional, la ganancia ponderal y el peso del recién nacido. La ganancia ponderal, varía con el peso previo de la madre, y por consiguiente determina según sea este, diferentes gradientes en el peso del recién nacido. Sin embargo, estudios epidemiológicos muestran una amplia tolerancia a una desnutrición materna, sin manifestaciones clínicas sobre el crecimiento fetal. Asimismo, la edad materna extrema constituye un

factor de riesgo para el peso de nacimiento del niño, tanto en las edades inferiores a 20 años como en las mayores de 35 años. En las adolescentes la madurez biológica y psicológica no se ha alcanzado, por lo general no tienen independencia económica y no han terminado sus estudios y en caso de las añosas, se considera el inicio del envejecimiento del sistema reproductor. La clase social tiene un efecto significativo sobre el peso fetal, tanto que debiera ser considerada como la variable independiente por excelencia, y las relacionadas con el estado nutricional materno, las diferencias biológicas y el metabolismo, como variables asociadas a ella.⁵

Por otro lado, el peso de un niño al nacer es el determinante más importante en la posibilidad de su sobrevivencia; el bajo peso al nacer (inferior a 2500 g) representa en la actualidad uno de los problemas prioritarios de salud, que se asocia a la mayoría de las defunciones de niños menores de un año, y además influye en la calidad de la vida futura. Se plantea que la mortalidad infantil es 40 veces mayor en los recién nacidos de bajo peso que en los niños nacidos con peso normal y a término. De igual forma la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que uno de cada 6 niños nace con bajo peso y que existe un índice mundial de 17%.⁶ Cada año nacen en el mundo 20.5 millones de niños con bajo peso haciendo un total de 17% del total de nacimientos a nivel mundial. Las estadísticas muestran una proporción mayor en países subdesarrollados (19%); en Guatemala llegó hasta 40% y en algunas regiones de la India como en Bangladesh hasta 50%. En naciones desarrolladas, las cifras

fueron muy inferiores: Estados Unidos de Norteamérica, alrededor de 7%; Reino Unido, 6%; España, 5%; Finlandia, Islandia, Lituania 4% y Suecia, 3.6%.⁷

El peso al nacimiento es un indicador que expresan el nivel de calidad de los cuidados durante la gestación y que se encuentran íntimamente relacionados con determinadas variables sociodemográficas como la edad de la madre, el nivel económico, resultando un indicador fundamental para evaluar las desigualdades en salud. Igualmente, existen variables que modifican el crecimiento fetal, entre las que destacan condiciones biológicas como la paridad, la talla materna, la edad y el sexo del recién nacido y por otro lado existen condiciones patológicas como el tabaquismo, la diabetes gestacional o la hipertensión inducida por el embarazo.⁸

En Perú, uno de los indicadores de desnutrición que es la anemia se reportó en el 28% de gestantes a nivel nacional. Conforme aumenta el rango de edad, disminuye la anemia leve, pero aumenta la anemia moderada y severa. La prevalencia de anemia aumenta conforme aumenta el rango de edad gestacional, esto es más marcado para la anemia leve y moderada, pero no así para la anemia severa. Del mismo modo la prevalencia de anemia en gestantes aumenta conforme aumenta la altitud a nivel del mar, siendo menor a menos de 1000 msnm y mayor a más de 3500 msnm, encontrándose Ayacucho a 2746 msnm. Las regiones de la sierra como Puno y Huancavelica son las que tienen mayor prevalencia de anemia leve.⁹

Respecto a la anemia por provincias del Perú, de acuerdo al informe “Anemia en gestantes del Perú y provincias con comunidades nativas 2011”, la provincia de Sucre (Ayacucho) es la que tiene mayor prevalencia de anemia leve (72.3%), sigue la provincia de Espinar (Cusco) con 64.6%. La provincia de Huanca Sancos en Ayacucho es la que presentó mayor prevalencia de anemia moderada con 26.8%. La Provincia de Cotabambas en Apurímac fue el que presentó mayor prevalencia de anemia severa en la gestación con 5%, así mismo la provincia de Candarave en Tacna obtuvo un 3.3% de prevalencia. Respecto a las Redes de salud, la Red de Cotabambas (4.2%) de la DIRESA Apurímac, la Red de Churcampa (3.1%) de la DIRESA Huancavelica y la Red de San Francisco (2.0%) de la DIRESA Ayacucho son los que presentan mayor prevalencia de anemia en gestantes. La Red de Churcampa (21.8%) de la DIRESA Huancavelica, la Red de San Miguel (19.0%) de la DIRESA Ayacucho y la Red de Huancavelica (14.9%) de la DIRESA Huancavelica son las que tienen mayor prevalencia de anemia moderada. La Red San Román (56.6%) de la DIRESA Puno, la Red Sánchez Carrión (55.6%) de la DIRESA La Libertad y la Red Acobamba (55.3%) de la DIRESA Huancavelica son las que presentaron mayor prevalencia de anemia leve.⁹

La región de Ayacucho presenta similar realidad, durante el año 2011 tenía una tasa de bajo peso al nacer de 6.7%, lo cual es 0.6% menos que en el año 2007. El distrito de Pararca (Paucar del Sara Sara) tenía una tasa de incidencia de 153.9%, siendo el distrito con mayor tasa de bajo

peso al nacer, en comparación a 74 distritos del departamento de Ayacucho que no registraron niños con bajo peso al nacer.¹⁰

Asimismo, según el Sistema Informático Perinatal (SIP, 2013) durante el año 2013 en el Hospital Regional de Ayacucho se han reportado 1342 nacimientos, de los cuales 64 correspondieron a recién nacidos con bajo peso, 1249 a recién nacidos con peso adecuado y 29 a recién nacidos macrosómicos. Igualmente, el índice de masa corporal materno se distribuyó de la siguiente forma: madres con bajo peso 15.2%, peso normal 39.2% y con sobrepeso 45.6%.¹¹

Por esta razón fue importante realizar la presente investigación y nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

- ¿Cuáles son los factores asociados a la nutrición materna y su repercusión en el peso del recién nacido a término en el Hospital Regional de Ayacucho durante el período enero – marzo 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

- Conocer los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1° Determinar el estado nutricional materno en mujeres atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.
- 2° Determinar el peso de los recién nacidos a término atendidos en el nosocomio en estudio.
- 3° Relacionar el estado nutricional materno con el peso de los recién nacidos de partos normal.
- 4° Relacionar el estado nutricional materno y el peso del recién nacido de parto normal con los factores maternos como edad, talla, paridad, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, nivel económico y consumo de tabaco.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Rey et al (Cuba: 2013), “Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud”, **Objetivo:** identificar los factores nutricionales maternos relacionados con el bajo peso al nacer en pacientes del Área I del municipio Cienfuegos. **Métodos:** se realizó un estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles entre enero 2006 y diciembre 2008. Se estudiaron 50 madres de recién nacidos de bajo peso (casos) y 100 madres de niños normo pesos (controles) a razón de 2 por cada caso, seleccionadas del registro de nacimientos del área. Se revisaron las historias clínicas obstétricas y se entrevistó a cada paciente para evaluar sus hábitos alimentarios según frecuencia de comidas y grupos de alimentos consumidos. El procesamiento de la información se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 15,0. Los resultados se presentaron en tablas con frecuencias absolutas, porcentajes y resultados de las técnicas estadísticas empleadas. **Resultados:** se comportaron como factores de riesgo para bajo peso del recién nacido la edad materna ($P<0.05$) y el estado nutricional materno, no se comportaron como factor

de riesgo la paridad ($P>0.05$). **Conclusiones:** los factores nutricionales maternos influyeron en la incidencia del bajo peso al nacer, fundamentalmente los hábitos alimentarios inadecuados.¹²

Mirabal (2011: Cuba), “Factores que inciden en el estado nutricional materno y peso del recién nacido, Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, Cuba”. **Objetivo:** Identificar los factores que inciden en el estado nutricional materno y peso del recién nacido, Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, Cuba. **Método y Población:** Tipo de estudio descriptivo, de corte transversal, la población estuvo constituida por todas las gestantes que solicitaron atención prenatal y parto institucionalizado. La muestra estuvo constituida 130 mujeres de 15 a 45 años. **Resultados:** reportó en 65 mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, presentaron 35.0% de recién nacidos con pesos menores de los 2500 gramos, indicando que la hipertensión inducida por el embarazo es un factor de riesgo para recién nacidos con bajo peso ($OR= 2.18$, $IC95\%: 1.96 - 4.01$) ($P<0.05$). Asimismo, 42 mujeres con ingreso económico precario presentaron 61.0% de los recién nacidos con pesos menores de los 2500 gramos, indicando que el ingreso económico es un factor de riesgo para recién nacidos con bajo peso ($OR= 3.49$, $IC95\%: 2.99 - 4.86$) ($P<0.05$). **Conclusión:** los factores de riesgo para el bajo peso del recién nacido son la hipertensión inducida por el embarazo y el ingreso económico precario ($P<0.05$).¹³

Rodríguez PL (Cuba: 2011), “Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna”. **Objetivo:** Analizar la relación entre desnutrición materna,

ganancia de peso transgestacional y peso al nacer. **Métodos:** Estudio efectuado en el equipo básico número 2, del área de salud Milanés, de Matanzas, a 124 mujeres paridas con bajo peso preconcepcional (desnutridas), entre los años 2000 y 2009, que se compararon con igual número de féminas, también paridas normopeso, y en similar período de tiempo. Las variables contempladas fueron: edad materna, ganancia de peso en el embarazo, hemoglobina en el tercer trimestre de gestación y peso del recién nacido. **Resultados:** reportó asociación entre el índice de masa corporal materno con el peso del recién nacido ($P < 0.05$). **Conclusiones:** Se puso de manifiesto que la desnutrición materna es un predictor del peso deficitario al nacer. Se hace necesario revalidar la identificación de las mujeres en edad fértil desnutridas antes de engendrar, propiciar atención nutricional y terapéutica oportuna por parte de los profesionales que atienden la atención primaria de salud.¹⁴

Casas (2010: Cuba), "Factores de riesgo asociados al estado nutricional materno y peso del recién nacido, Policlínico "Raúl Gómez", Cuba".
Objetivo: Identificar los Factores de riesgo asociados al estado nutricional materno y peso del recién nacido. Método y Población: Descriptivo, de corte transversal. Población constituida por todas las mujeres atendidas en el Policlínico "Raúl Gómez" y la muestra constituida por 125 mujeres, Muestreo no probabilístico, intencional. Resultados: reportó en 125 mujeres en estudio, como factor de riesgo la talla baja materna (≤ 155 cm) para recién nacidos con pesos menores de 2500 gramos ($OR = 2.86$, $IC_{95\%}: 2.17 - 6.56$) ($P < 0.05$); la diabetes gestacional no se comporta

como factor de riesgo para recién nacidos con pesos menores de 2500 gramos (OR= 0.865, IC95%: 0.45 – 0.93) ($P > 0.05$) y el consumo de cigarrillos se comporta como un factor de riesgo para recién nacidos con pesos menores de 2500 gramos (OR= 6.89, IC95%: 4.56 – 8.23) ($P < 0.05$). Conclusión: Existe factores maternos implicados con el bajo peso del recién nacido.¹⁵

Giraldo y Orduz (Colombia: 2007), “Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos”. **Objetivo:** Mostrar la relación existente entre el estado nutricional de las gestantes indígenas afiliadas a la EPS Mallamas, quienes fueron atendidas para su parto en el Hospital San Juan de Dios de Río sucio entre Agosto de 2004 y Julio de 2005, con base en las medidas antropométricas, y el peso de sus recién nacidos a término. **Materiales y métodos:** Investigación de tipo retrospectivo de datos rutinarios, a partir del cual se valoró el comportamiento del estado nutricional durante el embarazo de las mujeres indígenas de Río sucio en dos grupos de comparación (expuestas y no expuestas) entre Agosto de 2004 y Julio de 2005. **Resultados:** De la muestra estudiada el 63.5% de las gestantes tenían peso normal; sin embargo, el 44.7% de los recién nacidos del total de la muestra tuvieron peso por debajo de 3.000 g., de los cuales el 13.9% correspondían a recién nacidos, hijos de madres de bajo peso. Se obtuvieron datos de gestantes con sobrepeso y obesidad (53 casos), de los cuales 4.6% tuvieron bebés catalogados con peso deficiente. **Conclusión:** Se encontró un riesgo relativo significativo ($X^2=$

26; RR: 3,8; IC95% 3,18 – 5,18), entre el peso del recién nacido y el IMC materno en el primer control prenatal.¹⁶

Vega y Sotelo (Ayacucho: 2013), “Ganancia de peso materno en adolescentes según índice de masa corporal pregestacional y su relación con el peso del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Agosto – Octubre 2013. **Objetivo principal:** Conocer la ganancia de peso materno en adolescentes según índice de masa corporal pregestacional y su relación con el peso del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Agosto – Octubre 2013. **Métodos:** Aplicada, Transversal, Descriptivo. La muestra estuvo constituida por 110 adolescentes atendidas en el período comprendido entre agosto a octubre 2010. **Resultados:** De las 110 gestantes en estudio, el 80% presentaron estado nutricional normal, 16.4% bajo peso y 1.8% sobre peso y obesidad respectivamente. La ganancia de peso materno estaba asociada al peso del recién nacido ($P<0.05$) y no estaba asociada a condición económica, procedencia, nivel de instrucción, estado civil y nivel de hemoglobina. **Conclusión:** Solamente el peso del recién nacido fue la variable a la ganancia de peso materno.¹⁷

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA

2.2.1. ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

La valoración del estado de nutrición de la embarazada es de capital importancia, no sólo para el buen final de la gestación, sino también para la salud de la mujer y sus futuros embarazos. La necesidad de evaluar el crecimiento y el desarrollo fetal se ha constituido en una prioridad debido

a la magnitud de la población de niños con alteraciones del crecimiento prenatal, fundamentalmente en los países en vías de desarrollo. La desnutrición de la madre produce un efecto principal: la disminución del peso de nacimiento del niño. La malnutrición crónica que sufren muchas madres desde su infancia desempeña un papel esencial en esa insuficiencia de peso.¹⁸

La información referente al estado nutricional, el pasado nutricional y el consumo alimentario actual, la edad, la actividad, la paridad, el espacio intergenésico, las condiciones socioeconómicas y el nivel de educación, permiten seleccionar a las mujeres de alto riesgo para poder proponer medidas preventivas. En algunos casos será necesaria la referencia al nivel de mayor complejidad, si se estima que un cuadro patológico puede estar influyendo en el estado nutricional detectado. Otra causa asociada con el bajo peso al nacer es la anemia materna. El requerimiento de hierro durante el embarazo se calcula en aproximadamente 500 mg por encima del requerimiento basal (requerimientos del feto y placenta + pérdida de sangre durante el parto y puerperio). Se recomienda la prevención de la anemia durante el embarazo como medida universal.¹⁸

VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMETRICA DE LA GESTANTE DE ACUERDO AL MINSA.

La valoración nutricional de acuerdo a la Norma Técnica (2005) refiere lo siguiente:¹⁹

El riesgo de problemas nutricionales durante la gestación es mayor en adolescentes, mujeres de bajo peso pregestacional, gestantes con

sobrepeso y obesas. Estudios sobre ganancia de peso correlacionan la desnutrición materna con el peso del niño al nacer, específicamente con la restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU), recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG) y también con el parto prematuro espontáneo, mortalidad y morbilidad perinatal.

De otro lado, las mujeres que ganan insuficiente peso durante el embarazo tienden a presentar complicaciones maternas como amenaza de parto pretérmino, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso al nacer.

La excesiva ganancia de peso está asociada con complicaciones como diabetes gestacional y dificultades durante el parto debido a recién nacidos macrosómicos. Debido al fuerte impacto que la ganancia de peso tiene sobre el embarazo, el monitoreo para una óptima ganancia de peso debe constituir una actividad muy importante en los establecimientos de salud, es así que la antropometría juega un rol importante en la evaluación nutricional de la madre. La valoración antropométrica comprende la toma de medidas de talla, peso actual, peso usual o pregestacional e índice de masa corporal. Estas medidas tomadas a inicios de la gestación deben ser utilizadas para evaluar el estado nutricional de la gestante. La toma de peso en los controles sucesivos es imprescindible para su registro y gráfica en la ficha de monitoreo.

El control del peso es parte del control prenatal el que en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, permite la identificación precoz de los problemas que pueden perjudicar a la madre, al feto, o al recién nacido,

evitando la morbilidad y mortalidad perinatal.

En 1990, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó un informe de nutrición durante el embarazo, proponiendo nuevos estándares de ganancia de peso en la gestación, aceptando que el peso pregestacional es el determinante de la ganancia de peso gestacional. Además refieren estudios de mujeres con peso pregestacional normal que ganan entre 11.5 a 16 Kg. tienen un embarazo saludable, mientras que mujeres con bajo peso necesitan ganar más y las gestantes con sobrepeso menos.

La presente norma es resultado de un esfuerzo más por establecer directivas para una adecuada valoración antropométrica, que permita a su vez una adecuada orientación e intervención a la madre. En ese sentido se ha tomado como base el modelo propuesto por el Instituto de Medicina de Estados Unidos para el desarrollo de instrumentos que permitan facilitar a nivel operativo la ejecución de la actividad, para el cumplimiento se debe satisfacer los siguientes objetivos:

- Normalizar los procedimientos técnicos para la valoración nutricional antropométrica de la gestante en los prestadores del sector salud en el marco de la atención integral.
- Realizar una adecuada valoración del estado nutricional.
- Estandarizar la terminología a utilizar dentro de la valoración nutricional antropométrica.
- Estandarizar las metodologías de valoración nutricional de la gestante.
- Brindar herramientas estandarizadas para los procedimientos

técnicos a seguir para una adecuada valoración del estado nutricional.

CLASIFICACION DE LAS GESTANTES SEGÚN IMC PREGESTACIONAL

Clasificación del Estado Nutricional	Puntos de Corte Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG)
Bajo Peso	< 19,8
Normal	19,8 - 26,0
Sobrepeso	26,1 - 29,0
Obesidad	>29,0

Fuente: Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990.

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO DE LA GESTANTE

Clasificación Nutricional	1 ^{er} Trimestre	2 ^o y 3 ^{er} Trimestre	Recomendaciones de Ganancia de Peso Total Kg.
Bajo Peso (IMC PG < 19,8)	2,3 Kg/Trim	0,5 Kg/Sem.	12,5-18,0
Normal (IMC PG 19,8 a 26)	1,6 Kg/Trim	0,4 Kg/Sem.	11,5 - 16,0
Soprepeso (IMC PG 26 a 29)	0,9 Kg/Trim	0,3Kg/Sem.	7,0 - 11,5
Obesidad (IMC PG > 29)			6,0 - 7,0

Fuente: Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990.

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO EN CASO DE EMBARAZO MULTIPLE

Clasificación Nutricional	2º y 3º Trimestre	Recomendaciones de Ganancia de Peso Total (Kg) Mellizos
Bajo Peso (IMC PG < 19,8	0,8 Kg/Sem.	20,0
Normal (IMC PG 19,8 a 26)	0,7 Kg/Sem.	16 a 20,5
Soprepeso (IMC PG 26 a 29)	0,7Kg/Sem.	16
Obesidad (IMC PG > 29)		Al menos 7,0

Fuente: Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990.

RECOMENDACIONES DE GANANCIA DE PESO DE GESTANTES TALLA <1.57 METROS.

Clasificación del Estado Nutricional	Recomendación de ganancia de Peso (Kg)
Bajo Peso	12,5
Normal	11,5
Sobrepeso	7
Obesidad	6

Fuente: Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990.

a. CONDICIONES PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN GESTANTES.

De acuerdo a la Directiva Sanitaria para la evaluación nutricional antropométrica y ganancia de peso durante la gestación según la DIRESA – Cusco, las condiciones para la valoración nutricional de la gestante son las siguientes: ²⁰

- 1° La valoración nutricional será desarrollada por personal capacitado y de acuerdo al nivel de complejidad.
- 2° En el primer nivel de atención se realizará como parte de las actividades de atención de salud, donde incluya la batería de análisis la cual será referida al nivel inmediato superior y se brindará la orientación y consejería nutricional dependiendo del diagnóstico, lo que quedará registrado en la historia clínica.
- 3° En segundo y tercer nivel de atención se realizará la valoración nutricional antropométrica, dietética, clínica y bioquímica de la gestante según se considere necesario; se registra en la historia clínica los resultados correspondientes como: clasificación nutricional y otras medidas antropométricas, anamnesis alimentaria, datos clínicos y bioquímicos, el diagnóstico nutricional y tratamiento correspondiente. La valoración nutricional estará a cargo del profesional nutricionista o profesional capacitado.

b. CONSIDERACIONES PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA GESTANTE

Como parte del plan de atención integral de salud que se brinda a la gestante, el personal de salud deberá tomar en cuenta considerar lo siguiente:²⁰

- 1° La gestante que acude al establecimiento de salud por primera vez o continuadora se le realizará la evaluación nutricional antropométrica.
- 2° La evaluación nutricional antropométrica estará a cargo del nutricionista o por personal capacitado de acuerdo a la metodología

toma de peso y talla.

- 3º Una vez obtenido los datos de peso y talla se realiza el cálculo peso pre gestacional: que puede ser normal, bajo peso, sobrepeso y obeso, y a partir de este diagnóstico se evaluará a la gestante durante el periodo de gestación.

c. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA GESTANTE²⁰

- 1º Tabla de recomendaciones de ganancia de peso para la gestante según índice de masa corporal pre gestacional.
- 2º Ficha de monitoreo de ganancia de peso según estado nutricional pre gestacional y semanas de gestación.
- 3º Tabla de valoración nutricional pre gestacional.
- 4º Tabla Clas.

d. ESQUEMA PARA LA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA GESTANTE²⁰

- 1º Anamnesis alimentaria en todas las consultas.
- 2º Medición de peso en todos los controles.
- 3º Medición de talla en la primera consulta en gestantes adultas. Para el caso de las adolescentes en forma trimestral.
- 4º Cálculo de la edad gestacional en todas las consultas.
- 5º Evaluación del estado nutricional: incluye conocer el peso pre gestacional para ello se hará uso de la tabla de índice de masa corporal pre gestacional en la primera consulta.
- 6º Tabla de recomendación de la ganancia de peso de gestantes: considerando su peso pre gestacional, normal, se evaluará la

ganancia de peso de la gestante durante todo el embarazo en el rango de normal, en todas las consultas.

- 7° Monitoreo de la ganancia de peso de la gestante: el monitoreo individual según el estado nutricional pre gestacional, se aplica a todas las gestantes que son monitorizadas en forma mensual para verificar su ganancia de peso, se aplica a partir del primer o segundo control prenatal en todas las consultas.
- 8° Consejería nutricional en todas las consultas.
- 9° Administración de hierro y ácido fólico a partir de las 14^{va} semana del embarazo.
- 10° Administración de carbonato de calcio a partir de la 14^{va} semana.

e. CONTROL DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

Las observaciones a realizar sobre la mujer ya están incluidas en la rutina de control prenatal y consisten en la toma de: ¹⁸

- 1° Peso: la mujer debe estar descalza y con ropa liviana, se tomará en balanza de adultos, registrando kg con una aproximación de 0,5 kg.
- 2° Talla: es importante tomarla en los primeros meses, ya que sobre el final del embarazo la lordosis o curvatura compensatoria de la columna vertebral hacia delante lleva a obtener una talla menor que la real. Es conveniente disponer de un tallímetro para adultos. La talla se registrará en cm, sin decimales. Para ello se aproximarán los valores intermedios al entero más próximo. Ejemplo: 165,4 = 165 cm; 165,7 = 166 cm.
- 3° Edad gestacional: este dato será calculado por el obstetra a partir de

la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, o bien a partir de la altura uterina. Se expresa en semanas.

- 4° Hemoglobina: se recomienda efectuar un control de la concentración de Hemoglobina (de acuerdo con las facilidades de laboratorio con que se cuente) durante el segundo trimestre de embarazo.

f. EVALUACIÓN NUTRICIONAL PROPIAMENTE DICHA

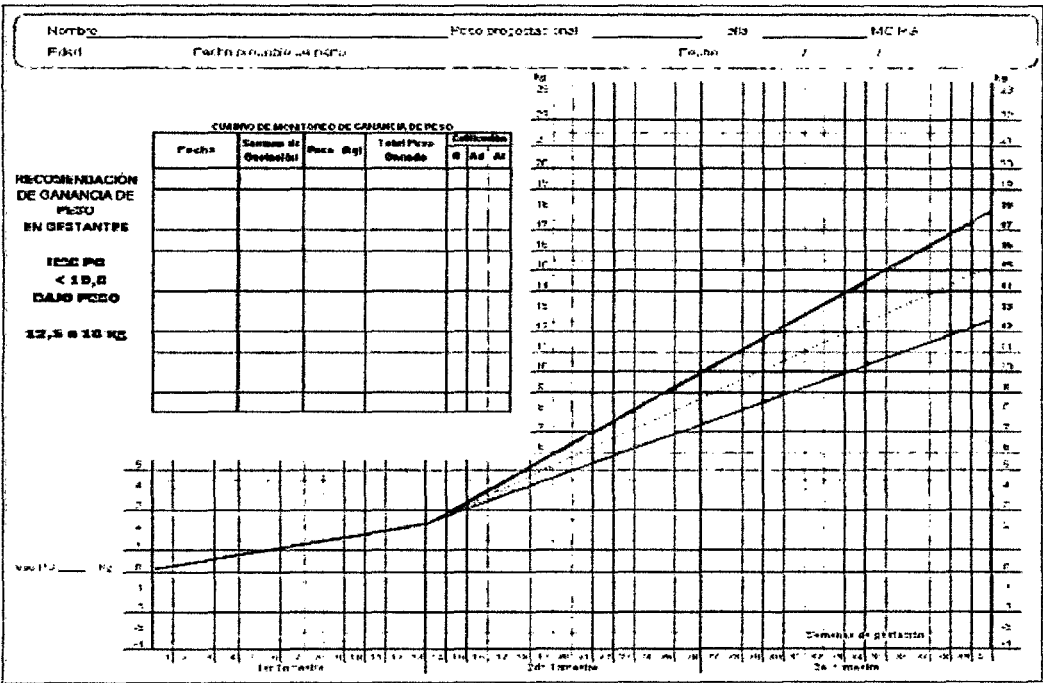
Deben contemplarse las siguientes situaciones: ¹⁸

- 1° El peso de la embarazada, en un momento dado de la gestación, es la resultante del peso previo y el crecimiento alcanzado hasta ese momento.
- 2° El peso adecuado previo al embarazo está, a su vez, ligado a la talla materna.
- 3° El peso previo al embarazo, para poder calcular el incremento, es desconocido en el 70% de las mujeres de niveles socioeconómicos bajos.
- 4° Existen evidencias de que, en las zonas más carenciadas y por motivos geográficos, culturales o de accesibilidad a la salud, la captación de la embarazada es tardía, justamente en las poblaciones en las que se concentran potencialmente los mayores riesgos ligados a desnutrición materna.

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica de la gestante de acuerdo al índice de masa corporal (IMC), son las siguientes:

Clasificación	IMC
Delgadez grado III	< 16
Delgadez grado II	16 a < 17
Delgadez grado I	17 a < 18,5
Desnutrida (Bajo peso)	< 18,5
Normal	18,5 a < 25
Sobrepeso (Preobeso)	25 a < 30
Obesidad grado I	30 a < 35
Obesidad grado II	35 a < 40
Obesidad grado III	≥ a 40

Sin embargo en la gestante se utilizan las curvas de IMC estandarizadas, de acuerdo a la siguiente imagen:



Cálculo de índices

Con las medidas del peso y talla se pueden calcular índices derivados que permiten clasificar el estado de nutrición, evaluarlo en el tiempo y cuantificarla respuesta a las medidas terapéuticas.²¹

- La relación peso/talla.

Se valora mediante percentiles o calculando puntuaciones Z. Valora la relación del peso para la talla independientemente de la edad y es muy útil para detectar precozmente la malnutrición aguda.²¹

- Índice de masa corporal (IMC).

El Índice de Masa Corporal (IMC), es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población, que está influenciado por la talla en el periodo intrauterino, la talla al nacer, el estatus socioeconómico, cambios estacionales en la disponibilidad de alimentos. El peso y la talla desde donde se lo deriva, ($\text{IMC Kg/m}^2 = \text{Peso/Talla}^2$) son variables fácilmente incorporadas en cualquier encuesta regional o nacional. Puede ser utilizado para vigilancia nutricional o para monitorear seguimientos interregionales, íter países; o estudios comparativos dentro de la misma región o país. En otras palabras, es una variable estandarizada y válida para este tipo de estudios.²⁰

La definición clásica y tradicional, ha sido aplicada casi de manera exclusiva en adultos y con reparos y limitaciones para niños y adolescentes en edades de crecimiento y desarrollo; y especialmente en población con actividad deportiva.²¹

h. Interpretación de los valores de índice de masa corporal

IMC < 18,5 (desnutrida)

Las personas adultas con un IMC <18,5 son clasificadas con valoración nutricional de “delgadez”, y presentan un bajo riesgo de comorbilidad para enfermedades no transmisibles. Sin embargo, presentan un riesgo incrementado para enfermedades digestivas y pulmonares, entre otras. Un valor de IMC menor de 16 se asocia a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.²¹

IMC 18,5 a < 25 (normal)

Las personas adultas con valores de IMC entre 18,5 y 24,9 son clasificadas con valoración nutricional de “normal”. En este rango el grupo poblacional presenta el más bajo riesgo de morbilidad y mortalidad.²¹

IMC 25 a < 30 (sobrepeso)

Las personas adultas con un IMC mayor o igual a 25 y menor de 30, son clasificadas con valoración nutricional de “sobrepeso”, lo cual significa que existe riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre otras.²¹

IMC ≥ de 30 (obesidad)

Las personas adultas con valores de IMC mayor o igual a 30 son clasificadas con valoración nutricional de “obesidad”, lo cual significa que existe alto riesgo de comorbilidad, principalmente de las enfermedades crónicas no transmisibles como: enfermedades cardiovasculares incluida

la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cáncer, entre otras.²¹

i. Valoración nutricional de la gestante de acuerdo al MINSA 2014.²²

Ganancia de peso

Si el IMC pre gestacional es:

- Bajo peso (<18.5) se puede ganar 12.5 a 18 kilogramos.
- Normal (18.5 a 24.9) se puede ganar 11.5 a 16 kilogramos.
- Sobrepeso (25 a 29.9) se puede ganar 7 a 11.5 kilogramos.
- Obesa ($\geq$ de 30) se puede ganar 5 a 9 kilogramos.

Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG, <18.5)

- Aumento de riesgo de parto prematuro
- Bebé de bajo peso al nacer
- Anemia ferropénica
- Requerimiento nutricionales bajos

Índice de Masa Corporal Pregestacional (IMC PG $\geq$ 25)

- Diabetes gestacional
- Hipertensión gestacional
- Efectos postparto (hemorragia, infección de la herida, la depresión).
- Incremento probabilidad de obesidad infantil.

j. CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL

Cuando se detecta una embarazada malnutrida (por defecto o por exceso), este elemento se agrega a los factores de riesgo que el obstetra integra en el control prenatal. Una mujer que presenta peso bajo en cualquier control, es considerada, desde el punto de vista nutricional,

como de alto riesgo y se la incluye en el programa de rehabilitación nutricional.¹⁸

Las madres con bajo peso deben ser evaluadas con frecuencia mensuales. La recuperación del peso en algún control puede disminuir el riesgo, pero seguirá recibiendo la complementación alimentaria hasta que concluya la lactancia. Una embarazada con sobrepeso también debe ser evaluada con frecuencia mensual, vigilando que su aumento de peso se mantenga dentro de los límites previstos para este grupo.¹⁸

2.2.2. PESO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

El peso al nacer es un indicador importante del estado de salud del niño en el vientre y del recién nacido; y el bajo peso al nacer, determinado por la restricción en el crecimiento intrauterino, se asocia a problemas en el desarrollo mental infantil y en el desarrollo cognitivo del niño en edad preescolar. Según diversos estudios, el peso de un niño al nacer está asociado a la alimentación y cuidados de la madre durante el embarazo.²⁰

La clasificación del peso del recién nacido es la siguiente:

- Recién nacido macrosómico: peso mayor de 4000 gramos.
- Recién nacido normopeso: entre 2500 y 3999 gramos.
- Recién nacido de bajo peso: menor de 2500 gramos.
- Recién nacido de muy bajo peso: menor de 1500 gramos.
- Recién nacido de peso extremadamente bajo: menor de 1000 gramos.

2.2.3. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO

La valoración del estado de nutrición tiene como objetivos:²¹

- Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o defecto.
- Distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional.

La sistemática de la valoración incluirá los siguientes aspectos:

1° Anamnesis

Se obtendrán datos acerca de la familia y el medio social (trabajo de los padres, personas que cuidan del niño, número de hermanos, afecciones de los padres y hermanos).

- Antecedentes personales:

Se deben conocer circunstancias ocurridas durante la gestación, medidas al nacimiento y progresión en el tiempo. Se pondrá especial atención en los datos sugerentes de patología orgánica aguda, crónica o de repetición, y en la sintomatología acompañante, sobre todo a nivel gastrointestinal.

- Encuesta dietética:

Es fundamental para orientar el origen de un trastorno nutricional. Una encuesta detallada (recuerdo de 24 horas, cuestionario de frecuencia, registro de ingesta con pesada de alimentos durante varios días), es prácticamente inviable en la consulta porque requiere mucho tiempo y necesita informatización. Sin embargo, siempre se puede hacer una aproximación con la historia dietética preguntando qué consume habitualmente en las principales comidas del día, cantidad aproximada, tipo y textura del alimento y tomas entre horas, completándolo con la frecuencia diaria o semanal de los principales grupos de alimentos,

alimentos preferidos o rechazados y suplementos vitamínicos y minerales. Al tiempo que nos informa sobre la ingesta aproximada, nos da una idea de la conducta alimentaria y permite establecer recomendaciones dietéticas.

2° Exploración clínica

Siempre hay que inspeccionar al niño desnudo, porque es lo que más informa sobre la constitución y sobre la presencia de signos de organicidad. El sobre-peso y la obesidad son fácilmente detectables, pero no así la desnutrición, ya que hasta grados avanzados los niños pueden aparentar “buen aspecto” vestidos, porque la última grasa que se moviliza es la de las bolas de Bichat. Al desnudarlos y explorarlos podremos distinguir los niños constitucionalmente delgados de aquellos que están perdiendo masa corporal con adelgazamiento de extremidades y glúteos, con piel laxa señal de fusión del panículo adiposo y masa muscular. Otro aspecto importante es valorar la presencia de distensión abdominal hallazgo muy sugestivo de enfermedad digestiva como la celiaquía. La exploración sistematizada permitirá detectar signos carenciales específicos y los sospechosos de enfermedad. En niños mayores se debe valorar siempre el estadio de desarrollo puberal.

3° Antropometría

Permite valorar el tamaño (crecimiento) y la composición corporal del niño. Es muy útil siempre que se recojan bien las medidas y se interpreten adecuadamente.

- **Medidas básicas**

Incluyen: peso, talla, perímetro craneal, perímetro braquial y pliegue tricipital. Es fundamental obtenerlos con la técnica y el instrumental adecuados. Una vez recogidas las medidas del niño, para interpretarlas, es necesario contrastarlas con las de sus familiares y con los patrones de referencia, lo que se puede hacer mediante percentiles o calculando puntuaciones Z.

- **Patrones de crecimiento**

Los estándares de crecimiento representan la distribución de una medida antropométrica en una población y reflejan su estado de nutrición. Constituyen una herramienta muy útil para el seguimiento longitudinal de niños y permiten detectar individuos y/o grupos de riesgo nutricional. Un patrón puede constituir la “norma” a alcanzar si se elabora de una población normo nutrida o puede ser solo una “referencia” del estado de salud de una población.

Los estudios locales es decir, los realizados en los distintos países, son muy útiles para conocer la situación de ese entorno determinado, sin embargo, su uso como patrón comparativo no es deseable pues los datos estadísticos obtenidos (percentiles, etc.) dependen de la situación nutricional de la población estudiada. Así, en los países con gran prevalencia de desnutrición, ésta se infravaloraría y el sobrepeso se sobrevalorará, y en los países con gran número de niños con sobre peso obesidad, ocurrirá lo contrario.

- **Velocidad de crecimiento y perfil de desarrollo**

Es muy importante valorar los cambios de una medida a lo largo del tiempo ya que una medida aislada tiene poco valor. Las mediciones seriadas nos van a permitir calcular su velocidad de crecimiento, sobre todo de la talla y construir un perfil de desarrollo del niño.

La sistemática de rellenar los percentiles en la cartilla de salud con las medidas del peso, talla y perímetro craneal y hacer el seguimiento longitudinal de cada niño permitirá evidenciar cuál es su canal de crecimiento y detectar cuándo desvía su percentil habitual. Esto aporta una información extraordinariamente importante para interpretar el crecimiento y estado de nutrición de un niño. Así comprobaremos que hay niños constitucionalmente pequeños (en percentiles bajos), que no deben causar preocupación siempre que la velocidad de crecimiento esté conservada; por el contrario, un peso y/o talla estacionarios debe de ser motivo de alarma aunque el niño aún se encuentre en percentiles altos.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Peso del recién nacido

Es el peso de nacimiento que permite determinar el estado de nutrición y el desarrollo en relación con la duración de la gestación.

Edad

Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el presente.

Talla materna

Es la talla alcanzada por la madre al momento de la evaluación, se tiene que tomar en cuenta esta condición porque está asociada a algunas complicaciones del parto.

Paridad

Clasificación de una mujer por el número de hijos nacidos vivos y fetos muertos de más de 28 semanas de concebido.

Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo. No se conoce una causa específica de esta enfermedad pero se cree que es por los trastornos hormonales del embarazo.

Hipertensión inducida por el embarazo

La hipertensión gestacional o hipertensión inducida por el embarazo es un trastorno que afecta el curso normal del embarazo y se define como la aparición de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo.

Nivel económico

Es el poder adquisitivo personal y/o familiar que posee la gestante, está determinado por el ingreso económico de la realización de una actividad económica, de prestación de servicios, servicio profesional, comercio, etc.

Consumo de tabaco

Es el consumo del tabaco en forma de cigarrillos, que viene a ser hábito nocivo para la salud de las personas.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

- La nutrición materna se encuentra influenciada por los factores maternos como la edad, talla, paridad, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, nivel económico, consumo de tabaco, el mismo que repercutirá en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Ayacucho.

2.4.2. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Estado nutricional materno:

Desnutrida

Normal

Sobrepeso (Preobeso)

2.4.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Peso del recién nacido a término

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

Factores maternos:

Edad materna

Talla materna

Paridad

Diabetes gestacional

Hipertensión inducida por el embarazo

Nivel económico.

Consumo de tabaco

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada.

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo.

3.3. POBLACIÓN

Estuvo constituida por 465 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de atención SIP 2013.

3.4. MUESTRA

Estuvieron constituidas por 211 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de Historia Clínica Perinatal de atención 2015. El tamaño de muestra fue obtenida mediante la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{Z^2 \times N \times p \times q}{E^2(N-1) + Z^2 \times p \times q} \quad \Rightarrow \quad n = \frac{1.96^2 \times 465 \times 50 \times 50}{5^2(465-1) + 1.96^2 \times 50 \times 50}$$

$$n = 210.614 \quad \Rightarrow \quad n = 211$$

n: Tamaño de muestra

Z^2 : Nivel de confianza (1.96)

E^2 : Error (0.05)

N: Población (465)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

3.4.1. UNIDAD DE MUESTRA

- Una puérpera
- Un recién nacido

3.4.2. TIPO DE MUESTREO

- Probabilístico, aleatorio simple.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. INCLUSIÓN

- Puérperas con partos a término.
- Puérperas que deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.5.2. EXCLUSIÓN

- Puérperas con partos pre término.
- Puérperas que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICA

- Encuesta.
- Revisión de historias clínicas

3.6.2. INSTRUMENTO

- Guía del cuestionario estructurado
- Guía de revisión de historias clínicas

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A través de la Decanatura de la Facultad de Obstetricia, se tramitó la autorización respectiva a la dirección del Hospital Regional de Ayacucho, con el propósito de contar con la autorización necesaria para la recolección de datos y las facilidades que el caso requiera para el logro de los objetivos trazados.
- Recolección de datos: Se procedió a la identificación de las púerperas con recién nacidos a término que comprendieron la investigación de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.
- Seguidamente se evaluó el estado nutricional de la madre mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) tomadas de las historias clínicas materno perinatal; igualmente se procedió a obtener los pesos de los recién nacidos que fueron registrados en la ficha de recolección de datos.
- Concluida esta fase cada instrumento fue codificado para su posterior procesamiento.
- Creación de base de datos: Recabada la información se procedió a la creación de una base de datos para su posterior procesamiento.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

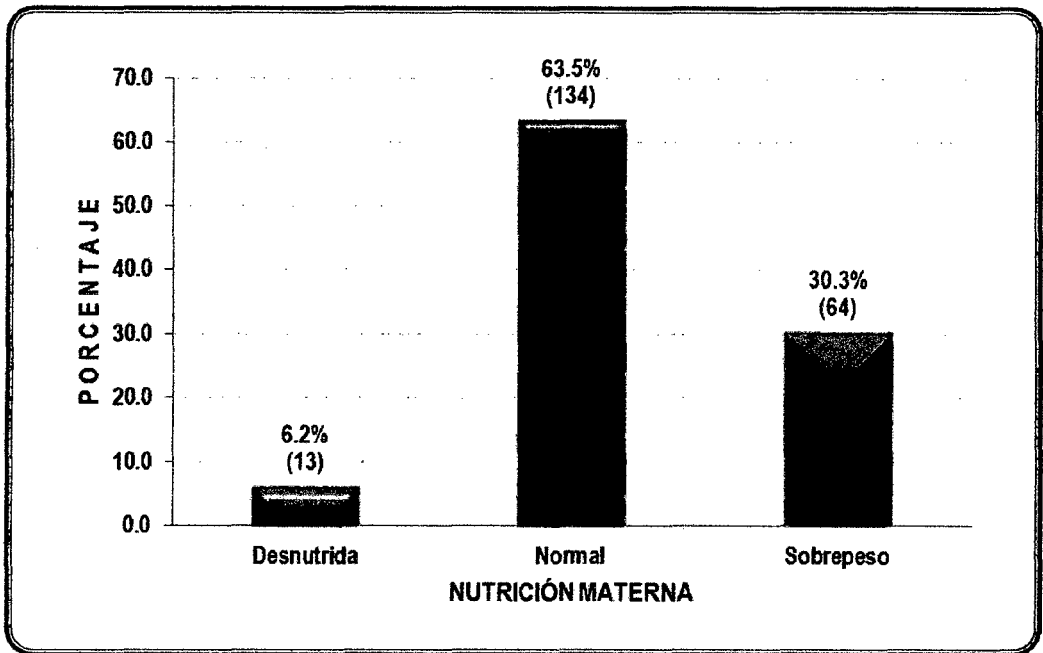
La base de datos fue procesada en el Software Estadístico IBM SPSS 22.0 (*Statistical Package for Social Science*), con los cuales se

construyeron cuadros de una y doble entrada, a los cuales se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la relación de las principales variables de estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico Nº 01: Nutrición materna en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

El Gráfico 01, muestra que de 211 (100.0%) mujeres en estudio, 63.5% (134) presentaron nutrición normal, 30.3% (64) presentaron sobrepeso y 6.2% (13) estuvieron desnutridas. Concluyéndose que el mayor porcentaje de madres presentaron nutrición normal (63.5%).

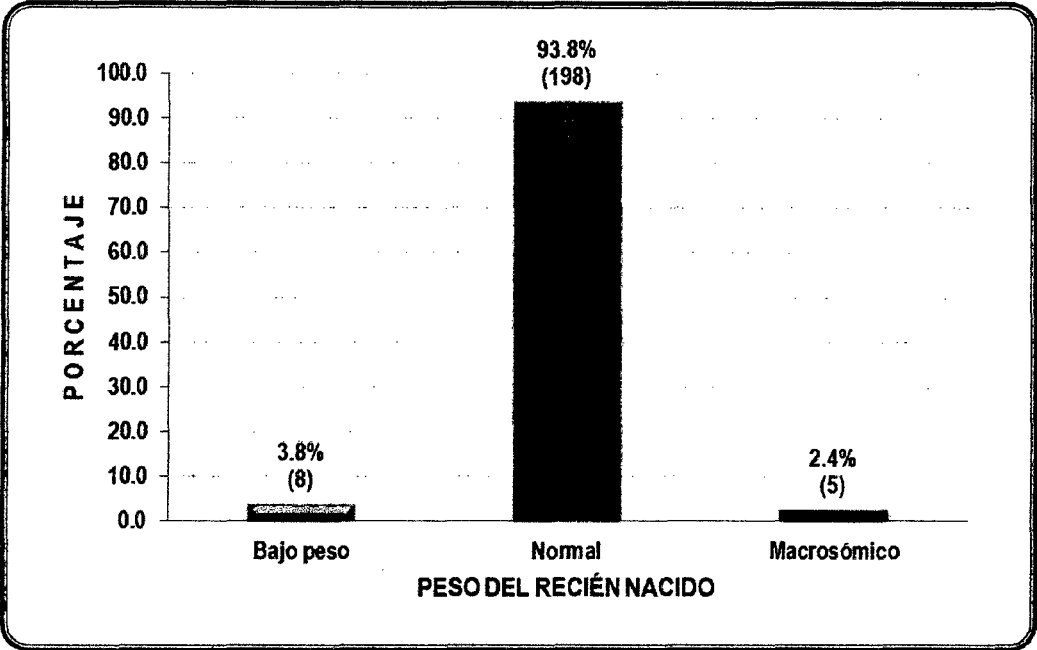
Giraldo y Orduz (Colombia: 2007), en la investigación “Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos”, reportó de un total de 293 madres en estudio, el 63.5% (186) presentaron estado nutricional normal, 18.4% (54) bajo peso, 16.0% (47) con sobre peso y 2.0% (6) con obesidad, coincidiendo los resultados en el estado nutricional normal, mientras que difieren en los demás hallazgos.

Vega y Sotelo (Ayacucho: 2013) en la investigación “Ganancia de peso

materno en adolescentes según índice de masa corporal pregestacional y su relación con el peso del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Agosto – Octubre 2013, reportó de un total de 110 mujeres en estudio, 80.0% (88) presentaron estado nutricional normal, 16.4% (18) con bajo peso, 1.8% (2) con sobrepeso y obesidad, respectivamente, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Cabe mencionar que la nutrición materna es un buen indicador del desarrollo del feto. La malnutrición materna y la poca ganancia de peso durante la gestación tienen, entre otros factores, implicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la salud fetal. Asimismo, el estado nutricional materno es un indicador importante de salud, debido a ello se debe realizar el monitoreo frecuente en los controles prenatales para evitar complicaciones que puedan afectar tanto la salud de la gestante y el feto, asimismo existen factores implicados directamente en el estado nutricional materno, como la condición económica que influye en el consumo de alimentos de baja calidad, la no asistencia a los establecimientos de salud, etc.

Gráfico Nº 02: Peso en recién nacido a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

El Gráfico 02, referido al peso de recién nacidos a término, nos muestra que del 100.0% (211) de recién nacidos en estudio, 93.8% (198) presentaron peso normal, 3.8% (8) presentaron bajo peso y 2.4% (5) macrosómico. Concluyéndose que el mayor porcentaje de recién nacidos a término presentaron un peso normal (93.8%).

Giraldo y Orduz (Colombia: 2007), reportó de un total de 293 madres en estudio, 52.5% (154) tuvieron recién nacidos con pesos normales, 39.2% (115) peso deficitario, 5.5% (16) peso bajo y el 2.7% (8) peso alto, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Vega y Sotelo (Ayacucho: 2013), reportó de un total de 110 mujeres en estudio, 86% (95) tuvieron recién nacidos con adecuado peso, 12.0% (13)

bajo peso y el 1.8% (2) fueron macrosómicos, resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Los resultados hallados, el mayor porcentaje de los recién nacidos presentaron peso normal, y tan sólo el 3.8% (8) presentaron bajo peso. Cabe señalar que el bajo peso de los recién nacidos puede tener diferentes orígenes, como el padecimiento de alguna complicación durante la gestación que podría afectar en forma directa en el peso del recién nacido. A lo largo de la gestación, se puede presentar de 1 a más eventos que retarde el crecimiento y ganancia de peso del feto, por ello es importante que se realice una adecuada evaluación durante el control prenatal.

Tabla Nº 01: Peso del recién nacido a término según nutrición materna. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Peso del Recién Nacido	Nutrición Materna						Total	
	Desnutrida		Normal		Sobrepeso			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo peso	6	2.8	2	0.9	0	0.0	8	3.8
Normal	7	3.3	129	61.1	62	29.4	198	93.8
Macrosómico	0	0.0	3	1.4	2	0.9	5	2.4
Total	13	6.2	134	63.5	64	30.3	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_c = 68.661^{**} \quad \chi^2_t = 9.488$$

g. l. = 4

En la Tabla 01, se observa que de 211 (100.0%) recién nacidos en estudio, 93.8% (198) presentaron peso normal, de los cuales el 61.1% (129) tuvieron madres con estado nutricional normal, 29.4% (62) con sobrepeso y el 3.3% (7) desnutridas. Asimismo, el 3.8% (8) de recién nacidos presentaron bajo peso, de los cuales el 2.8% (6) tuvieron madres desnutridas y el 0.9% (2) madres con estado nutricional normal. Finalmente, 2.4% (5) de recién nacidos fueron macrosómico, de los cuales el 1.4% (3) de madres presentaron estado nutricional normal y el 0.9% (2) sobrepeso.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (61.1%) de recién nacidos a término con peso normal presentaron madres con estado nutricional normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido es dependiente del estado nutricional materno ($P < 0.05$).

Rey et al (Cuba: 2013), en la investigación “Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud”, reportó de un total de 50 recién nacidos con bajo peso, el 52.0% (26) de madres presentaron peso normal, 30.0% (15) bajo peso y el 18.0% (9) con sobrepeso. Asimismo, en los recién nacidos con peso normal, el 77.0% (77) de madres presentaron peso normal, 12.0% (12) sobrepeso y 11.0% (11) bajo peso, comportándose el bajo peso materno como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido ($OR=4.04$, $IC95\%: 1.51 - 10.91$), resultados que se asemejan al presente trabajo de investigación.

Rodríguez PL (Cuba: 2011), en la investigación “Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna”, reportó de un total de 124 mujeres desnutridas, el 77.4% (96) tuvieron recién nacidos con pesos mayores o iguales a 2500 gramos y 22.6% (28) con pesos menores de 2500 gramos. Asimismo, en el grupo de mujeres con estado nutricional normal, el 93.5% (116) tuvieron recién nacidos con peso mayores o iguales a 2500 gramos y el 6.5% (8) con pesos menores de 2500 gramos, hallándose asociación entre el estado nutricional materno con el peso del recién nacido ($P<0.05$), resultados que se asemejan a los hallados en la presente investigación.

Giraldo y Orduz (Colombia: 2007), reportó de un total de 54 madres con bajo peso, el 64.81% (35) presentaron recién nacidos con peso deficiente, 20.37% (11) con peso normal, 11.11% (6) con bajo peso y el 3.7% (2) con peso alto, comportándose como factor de riesgo el estado nutricional materno para el peso final del recién nacido ($OR=3.8$, $IC95\%: 3.18 - 5.18$).

Como se observa en los resultados hallados el estado nutricional materno influye en el peso del recién nacido, observándose en mayor porcentaje recién nacidos con adecuado peso (61.1%), lo que estaría demostrando que el estado nutricional adecuado de las madres favorecen a un desarrollo adecuado del feto, el 2.8% de recién nacidos de bajo peso provienen de madres desnutridas, demostrándose la relación existente entre el estado nutricional materno y el peso del recién nacido.

Tabla Nº 02: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según edad. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Edad	Nutrición Materna															Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
≤ 19 años	0	0.0	1	0.5	0	0.0	41	19.4	1	0.5	3	1.4	0	0.0	46	21.8	
20 a 35 años	6	2.8	6	2.8	2	0.9	76	36.0	1	0.5	41	19.4	1	0.5	133	63.0	
≥ 36 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	5.7	1	0.5	18	8.5	1	0.5	32	15.2	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_c = 35.156^{**}$$

$$\chi^2_t = 21.026$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 12$$

En la Tabla 02, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 63.0% (133) tuvieron 20 a 35 años de edad, de ellas el 36.0% (76) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 19.4% (41) tuvieron sobre peso con recién nacidos de peso normal, 2.8% (6) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal y bajo peso respectivamente, 0.9% (2) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de bajo peso, 0.5% (1) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos y el mismo porcentaje (0.5%) tuvieron sobrepeso con recién nacidos también macrosómicos. Por otro lado, el 21.8% (46) de madres tuvieron edades iguales o menores de 19 años, de los cuales el 19.4% (41) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 1.4% (3) tuvieron sobre peso con recién nacidos de peso normal, 0.5% (1) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal y el mismo porcentaje (0.5%) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (36.0%) de madres con edades de 20 a 35 años con estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido es dependiente del estado nutricional y edad materna ($P < 0.05$).

Rey et al (Cuba: 2013), reportó de un total de 50 recién nacidos con bajo peso, el 52.0% (26) de madres presentaron peso normal, 70.0% (35)

madres con edades de 18 a 35 años, 18.0% (9) mayores a 35 años y el 12.0% (6) con edades menores de 18 años. Asimismo, en el grupo de recién nacidos con peso normal, el 85.0% (85) de madres tenían edades de 18 a 35 años, 8.0% (8) mayores de 35 años y 7.0% (7) menores de 18 años, no hallando asociación entre la edad y el peso del recién nacido ($P>0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados, existe asociación entre el peso del recién nacido con la edad materna, cabe señalar que el embarazo en edades extremas es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el recién nacido. Sin embargo, los casos hallados en la presente investigación se muestra que el 2.8% de los niños con bajo peso corresponden a mujeres con edades de 20 a 35 años.

Tabla № 03: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según talla. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Talla materna (cm)	Nutrición Materna														Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso					
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 150	3	1.4	1	0.5	2	0.9	56	26.5	0	0.0	31	14.7	1	0.5	94	44.5
≥ 151	3	1.4	6	2.8	0	0.0	73	34.6	3	1.4	31	14.7	1	0.5	117	55.5
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 8.404$
N. S.

$\chi^2_t = 12.592$

P > 0.05

g. l. = 6

En la Tabla 03, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 55.5% (117) tuvieron tallas mayores o iguales 151 cm, de ellas el 34.6% (73) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 14.7% (31) tuvieron sobre peso con recién nacidos de peso normal, 2.8% (6) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 1.4% (3) estuvieron desnutridas con recién nacidos de bajo peso, igual porcentaje (1.4%) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos y 0.5% (1) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos. Por otro lado, el 44.5% (94) de madres tuvieron tallas menores o iguales a 150 cm, de los cuales el 26.5% (56) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 14.7% (31) tuvieron sobre peso con recién nacidos de peso normal, 1.4% (3) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 0.5% (1) estuvieron desnutridas con recién nacidos con peso normal y el mismo porcentaje (0.5%) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos. De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (34.6%) de madres con talla mayores o iguales a 151 cm y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido no es dependiente del estado nutricional y la talla materna ($P>0.05$).

Casas (2010: Cuba), en la investigación "Factores de riesgo asociados al estado nutricional materno y peso del recién nacido, Policlínico "Raúl

Gómez", Cuba", reportó en 125 mujeres en estudio, como factor de riesgo la talla baja materna (≤ 155 cm) para recién nacidos con pesos menores de 2500 gramos (OR= 2.86, IC95%: 2.17 – 6.56), indicando que existe asociación entre la talla materna con el peso del recién nacido ($P < 0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados no se encuentra asociación entre la talla materna con el peso del recién nacido, cabe señalar que una madre de baja talla con los cuidados adecuados durante la gestación presentará recién nacidos con pesos óptimos, sin embargo existen factores extrínsecos (medio ambiente, alimentos de baja calidad y en poca cantidad, etc.) que pueden influir en el peso del recién nacido, por ello, toda gestante debe ser evaluada adecuadamente para que conduzca su embarazo en las mejores de las condiciones.

Tabla Nº 04: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según paridad. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Paridad	Nutrición Materna														Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso					
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	3	1.4	2	0.9	0	0.0	56	26.5	0	0.0	14	6.6	0	0.0	75	35.5
Múltipara	1	0.5	5	2.4	2	0.9	50	23.7	2	0.9	23	10.9	1	0.5	84	39.8
Gran múltipara	2	0.9	0	0.0	0	0.0	23	10.9	1	0.5	25	11.8	1	0.5	52	24.6
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 24.875^{**}$$

$$\chi_t^2 = 21.026$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 12$$

En la Tabla 04, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 39.8% (84) fueron múltiparas, de ellas el 23.7% (50) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 10.9% (23) tuvieron sobre peso con recién nacidos de peso normal, 2.4% (5) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 0.9% (2) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de bajo peso y macrosómicos, respectivamente; y 0.5% (1) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos. Por otro lado, el 35.5% (75) de madres fueron primíparas, de los cuales el 26.5% (56) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, 6.6% (14) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal, 1.4% (3) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal y el 0.9% (2) también estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (26.5%) de madres primíparas y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido es dependiente del estado nutricional y la paridad materna ($P < 0.05$).

Rey et al (Cuba: 2013), reportó de un total de 50 recién nacidos con bajo peso, el 70.0% (35) de madres fueron múltiparas y el 30.0% (15) nulíparas. Asimismo, en el grupo de recién nacidos con peso normal, el 61.0% (61) fueron múltiparas y el 39.0% (39) fueron nulíparas, no

hallando asociación ente la paridad y el peso del recién nacido ($P>0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados, existe dependencia entre el peso del recién nacido con la paridad (primípara y gran múltipara) pueden presentar mayores complicaciones que podría afectar en el peso del recién nacido. Asimismo, si una mujer es gran múltipara, existirá mayor deterioro de su organismo donde un nuevo embarazo podría conducir a ciertas complicaciones que podría afectar el peso del feto en forma directa.

Tabla Nº 05: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según diabetes gestacional. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Diabetes gestacional	Nutrición Materna															Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	2	0.9	1	0.5	4	1.9	
No	6	2.8	7	3.3	2	0.9	128	60.7	3	1.4	60	28.4	1	0.5	207	98.1	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 26.693^{**}$$

$$\chi_r^2 = 12.592$$

$$P < 0.05$$

$$g. l. = 6$$

En la Tabla 05, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 98.1% (207) no presentaron diabetes gestacional, de ellas el 60.7% (128) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 28.4% (60) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal, 3.3% (7) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 2.8% (6) también estuvieron desnutridas con recién nacidos de bajo peso, 1.4% (3) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos, 0.9% (2) de madres estuvieron nutricionalmente normal con recién nacidos de bajo peso, y el 0.5% (1) tuvieron sobrepeso con recién nacidos también macrosómicos. Por otro lado, el 1.9% (4) de madres presentaron diabetes gestacional, de los cuales el 0.9% (2) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de pesos normales, 0.5% (1) también tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos y también el 0.5% (1) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de peso normal.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (60.7%) de madres que no presentaron diabetes gestacional y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido es dependiente del estado nutricional y la diabetes gestacional ($P < 0.05$).

Casas (2010: Cuba), reportó en 125 mujeres en estudio, que la diabetes gestacional no se comporta como factor de riesgo para recién nacidos con pesos menores de 2500 gramos ($OR = 0.865$, $IC_{95\%}: 0.45 - 0.93$),

indicando que no existe asociación entre la diabetes gestacional con el peso del recién nacido ($P > 0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados existe dependencia entre la diabetes gestacional y el peso del recién nacido, en mujeres con diabetes gestacional los hijos suelen presentar más de 4000 gramos; cuando una mujer sufre diabetes, su páncreas trabaja mucho más para producir insulina, sin embargo no logra disminuir los niveles de glucosa en la sangre del feto porque, al contrario que la glucosa y otros nutrientes, la insulina no pasa por la placenta. De esta manera, la hiperglucemia en la embarazada provoca hiperglucemia en el feto. Entonces, el páncreas del feto produce más insulina para compensar el exceso de glucosa (y que la insulina transportará al interior de la célula). El resultado es que el feto recibe más energía de lo necesario, que se acumula en forma de grasa, y contribuye a aumentar su crecimiento.

Tabla Nº 06: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según hipertensión inducida por el embarazo. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Hipertensión inducida por el embarazo	Nutrición Materna																Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso							
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido							
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si	0	0.0	1	0.5	0	0.0	8	3.8	0	0.0	4	1.9	1	0.5	14	6.6		
No	6	2.8	6	2.8	2	0.9	121	57.3	3	1.4	58	27.5	1	0.5	197	93.4		
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0		

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 7.557 \text{ N. S.}$$

$$\chi_t^2 = 12.592$$

$$P > 0.05$$

$$g. l. = 6$$

En la Tabla 06, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 93.4% (167) no presentaron hipertensión inducida por el embarazo, de ellas el 57.3% (121) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de pesos normales, el 27.5% (58) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal, 2.8% (6) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal y bajo peso respectivamente; 1.4% (36) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos, 0.9% (2) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos con bajo peso y 0.5% (1) de madres tuvieron sobre peso con recién nacidos macrosómicos. Por otro lado, el 6.6% (14) de madres presentaron hipertensión inducida por el embarazo, de los cuales el 3.8% (8) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos con pesos normales, 1.9% (4) tuvieron sobrepeso con recién nacidos con pesos normales, 0.5% (1) estuvieron desnutridas con recién nacidos con pesos normales y finalmente el 0.5% (1) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (57.3%) de madres que no presentaron hipertensión inducida por el embarazo y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido no es dependiente del estado nutricional y la hipertensión inducida por el embarazo ($P>0.05$).

Mirabal (2011), en la investigación "Factores que inciden en el estado

nutricional materno y peso del recién nacido, Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, Cuba”, reportó en 65 mujeres con hipertensión inducida por el embarazo, presentaron 35.0% de recién nacidos con pesos menores de los 2500 gramos, indicando que la hipertensión inducida por el embarazo es un factor de riesgo para recién nacidos con bajo peso (OR= 2.18, IC95%: 1.96 – 4.01), hallando asociación directa entre la hipertensión inducida por el embarazo y el peso del recién nacido ($P<0.05$).

Como se observa en los resultados hallados no existe dependencia entre la hipertensión inducida por el embarazo y el peso del recién nacido, esta podría deberse a que este grupo de gestantes han sido controlada adecuadamente su hipertensión para que no sufra complicaciones tanto personales como para el feto. Cabe señalar, que existe consenso de que uno de los principales trastornos que produce la hipertensión materna es una mayor frecuencia de prematurez y, por lo tanto, una elevada incidencia de neonatos de bajo peso y de muy bajo peso al nacer, sin embargo las mujeres con hipertensión de la presente investigación presentaron recién nacidos a término, y con ello menor riesgo de bajo peso.

Tabla Nº 07: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según nivel económico. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Nivel económico	Nutrición Materna														Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso					
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	22	10.4	2	0.9	8	3.8	0	0.0	32	15.2
Medio	3	1.4	6	2.8	1	0.5	81	38.4	0	0.0	48	22.7	2	0.9	141	66.8
Bajo	3	1.4	1	0.5	1	0.5	26	12.3	1	0.5	6	2.8	0	0.0	38	18.0
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_c = 20.811 \text{ N. S.}$$

$$\chi^2_t = 21.026$$

$$P > 0.05$$

$$g. l. = 12$$

En la Tabla 07, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 66.8% (141) tuvieron nivel económico medio, de los cuales el 38.4% (81) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de peso normal, 22.7% (48) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal, 2.8% (6) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 1.4% (3) estuvieron desnutridas con recién nacidos con bajo peso, 0.9% (2) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos y el 0.5% (1) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos con bajo peso. Por otro lado, el 18.0% (38) de madres presentaron nivel económico bajo, de los cuales el 12.3% (26) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos con pesos normales, 2.8% (6) tuvieron sobre peso con recién nacidos con pesos normales, 1.4% (3) estuvieron desnutridas con recién nacidos de bajo peso, 0.5% (1) también estuvieron desnutridas con recién nacido con peso normal, igual porcentaje (0.5%) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (38.4%) de madres con nivel económico medio y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado no se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido no es dependiente del estado nutricional y el ingreso económico ($P > 0.05$).

Mirabal (2011), reportó en 42 mujeres con ingreso económico precario, presentaron en 61.0% de los recién nacidos con pesos menores de los

2500 gramos, indicando que el ingreso económico es un factor de riesgo para recién nacidos con bajo peso (OR= 3.49, IC95%: 2.99 – 4.86), hallando asociación directa entre el ingreso económico y el peso del recién nacido ($P<0.05$), resultados que difieren a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados, no existe dependencia entre el ingreso económico con el peso del recién nacido, cabe señalar que los factores que más directamente están implicados en el bajo peso son aquellas que afectan la salud directa de la madres como la presencia de alguna complicación durante la gestación como las infecciones bacterianas y virales, hipertensión, enfermedades crónicas, etc.

Tabla Nº 08: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según consumo de tabaco. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Consumo de tabaco	Nutrición Materna																Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso							
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido							
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Si	4	1.9	0	0.0	1	0.5	3	1.4	0	0.0	2	0.9	0	0.0	10	4.7		
No	2	0.9	7	3.3	1	0.5	126	59.7	3	1.4	60	28.4	2	0.9	201	95.3		
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0		

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi_c^2 = 62.618^{**} \quad \chi_i^2 = 12.592 \quad P < 0.05 \quad \text{g. l.} = 6$$

En la Tabla 08, se observa que de 211 (100.0%) madres en estudio, el 95.3% (201) mencionaron no consumir tabaco, de los cuales el 59.7% (126) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de peso normal, 28.4% (60) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal, 3.3% (7) estuvieron desnutridas con recién nacidos de peso normal, 1.4% (3) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos macrosómicos, 0.9% (2) tuvieron sobrepeso con recién nacidos macrosómicos, igual porcentaje 0.9% (1) estuvieron desnutridas con recién nacidos de bajo peso y el 0.5% (1) tuvieron estado nutricional normal con recién nacido de bajo peso. Por otro lado, el 4.7% (10) de madres presentaron si hacían consumo de tabaco, de los cuales el 1.9% (4) estuvieron desnutridas con recién nacidos de bajo peso, 1.4% (3) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos con peso normal, 0.9% (2) tuvieron sobrepeso con recién nacidos de peso normal y el 0.5% (1) tuvieron estado nutricional normal con recién nacidos de bajo peso.

De los resultados se concluye, que el mayor porcentaje (59.7%) de madres que no consumen tabaco y estado nutricional normal tuvieron recién nacidos a término con peso normal.

Sometidos los resultados a la prueba de independencia de Chi Cuadrado se halló diferencia estadística significativa, que indica que el peso del recién nacido es dependiente del estado nutricional y el consumo de tabaco ($P < 0.05$).

Casas (2010: Cuba), reportó en 125 mujeres en estudio, que el consumo de cigarrillos se comporta como un factor de riesgo para recién nacidos

con pesos menores de 2500 gramos (OR= 6.89, IC95%: 4.56 – 8.23), indicando que existe asociación entre el consumo de cigarrillos con el peso del recién nacido ($P < 0.05$), resultados que son similares a los hallados en la presente investigación.

Como se observa en los resultados hallados, existe dependencia entre el consumo de tabaco y el peso del recién nacido; el humo del cigarrillo contiene más de 2500 productos químicos, no se sabe con certeza cuáles son nocivos para el desarrollo del feto, pero en las mujeres embarazadas el monóxido de carbono y las altas dosis de nicotina provenientes de la inhalación del humo del tabaco interfieren con el suministro de oxígeno al feto, lo que podría afectar su desarrollo y con esta a ganancia de peso fetal.

CONCLUSIÓN

De los resultados obtenidos en la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1° El 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso.
- 2° El 93.8% (198) recién nacidos a término presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso.
- 3° El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P < 0.05$).
- 4° El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno es dependiente de la edad materna, paridad, diabetes gestacional y consumo de tabaco ($P < 0.05$).
- 5° El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno no es dependiente de la talla materna, hipertensión inducida del embarazo y el nivel económico ($P > 0.05$).

RECOMENDACIÓN

- 1° A las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho realizar campañas educativas dirigidas a las gestantes, para sensibilizar en los cuidados de salud durante la gestación mediante el consumo de alimentos saludables, de esta manera se disminuiría el porcentaje de gestantes desnutridas y con sobrepeso.
- 2° A los profesionales de la salud (obstetras) realizar las interconsultas cuando se detecta a gestantes desnutridas u obesas con la finalidad de que les brinde la atención para el control del estado nutricional y se tenga control adecuado del embarazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo SL, Mancilla LP, Parra BE, Manjarrés LM, Zapata NJ, Restrepo PA, Martínez MI. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Rev Chil Nutr* Vol. 37, N°1, Marzo 2010.
2. Fujimori E, Núñez LM, Cornbluth S, Vianna IM, Guerra EM. Evolución del estado nutricional de embarazadas atendidas en la Red Basica de Salud, Santo Andre, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio; 9(3):64-9.
3. Balestena JM, Suárez CM, Balestena SG. Valoración nutricional de la gestante. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2):165-71.
4. Pérez A, Murillo C, Hernández R, Herrera HA. Circunferencias para valorar cambios en la masa corporal y cantidad de grasa total en gestantes del segundo y tercer trimestre. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2010; 25(4): 662-668.
5. Couceiro M, Zimmer M, Passamai M, Villagrán E, Valdiviezo M, Tinte E. Determinantes pre concepcionales maternos del peso del recién nacido. *Antropo*, 2010: 23, 77-87.
6. Nolvis N, Magre NI, Marín V, De la Cruz Y, Vargas A. Indicadores del bajo peso al nacer en el área de salud del Policlínico Docente "José Martí Pérez" en 2012. *MEDIRESAN* 2013; 17(8): 3029 - 3035.
7. García LG, López L, Barroso M, Alonso M, Morera M. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014; 40(1):24-34.
8. Vila R, Hevilla E. Curva de ganancia ponderal de la gestante de bajo riesgo y su relación con el peso del recién nacido. *Matronas*

Prof. 2009; 10(4): 6-13.

9. Ministerio de Salud. Informe: Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Junio – 2012.
10. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Análisis de la Situación de Salud de Ayacucho – 2011. Dirección de Epidemiología, Emergencias y Desastres. Ayacucho – Perú 2012.
11. Dirección Regional de Salud. Estadísticas de Salud. Sistema Informático Perinatal - SIP, 2013.
12. Rey A, Ávila D, Rodríguez A, Cabrera AC. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Revista Finlay. Abril 2013, Volumen 3, Numero 1. p: 4-13.
13. Mirabal B. Factores que inciden en el estado nutricional materno y peso del recién nacido, Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, Cuba. Resúmenes de Investigaciones en Salud. Vol. 2(1): 211 - 218, 2011.
14. Rodríguez PL. Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. Revista Médica Electrón. 2011, Jun-Jul. p: 448-455.
15. Casas JV. Factores de riesgo asociados al estado nutricional materno y peso del recién nacido, Policlínico "Raúl Gómez", Cuba. Resúmenes de Investigaciones en Salud. Vol. 1(1): 145-165, 2010.
16. Giraldo CL, Orduz PA. Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 193 – 202.
17. Vega y Sotelo, "Ganancia de peso materno en adolescentes según índice de masa corporal pregestacional y su relación con el peso

del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Agosto – Octubre 2013. Ayacucho.

18. Organización Panamericana de Salud. Evaluación del estado nutricional de niñas, niño y embarazado mediante antropometría. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
19. Ministerio de Salud. Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Lima 2005.
20. DIRESA – Cusco. Directiva sanitaria para la evaluación nutricional antropométrica y ganancia de peso durante la gestación - Nº 001 - 2012. Dirección Sanitaria Regional Cusco.
21. Martínez C, Pedrón C. Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. p: 313-318.
22. Institute of Medicine, National Academy Press, 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines.

ANEXOS



CUESTIONARIO ESTRUCTURADA

Nº de ficha:

FECHA:

I. FACTORES MATERNOS

a. Edad

1. ≤ 19 años ()
2. 20 a 35 años ()
3. ≥ 36 años ()

b. Talla materna

1. ≤ 150 cm ()
2. ≥ 151 cm ()

c. Paridad

1. Primípara ()
2. Multípara ()
3. Gran multípara ()

d. Diabetes gestacional

1. Si ()
2. No ()

**e. Hipertensión inducida
por el embarazo:**

1. Si ()
2. No ()

f. Nivel económico

1. Alto ($\geq$ S/. 1501) ()
2. Medio (S/. 751 a 1500) ()
3. Bajo ($\leq$ S/. 750) ()

g. Consumo de tabaco

1. Si ()
2. No ()

II. ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

1. Peso:.....
 2. Talla:.....
- Estado nutricional:.....

III. PESO DEL RECIÉN NACIDO

1. Peso:..... Gramos
- Estado nutricional:.....

Gracias



Escuela

Profesional

Obstetricia

ARTICULO ORIGINAL

Enero – Marzo 2015* Volumen1, Numero1*PP-1-10

FACTORES ASOCIADOS A LA NUTRICION MATERNA Y SU REPERCUSION EN EL PESO DEL RECIEN NACIDO A TERMINO HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENERO- MARZO 2015.

Gaby MANCILLA ROJAS, Maritza Gheovana ONCEBAY TIPE

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

HIPOTESIS: La nutrición materna se encuentra influenciada por los factores maternos como la edad, talla, paridad, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, nivel económico, consumo de tabaco, el mismo que repercutirá en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Ayacucho. **METODOLOGIA:** Aplicada, Transversal, descriptivo, la población estuvo constituida por 465 puerperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de atención SIP 2013. la población estuvieron constituidas por 211 puerperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de Historia Clínica Perinatal de atención 2015. La técnica utilizada fue encuesta, revisión de historias clínicas. Los instrumentos utilizados fueron Guía del cuestionario estructurado Guía de revisión de historias clínicas. **CONCLUSION:** El 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso. El 93.8% (198) recién nacidos a término presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso. El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P<0.05$).

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the factors associated with maternal nutritional status and its impact on the weight of the newborn baby to term. Regional Hospital of Ayacucho. January - March 2015. **HYPOTHESIS:** Maternal nutrition is influenced by the maternal factors such as age, size, parity, gestational diabetes and hypertension induced by pregnancy, economic level, tobacco use, which will affect the weight of the newborn in the Regional Hospital of Ayacucho. **METHODOLOGY:** Applied, Transversal, descriptive, the population consisted of 465 Childbirth deliveries with newly born at term served in the Regional Hospital of Ayacucho according to register of attention SIP 2013. la population were constituted by 211 postpartum women with newborn deliveries attended at the Regional Hospital of Ayacucho according to register of Perinatal health record of care 2015 term infants. The technique used was survey, review of medical records. The instruments used were the structured questionnaire Guide for review of clinical histories Guide. **CONCLUSION:** The 63.5% (134) of women had normal nutritional state, followed by 30.3% (64) overweight. 93.8% (198) newborn out were normal weight, followed by 3.8% (8) with low weight. The weight of the newborn baby to term is dependent on maternal nutritional status ($P<0.05$)

I. INTRODUCCION

La morbimortalidad materna debido a la malnutrición constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública que afrontan los países en vías de desarrollo. El déficit nutricional y la inadecuada ganancia de peso en la gestación incrementan el riesgo de insuficiencia cardíaca para la madre y el feto, el parto prematuro, defectos del tubo neural y bajo peso al nacer, a este último le genera en etapas posteriores de la vida consecuencias como trastornos del aprendizaje, alteraciones en el desarrollo psicomotor y de crecimiento y mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

La relación entre desnutrición materna y bajo peso al nacer es utilizada mediante la proporción de recién nacidos de bajo peso como un indicador del estado nutricional de la población gestante. Es así que desde el punto de vista de salud pública, el peso al nacer es el parámetro que se relaciona más estrechamente con la supervivencia, con el crecimiento antropométrico y con el desarrollo mental del recién nacido. En consecuencia, el embarazo se caracteriza por las necesidades aumentadas de casi todos los nutrientes como los macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos, etc.) y micronutrientes (vitaminas y minerales), porque el feto se alimenta de la madre. La formación socioeconómica cultural de un país puede condicionar el carácter de privación tanto alimentaria como social, y de esta forma, repercutir desfavorablemente sobre el individuo en crecimiento e impedir la plena manifestación de sus potencialidades genéticas, por lo que se reconoce la importancia primordial de la nutrición de la mujer en el embarazo para la salud de ella y del futuro niño.

Durante las prácticas realizadas en el Hospital Regional de Ayacucho se ha observado elevado porcentaje de gestantes con ganancia de peso inadecuado, bajos niveles de hemoglobina y recién nacidos de bajo peso. La importancia del peso al nacer radica en la utilización de esta variable como un indicador de supervivencia, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental del recién nacido, los cuales deben de tomarse en cuenta cuando se da de alta al recién nacido. Igualmente, se atiende a gestantes con condición económica baja que también presentan recién nacidos con bajo peso, convirtiéndose en problema de salud pública siendo necesario realizar intervenciones de salud para prevenir los problemas de salud que podrían presentarse.

Se realizó una investigación aplicada, el método de estudio es la transversal, descriptivo, la

muestra estuvo constituido por 211 púerperas y sus recién nacidos a término en el Hospital Regional de Ayacucho.

Por las razones expuestas se planteó el presente trabajo de investigación con el objeto de identificar los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término de gestantes que se atienden en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Los resultados de la investigación determinaron que el 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso. El 93.8% (198) recién nacidos a término atendidos presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso. El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P < 0.05$). El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno es dependiente de la edad materna, paridad, diabetes gestacional y consumo de tabaco ($P < 0.05$).

OBJETIVOS:

Objetivo general

Conocer los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar el estado nutricional materno en mujeres atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.
- ✓ Determinar el peso de los recién nacidos a término atendidos en el nosocomio en estudio.
- ✓ Relacionar el estado nutricional materno con el peso de los recién nacidos de partos normal.
- ✓ Relacionar el estado normal con los factores maternos como edad, talla, paridad, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, nivel económico y consumo de tabaco. nutricional materno y el peso del recién nacido de parto.

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Tipo de investigación:

Aplicada.

Método de estudio:

Transversal, descriptivo.

Población:

Estuvo constituida por 465 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de atención SIP 2013.

Muestra:

Estuvieron constituidas por 211 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de Historia Clínica Perinatal de atención 2015. El tamaño de muestra fue obtenida mediante la siguiente formula estadística:

Tipo de muestreo

- Probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Puérperas con partos a término.
- Puérperas que deseen participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

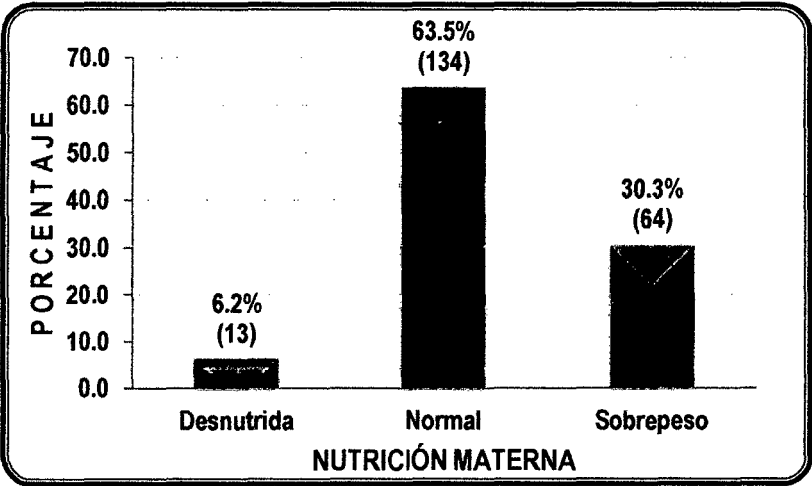
- Puérperas con partos pre término.
- Puérperas que no deseen participar voluntariamente en la investigación.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la recolección de datos se utilizó la siguiente técnica: Encuesta, revisión de historias clínicas. El instrumento utilizado es la guía del cuestionario estructurado y guía de revisión de historias clínicas, este instrumento permitió procesar y analizar la información obtenida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

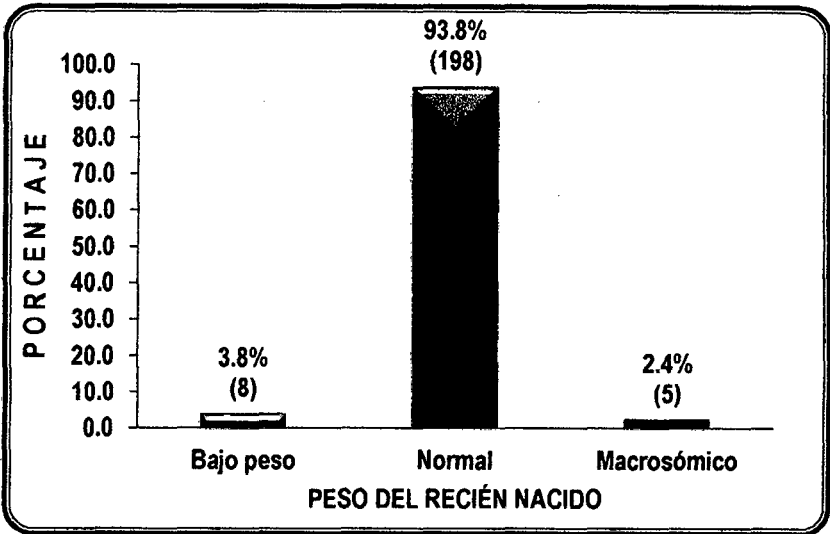
RESULTADOS:

Gráfico Nº 01: Nutrición materna en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Gráfico № 02: Peso en recién nacido a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho.
Enero – marzo 2015.



FUENTE: Ficha de recolección de datos.

Tabla № 01: Peso del recién nacido a término según nutrición materna. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Peso del Recién Nacido	Nutrición Materna						Total	
	Desnutrida		Normal		Sobrepeso		№	%
	№	%	№	%	№	%		
Bajo peso	6	2.8	2	0.9	0	0.0	8	3.8
Normal	7	3.3	129	61.1	62	29.4	198	93.8
Macrosómico	0	0.0	3	1.4	2	0.9	5	2.4
Total	13	6.2	134	63.5	64	30.3	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 68.661^{**}$
g. l. = 4

$\chi^2_i = 9.488$

Tabla Nº 02: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según edad. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Edad	Nutrición Materna														Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso					
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómi		Normal		Macrosómi			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
≤ 19 años	0	0.0	1	0.5	0	0.0	41	19.4	1	0.5	3	1.4	0	0.0	46	21.8
20 a 35 años	6	2.8	6	2.8	2	0.9	76	36.0	1	0.5	41	19.4	1	0.5	133	63.0
≥ 36 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	5.7	1	0.5	18	8.5	1	0.5	32	15.2
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 35.156^{**}$

$\chi^2_i = 21.026$

$P < 0.05$

g. l. = 12

Tabla Nº 03: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según talla. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Talla materna (cm)	Nutrición Materna														Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso					
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
≤ 150	3	1.4	1	0.5	2	0.9	56	26.5	0	0.0	31	14.7	1	0.5	94	44.5
≥ 151	3	1.4	6	2.8	0	0.0	73	34.6	3	1.4	31	14.7	1	0.5	117	55.5
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 8.404 \text{ N. S.}$

$\chi^2_i = 12.592$

$P > 0.05$

g. l. = 6

Tabla № 04: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según paridad. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Paridad	Nutrición Materna															Total	
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómic				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Primípara	3	1.4	2	0.9	0	0.0	56	26.5	0	0.0	14	6.6	0	0.0	75	35.5	
Múltipara	1	0.5	5	2.4	2	0.9	50	23.7	2	0.9	23	10.9	1	0.5	84	39.8	
Gran múltipara	2	0.9	0	0.0	0	0.0	23	10.9	1	0.5	25	11.8	1	0.5	52	24.6	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 24.875^{**}$

$\chi^2_t = 21.026$

$P < 0.05$

g. l. = 12

Tabla № 05: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según diabetes gestacional. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Diabetes gestacional	Nutrición Materna															
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso				Total	
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido					
	Bajo peso		Norma l		Bajo peso		Normal		Macrosómic o		Normal		Macrosómic o			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.5	0	0.0	2	0.9	1	0.5	4	1.9
No	6	2.8	7	3.3	2	0.9	12	60.8	3	1.4	6	28.0	1	0.5	20	98.1
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	12	61.1	3	1.4	6	29.2	2	0.9	21	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 26.693^{**}$

$\chi^2_t = 12.592$

$P < 0.05$

g. l. = 6

Tabla № 06: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según hipertensión inducida por el embarazo. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Hipertensión inducida por el embarazo	Nutrición Materna																Total
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macros		Normal		Macros				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
	Si	0	0.0	1	0.5	0	0.0	8	3.8	0	0.0	4	1.9	1		0.5	
No	6	2.8	6	2.8	2	0.9	121	57.3	3	1.4	58	27.5	1	0.5	197	93.4	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 7.557$ N. S.

$\chi^2_t = 12.592$

$P > 0.05$

g. l. = 6

Tabla № 07: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según nivel económico. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Nivel económico	Nutrición Materna																Total
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Alto	0	0.0	0	0.0	0	0.0	22	10.4	2	0.9	8	3.8	0	0.0	32	15.2	
Medio	3	1.4	6	2.8	1	0.5	81	38.4	0	0.0	4	2.2	2	0.9	14	6.8	
Bajo	3	1.4	1	0.5	1	0.5	26	12.3	1	0.5	6	2.8	0	0.0	38	18.0	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_c = 20.811$ N. S.

$\chi^2_t = 21.026$

$P > 0.05$

g. l. = 12

Tabla № 08: Nutrición materna y peso del recién nacido a término según consumo de tabaco. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

Consumo de tabaco	Nutrición Materna																Total
	Desnutrida				Normal						Sobrepeso						
	Peso del Recién Nacido				Peso del Recién Nacido						Peso del Recién Nacido						
	Bajo peso		Normal		Bajo peso		Normal		Macrosómico		Normal		Macrosómico				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Si	4	1.9	0	0.0	1	0.5	3	1.4	0	0.0	2	0.9	0	0.0	10	4.7	
No	2	0.9	7	3.3	1	0.5	126	59.7	3	1.4	60	28.4	2	0.9	201	95.3	
Total	6	2.8	7	3.3	2	0.9	129	61.1	3	1.4	62	29.4	2	0.9	211	100.0	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

$$\chi^2_c = 62.618^{**}$$

$$\chi^2_i = 12.592$$

$$P < 0.05$$

$$g.l. = 6$$

III. DISCUSION:

Las mediciones antropométricas permiten evaluar el estado nutricional de la gestante y predecir como afrontará el desgaste fisiológico y nutricional que el embarazo implica, sin embargo la desnutrición materna (tanto pre gestacional como gestacional) tiene consecuencias graves para el neonato, dadas por la elevada incidencia de bajo peso al nacer, incremento de la tasa de mortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor.⁴

Una nutrición materna adecuada es un requisito para el crecimiento fetal normal. Existe una relación positiva entre el estado nutricional pre gestacional, la ganancia ponderal y el peso del recién nacido. La ganancia ponderal, varía con el peso previo de la madre, y por consiguiente determina según sea este, diferentes gradientes en el peso del recién nacido. Sin embargo, estudios epidemiológicos muestran una amplia tolerancia a una desnutrición materna, sin manifestaciones clínicas sobre el crecimiento fetal. Asimismo, la edad materna extrema constituye un factor de riesgo para el peso de nacimiento del niño, tanto en las edades inferiores a 20 años como en las mayores de 35 años.

IV. CONCLUSIONES:

De los resultados obtenidos en la presente investigación arribamos a las siguientes conclusiones:

- 1° El 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso.
- 2° El 93.8% (198) recién nacidos a término presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso.
- 3° El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P < 0.05$).
- 4° El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno es dependiente de la edad materna, paridad, diabetes gestacional y consumo de tabaco ($P < 0.05$).
- 5° El peso del recién nacido a término y el estado nutricional materno no es dependiente de la talla materna, hipertensión inducida del embarazo y el nivel económico ($P > 0.05$).

V. RECOMENDACIONES:

- 1° A las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho realizar campañas educativas dirigidas a las gestantes, para sensibilizar en los cuidados de salud durante la gestación mediante el consumo de alimentos saludables, de esta manera se disminuiría el porcentaje de gestantes desnutridas y con sobrepeso.
- 2° A los profesionales de la salud (obstetras) realizar las interconsultas cuando se detecta a gestantes desnutridas u obesas con la finalidad de que les brinde la atención para el

control del estado nutricional y se tenga control adecuado del embarazo.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo SL, Mancilla LP, Parra BE, Manjarrés LM, Zapata NJ, Restrepo PA, Martínez MI. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Rev Chil Nutr* Vol. 37, N°1, Marzo 2010.
2. Fujimori E, Núñez LM, Cornbluth S, Vianna IM, Guerra EM. Evolución del estado nutricional de embarazadas atendidas en la Red Básica de Salud, Santo André, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 maio; 9(3):64-9.
3. Balestena JM, Suárez CM, Balestena SG. Valoración nutricional de la gestante. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(2):165-71.
4. Pérez A, Murillo C, Hernández R, Herrera HA. Circunferencias para valorar cambios en la masa corporal y cantidad de grasa total en gestantes del segundo y tercer trimestre. *Revista Nutrición Hospitalaria*. 2010; 25(4): 662-668.
5. Couceiro M, Zimmer M, Passamai M, Villagrán E, Valdiviezo M, Tinte E. Determinantes pre concepcionales maternos del peso del recién nacido. *Antropo*, 2010; 23, 77-87.
6. Nolvís N, Magre NI, Marín V, De la Cruz Y, Vargas A. Indicadores del bajo peso al nacer en el área de salud del Policlínico Docente "José Martí Pérez" en 2012. *MEDIRESAN* 2013; 17(8): 3029 - 3035.
7. García LG, López L, Barroso M, Alonso M, Morera M. Comportamiento del bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014; 40(1):24-34.
8. Vila R, Hevilla E. Curva de ganancia ponderal de la gestante de bajo riesgo y su relación con el peso del recién nacido. *Matronas Prof.* 2009; 10(4): 6-13.
9. Ministerio de Salud. Informe: Anemia en gestantes del Perú y Provincias con comunidades nativas 2011. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Junio - 2012.
10. Dirección Regional de Salud Ayacucho. Análisis de la Situación de Salud de Ayacucho - 2011. Dirección de Epidemiología, Emergencias y Desastres. Ayacucho - Perú 2012.
11. Dirección Regional de Salud. Estadísticas de Salud. Sistema Informático Perinatal - SIP, 2013.
12. Rey A, Ávila D, Rodríguez A, Cabrera AC. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. *Revista Finlay*. Abril 2013, Volumen 3, Número 1. p: 4-13.
13. Mirabal B. Factores que inciden en el estado nutricional materno y peso del recién nacido, Hospital Docente Ginecoobstétrico de Matanzas, Cuba. *Resúmenes de Investigaciones en Salud*. Vol. 2(1): 211 - 218, 2011.
14. Rodríguez PL. Implicaciones obstétricas de la desnutrición materna. *Revista Médica Electrónica*. 2011, Jun-Jul. p: 448-455.
15. Casas JV. Factores de riesgo asociados al estado nutricional materno y peso del recién nacido, Policlínico "Raúl Gómez", Cuba. *Resúmenes de Investigaciones en Salud*. Vol. 1(1): 145-165, 2010.
16. Giraldo CL, Orduz PA. Estado nutricional materno de las mujeres indígenas de río Sucio Caldas 2004-2005 y la asociación directa con el peso de sus recién nacidos. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 193 - 202.
17. Vega y Sotelo, "Ganancia de peso materno en adolescentes según índice de masa corporal pregestacional y su relación con el peso del recién nacido. Hospital de Apoyo de Huanta. Agosto - Octubre 2013. Ayacucho.
18. Organización Panamericana de Salud. Evaluación del estado nutricional de niñas, niño y embarazado mediante antropometría. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
19. Ministerio de Salud. Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Lima 2005.
20. DIRESA - Cusco. Directiva sanitaria para la evaluación nutricional antropométrica y ganancia de peso durante la gestación - N° 001 -2012. Dirección Sanitaria Regional Cusco.

21. Martínez C, Pedrón C. Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. p: 313-318.
22. Institute of Medicine, National Academy Press, 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines.

*Facultad de
Ciencias de la
Salud
Escuela Profesional
de Obstetricia
UNSCH*

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer los factores asociados al estado nutricional materno y su repercusión en el peso del recién nacido a término. Hospital Regional de Ayacucho. Enero – marzo 2015.

HIPOTESIS: La nutrición materna se encuentra influenciada por los factores maternos como la edad, talla, paridad, diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, nivel económico, consumo de tabaco, el mismo que repercutirá en el peso del recién nacido en el Hospital Regional de Ayacucho.

MARCO TEORICO: el peso de un niño al nacer es el determinante más importante en la posibilidad de su sobrevivencia; el bajo peso al nacer (inferior a 2500 g) representa en la actualidad uno de los problemas prioritarios de salud, que se asocia a la mayoría de las defunciones de niños menores de un año, y además influye en la calidad de la vida futura.

METODOLOGIA: Aplicada, Transversal, descriptivo, la población estuvo constituida por 465 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de atención SIP 2013. La población estuvieron constituidas por 211 puérperas con partos con recién nacidos a término atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho según registro de Historia Clínica Perinatal de atención 2015. La técnica utilizada fue encuesta, revisión de historias clínicas.

Los instrumentos utilizados fueron Guía del cuestionario estructurado Guía de revisión de historias clínicas.

CONCLUSION: El 63.5% (134) de mujeres presentaron estado nutricional normal, seguido del 30.3% (64) con sobrepeso. El 93.8% (198) recién nacidos a término presentaron peso normal, seguido del 3.8% (8) con bajo peso. El peso del recién nacido a término es dependiente del estado nutricional materno ($P < 0.05$).

RECOMENDACIONES: A las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Ayacucho realizar campañas educativas dirigidas a las gestantes, para sensibilizar en los cuidados de salud durante la gestación mediante el consumo de alimentos saludables, de esta manera se disminuiría el porcentaje de gestantes desnutridas y con sobrepeso.

BIBLIOGRAFIA REFERENCIAL: Ministerio de Salud. Norma técnica para la valoración nutricional antropométrica de la gestante. Lima 2005.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Learn about the factors associated with maternal nutritional status and its impact on the weight of the newborn baby to term. Regional Hospital of Ayacucho. January - March 2015. **HYPOTHESIS:** Maternal nutrition is influenced by the maternal factors such as age, size, parity, gestational diabetes and hypertension induced by pregnancy, economic level, tobacco use, which will affect the weight of the newborn in the Regional Hospital of Ayacucho. **MARCO THEORETICAL:** the weight of a child at birth is the most important on the possibility of their survival; the low birthweight (less than 2500 g) currently represents one of the priority health problems, that is associated with the majority of deaths among children less than a year, and also affects the quality of the future life. **METHODOLOGY:** Applied, Transversal, descriptive, the population consisted of 465 Childbirth deliveries with newly born at term served in the Regional Hospital of Ayacucho according to register of attention SIP 2013. The population were constituted by 211 postpartum women with newborn deliveries attended at the Regional Hospital of Ayacucho according to register of Perinatal health record of care 2015 term infants. The technique used was survey, review of medical records. The instruments used were the structured questionnaire Guide for review of clinical histories Guide. **CONCLUSION:** The 63.5% (134) of women had normal nutritional state, followed by 30.3% (64) overweight. 93.8% (198) newborn out were normal weight, followed by 3.8% (8) with low weight. The weight of the newborn baby to term is dependent on maternal nutritional status ($P < 0.05$). **RECOMMENDATIONS:** The Regional Directorate of Ayacucho health authorities carry out educational campaigns aimed at pregnant, to raise awareness in health care during pregnancy through the consumption of healthy foods, thus is would decrease the percentage of undernourished pregnant and overweight.

BIBLIOGRAPHY REFERENCE: Ministry of health. Technical standard for the anthropometric nutritional evaluation of the pregnant woman. Lima 2005.



**FORMATO DE REGISTRO DE TRABAJO DE
INVESTIGACION CONDUCTENTE AL TITULO
UNIVERSITARIO**



DATOS GENERALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTA DE OBSTETRICIA

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO DE TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA NUTRICIÓN MATERNA Y SU
REPERCUSIÓN EN EL PESO DEL RECIÉN NACIDO A TÉRMINO.
HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2015.**

AREA DE INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO (GINECO- OBSTETRICIA)

AUTORES

MANCILLA ROJAS, Gaby

DNI: 43161627

ONCEBAY TIPE, Maritza Gheovana

DNI: 28299234

TITULO PROFESIONAL LA QUE CONDUCE: OBSTETRA

AÑO DE APROBACION DE LA SUSTENTACION: 2015