

REPÚBLICA DE CUBA
FILIAL DE CIENCIAS DE LA SALUD
"ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA"
MORÓN
MATERNO SUR MUNICIPIO MORÓN



TÍTULO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A GESTANTES CON ESTADO NUTRICIONAL DEFICIENTE.

AUTORA: Lic. María Ofelia Conde Moreno.

TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

REPÚBLICA DE CUBA
FILIAL DE CIENCIAS DE LA SALUD
"ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA"
MORÓN
MATERNO SUR MUNICIPIO MORÓN



TÍTULO: ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A GESTANTES CON ESTADO NUTRICIONAL DEFICIENTE.

AUTORA: Lic. María Ofelia Conde Moreno.

TUTORA: MsC. Gizet de los Ángeles del Toro Mosquera.
Profesora Asistente FCS.

ASESORES: Dr Julio. A .Quintana Gonzalez.
MsC. Atención Integral a la Mujer
Especialista de 1er Grado en Ginecología y Obstetricia.
Lic. Maydelis Bravo Basulto.
MsC. Atención Integral a la Mujer
Especialista en Enfermería Comunitaria.

TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MÁSTER EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER.

PENSAMIENTO



“OCUPARSE DE LO FÁCIL CUANDO SE TIENE BRÍOS PARA INTENTAR LO DIFÍCIL, ES DESPOJAR DE DIGNIDAD AL TALENTO”

José Martí

DEDICATORIA

Dedico este trabajo:

A mis padres y hermana por la atención que siempre tuvieron por mis estudios y el apoyo que me brindaron.

A mi esposo y suegros por el amor, la dedicación y el apoyo que siempre me han brindado.

A mis profesores que con sus esfuerzos y exigencias supieron transmitirme los conocimientos y llegar a este momento culminante de mis estudios.

A la revolución y a nuestro comandante Fidel, sin cuya presencia en esta hermosa obra de darle a cada cubano la oportunidad de superarse, no hubiese sido posible.

AGRADECIMIENTOS

Por hacer realidad una tarea de este tipo, aunque modesta, he necesitado la valiosa, entusiasta y oportuna ayuda, de numerosos compañeros a los que ofrezco mi más sincero agradecimiento, en especial a mi tutor Dr. Julio Quintana González y a mi asesora Msc. Maydelis Bravo Basulto, por sus tantas noches de desvelo las cuales me dedicó para la realización del mismo.

A mis familiares y esposo que me apoyaron e incentivaron con su quehacer cotidiano. Además a mis compañeros de trabajo, que supieron brindar apoyo para poder desempeñar con éxito mis estudios y a todas aquellas personas que de alguna manera u otra, permitieron la realización de este trabajo.

A Todos Gracias.

RESUMEN

Se realizó una estrategia de intervención con el personal de enfermería que labora en el área sur del municipio de Morón en el período comprendido entre junio del año 2009 y junio del 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento acerca de los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes. El universo estuvo constituido por 35 enfermeros que trabajan en esta área de salud y la muestra se corresponde con el universo. Para la obtención del dato primario se aplicó una encuesta al inicio de la investigación obteniéndose un diagnóstico previo donde se detectaron las necesidades sobre el tema y se implementó la estrategia de intervención, la cual se llevó a cabo en un tiempo breve y sin necesidad de recursos auxiliares. Se utilizaron métodos del nivel teórico y empíricos. Se evaluó el impacto final de la estrategia a través de una encuesta de salida. Los datos se recogieron y determinaron según la clasificación de las variables y fueron procesados por una computadora Pentium, como procesador de texto el Microsoft Word del Office XP auxiliándonos además del Microsoft Excel. Finalmente se expresó el contenido en tablas de distribución de frecuencia, aplicando el número y porcentaje. Se discutió tomando como referencias bibliográficas la información encontrada en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas en Ciego de Ávila, además de la base de datos MEDLINE previa documentación de la autora. Con la implementación de la estrategia de intervención el personal de enfermería elevó sus conocimientos y se actualizaron sobre el tema de los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

Palabras claves:

Estado nutricional de las gestantes.

Estrategia de intervención.

INDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	1-3
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5-11
MATERIAL Y MÉTODO	12-17
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	18- 26
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29-32
ANEXOS	33

INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al período preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distosias y complicaciones del parto.

La nutrición durante el embarazo es un tema controvertido, muchas veces ignorado por los obstetras o abordado en forma equivocada. Ello, puede deberse por una parte a un conocimiento insuficiente del tema y por otra, a que los conceptos están en revisión y no debidamente comprobados. Esta tarea ha sido asumida por matronas y nutricionistas lo que también ha facilitado que los obstetras se despreocupen de él. Además es difícil para los médicos traducir la teoría en recomendaciones prácticas, cotidianas y accesibles. No es raro entonces, que un pilar del control gestacional haya sido relegado en la práctica obstétrica a lugares secundarios. (1, 2,3)

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

La ganancia de peso óptima en embarazadas adultas con peso preconcepcional normal fluctúa en la mayoría de los estudios entre 11 y 16 Kg. Sin embargo, depende en gran medida de la talla materna, siendo obviamente menor en mujeres de menor estatura.

Ganancias de peso cercanas a los 16 kg en mujeres bajas con talla menor a 150 cm pueden aumentar el riesgo de desproporción cefalo-pélvica. A la inversa, recomendar

valores cercanos a 11 Kg. en madres con una talla mayor de 160 cm puede aumentar el riesgo de desnutrición intrauterina. Por estas consideraciones, la mayoría de los autores recomiendan ganancias de peso proporcionales a la talla materna. Para ello se debe utilizar algún indicador de la relación peso/talla (índice de masa corporal, por ejemplo) para aplicar la propuesta que tiene consenso: ella es que la ganancia de peso gestacional sea equivalente a 20% del peso ideal, lo que correspondería a 4,6 puntos del índice de masa corporal para una mujer con un índice de masa corporal inicial de 23 puntos. (4)

El estado nutricional pregestacional materno y la ganancia de peso durante la gestación son los factores más importantes relacionados con el peso al nacer el cual es probablemente el parámetro que se relaciona estrechamente con la morbimortalidad perinatal, crecimiento antropométrico y el desarrollo mental ulterior del recién nacido. Ambos, el estado nutricional pregestacional y la ganancia de peso durante la gestación son variables independientes y completamente aditivas o sustractivas para el peso del recién nacido, estableciéndose relaciones lineales directas entre ambas y el peso al nacer (5). Así, las mujeres adelgazadas tienden a procrear infantes con bajo peso al nacer y las obesas niños macrosómicos (8,9); así como las mujeres con pobre ganancia ponderal durante la gestación, procrean niños con bajo peso al nacer y las mujeres con ganancia ponderal excesiva recién nacidos macrosómicos. Se describe también que la relación entre la ganancia ponderal durante la gestación y el peso del recién nacido difiere de acuerdo al estado nutricional pregestacional de la madre. La OMS toma como referencia las recomendaciones realizadas por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1990 sobre la ganancia ponderal durante el embarazo basado en el estado nutricional pregestacional. Se recomienda para las mujeres adelgazadas una ganancia ponderal total de 12.5 a 18 Kg., para mujeres con IMC ideal entre 11.5 a 16 Kg., para mujeres con sobrepeso y obesas 7 a 11.5 kg y menos de 6 kg, respectivamente (6). Sin embargo, el promedio de la ganancia de peso en los países en desarrollo como el nuestro es menor que estas recomendaciones y podría ser la diferencia en la incidencia de bajo peso al nacer (7,8).

En nuestra población con características sociales, culturales, étnicas y económicas propias, es necesario evaluar la relación existente y establecer una relación adecuada

entre la ganancia ponderal materna para los diferentes estados nutricionales pregestacionales con resultados materno perinatales adecuados, para poder encaminar medidas futuras en la mejoría del estado nutricional de este grupo.

El hogar materno es una institución de salud con condiciones estructurales y funcionales muy similares a los del propio domicilio de la gestante y estrechamente vinculado a la comunidad, entre cuyos principales objetivos figuran mejorar el estado nutricional y resolver diferentes situaciones sociales, preparar a las gestantes para una vez egresadas conozcan como debe hacerse el balance adecuado de su dieta para lograr tener un término feliz de su gestación, la detección precoz y el tratamiento apropiado pueden prolongar el embarazo lo suficiente para asegurar un resultado satisfactorio tanto para la madre como para el feto. Para lograr este objetivo el personal de enfermería que labora en este centro debe estar suficientemente capacitado en temas relacionados con los factores que influyen en el estado nutricional de las gestantes, lo mismo ocurre en el área de salud donde se le da seguimiento una vez egresadas del hogar materno.

La práctica como profesional de la salud y las investigaciones realizadas sobre el tema, han demostrado que existe desconocimiento por parte del personal de enfermería sobre la atención y seguimiento de las gestantes en relación a los factores que intervienen en el estado nutricional, lo anterior se pudo comprobar además a través de un diagnóstico efectuado.

En el diseño del curriculum de la formación de la especialidad de enfermería, no existen programas de estudio que aborde el tema, sólo contenidos aislados lo cual hace deficiente la formación de este personal en este sentido.

Consideramos que al profundizar el conocimiento científico sobre el seguimiento de las gestantes con estado nutricional deficiente o incorrecto, se incrementará el acervo científico en el personal de enfermería que labora en las áreas de salud del municipio, lo cual se revertirá en una mejor calidad de atención perinatal, así como el manejo correcto de estas pacientes.

Es por todo lo anterior que precisamos el siguiente **problema de investigación:**
¿Cómo elevar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los factores

que intervienen en el estado nutricional de las gestantes que son atendidas en el área sur del municipio de Morón?

Hipótesis.

Si se aplica una estrategia de intervención basada en las necesidades de aprendizaje sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes, entonces se logrará elevar el nivel de conocimientos del personal de enfermería que atiende estas pacientes logrando un mejoramiento en la atención de las mismas.

OBJETIVOS

GENERAL:

Elevar el nivel de conocimiento sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las embarazadas en el personal de enfermería que atiende estas pacientes en el área sur del municipio de Morón.

ESPECÍFICOS:

-Diagnosticar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes antes y después de la aplicación de la estrategia de intervención.

-Elaborar una estrategia de intervención relacionada con el tema del estado nutricional en las embarazadas.

-Implementar la estrategia de intervención elaborada.

-Evaluar los resultados de la estrategia de intervención implementada.

MARCO TEÓRICO

Desde hace más de dos décadas se conoce que la desnutrición proteico-energética es la forma de malnutrición más ampliamente extendida en el mundo, su prevalencia es muy alta en los países subdesarrollados en los sectores de la población más explotados, así como en los que se encuentran en vía de desarrollo.

Aproximadamente uno de cada 12 bebés nace con peso bajo en los Estados Unidos. Los avances en la atención médica neonatal han reducido considerablemente la tasa de mortalidad asociada con el bajo peso. Sin embargo, un pequeño porcentaje de los bebés que sobreviven experimenta retraso mental, problemas de aprendizaje, parálisis cerebral y la pérdida de la vista y la audición.

Los bebés que nacen con un peso inferior a cinco libras y ocho onzas (2,500 gramos) se consideran de bajo peso. Los bebés que nacen con peso bajo tienen un riesgo mayor de tener serios problemas de salud durante sus primeras semanas de vida, además de sufrir incapacidades permanentes e incluso la muerte.

Uno de los aspectos relevantes del control prenatal es el diagnóstico, evaluación y manejo de la condición nutricional de la embarazada.

Es conocido el hecho de que el peso materno pregestacional y la ganancia ponderal durante el embarazo influyen directamente sobre el peso fetal. Es así como el bajo peso y la obesidad materna se relaciona con recién nacidos pequeños y grandes para la edad gestacional, respectivamente.

El factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo. (9,10)

Los trabajos de Kramer y cols. mostraron que los factores nutricionales maternos eran los determinantes más importantes de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) en países en desarrollo, y que estos factores por sí solos, eran los responsables del 50% de las diferencias en la frecuencia de RCIU entre los países industrializados y en desarrollo (11). Existe consenso de que la mujer embarazada requiere un aporte nutricional mayor que la no grávida. Por razones éticas no ha podido determinarse con

exactitud, cuáles son los requerimientos adicionales, ya que esto implicaría manipulaciones dietéticas no permitida en humanos.

Sin embargo, en los países en desarrollo lo característico de la dieta promedio es un bajo componente calórico y proteico, de ahí la importancia de los programas nacionales de alimentación complementaria a las embarazadas. Durante la gestación se produce un incremento del metabolismo anabólico, especialmente en el tercer trimestre. Esto está determinado por la presencia de feto y placenta en continuo crecimiento, aumento del trabajo mecánico externo dado por el mayor peso materno, aumento del trabajo mecánico interno dado por mayor uso de la musculatura respiratoria y del trabajo cardíaco. Todo esto implica un aumento del aporte calórico equivalente a un 13% de las necesidades pregestacionales. El costo energético total del embarazo se estima en 80.000 kcal, equivalente a un aumento promedio de 286 kcal/día, distribuidas en 150 kcal/día en el primer trimestre y 350 kcal/día en el segundo y tercer trimestre. Estos cálculos se basan en una mujer de antropometría promedio, normo nutrida y con feto único (12). En embarazo gemelar se recomienda un aporte calórico adicional de 300 kcal/día. En embarazadas obesas se debe efectuar una restricción del aporte calórico, lo suficiente para lograr un aumento de peso total a término equivalente a 7,5 - 10,5 Kg.; la restricción calórica máxima es de 1.800 kcal/día, cifras inferiores se asocian a cetoacidosis de ayuno que deben ser evitadas. Los requerimientos proteicos durante el embarazo se incrementan en promedio en un 12%. La acumulación total de proteínas en el embarazo es 925 g, equivalente a 0,95 g/Kg./día. Estos cambios del metabolismo proteico están dados por una acelerada síntesis proteica, necesaria para la expansión del volumen sanguíneo materno, el crecimiento de las mamas, del útero y muy especialmente el aumento de los te fetal placentario.

El aumento de la ingesta de alimentos proteicos debe considerarse cuantitativa y cualitativamente. La concentración de aminoácidos esenciales en la proteína de origen animal es considerada óptima, mientras que en la proteína de origen vegetal la concentración es un 50 a 65% de lo ideal. Estos conceptos son especialmente importantes en las recomendaciones nutricionales dado el alto costo económico de los nutrientes proteicos (13). La anemia por déficit de hierro constituye una patología

nutricional de alta prevalencia en las embarazadas, debido a los importantes requerimientos de hierro durante el embarazo y a dietas pobres en este elemento, especialmente en las dietas promedio de los países en desarrollo.

Los requerimientos de hierro durante el embarazo son aproximadamente 1.000 mg, estimándose 270 mg transferidos al feto, 90 mg a la placenta, 450 mg utilizados en la expansión eritrocítica materna y 170 mg de pérdida externa.

El hierro proporcionado por los alimentos oscila entre 6 a 22 mg y sólo el 20% es de origen animal. La absorción del hierro de origen vegetal es del 1% y del hierro de origen animal entre 10 y 25%, de ahí que la suplementación con hierro medicamentoso constituya una de las acciones preventivas más relevantes del control prenatal. La suplementación con hierro debe iniciarse precozmente en el primer trimestre si el hematocrito es inferior a 36%; si es superior a ese valor se puede iniciar la suplementación en el segundo trimestre. Si el hematocrito en el primer trimestre es inferior a 28%, debe iniciarse el estudio de la etiología de la anemia para descartar anemias megaloblásticas (déficit de ácido fólico y vitamina B12), hemoglobinopatías (talasemias), anemias hemolíticas adquiridas (autoinmune, neoplasias, infección, etc.). La anemia del embarazo se define en relación a la edad gestacional al momento del diagnóstico: en el primer trimestre cuando el hematocrito y la hemoglobina es igual o inferior a 33% y 11 g/dl, respectivamente; en el segundo y tercer trimestre, cuando el hematocrito es inferior o igual a 30% y la hemoglobina a 10 g/dl. La suplementación profiláctica se efectúa con preparados que aseguren una cantidad de 60-100 mg de hierro elemental y la suplementación terapéutica en cantidades de 200 mg de hierro elemental (absorción del 10% de la dosis). Debemos recordar que la ingesta de hierro puede producir intolerancia gástrica, estado nauseoso, constipación y coloración oscura de las deposiciones. Para su mejor absorción debe ingerirse con estómago vacío (entre las comidas) con una bebida cítrica y evitar la ingesta con leche o té que bloquea casi totalmente la absorción enteral (14,15).

El embarazo produce modificaciones del metabolismo del calcio, dado por la expansión del volumen plasmático, disminución de la albuminemia, aumento de las pérdidas por orina y la transferencia a través de la placenta que llevan a una disminución del calcio

iónico. Con fines de mantener la estabilidad se produce un aumento de la hormona paratiroidea que, a término, alcanza 30 a 50% de los valores basales; de igual forma aumenta la calcitonina para proteger al hueso del aumento de la hormona paratiroidea. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30 g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre. El esqueleto materno puede dañarse sólo en circunstancias nutricionales de extremo déficit de aporte de calcio o escasa exposición solar. Con dieta balanceada y exposición solar habitual los mecanismos compensadores evitan el daño óseo materno. Durante el embarazo los requerimientos de calcio aumentan hasta 1.200 mg/día, lo que equivale aproximadamente a un 50% más que en el estado pregestacional. Se recomienda un aporte extra de 400 mg/día mediante aporte adicional de productos lácteos o calcio medicamentoso.

La leche de vaca proporciona 125 mg de calcio por 100 ml, de ahí que una madre que puede ingerir entre 750-1.000 cc de leche diario, más otros productos lácteos adicionales, cumple adecuadamente con los requerimientos necesarios para un buen desarrollo del esqueleto fetal.

En embarazadas con intolerancia a la leche por déficit de lactosa se recomienda un aumento de otros nutrientes con alto contenido en calcio como carnes, yogurt, quesos o leche con bajo o nulo contenido de lactosa y suplementación medicamentosa de calcio (16, 17,18). La embarazada que tiene acceso a una dieta balanceada no requiere de suplementación adicional de vitaminas. Prácticamente todas las vitaminas aumentan sus requerimientos durante la gestación, especialmente ácido fólico y vitamina D, los cuales alcanzan un 100% de aumento. En el resto de las vitaminas su mayor requerimiento es inferior al 100%.

En Chile, las patologías nutricionales por avitaminosis específica en el adulto son excepcionales, de ahí que los mayores requerimientos son compensados con una mayor ingesta cuantitativa de una dieta balanceada.

El consumo excesivo de vitaminas condiciona un potencial riesgo perinatal, especialmente con las vitaminas liposolubles como son la vitamina A y D que tienen un efecto acumulativo. Se han descrito malformaciones renales en niños cuyas madres

han ingerido entre 40.000 y 50.000 UI de vitamina A durante el embarazo; incluso dosis inferiores pueden producir alteraciones conductuales y de aprendizaje en la vida futura. En animales, en dosis equivalentes del humano a 500.000 UI de vitamina A, se han descrito malformaciones oculares, auditivas y labio leporino.

El consumo de grandes dosis de vitamina D se asocia a malformaciones cardíacas del feto, particularmente la estenosis aórtica, la cual se ha descrito con dosis de 4.000 UI. Una normal exposición a la luz solar permite una adecuada síntesis de vitamina D y no sería necesaria una suplementación de esta vitamina. (19, 20,21). La mensuración del peso con regularidad es la única medición corporal válida para determinar su progresión durante el embarazo. Una ganancia de peso dentro de los parámetros recomendados, para una edad gestacional determinada, es un excelente indicador clínico de un ingreso calórico satisfactorio, si bien se ha planteado que el mejor momento para evaluar el estado nutricional de la madre es el posparto, período en el que a fin de garantizar las reservas suficientes para la producción de leche, la puérpera debe ostentar un sobrepeso de 2 a 3 Kg. en relación con el que exhibía antes del embarazo (22).

Para identificar la magnitud de la ganancia de peso es preciso el conocimiento previo de los valores considerados como normales para la población atendida (tablas nacionales de peso para la talla), lo que permitirá monitorear el grado de adecuación nutricional madre-hijo en el curso de la asistencia prenatal, mediante la comparación con las mensuraciones obtenidas en diferentes etapas del embarazo. No debe limitarse, exclusivamente, a efectuar un análisis frío de las tablas, pues resulta elemental e imperioso prestar especial atención a la constitución somática de cada mujer en particular.

Debido a que la mayoría de las veces el conocimiento exacto del peso habitual, previo a la gestación, resulta nada fácil y teniendo en cuenta que su aumento es mínimo en las semanas iniciales, en Cuba (donde la captación del embarazo se realiza precozmente) el peso corporal tomado en la primera consulta prenatal es considerado como pregestacional.

Durante el primer trimestre del embarazo, generalmente, no hay incremento de peso corporal e incluso suele disminuir como consecuencia de la anorexia, las náuseas y, en ocasiones, los vómitos.

Aún cuando se afirma que lo ideal sería que una gestante con problema nutricional incrementara el peso que le permita recuperar el déficit preconcepcional, añadiéndole la ganancia recomendada para su tiempo de embarazo, lo más importante es que al arribar al término de este haya incorporado entre 9 y 12 Kg., independientemente de su evaluación ponderal inicial (tomando como punto crítico una ganancia de, al menos, 8 Kg. para lograr pesos al nacimiento superiores a los 2 500 g) (23).

Los mejores resultados perinatales se han obtenido en mujeres con bajo peso al inicio del embarazo y una ganancia de 12 Kg. al final de este, así como en las clasificadas como sobrepeso y obesas con incremento entre 6,8 y 11,4 kg.

Con el propósito de facilitar la estimación de si el incremento del peso es adecuado o no en la embarazada, se ha propuesto que para las mujeres con una evaluación nutricional normal, al inicio de la gestación, el ingreso semanal debe ser aproximadamente de 400 g en el segundo y tercer trimestre, en tanto que para las de bajo peso y las sobrepeso este incremento por semana sería de 500 ó 300 g, respectivamente. De este modo, una grávida con 20 semanas de amenorrea y una evaluación ponderal inicial normal, únicamente se consideraría que habría ganado un peso adecuado cuando hubiera incrementado 4,4 Kg., pero en la práctica diaria muy raras veces ocurre de esta forma.

No se pretende en modo alguno poner en duda lo beneficioso de conseguir que la futura mamá incorpore por lo menos 4 Kg. de peso en la primera mitad del embarazo. Sería magnífico que así ocurriera, siempre con el empeño de lograr que arribe al final de su preñez con un peso idóneo (el esperado para su talla si no estuviera embarazada, además del adicionado como consecuencia de la gravidez). Tampoco se está en contra de que se realicen esfuerzos para alcanzar este objetivo, entre ellos la hospitalización temprana en salas de recuperación nutricional; sin embargo, esto último en ocasiones genera considerables dificultades para la mujer que ya es madre (sobre todo de hijos pequeños) (24,25).

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio de intervención del tipo antes y después al personal de enfermería que labora en el área sur del municipio de Morón en el período comprendido entre junio del año 2009 y junio del 2010 con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las embarazadas en el personal de enfermería que atiende estas pacientes.

El universo del estudio estuvo constituido por los 35 enfermeros que laboran el área de salud sur del municipio de Morón, la muestra se corresponde con el universo.

Se aplicaron los siguientes **criterios de inclusión**:

- 1- Enfermeros Licenciados en Enfermería.
- 2- Enfermeros con postbásico en atención integral a la mujer.
- 3- Técnicos en Enfermería superándose o no.

Criterios de Exclusión:

- 1- Personal de enfermería que ingresa a laborar al área de salud sur después de iniciado el estudio.
- 2- Personal de enfermería que cause baja durante el estudio.
- 3- Personal de enfermería que no cumpla con los criterios de inclusión.

A todos se les hizo llegar el consentimiento informado según se recoge en el anexo 1.

Inicialmente se realizaron todas las coordinaciones pertinentes con la dirección del policlínico sur para que tuvieran conocimiento del tipo de investigación que se estaba llevando a cabo y posteriormente se firmo el convenio investigador- institución. (anexo 2)

Métodos y Técnicas empleados.

Métodos del nivel teórico:

- **Histórico-Lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su surgimiento hasta la actualidad.
- **Analítico-sintético:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.
- **Sistémico- estructural-funcional:** se utilizó para la elaboración de la estrategia de intervención.

Métodos y técnicas del nivel empírico:

- **Encuestas al personal de enfermería:** con el objetivo determinar el nivel de conocimientos que poseían sobre el tema de los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

Ética y bioética:

Los participantes en el estudio tuvieron la oportunidad de informarse sobre los objetivos de la intervención y la inocuidad de la misma y que su participación será voluntaria y una vez incorporados a este tendrán la posibilidad de abandonarlo si así lo quisieran. Su disposición a colaborar en el estudio se plasmó en un modelo de consentimiento informado, debidamente firmado por ellos y el investigador.

Para la obtención de la información se aplicó una encuesta como método de acción individual validada por un psicólogo y aprobada en un estudio piloto la que se confeccionó según criterios de expertos y revisión bibliográfica relacionada con el tema a investigar. (anexo 3)

Al inicio se registraron los datos generales del sujeto encuestado para obtener la información necesaria en la investigación, la misma consta de ocho interrogantes, con ella se diagnosticó el nivel de conocimientos sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes y recibió la siguiente calificación:

- 1- Bien: de 8 a 7 respuestas correctas.
- 2- Regular: 6 a 4 respuestas correctas.
- 3- Mal: menos de 4 respuestas correctas.

Para el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE.

-Diagnóstico del nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes

VARIABLE DEPENDIENTE.

-Estrategia de Intervención.

OPERACIONALIZACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

-Diagnóstico del nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los

factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

En esta variable se exploraron los siguientes aspectos:

- 1- Importancia del estado nutricional materno.
- 2- Fraccionamiento de la dieta.
- 3- Comportamiento de los requerimientos nutricionales en las gestantes.
- 4- Efectos negativos de una inadecuada nutrición materna sobre el feto.
- 5- Acciones de enfermería.

-Estrategia de Intervención: Sistema de acciones conscientes e intencionales dirigidas al personal de enfermería de manera que se logre el nivel de preparación necesario para mejorar la atención a las gestantes en cuanto a los factores que afectan su estado nutricional.

Una vez diagnosticadas las necesidades de aprendizaje se confeccionó y se puso en práctica la estrategia de intervención, que consta de actividades teóricas y prácticas además de medios de enseñanza para una mejor adquisición de los conocimientos. (anexo 4)

Posteriormente se realizó una evaluación final donde se pudo comprobar los resultados obtenidos inicialmente con los resultados finales mediante la aplicación de la encuesta final siguiendo el procedimiento de la vez anterior, lo que permitió evaluar la efectividad de la intervención a través de una estrategia.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se usaron las frecuencias absolutas y relativas (%). Los resultados se presentan en las tablas de distribución de frecuencia y gráficos, para emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en la investigación.

APORTE PRÁCTICO DE LA INVESTIGACIÓN.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.

La investigación tiene como un propósito inicial conocer el nivel de conocimientos que tienen el personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes y una vez realizado el diagnóstico inicial sobre los mismos instruirlos, brindándole la información disponible con la finalidad de elevar el conocimiento a través de una estrategia de intervención.

El término estrategia aparece en la literatura con infinidad de definiciones y su diversidad se expresa en correspondencia con la esfera en que se emplee. La estrategia dentro de la investigación científica está considerada como un aporte de la investigación, puede ubicarse entre los resultados de significación práctica ya que la misma tiene como propósito esencial la proyección del proceso de transformación del objeto de estudio desde un estado real hasta un estado deseado. También en este campo existen diversas definiciones de “estrategia”.

La palabra estrategia proviene del vocablo griego que significa general. Sus orígenes se revelan en el campo militar, transfiriéndose con gran acierto a las esferas de la economía, la dirección de empresas y demás esferas de la sociedad.

Al efectuarse un análisis de estas definiciones se constatan como elementos comunes la determinación de metas y objetivos y la planificación de acciones para alcanzar estas metas.

El propósito de toda estrategia es vencer dificultades con una optimización de tiempo y recursos. La estrategia permite definir qué hacer para transformar la realidad existente e implica un proceso de planificación que culmina en un plan general con medidas organizativas, objetivos, acciones a desarrollar en determinado plazo de tiempo, con recursos mínimos y los métodos que aseguren el cumplimiento de dichas metas.

De lo anterior se infiere que las estrategias son siempre conscientes, intencionadas, planificadas y dirigidas a la solución de problemas de la práctica, las cuales deben ejecutarse en un plazo de tiempo predeterminado y que permitan la evaluación de los resultados obtenidos.

Independientemente de las definiciones analizadas, la autora considera que en una estrategia se debe prestar atención a la caracterización del estado actual, del estado deseado y la aplicación de un conjunto de acciones estrechamente relacionadas entre

sí, para salvar la distancia entre ambas posiciones.

En el marco de la investigación, a criterio de la autora, a partir de las definiciones anteriores y las características específicas donde se realiza, se acoge a la siguiente definición de estrategia:

“Un sistema de acciones estrechamente relacionadas entre sí que responden a un objetivo determinado, las mismas se planifican y organizan conscientemente, son controladas y evaluadas sistemáticamente, permitiendo satisfacer las necesidades diagnosticadas en los contextos en que se desarrolla, para transformar la realidad existente hacia el ideal socialmente deseado”.

La estrategia de intervención es definida en el contexto de esta investigación como: “sistema de acciones conscientes e intencionales dirigidas al personal de enfermería de manera que se logre el nivel de preparación necesario para mejorar la atención a las gestantes en cuanto a los factores que afectan su estado nutricional”.

La estrategia de intervención se diseña a partir de acciones que propician un ambiente favorable y parte de diagnosticar el nivel de conocimiento que se posee, pero también sus intereses, motivaciones y necesidades.

La estrategia de intervención diseñada consta de la siguiente estructura:

- Objetivo general: Elaborado tomando en consideración las necesidades reales detectadas en el diagnóstico inicial.
- Objetivos específicos: Elaborados sobre la base de las aspiraciones a alcanzar en cada una de las acciones a desarrollar.
- Acciones: Planificadas de manera tal que abarquen las temáticas sobre el tema objeto de la investigación. Todas las acciones se encuentran estrechamente relacionadas de forma tal que se complementan unas a otras.
- Formas organizativas: Posibilitarán el desarrollo armónico y concreto de las acciones que se proponen en aras de una mayor organización.
- Evaluación: Permite comprobar la adquisición de los conocimientos, habilidades y capacidades adquiridas por el personal de enfermería.
- Período de cumplimiento y responsable: Posibilita la planificación y concreción de las acciones.

Dicha estrategia tiene en cuenta las dimensiones evaluadas en el diagnóstico inicial.

Las mismas tienen una serie de indicadores que se aplicarán durante su desarrollo y se llevarán a cabo en el puesto de trabajo. Lo anterior contribuye al ahorro de recursos y tiempo, además de permitir que dicho personal se mantenga vinculado a las actividades que realizan, sin afectar a la institución con su salida a otro lugar para realizar la intervención.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

TABLA No 1: Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes antes de la intervención.

	NO.	%
BIEN	8	22.8
REGULAR	12	34.4
MAL	15	42.8
TOTAL	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

Al analizar los resultados de la encuesta inicial se obtuvo como resultado que de un total general de 35 enfermeros que trabajan en el área sur del municipio el 42.8% obtuvo la evaluación de mal pues desconocían aspectos importantes sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes lo que demuestra la necesidad de implementar una estrategia de intervención dirigida a este personal que debe estar actualizado en este sentido, el 34.4% se evaluó de regular y sólo tenían dominio parcial de lo que se le preguntaba el 22.8% de los encuestados.

TABLA No 2: Conocimientos precedentes sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

	SI	NO
--	-----------	-----------

	No.	%	No.	%
CONOCIMIENTO RECIBIDO EN PRE GRADO SOBRE LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS GESTANTES	35	100	-	-
TOTAL	35	100	-	-

FUENTE: ENCUESTA.

Al realizar un análisis relacionado con la preparación en el pregrado del personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes, se pudo comprobar que en 100% si lo recibieron como tema en el tercer año de la carrera en el programa de Enfermería Ginecobstetrica Comunitaria, lo que hace que se haga más fácil el abordaje del mismo a través de la estrategia de intervención diseñada.

TABLA No 3: Conocimientos sobre cómo debe fraccionarse la dieta de las gestantes.

	NO	%

Desayuno, almuerzo, comida y cena.	11	31.4
Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena.	9	25.7
Desayuno, merienda, almuerzo, merienda y comida.	15	42.9
TOTAL	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

Al analizar los resultados de la tabla sobre cómo debe fraccionarse la dieta de las gestantes se puede apreciar que un gran grupo de enfermeros desconocían estos elementos, siendo el mayor aporte en número y el 42.9% los que respondieron incorrectamente que solo necesitaban cinco fracciones al día, respuesta incorrecta ya que la embarazada necesita seis comidas fraccionadas en desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena, para un 100% de su nutrición.

TABLA No 4: Conocimientos sobre el comportamiento de los requerimientos nutricionales durante el embarazo.

	NO	%
--	-----------	----------

ESTABLES	21	60
AUMENTAN	6	17.1
DISMINUYEN	8	22.9
TOTAL	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

Al realizar un análisis de la tabla sobre los conocimientos del comportamiento de los requerimientos nutricionales durante el embarazo observamos que existe un mayor porcentaje de respuestas incorrectas el 60% de los encuestados elige la opción estables y la opción disminuyen 22.9%, quedándose por debajo la respuesta aumentan con solo un 17.1%, siendo esta la respuesta adecuada.

TABLA No 5: Conocimientos sobre los efectos que provocan la nutrición inadecuada materna sobre el feto.

--	--	--

	NO	%
Aumento de riesgo de aborto.	13	37.1
RCIU.	18	51.4
Bajo peso al nacer.	21	60
Prematuridad.	31	88.5
Gemelaridad.	32	91.4

FUENTE: ENCUESTA.

Al analizar las respuestas de los enfermeros sobre sus conocimientos acerca de los efectos que causan una inadecuada nutrición materna sobre el feto, responden la gemelaridad en número de 32 enfermeros para un 91.4% y prematuridad en número de 31 para un 88.5%, no siendo estas las respuestas correctas, demostrándose el desconocimiento general sobre este tema. Comprobándose por el menor número de respuestas el RCIU en un 51.4% y Bajo peso al nacer en un 60%.

TABLA No 6: Conocimientos sobre el incremento de peso materno adecuado en las normopeso.

	NO	%
4-5 Kg	16	45.7
8-15 Kg	8	22.8
Más de 15 Kg	11	31.5
Total	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

En la tabla 6 se analizan conocimientos sobre el incremento de peso materno adecuado en las gestantes normopeso y se obtiene como respuestas que los enfermeros desconocen cuanto debe ganar una embarazada en todo su gestación aportando un porcentaje de respuestas incorrectas como de 4-5Kg para un 45.7%seguido de mas de 15Kg para un 31.5% quedándose por debajo de 8-15Kg respuesta correcta.

TABLA No 7: Conocimientos sobre la fórmula para calcular IMC.

FÓRMULAS	NO	%
<u>Peso Kg</u> talla²	9	25.7
<u>Peso²</u> Talla-2	15	42.8
<u>Peso (lb)</u> talla²	11	31.5
Total	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

Al analizar las respuestas sobre la fórmula para calcular el IMC se pudo apreciar que el mayor porcentaje lo obtuvo la segunda fórmula planteada con un 42.8% y un número de 15 enfermeros quedándose por debajo con sólo un 25.7% la fórmula correcta Peso Kg.

talla²

TABLA No 8: Acciones que debe realizar el personal de enfermería para garantizar el correcto estado nutricional de las embarazadas.

ACCIONES	NO	%
Dispensarizar a las pacientes.	22	62.8
Evaluar la ganancia de peso semanal en dependencia de su valoración nutricional.	14	40
Medir altura uterina semanalmente.	34	97.1
Realizar acciones de educación sanitaria en cuanto al correcto estado nutricional de esta etapa de la vida de la mujer.	19	54.2
Auscultar la frecuencia cardíaca del feto cada 8 horas.	28	80
Tallar a la gestante cada 15 días.	31	88.5

FUENTE: ENCUESTA.

En la tabla anterior se plantean acciones de enfermería para garantizar el correcto estado nutricional de la embarazada, observándose que algunas de ellas fueron marcadas por un gran porcentaje de enfermeros no tienen que ver directamente con el estado nutricional de la embarazada y si con el bienestar fetal , quedándose en un menor porcentaje la evaluación de la ganancia de peso semanal en un 40% y la educación sanitaria en esta etapa de la vida de la mujer en un 54.2%, acciones estas de mayor importancia por el desconocimiento de la nutrición correcta durante la

gestación teniendo como consecuencia un mala conducta alimentaria que pudiera afectar directamente su salud y la del feto desencadenando un grupo de enfermedades que constituyen riesgos como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesteronemia entre otras.

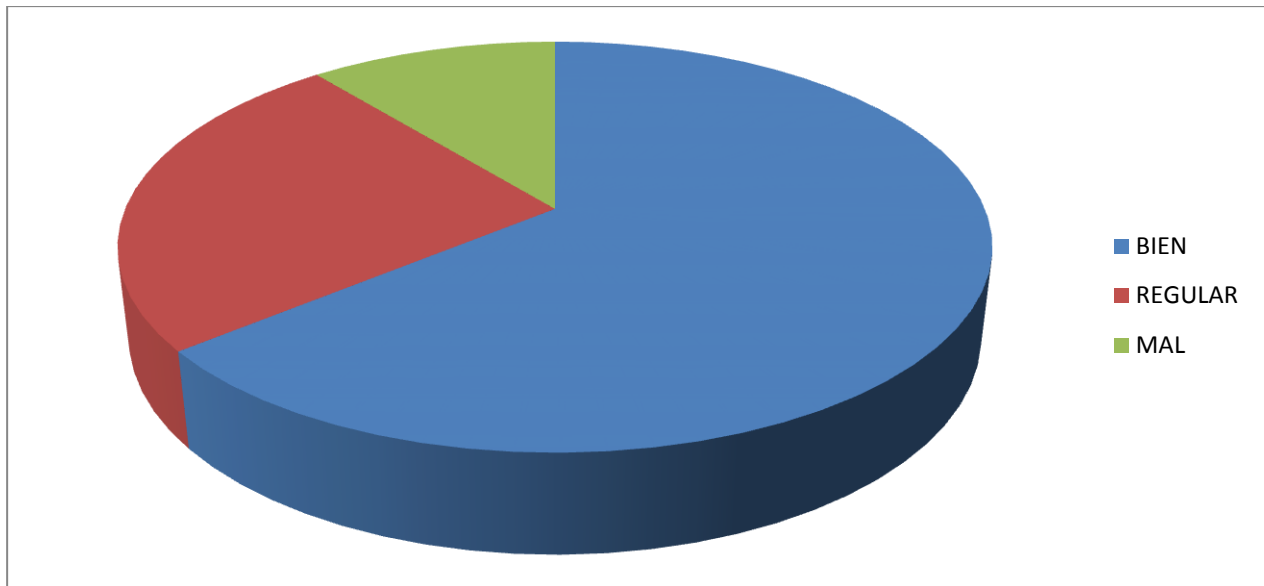
TABLA No 9: Nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes después de la intervención.

	NO.	%
BIEN	29	82.8
REGULAR	4	11.4
MAL	2	5.8
TOTAL	35	100

FUENTE: ENCUESTA.

Apreciamos un aumento del nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes después de aplicada la estrategia de intervención, sólo el 11.4% de los encuestados se ubicó según sus respuestas en la categoría regular y el 5.8% en la de mal.

Gráfico 1: Nivel de conocimientos del personal de enfermería después de la intervención.



El 82.8% de los encuestados, obtuvo la calificación de bien luego de aplicar la encuesta final lo que consideramos se deba a la calidad con la que se impartieron los temas y la acogida que tuvo el tema en el grupo de profesionales. Se logró la motivación de la mayoría de los enfermeros lo que se constató con un aumento significativo de los resultados ubicados en la categoría de bien al final del estudio. Los talleres desarrollados constituyeron un paso importante para llegar a actualizar logrando un mayor nivel de información sobre el tema, lo cual se revierte en calidad en la atención y brindar servicios de excelencia como nos lo ha pedido la máxima dirección del país.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico inicial efectuado permitió determinar las necesidades de aprendizaje que sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes poseía el personal de enfermería que labora en el área sur del municipio de Morón.
- La estrategia de intervención elaborada, elevó el nivel de conocimiento del personal de enfermería que labora e el área sur del municipio de Morón sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

RECOMENDACIONES

- Continuar la aplicación de Estrategias Educativas sobre estos temas y otros que son frecuentes en las áreas de salud.
- Dar continuidad en años siguientes a los resultados obtenidos en este estudio para evaluar a largo plazo su efectividad.
- Divulgar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de atención infantil. La Habana: MINSAP, 1989: 8-9.
2. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 (folleto). La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:10-19.
3. Grupo Nacional de Ginecología y Obstetricia. Dieta de la embarazada. En: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1991:44-7.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. La Habana: MINSAP, 1993:7-8.
5. Orientaciones para la utilización de los valores cubanos de peso para la talla en la evaluación nutricional de las embarazadas. La Habana: MINSAP, 1991:1-7.
6. García Closas. Historia de la Nutrición en Salud Pública. En: Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y publicaciones. Barcelona: Editorial Masson; 2005:48-65.
7. OMS. La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D.C.: OMS; 2002
8. Cabianca G, Couceiro M, Moreno P. Monografía: La carrera de Nutrición, desde una perspectiva de Género. Curso de post grado en Salud y Género. Buenos Aires: Universidad Nacional de Salta; 2005.
9. Mataix Verdú J. Nutrientes y sus funciones. En: Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y publicaciones. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
10. FAO/OMS. Los carbohidratos en la alimentación humana. Roma: FAO/OMS;1999.
11. FAO/OMS. Grasas y aceites en la nutrición humana. Roma: FAO/OMS; 2007
12. FAO/OMS. Mejora de la seguridad alimentaria en los hogares. Documento temático 1. Elementos principales de estrategias nutricionales. Roma: FAO/OMS; 2002.
13. FAO. Seguimiento de la situación de la seguridad alimentaria en el tiempo. Cumbre Mundial de la Alimentación. Roma: FAO; 1996
14. FAO. Guía para la gestión municipal de programas de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Roma: FAO; 2008
15. FAO. Incorporación de los objetivos de nutrición en las políticas de desarrollo. Cumbre Mundial de la Alimentación. Roma: FAO; 1996.

16. Qhizhpe A. Funciones esenciales de la salud pública y formación de recursos humanos. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2000 (Memorias del primer seminario taller de Funciones Esenciales de la Salud Pública y la Formación de RRHH).
17. Prieto Ramos. Encuestas alimentarias a nivel nacional y familiar. En: Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y publicaciones. Barcelona: Editorial Masson; 2005.
18. FAO. Sexta encuesta alimentaria mundial. Roma: FAO; 2001.
19. Solórzano X. La focalización de los programas de salud y nutrición para poblaciones pobres en América Latina. Washington, D.C.: OPS; 2007.
20. Sotolongo F. Prevención del bajo peso al nacer. Estudio de 5 años. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1984; 10: 530-535.
21. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales 2003, p 89-90.
22. Giusti S. Complicaciones más frecuentes del recién nacido macrosómico. Rev Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste 2006; (113): 29-32.
23. López I, Sepúlveda H, Jeria C, Letelier C. Niños Macrosómicos y de peso normal de un Consultorio de Atención Primaria. Comparación de características propias y maternas 1997-2000. Rev Chil Pediatr 2003; 74 (3): 287-293.
24. Behrman R. Tratado de Pediatría de Nelson Editorial Mc Graw-Hill Interamericana XVª Edición 1997; 1: 580
25. Beers M. Enfermedades de los recién nacidos y de los lactantes. Manual de Merck. 10ª edición 1999; 260 . Giusti S. Complicaciones más frecuentes del recién nacido macrosómico. Rev Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste 2002; (113): 29-32.
26. Boulet S, Alexander G, Salihu H, Pass M. Macrosomic births in the United States: Determinants, outcomes and proposed grades of risk. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 1372-1378.
27. Frenk J, Sepúlveda J, Faba G, Vieyra A, Jiménez C, García L, Ruíz M. Atención del embarazo con enfoque de riesgo. Boletín Práctica Méd. Efectiva 2002; 2 (9): 1-2.
28. Lagos R, Espinoza R, Orellana J. Estado nutricional materno inicial y peso promedio de sus recién nacidos a término. Rev Chil Nutri 2003; 31(1): 52-57.

- 29 Ministerio de Salud. Evaluación nutricional. Puntos de corte de IMC en adultos de 20 a 64 años 2005.
30. Atalah E, Castillo C, Castro R. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas Rev Med Chile 1997; 125: 1429 -1436.
31. Ministerio de Salud. Unidad de Nutrición. Programa de la Mujer. Gráfica: Incremento de peso en embarazadas 2005.
32. Albornoz J, Salinas H, Reyes A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: Análisis de 3981 nacimientos. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70 (4): 218-224.
33. Cutié M, Figueroa M, Segura A, Lestayo C. Macrosomía Fetal. Su comportamiento en el último quinquenio. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(1):34-41.
34. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud Chile, 2003.
35. Ballesté I, Alonso R. Factores de riesgo del recién nacido macrosómico. Rev Cubana Pediatr 2004, 76(1).
36. Salazar G, González X, Faneite P. Incidencia y factores de Riesgo de Macrosomía Fetal. Rev Obstet Ginecol Venez 2004; 64 (1): 15-21.
37. Itatí M, Villalba M, Hrycuk G, Alfonso F, Perna E. Utilidad de variables clínicas sencillas para el diagnóstico de macrosomía fetal. Docmedical Rev Científica 2002; 1(6).
38. Donoso, E. y Espinoza, R.: Efecto de algunas variables nutricionales maternas sobre el peso del recién nacido de término. Rev. Latinoam. Perinatol. 1988; 8:90.
- FAO/OMS/ONU: Necesidades de energía y proteínas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985.
- 39.-PAHO: Maternal nutrition and pregnancy outcomes. Scientific Publication N 529. Eds. Krasovec, K., Anderson, M.A., 1991.
- 40.-Rosso, P. y Campano, M.: Nutrición en el embarazo. En Obstetricia. Capítulo 13. Eds. Pérez Sánchez, A. y Donoso Siña, E. Editorial Mediterráneo Ltda., Santiago, Chile, 1992.
- 41.-Rosso, P.: A new chart to monitor weight gain during pregnancy. Am. J. Clin. Nutr. 1985; 41:644.
- 42 Rosso, P.: A new chart to monitor weight gain during pregnancy. Am. J. Clin. Nutr. 1985; 41:644.

43. Mark B, Robert P, Thomas J, Justin K, Michael B eds. El Manual Merck. 11 ed. Madrid: Elsevier, 2007; t1: 11.

ANEXOS

Anexo No. 1

Acta de consentimiento informado.

Yo _____ estoy en la entera disposición para participar en el desarrollo de una estrategia de intervención que me permitirá elevar el nivel de conocimientos sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes, brindaré la información de forma anónima y además podré retirarme cuando lo desee sin repercusión sobre mi persona.

Nombre y apellidos.

Firma

Investigador.

Firma

Fecha _____

Anexo No. 2

Convenio Institución-investigador.

De una parte: Lic. María Ofelia Conde Moreno.

De otra parte: Dra. Yudelkis Borroto.

Directora Policlínico Sur de Morón.

Ambas partes reconociendo la personalidad con que comparecen:

Acuerdan:

Lic. María Ofelia Conde Moreno.

Elaborará una Estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos en el personal de enfermería del área sur del municipio sobre los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes.

Trabjará con el personal de enfermería del área de salud desde junio 2009 hasta junio del año 2010.

La estrategia consta de actividades prácticas y se realizará en un tiempo breve.

Directora. Dra. Yudelkis Borroto.

Garantizará la participación de todos los incluidos en el estudio.

Colaborará con el horario y desarrollo de las actividades que se planifiquen.

Y para que así conste firmamos la presente en Morón, Ciego de Ávila, el 10 de mayo del 2009.

Lic. María Ofelia Conde Moreno.

Firma

Dra. Yudelkis Borroto.

Firma

Anexo No. 3

Encuesta.

Nos encontramos realizando una investigación relacionada con los factores que intervienen en el estado nutricional de las embarazadas, necesitamos su colaboración y le pedimos que sea lo más sincero(a) posible en sus respuestas, no es necesario escribir su nombre pues el estudio no lo requiere.

Muchas gracias.

1- Aspectos generales.

1.1 Edad_____ 1.2 Sexo: ____F ____M

1.3. Categoría Profesional.

Técnico Básico en Enfermería____

Técnico Medio en Enfermería____

Estudiando la Licenciatura en Enfermería____

Licenciado en Enfermería____

1.4 Área a la que pertenece_____

2- Recibieron el tema de los factores que intervienen en el estado nutricional de las gestantes durante su formación de pregrado.

Si ____ No ____

3-¿Considera usted que el estado nutricional materno es fundamental para el crecimiento y desarrollo fetal?

Si____ No____

4-¿Cómo debe fraccionarse la dieta de la embarazada? Marque la opción que considere correcta.

a) ____ Desayuno, almuerzo, comida y cena.

b) ____Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, comida y cena.

c) ____Desayuno, merienda, almuerzo, merienda y comida.

5-Señala a continuación cómo se comportan los requerimientos nutricionales durante el embarazo.

a) ____Estables.

b) ____Aumentan.

c) ____Disminuyen.

6-La nutrición materna provoca efectos profundos sobre el feto. Marca los ítems que consideres correctos respecto al planeamiento anterior.

- a) ___ Aumento de riesgo de aborto.
- b) ___ RCIU.
- c) ___ Bajo peso al nacer.
- d) ___ Prematuridad.
- e) ___ Gemelaridad.

7-Consideras que el crecimiento de peso materno adecuado en las normopeso es:

- a) ___ 4-5Kg.
- b) ___ 8-15Kg.
- c) ___ más de 15 Kg.

8-A continuación te ofrecemos algunas fórmulas señala la que consideres correcta para calcular IMC.

- a) ___ $\frac{\text{Peso Kg}}{\text{talla}^2}$
- b) ___ $\frac{\text{Peso}^2}{\text{Talla-2}}$
- c) ___ $\frac{\text{Peso (lb)}}{\text{talla}^2}$

9- El personal de enfermería que labora en las áreas de salud y en los hogares maternos debe realizar acciones diversas para garantizar el correcto estado nutricional de las embarazadas. Marca las opciones que consideres correctas.

- a) ___ Dispensarizar a las pacientes.
- b) ___ Evaluar la ganancia de peso semanal en dependencia de su valoración nutricional.
- c) ___ Medir altura uterina semanalmente.
- d) ___ Realizar acciones de educación sanitaria en cuanto al correcto estado nutricional de esta etapa de la vida de la mujer.
- e) ___ Auscultar la frecuencia cardíaca del feto cada 8 horas.
- f) ___ Tallar a la gestante cada 15 días.