



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO CLÍNICO INTEGRAL DE LA COSTA
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"



ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE CON PARTO PRETÉRMINO

Trabajo Especial de Grado que se presenta como requisito parcial para la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Autora: Leanyelit Emily Morales Delgado
Tutor Metodológico: Profesor. Irvin Malavé
Tutor Clínico: Profesora Edith Herrera

Puerto Cabello, febrero 2023



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE CON PARTO PRETERMINO

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

MORALES D., LEANYELIT E.
C.I. V – 19601797

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Edith C. Herrera C.I. 12568150, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **24/02/2023**


Prof. Mariana Rivas Gómez
(Pdte)

C.I. 8025505
Fecha 24/02/2023


Prof. Edith C. Herrera
C.I. 12568150
Fecha 24/2/2023

TG:101-22


Prof. Daicy Silva
C.I. 7062326
Fecha 24/02/23

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Materiales y Métodos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	19
Conclusiones.....	20
Recomendaciones.....	22
Referencias.....	23
Anexos.....	25



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
 UNIVERSIDAD DE CARABOBO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
 POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL "DR. ADOLFO PRINCE LARA"



ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE CON PARTO PRETÉRMINO

RESUMEN

El estado nutricional de la gestante con parto pretérmino, es un fenómeno complejo influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, también se ha tomado interés en el estudio de los factores clínicos y epidemiológicos, describiéndose asociaciones entre las características demográficas, sociales y médicas que se presentan en las gestantes con parto pretérmino. Entre estos puede que el estado nutricional materno represente uno de los eventos de mayor trascendencia para el obstetra, debido al compromiso que puede significar para la salud del ser en desarrollo desde el punto de vista fetal y neonatal. **Objetivo:** Determinar el estado nutricional de la gestante con parto pretérmino, en pacientes que acudieron al Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello. **Métodos:** Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, corre-lacional y no experimental. **Resultados:** De las 32 gestantes que conformaron la muestra se registró una edad promedio de 22,31 años, desviación estándar 5,53 años, con una edad mínima de 16 años y máxima de 37 años. El nivel de riesgo del PP más frecuente fue el embarazo de 34 a 36 semanas, (78,1%, 25), siendo 21,9 % (9) partos pretérmino de alto riesgo. 71,9% (23) negaron tener antecedentes obstétricos. 78,1% (25) asistieron a menos de cuatro controles prenatales. El estado nutricional materno más frecuente según el IMC fue el normal (78,1%, 25 pacientes), con predominio estadísticamente significativo. 40,6% (13) señalaron que su patrón de consumo de alimentos en la semana era: desayuno, almuerzo, merienda, cena. 59,4% (19) refirieron consumir proteínas cinco días a la semana, siendo la proteína animal más frecuentemente consumida la combinación de pollo y carne con 34,4%. **Conclusión:** No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo y el estado nutricional del recién nacido, sin embargo se puede notar que en madres con bajo peso el porcentaje de mayor índice es de Rn de bajo peso en 60%, de igual manera en madres de normopeso donde se evidencia un 56% de Rn con bajo peso.

Palabras clave: Estado nutricional de la gestante, parto pretérmino, nutrición gestacional.



NUTRITIONAL STATUS OF THE PREGNANT WOMAN AND ITS RELATIONSHIP WITH PRETERM BIRTH

ABSTRACT

The nutritional status of pregnant woman and its relationship with preterm birth, it is a complex phenomenon influenced not only by maternal physiological and metabolic changes, interest has also been taken in the study of clinical and epidemiological factors, describing associations between demographic, social and medical characteristics that occur in pregnant women with preterm birth. Among these may be the maternal nutritional status represents one of the most important events for the obstetrician, due to the commitment that the health of the developing being means from the fetal and neonatal point of view. **Objective:** to determine the nutritional status of the pregnant woman with preterm birth, in patients who attended the “Dr. Adolfo Prince Lara” hospital in Puerto Cabello. **Methods:** Prospective, cross-sectional and descriptive correlational study, non-experimental. Sample: 32 pregnant women who met the inclusion criteria who underwent evaluations. **Results:** Of the 32 pregnant woman that made up the sample, an average age of 22.31 years, standard deviation 5.53 year, with a minimum age of 16 ears and a maximum of 37 years. The most frequent PP risk level was pregnancy from 34 to 36 weeks (78.1% 25), with 21.9% (9) high-risk preterm deliveries. 71.9% (23) denied having obstetric records. 78.1% (25) attended less than four prenatal check-ups. The most frequent maternal nutritional status according to IMC was normal in 78.1% (25) patients, with a statistically significant predominance. 40.6% (13) indicated that their pattern of food consumption during the week was: breakfast, lunch, snack and dinner. 59.4% (19) reported consuming protein five days a week, the most frequent animal protein consumed being the combination of chicken and meat with 34.4%. **Conclusion:** There was no statistically significant association between maternal nutritional status in the third trimester of pregnancy and newborn nutritional status, however it can be noted that in mothers with low weight the percentage with the highest rate is 60% of low weight newborns, in the same way in normal weight mothers where 56% of low weight newborns are evident.

Keywords: nutritional status of pregnant women, preterm birth, gestational nutrition.

INTRODUCCIÓN

La mujer requiere de un adecuado desarrollo físico y biológico para seguir cumpliendo con sus múltiples roles, sin perjuicio de la salud, ni del crecimiento y desarrollo de sus hijos. Por esto, es indispensable garantizar los aportes nutricionales específicos que requiere en las diferentes etapas de su vida. (1)

Se puede afirmar que muchas mujeres sufren de desnutrición debido a la falta de ingesta de alimentos por la condición socioeconómica en la que vive, que le impide tener una dieta balanceada. A esto se suma la falta de información sobre los nutrientes adecuados para seguir con un buen embarazo y que el feto se desarrolle adecuadamente. (2)

Los eventos comprometedores en la salud materna y perinatal son diversos, entre ellos está el estado nutricional materno condicionado por la carencia del control obstétrico, el alcance limitado de los programas de atención nutricional, lo que representa uno de los eventos de mayor trascendencia para los obstetras, debido al compromiso que significa para la salud del ser en desarrollo desde el punto de vista fetal y neonatal.

Ahora bien, el parto pretérmino (PP) es uno de los mayores problemas en obstetricia, con una incidencia aproximada de 10-11 %, variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes; es la principal causa de morbi-mortalidad perinatal a nivel mundial, responsable del 70 % de las muertes neonatales y del 50 % de las secuelas neurológicas en los nacidos menores de 32 semanas de gestación. (3)

Algunos estudios han intentado identificar los factores que incrementan el riesgo para PP, dentro de los cuales se han mencionado la historia de un PP previo, la edad materna mayor a 35 años de edad, el control prenatal inadecuado y la etnia negra, entre otros. Aunque no se conocen con exactitud las causas bioquímicas o moleculares que desencadenan la APP, se ha tomado interés en el estudio de los factores clínicos y epidemiológicos,

describiéndose asociaciones entre las características demográficas, sociales y médicas que se presentan en las gestantes con PP. (4)

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el nacimiento anterior al cumplimiento de las 37 semanas de edad gestacional y su incidencia no ha cambiado por décadas, a pesar de la agresiva terapia tocolítica y las múltiples investigaciones en la etiopatogenia, los programas para prevención han tenido poco impacto institucional. Es conveniente mencionar que todos los años nacen en el mundo alrededor de 15 millones de niños y niñas prematuros; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en vías de desarrollo y constituyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente a nivel mundial, constituyéndose de esta manera en un problema de salud pública, especialmente en Latinoamérica. (5)

En este mismo contexto, según estimaciones proporcionadas por la OMS en el año 2015 unos 5,9 millones de niños y niñas murieron antes de cumplir los cinco años, siendo estas muertes asociadas en un 45 % a la vulnerabilidad subyacente debida a problemas de malnutrición tanto materna como neonatal. En muchos países de Latinoamérica, incluyendo Venezuela, se carece de datos actualizados sobre la problemática nutricional en el binomio madre y recién nacido. En especial en las cifras de recién nacido pequeño para su edad gestacional, debido en gran medida a la diversidad de valores de referencia así como a la inexactitud en los registros epidemiológicos. (5)

En países de América Latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Chile 27,1 %; Argentina, 26,0 %; Venezuela, 24,6 %; Colombia, 23,1 %; Brasil, 21,9%; Nicaragua, 20,6 %; Ecuador 19,7%, Perú 19,6 %, México 18,5%; Bolivia, 15,3 % y Guatemala 12,6 %. (5) En Venezuela se ha observado que la tasa de nacimientos pretérminos ha ido aumentando exponencialmente de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos

en adolescentes, representando un problema de salud pública de gran impacto en la sociedad en general. (6)

Las cifras oficiales del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en los últimos años partiendo de 1990 la esperanza de vida al nacer se incrementó de 70,9 a 75,1 años en el 2014, la tasa de mortalidad infantil descendió de 25,76 a 12,58 por cada mil nacidos vivos en el 2015. La desnutrición infantil en menores de 5 años que llegó a alcanzar valores de 20% se ha disminuido a un 3,37%, el porcentaje de personas que no consumían el mínimo de calorías requeridas entre 1998- 2000 era del 21% y descendió a valores por debajo del 5% para el periodo 2011-2013. Es por esto, que los esfuerzos actuales en materia de salud deberían estar orientados hacia el adecuado control del estado nutricional materno tanto pregestacional como gestacional, así como del producto de la concepción. (7)

La evaluación nutricional materna, comprende inicialmente establecer la relación peso-estatura a través del índice de masa corporal (IMC), debido a que éste permite predecir cómo afrontará el organismo materno el desgaste fisiológico y nutricional que implica el embarazo e inclusive relacionarlo con enfermedades crónicas del producto en su edad adulta. Por otra parte, con este indicador se puede caracterizar o evaluar la ganancia de peso gestacional (GPG). En este contexto, el desconocimiento actual de la óptima GPG, debe preocupar al equipo de salud, ya que esto representa un factor importante para el adecuado crecimiento fetal. (8)

Si bien es cierto, se han observado casos de gestantes con prácticas alimentarias inadecuadas, viéndose reflejado en el estado nutricional de las mismas, por ejemplo, para el año 2017-2018 las tasas, ya sea de sobrepeso u otro factor, se encuentran en 37,5 % y la obesidad en 14,5 % de las gestantes atendidas en consulta prenatal. En este grupo de pacientes es común observar un inadecuado consumo de proteínas, vitaminas y minerales, lo cual limita la formación de los tejidos y ocasiona un déficit en la

nutrición de la gestante, ello indica que estas prácticas alimentarias están intrínsecamente ligadas al estado nutricional (ganancia de peso, categoría nutricional y anemia). (9)

Sin embargo, no existe una evidencia que dé cuenta de esta relación y, a pesar de existir estos problemas, aún no hay un programa adecuado que promueva un estilo de vida saludable en este grupo poblacional, todo ello debido a la falta de bases científicas, por este motivo, la ejecución del presente estudio, que espera aportar información útil en beneficio de la población gestante.

Las deficiencias de micro nutrientes, como calcio, hierro o vitamina B pueden producir resultados sanitarios inadecuados para la madre, ocasionar complicaciones en el embarazo y poner en peligro el binomio madre-feto. (9)

Así también, un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

La educación y asesoramiento sobre nutrición tiene por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes y durante el embarazo, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir los riesgos de los resultados sanitarios negativos para la madre y sus hijos. (9)

Para los fines de este estudio se evaluarán el estado nutricional y las prácticas alimentarias. El estado nutricional se define como el conjunto de características anatómicas, bioquímicas y fisiológicas de la persona, respecto a los parámetros establecidos como normales, que se relacionan con la ingestión, utilización, excreción y estado de salud. El uso de la anamnesis, exploración clínica y antropométrica y la selección de algunas pruebas complementarias constituye la forma más eficaz de establecer el estado nutricional para poder instaurar medidas terapéuticas y determinar los casos que deben ser referidos para una evaluación más completa.

Por lo tanto, la evaluación nutricional de la embarazada debería iniciarse lo más precozmente posible, para facilitar las intervenciones necesarias que

favorezcan una óptima evolución. Diversos estudios observacionales señalan que el uso de algún criterio de clasificación nutricional inicial tiene mejores resultados para el niño y para la madre, independiente de los puntos de corte utilizados, para recomendar mayores ganancias de peso durante el embarazo a las madres con bajo peso respecto a las normales o menores ganancias de peso a las madres con sobrepeso respecto a las normales. (10) En este orden de ideas, Quintero y col analizaron la prevalencia de anemia en embarazadas y su asociación con el consumo de alimentos, estado nutricional y variables socioeconómicas. Los datos recolectados fueron, hemoglobina y hematocrito de los tres trimestres del embarazo, paridad, nivel de instrucción, ocupación, ingresos económicos y gastos en alimentación. Se aplicó encuesta de frecuencia de consumo de alimentos, para conocer el estado nutricional

, 25,75 % de las mujeres eran anémicas con valores de Hb < de 10,9 g/dL, con predominio en edades de 13 a 30 años (21,07%), con significancia estadística entre paridad y presencia de anemia, alto riesgo de inseguridad alimentaria y predominio de sobrepeso en todo el grupo estudiado (IMC: anémicas $27,44 \pm 4,57$ y no anémicas $28,25 \pm 6,25$). Se encontró, significancia estadística entre el consumo de coliflor y acelgas, en las no anémicas y la naranja, lechosa y el té en las anémicas ($p < 0,05$). (11)

Por su parte Rojas en su investigación en 105 madres y sus recién nacidos, estudió el comportamiento de la ganancia de peso gestacional y su relación con el producto de la concepción; tomando en cuenta para ello el IMC pregestacional y el IMC durante la gestación en las semanas 19, 33, 38 y evaluando la ganancia de peso gestacional y comparándola con el cálculo del peso óptimo esperado. Evidenció que las gestantes de bajo peso no alcanzaron el peso esperado para su edad gestacional y reportó 28 % de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG), siendo en su mayoría desnutridos agudos o asimétricos. (12)

En este sentido, Vaca-Merino y col, investigaron acerca del estado nutricional

de la mujer embarazada y su relación con las complicaciones de la gestación y el recién nacido. El estudio contabilizó 894 mujeres que tuvieron su parto en los hospitales de la ciudad de Loja – Ecuador durante el período enero - junio del 2019. Determinaron la antropometría de la madre y de su hijo, así como las complicaciones durante el embarazo y el parto, considerando su historia clínica. Además, efectuaron la correlación entre el estado nutricional pre-gestacional de la madre con el recién nacido, de igual forma con el estado de salud de la madre. Su objetivo fue determinar el estado nutricional pre-gestacional y su relación con la condición de salud y nutricional del niño. El IMC pre-gestacional reportó 47,3 % de sobrepeso y obesidad y 2,6 % de bajo peso. En un porcentaje mayor al 10 % las madres con sobrepeso y obesidad tuvieron hijos grandes para la edad gestacional, de igual forma las madres con bajo peso tuvieron 26,1 % de recién nacidos pequeños. Las principales complicaciones de las madres relacionadas con sobrepeso y obesidad fueron: diabetes gestacional, hemorragia postparto y pre-eclampsia durante el embarazo. Importante señalar la alta frecuencia de infecciones de las vías urinarias 53,9 % (478); y vaginitis 22,3 % (199); aunque estas no están directamente relacionadas con procesos metabólicos como etiología, pero sí son favorecidas por estos. Durante el parto la complicación más frecuente fue el parto distócico con 8,9 % (77), además, del total de partos 41,8 % (374) terminaron en cesárea, de éstos 51,6 % (193) corresponden a sobrepeso y obesidad. Las complicaciones del recién nacido fueron: síndrome de dificultad respiratoria aguda, asfixia neonatal e hipoglicemia. En conclusión, el estado nutricional pre-gestacional de la madre está relacionado directamente con el estado de salud y nutricional del recién nacido. (13)

Por lo anteriormente expuesto se planteó como objetivo general del presente estudio: Determinar el estado nutricional de la gestante con parto pretérmino, atendidas en la Maternidad del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, de la Ciudad de Puerto Cabello, estado Carabobo, Venezuela, el período julio 2020 – junio 2021. Estableciendo como objetivos específicos: Caracterizar las gestantes

que culminan en PP; según edad, número de gestas, antecedentes obstétricos, control prenatal. Clasificar las gestantes según tipo de PP, IMC y complicaciones maternas. Determinar el estado nutricional de las gestantes según IMC y consumo de proteínas, frutas y vegetales durante la semana. Identificar el estado nutricional del recién nacido. Evaluar las cifras de hemoglobina, ganancia de peso materno, durante la gestación y peso del recién nacido. Establecer la relación del estado nutricional materno en el III trimestre, tipo de PP y peso del recién nacido.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de tipo prospectivo, transversal, descriptivo, correlacional y con un diseño no experimental. (15, 16)

La población estuvo constituida por la totalidad de las embarazadas que acudieron al Servicio de Obstetricia en el periodo comprendido entre julio de 2020 y Julio 2021, de las cuales se tomó una muestra no probabilística e intencional de voluntarias quedando integrada por 32 pacientes a quienes se les notificó y solicitó el consentimiento informado (Anexo A) para pertenecer a dicha investigación así como cumplir con los criterios de inclusión definidos por la Investigadora.

Criterios de inclusión: 1) gestante con embarazo simple mayor o igual a 25 semanas, hasta las 36 semanas más 6 días de gestación. 2) Con o sin el diagnóstico de trastornos nutricionales en el embarazo. 3) Embarazadas entre 15 y 40 años de edad.

Criterios de exclusión: 1) Gestante con embarazos múltiples. 2) Gestante con embarazo menor de 25 semanas de gestación. 3) Gestante con fetos con malformaciones congénitas. 4) Gestante con trastornos hipertensivos. 5) gestante con hábitos tabáquicos y drogadicción.

Para la técnica recolección de datos se utilizó como instrumento una ficha (Anexo B) diseñada para tal fin, donde se indicaron las variables estudiadas como los factores epidemiológicos, edad materna y edad gestacional. Los

datos fueron recolectados a través de la historia clínica de cada gestante; para lo cual se aplicó una encuesta a las gestantes con la finalidad de determinar antecedentes y condiciones que pudieron contribuir con los objetivos de la investigación, el segundo procedimiento a seguir, fue mediante la extracción de datos en el campo.

Los datos obtenidos, fueron ordenados y tabulados utilizando software libre PAST versión 3.17, se procesó la información y los resultados obtenidos se presentan en tablas de frecuencias absolutas y relativas y en diagramas de cajas. Se corroboró el ajuste de las variables cuantitativas a la distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por lo que se describen con la media \pm desviación estándar ($\bar{X} \pm DE$). Para la comparación de los promedios de hemoglobina, peso e IMC en el primer y tercer trimestre del embarazo se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas y para muestras independientes cuando se compararon los promedios según el nivel de riesgo del parto pretérmino. Se hicieron comparaciones de proporciones con la prueba Z. Se buscó asociación entre las variables cualitativas con el chi cuadrado (χ^2) de Pearson. Para todos los test se asumió un nivel de significancia de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Los resultados se presentan en tablas y gráficos de propósito especial diseñados para tal fin.

Tabla 1

Distribución según grupo etario, número de gestas, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

Grupos etarios (años)	Frecuencia	Porcentaje
10 -19	13	40,6
20 – 34	18	56,3
35 y más	1	3,1
Número de gestas		
Primigestas	14	43,8
II gestas	11	34,3
Múltiparas	7	21,9
Total	32	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

De las 32 gestantes que conformaron la muestra se registró una edad promedio de 22,31 años, desviación estándar 5,53 años, con una edad mínima de 16 años y máxima de 37 años, cuyo grupo etario más frecuente fue el 20 a 34 años (56,3 %, 18 mujeres), seguida por el grupo de adolescentes de 10 a 19 años (40.6 %, 13 pacientes). 7 pacientes (87,5 %) presentaron el antecedentes de cesárea previa y 2 pacientes (6,3 %) presentaron el antecedentes de aborto.

Tabla 2

Distribución según nivel de riesgo del parto pretérmino, antecedentes obstétricos, control prenatal y complicaciones del embarazo de las gestantes en estudio. Servicio de obstetricia Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Julio 2020-Junio 2021

Nivel de riesgo del parto pretérmino	Frecuencia	Porcentaje
Alto (Embarazo 28-33 semanas)	7	21,9
Moderado o Bajo (34-36 semanas)	25	78,1
Antecedentes obstétricos		
Niega	23	71,9*
Parto prematuro	8	25,0
Aborto	1	3,1
Número de controles prenatales		
No Controlado (<4 controles)	25	78,1**
Controlado (5 o más controles)	7	21,9
Complicaciones del embarazo		
Niega	17	53,1
ITU* en el 2do trimestre	6	18,8
ITU en el 3er trimestre	4	12,5
ITU en 2do y 3er trimestre	2	6,2
APP** y Oligohidramnios	1	3,1
ITU y APP en el 2do trimestre	1	3,1
ITU*	1	3,1
IV en 3er trimestre	1	3,1
Total	32	100

*ITU: infección del tracto urinario

**APP: Amenaza de Parto Prematuro

***IV: Infección Vaginal

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

*Z= 2,76; P= 0,003 **Z= 4,25; P= 0,00

El nivel de riesgo del PP más frecuente fue el embarazo de 34 a 36 semanas, (78,1 %, 25), siendo 21,9 % (9) partos pretérmino de alto riesgo. 71,9 % (23) negaron tener antecedentes obstétricos, (Z= 2,76; P= 0,003). 78,1 % (25) asistieron a menos de cuatro controles prenatales (Tabla 2: Z=4,25; P= 0,00). 53,1 % (17) no presentaron complicaciones del embarazo, siendo la más frecuentemente referida la infección del tracto urinario en forma asilada (37,5 %, 12 mujeres) o asociada con otra condición (2 embarazadas, 6,2 %).

Tabla 3

Distribución según estado nutricional materno por IMC, consumo de nutrientes en la semana y consumo de proteínas de las gestantes en estudio. Servicio de obstetricia Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Julio 2020-Junio 2021

Estado nutricional materno según IMC 3er trimestre		
<18,5 Bajo peso	5	15,6
18,5 a 24,9 Normal	25	78,1*
25 a 29,9 Sobrepeso	2	6,3
Consumo de alimentos en la semana		
Desayuno, almuerzo, merienda, cena	13	40,6
Desayuno, almuerzo, cena	11	34,4
Desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena	4	12,5
Desayuno, merienda, almuerzo, cena	4	12,5
Número de días de consumo de proteínas en la semana		
7 días	4	12,5
6 días	6	18,8
5 días	19	59,4
4 días	3	9,4
Proteína animal		
Pollo y carne	11	34,4
Pollo, carne y huevo	8	25,0
Pollo, pescado y carne	6	18,8
Pollo, pescado, carne y huevo	5	15,6
Pollo y pescado	1	3,1
Pollo, pescado y huevo	1	3,1
Total	32	100,0

*Z= 4,25; P= 0,00

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

En el tercer trimestre del embarazo, el estado nutricional materno más frecuente según el IMC fue el normal (78,1 %, 25 pacientes), con predominio estadísticamente significativo (Z= 4,25; P= 0,00). 40,6 % (13) señalaron que su patrón de consumo de alimentos en la semana era: desayuno, almuerzo, merienda, cena. 59,4 % (19) refirieron consumir proteínas cinco días a la semana seguida por seis días a la semana (18,8 %), siendo la

proteína animal más frecuentemente consumida la combinación de pollo y carne con 34,4 % (Tabla 3).

Tabla 4

Distribución según consumo de proteína vegetal, frutas y vegetales, de las gestantes en estudio: Servicio de obstetricia, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Julio 2020-Junio 2021

Consumo de proteína vegetal	Frecuencia	Porcentaje
Lentejas y frijoles	26	81,3*
Lentejas, frijoles y garbanzos	3	9,4
Lentejas, frijoles y soja	3	9,4
Consumo de frutas		
Enteras	23	71,9**
Jugos	9	28,1
Consumo de vegetales	Frecuencia	Porcentaje
Cocidos	27	84,4***
Cocidos/ Crudos	5	15,6
Total	32	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022) E: Entera J: Jugo
 *Z= 4,75; P= 0,00 **Z= 3,25; P= 0,0006 ***Z= 5,25; P= 0,00

La combinación más accesible de proteína vegetal para las gestantes fue la de lentejas y frijoles (81,3 %, 26 mujeres), siendo estadísticamente significativo (Z= 4,75; P= 0,00). Por su parte, las frutas fueron consumidas más frecuentemente enteras (71,9 %) y los vegetales cocidos (84,4 %), ambos con predominio estadísticamente relevante (Tabla 4: P< 0,05).

Tabla 5

Distribución según resolución obstétrica y estado nutricional del recién nacido, de las pacientes en estudio. Servicio de obstetricia. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Julio 2020- Junio 2021

Resolución obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Parto vaginal	25	78,1*
Cesárea	7	21,9
Estado nutricional del recién nacido		
Peso adecuado	14	43,8
Bajo peso	17	53,1
Muy bajo peso	1	3,1
Total	32	100,0

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

*Z= 4,25; P= 0,00

La vía de resolución obstétrica de mayor frecuencia fue el parto vaginal con 78,1 % (25), destacando de forma estadísticamente significativa (Z= 4,25; P= 0,00). 59,4 % (19) de los recién nacidos fueron niñas. 53,1 % (17) recién nacidos tenían bajo peso y 43,8 % (14) tenían peso adecuado (Tabla 5).

Tabla 6

Distribución de estadísticos descriptivos y comparaciones de medias de las variables cuantitativas medidas en el primer y tercer trimestre del embarazo, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

Variable	n	Mínimo	Máximo	Media	DE	P
Hb (g) 1er trimestre	6	8,0	13,0	10,45	1,66	T=0,34;
Hb (g) 3er trimestre	30	9,0	13,6	10,40	1,14	P= 0,75
Peso (kg) 1er trim	32	45,0	63,0	51,91	5,13	T=12,86;
Peso (kg) 3er trim	32	50,0	69,0	57,11	5,72	P= 0,00*
IMC (kg/m ²) 1er trim	32	14,38	25,00	19,13	2,26	T= 9,76;
IMC (kg/m ²) 3er trim	32	15,24	26,00	20,91	2,38	P= 0,00*
Peso de RN (gramos)	32	1430	3300	2517,81	365,27	-
Talla del RN (cm)	32	38	52	47,75	2,63	-

Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

DE: Desviación estándar

*Estadísticamente significativo

Se evidenciaron ascensos estadísticamente significativos del peso materno entre el primer y tercer trimestre del embarazo (T=12,86; P= 0,00) así como del IMC materno (T= 9,76; P= 0,00). Las comparaciones de medias de la hemoglobina, no reportaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 6: P> 0,05).

Tabla 7

Comparaciones de medias de las variables cuantitativas según el nivel de riesgo del parto pretérmino, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

	Nivel de riesgo del parto pretérmino	n	Media	DE	T; P
Hb (g) 3er trimestre	Leve o Moderado	24	10,33	1,11	T=0,68; P=0,51
	Severo	6	10,68	1,29	
Peso (kg) 1er trimestre	Leve o Moderado	25	51,56	5,02	T=0,72; P=0,48
	Severo	7	53,14	5,73	
Peso (kg) 3er trimestre	Leve o Moderado	25	56,64	5,67	T=0,87; P=0,39
	Severo	7	58,79	6,03	
IMC (kg/m ²) 1er trimestre	Leve o Moderado	25	18,99	2,14	T=0,61; P=0,55
	Severo	7	19,59	2,79	
IMC (kg/m ²) 3er trimestre	Leve o Moderado	25	20,85	2,54	T=0,27; P=0,79
	Severo	7	21,12	1,82	
Peso del RN (gramos)	Leve o Moderado	25	2557,60	279,39	T=0,79; P=0,46
	Severo	7	2375,71	589,04	
Talla del RN (cm)	Leve o Moderado	25	47,84	1,93	T=0,36; P=0,72
	Severo	7	47,43	4,54	

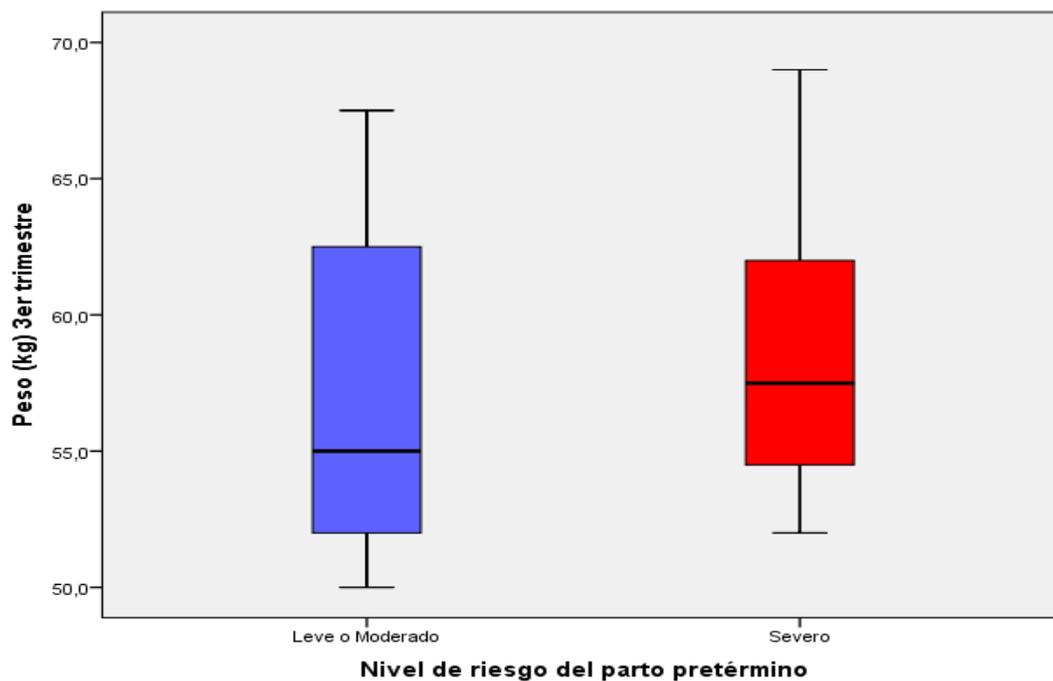
Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

DE: Desviación estándar

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de las variables cuantitativas según el nivel de riesgo del parto pretérmino (Tabla 7 y Gráficos 1-4: P > 0,05).

Gráfico 1

Comparaciones de medias del peso de la madre en el tercer trimestre según el nivel de riesgo del parto pretérmino, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

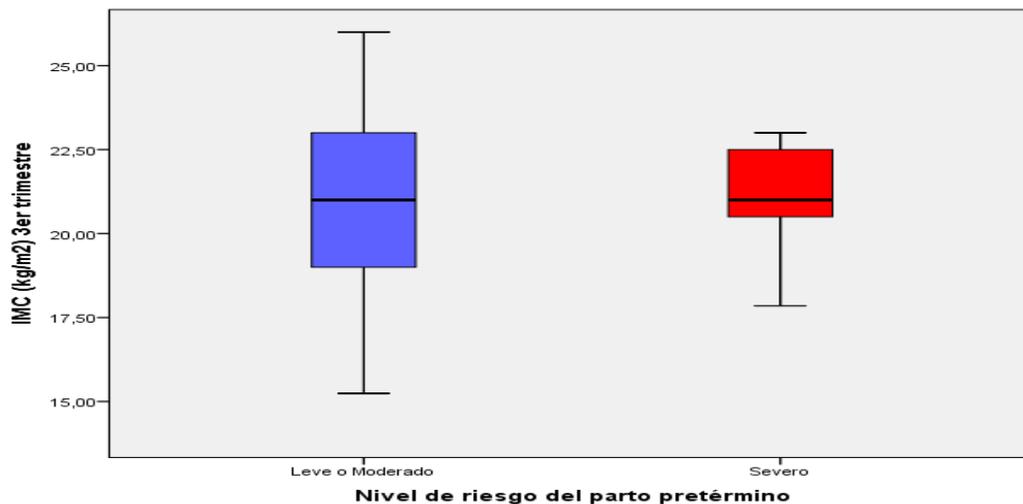


Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

T= 0,72; P= 0,48

Gráfico 2

Comparaciones de medias del Índice de Masa Corporal materno en el tercer trimestre según el nivel de riesgo del parto pretérmino, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

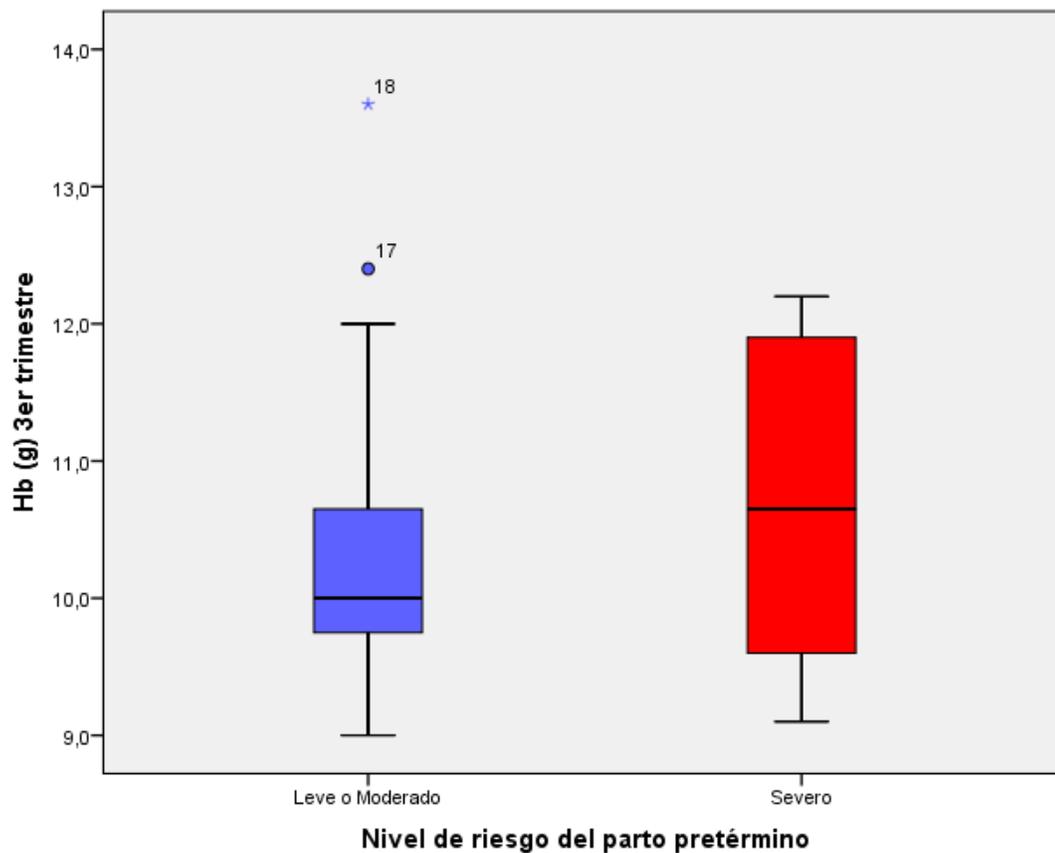


Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

T= 0,27; P= 0,79

Gráfico 3

Comparaciones de medias de la hemoglobina en el tercer trimestre según el nivel de riesgo del parto pretérmino, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

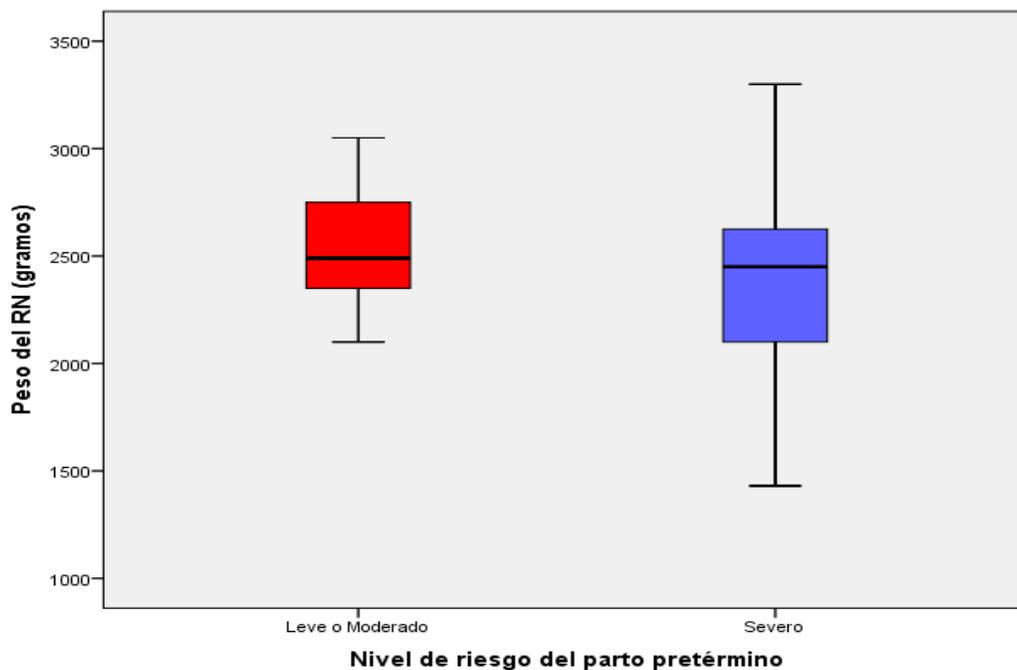


Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

T= 0,68; P= 0,51

Gráfico 4

Comparaciones de medias del peso del recién nacido según el nivel de riesgo del parto pretérmino, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021



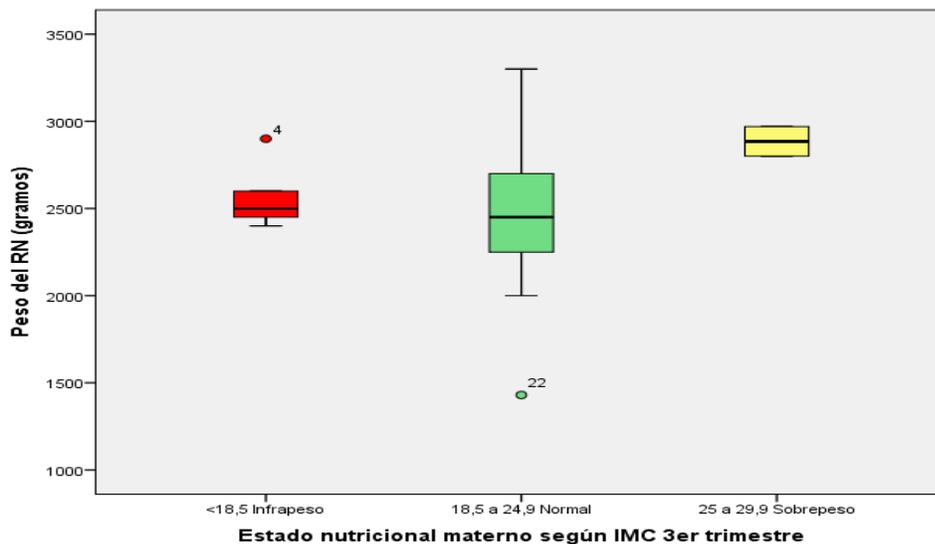
Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

T= 0,79; P= 0,46

No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios del peso (Gráfico 5: F=1,23; P= 0,31) y talla de los recién nacidos según el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo.

Gráfico 5

Comparaciones de medias de peso de los recién nacidos según el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021

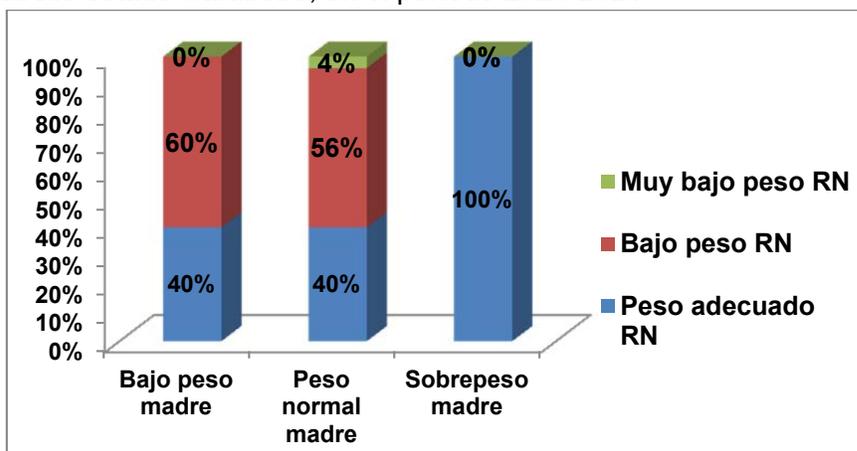


Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

ANOVA: $F=1,23$; $P=0,31$

Gráfico 6

Asociación entre el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo y el estado nutricional del recién nacido, en gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello estado Carabobo, en el período 2020-2021



Fuente: Datos de la investigación (Morales, 2022)

$\chi^2=2,97$; 4 grados de libertad; $P=0,56$

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo y el estado nutricional del recién nacido (Gráfico 2: $\chi^2 = 2,97$; 4 grados de libertad; $P = 0,56$). Sin embargo se puede notar que en madres con bajo peso el porcentaje de mayor índice es de Rn de bajo peso de igual manera en madres de normopeso.

DISCUSIÓN

Muchas mujeres sufren de desnutrición por la falta de ingesta de alimentos, hecho causado en ocasiones por una condición socioeconómica que envuelve a la madre, es decir; una situación donde la madre no cuenta con los recursos necesarios para tener una dieta balanceada. Otro factor involucrado es la falta de información relacionada con los nutrientes adecuados y necesarios, para que la gestante continúe con un buen embarazo, y asimismo se garantice el desarrollo adecuado del feto.

Cabe destacar, el estado nutricional materno es uno de los factores sujeto al control obstétrico que garantiza un estado nutricional óptimo, siempre y cuando la gestante cumpla o haya cumplido con su control materno a cabalidad; en concordancia con una prestación de servicio constante basado en el control obstétrico y divulgación de programas de atención nutricional orientados a la salud materna, fetal y neonatal.

Sin embargo coincidiendo con lo que refiere Quintero y Col (11) donde analizaron la prevalencia de anemia en embarazadas y su asociación con el consumo de alimentos, estado nutricional y variables socioeconómicas, 25,75% de las mujeres eran anémicas con valores de 10,9 g/dl, dando como resultado una media de 10,4 g/dl en el primer y tercer trimestre de esta investigación, resaltando que 6 de 32 gestantes se realizaron hemoglobina en el primer trimestre.

Por su parte Rojas (12) estudio el comportamiento de la ganancia de peso gestacional y su relación con el producto de la concepción, evidencio que las gestantes de bajo peso no alcanzaron el peso esperado para su edad gestacional reporto 28% de recién nacidos pequeños para la edad gestacional, caso contrario con los resultados establecidos en este trabajo donde para el tercer trimestre el IMC más frecuente en un 78,1 % 25 pacientes fue normal. Así mismo un 53,1% 17 recién nacidos presentaron bajo peso.

En este sentido Vaca- Merino y Col (13) investigaron acerca del estado nutricional de la mujer embarazada y su relación con las complicaciones de la gestación y el recién nacido, el IMC pre-gestacional reporto 47,3% de sobrepeso y obesidad y 2,6% de bajo peso, del mismo modo se evidenciaron ascensos estadísticamente significativos del peso materno entre el primer y el tercer trimestre del embarazo así como del IMC. Importante señalar la alta frecuencia de infección de las vías urinarias 53,9%, en relación a lo expuesto en esta investigación la ITU fue la complicación más frecuente de forma aislada en un 37,5% o asociada a otra condición obteniendo un 43,7% de embarazadas con esta complicación, aunque esta no están relacionada con procesos metabólicos como etiología pero si son favorecidos por estos.

CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos y en función de describir las características epidemiológicas del estado nutricional de las embarazadas que culminan en parto pretérmino, se puedo concretar que la edad promedio de las pacientes fue de 22,31 años; valor que oscila entre la mínima de 16 años y la máxima de 37 años, donde 40,6% pertenecen al grupo de adolescentes. Para el peso, las pacientes en el primer trimestre reflejaron un peso promedio de 51,94 kilogramos, mientras que en el tercer trimestre en promedio pesaron 57,11 kilogramos, teniendo en cuenta que para el tercer

trimestre se presentaron 5 gestantes con bajo peso un 15,6% y un 78,1% con normopeso, arrojando así un 6,3% de sobrepeso, de igual manera, se encontró en el primer trimestre un índice de masa corporal promedio de 19 kg/m² y para el tercer trimestre dicho índice mostró un valor de 20,91 kg/m².

Ahora, centrando la atención en la ganancia de peso, como característica epidemiológica; se notó que las pacientes lograron una ganancia de peso promedio de 5,14 kilogramos, valor que no clasifica como un valor significativo para la variable en cuestión; del mismo modo se catalogó a la ganancia de IMC, ya que su valor de ganancia fue de 1,82 en promedio.

Dentro de los antecedentes obstétricos identificados en las pacientes atendidas, y asociados al parto pretérmino, se encontró que 71,90% de las gestantes consultadas manifestó no tener algún antecedente obstétrico. Es de interés mostrar, que 78,1% de las pacientes expresaron no tener ningún control médico para el momento de la entrevista; y 21,9% reveló consultar de 1 a 5 oportunidades al control prenatal, cuestión que dificulta el bienestar materno-fetal, asimismo 53,10% manifestó no presentar complicaciones en el embarazo actual, donde 43,70% de las complicaciones reportadas fue la infección del tracto urinario en el segundo y tercer trimestre de gestación. Haciendo referencia al número de gestas se observa que 43,8% eran primigestas, y 34,4% contaba con una gestación anterior, lo que permite afirmar que las primíparas concluyeron en parto pretérmino con mayor frecuencia.

Respecto a la asociación entre las prácticas alimentarias y la ganancia de peso durante la gestación, se pudo constatar que el patrón de consumo de alimento desayuno, almuerzo, merienda y cena es el más común dentro de las encuestadas con un 40,6% donde incluyen 5 días a la semana consumo de proteína animal con una prevalencia de 59,3%, siendo la combinación más acertada la de carne y pollo en un 34,4%, y la de pollo, carne y huevo en un 25%, la combinación más accesible de proteína vegetal fue la de lenteja y frijoles en un 81,3%. Por su parte la ingesta de frutas enteras fue la más

consumida en 71,9%, los vegetales cocidos en un 84,4% es la preferencia de las gestantes encuestadas.

Teniendo en cuenta las cifras de hemoglobina la comparación de la media de esta, en el primer y tercer trimestre no presentaron diferencias estadísticas ya que en el primer trimestre solo 6 de las 32 encuestadas se realizaron este paraclínico, donde el resultado arroja una media de 10.4g/dl tomando en cuenta este valor podemos concluir que prevalece anemia en las gestantes.

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional materno en el tercer trimestre del embarazo y el estado nutricional del Rn, sin embargo se puede notar que en madres con bajo peso el porcentaje de mayor índice es de Rn de bajo peso en 60%, de igual manera en madres de normopeso donde se evidencia un 56% de Rn con bajo peso.

RECOMENDACIONES

En consideración de la anterior conclusión, se plantean las siguientes recomendaciones:

Asistir cabalmente y regularmente, a consultas de obstetricia en el hospital general “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, Estado Carabobo y efectuar seguimiento continuo al estado nutricional de las gestantes que acuden a consulta prenatal, el inicio de un control nutricional lo más pronto posible con el fin de acceder a las orientaciones necesarias para asegurar una óptima evolución del embarazo.

Evitar el embarazo, si se tiene una edad cronológica menor de 19 años y mayor a 35 años, para evitar o minimizar el riesgo de parto pretérmino, someterse a un programa alimentario, acorde con el estado de salud y situación económica y promover programas educativos sobre nutrición, a fin de mejorar las prácticas alimentarias durante el embarazo y así reducir los riesgos en madres e hijos con campañas sobre la importancia de un

buen estado nutricional en gestantes y los beneficios que estas prácticas aportan al feto y recién nacido, planificar y desarrollar campañas divulgativas, a nivel de centros de salud pública, sobre la calidad del estado nutricional para las gestantes y finalmente, ajustar el IMC para este grupo etario según ganancia de peso trimestral para un adecuado control alimentario en gestantes y su efecto sobre el feto y recién nacido de las futuras madres que asisten a la consulta de obstetricia en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello.

REFERENCIAS

1. Movimiento saludable. México 2014. Fundación Pedro Zaragoza A.C, pagina web disponible en: [http: FundacionPedroZaragoza.org.Mex](http://FundacionPedroZaragoza.org.Mex)
2. Cuestiones sociales. España2015. Wordpress. Desnutrición en mujeres embarazadas. Disponible en: [http:CuestionesSociales.word.press.cem/2015/06/18/la-desnutricion-en-mujeres-embarazadas/amp/](http://CuestionesSociales.word.press.cem/2015/06/18/la-desnutricion-en-mujeres-embarazadas/amp/).
3. Prado J, López G, Gómez A. Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, año 2006; 57paginas.
4. Padillo. E. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino. Revista Medicina Interna México. Año 2017. 55 paginas.
5. Organización Mundial de la Salud, año 2018. Boletín Nacimientos Prematuros. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
6. Unicef. Boletín El Prematuro es ahora la principal causa de muerte en niños pequeños. año 2020. Disponible en: <http://www.Unicef.Org.Dia-del-Prematuro>.
7. MPPS. Boletín: Memoria y Cuenta año 2015. Disponible en: <http://www.mpppst.gob.ve/mpppstweb/wp-content/uploads/2016/07/1-MEMORIA-2015-1.pdf> p12
8. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Navarro-Illana P, Murillo M, Martín-Moreno JM. Asociación entre el índice de masa corporal materno, la ganancia de peso gestacional y el peso al nacer; estudio prospectivo en un departamento de salud. Nutr Hosp. 2015; 31(4):1551-1557. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8495>

9. Darnton. I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Editorial: Fundamento biológico, conductual y contextual. Ginebra. Año 2013, 10 páginas.
10. Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Método de Valoración del Estado Nutricional. Revista de Malnutrición en Iberoamérica. Editorial: Red. Mel. Año 2016, 35 páginas.
11. Quintero Y, Bastardo G, Angarita C, Colb. Consumo de Alimentos, factores socioeconómicos y anemia en mujeres gestantes. Revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia 2012; 2, 25 paginas.
12. Rojas N, Sánchez J. Ganancia de peso gestacional y su relación con el estado nutricional del neonato. Trabajo de postgrado, Universidad de Carabobo. Año 2017, 26 páginas.
13. Vaca-Merino Víctor, Maldonado-Rengel Ruth, Tandazo-Montaño Pablo, Ochoa-Camacho Arianna, Guamán-Ayala Daniela, Riofrio-Loaiza Lizbeth et al . Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. Int. J. Morphol. 2022 [citado 2023 Ene 29]; 40(2): 384-388. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022022000200384&lng=es.
14. Hernández. J. Clasificación de los tipos de estudio. Investigación clínica. México. Año 2020, 51 páginas. Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/ss/wp-content/uploads/2018/10/22.pdf>
15. Hernández J. Definición del tipo de investigación a realizar: Básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. Investigación clínica. Año 2015. Disponible en: <http://www.icom24.files.wordpress.com>

ANEXO A
Consentimiento Informado

El presente estudio de investigación titulado: “ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO”, será realizado como Trabajo de Grado para obtener el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia por la autora Leanyelit Emily Morales Delgado. Los objetivos que se persiguen son: determinar el estado nutricional de la gestante y su relación con el parto pretérmino y detectar las alteraciones en sus fases iniciales y de esta manera poder modificarlas con la intervención médica oportuna y tratamiento adecuado, en pacientes que acuden al hospital general “Dr. Adolfo Prince Lara” de Puerto Cabello, Estado Carabobo. Su participación en esta investigación es estrictamente voluntaria y la información recabada será utilizada sólo con fines de la presentación del Trabajo Especial de Grado. Todas las dudas y preguntas que desee aclarar considérese en la libertad de hacerlas. Igualmente usted podrá retirarse del estudio en el momento que usted así lo decida, sin que esto afecte la debida atención que usted se merece. Al firmar el documento usted afirma que le han sido explicadas todas las condiciones de su participación, riesgos y procedimientos a realizarse.

Nombre y Apellido de la gestante Firma Fecha

ANEXO B

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado
Postgrado de Ginecología y Obstetricia
Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"
Puerto Cabello – Estado Carabobo

Instrumento para la recolección de datos

Participante # _____. Fecha ____/____/_____. Historia Clínica: _____.
Nombre y Apellido: _____ C.I.: _____ Edad: _____.
Embarazos ____ Partos: ____ Cesáreas: ____ Abortos: ____ Ectópico ____.
Fecha de ingreso: ____/____/____.
Diagnósticos de ingreso: _____

Antecedentes Personales: _____.

Antecedentes Obstétricos: _____.

¿Control del embarazo actual? Sí () No () nº de controles: ____
Complicaciones: _____.

Hemoglobina: 1er trimestre: _____, 3er trimestre: ____

Peso: 1er trimestre _____ 3er trimestre: _____

Talla: _____ **IMC:** 1er trimestre: _____, 3er trimestre: ____

En la semana consumes:

- A. desayuno, merienda, almuerzo, merienda y cena _____
- B. desayuno, almuerzo, merienda y cena _____
- C. desayuno, merienda, almuerzo y cena _____
- D. desayuno, almuerzo y cena _____
- E. desayuno y almuerzo _____
- F. desayuno y cena _____
- G. una comida _____

En la semana consumes proteínas:

- A. 7 días a la semana _____, B. 6 días a la semana _____
- C. 5 días a la semana _____, D. 4 días a la semana _____
- H. 3 días a la semana _____, F. 2 días a la semana _____
- G. 1 vez a la semana _____,

Tipos de alimentos: 100%

Animal: pollo _____, pescado _____, carne roja _____, y huevo _____

Granos: lentejas _____, frijoles _____ garbanzos _____

Consumo de frutas: enteras _____ jugos: _____ tipos: _____

Vegetales: crudos _____ cocidos _____ tipos: _____

Resolución Obstétrica: Cesárea: _____. Parto: _____.

Recién nacido: vivo ____ muerto ____ peso _____ talla _____