

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
DE GESTANTES QUE ACUDEN A SU ATENCIÓN PRE NATAL DEL
HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILO VALDIZÁN MEDRANO,
HUÁNUCO – 2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Romero Capcha, Flor Maria

ASESORA: Palacios Zevallos, Julia Marina

HUÁNUCO – PERÚ

2021

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud publica
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2018-2019)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 41285325

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22407304

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Juana Irma	Doctora en ciencias de la salud	22418566	0000-0003-4163-8740
2	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426
3	Suarez Leon, Cecilia Lisette	Obstetriz	40790329	0000-0001-7089-0537



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **ocho** horas del día **veintinueve** del mes de **noviembre** del año **dos mil veintiuno**, en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS
- DRA. MARICELA LUZ MARCELO ARMAS
- OBST. CECILIA LISSETTE SUAREZ LEON

Presidenta
Secretaria
Vocal

Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 1848-2021-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE GESTANTES QUE ACUDEN A SU ATENCIÓN PRE NATAL DEL HOSPITAL DE CONTINGENCIA HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO, HUÁNUCO – 2019”**; presentado por la Bachiller en Obstetricia Sra. **Flor Maria ROMERO CAPCHA** para optar el Título Profesional de **Obstetricia**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **Aprobada** por **Unanimidad** con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las, **9:00** horas del día **veintinueve** del mes de **noviembre** del año **2021** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por el don de la vida; a mis padres Pablo y Teodolinda, por su gran amor; a mis hijas por ser mi motor y motivo y a mi esposo por su apoyo en mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

- ❖ A la plana docente de la “Universidad de Huánuco” en particular a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela académica profesional de Obstetricia, por haber contribuido con su esfuerzo en mejorar nuestro espíritu investigador.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPITULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	13
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	14
1.3. OBJETIVO GENERAL	14
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5.1. A NIVEL TEÓRICO	15
1.5.2. A NIVEL PRÁCTICO	15
1.5.3. A NIVEL METODOLÓGICO	15
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	16
CAPITULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	17

2.1.1.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES	17
2.1.2.	ANTECEDENTES NACIONALES	20
2.1.3.	ANTECEDENTES LOCALES.....	23
2.2.	BASES TEÓRICAS	24
2.2.1.	ALIMENTACIÓN	24
2.2.2.	NUTRICIÓN	24
2.2.3.	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN.....	24
2.2.4.	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS	28
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	35
2.4.	HIPÓTESIS.....	36
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	36
2.5.	VARIABLES.....	36
2.5.1.	VARIABLE DEPENDIENTE	36
2.5.2.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	36
2.5.3.	VARIABLES INTERVINIENTES.....	36
2.6.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	37
CAPITULO III		38
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....		38
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
3.1.1.	ENFOQUE	38
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	38
3.1.3.	DISEÑO	38
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	38
3.2.1.	POBLACIÓN	38
3.2.2.	MUESTRA.....	39
3.3.	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	40
3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	40
CAPITULO IV.....	41
RESULTADOS.....	41
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS	41
CAPITULO V.....	54
DISCUSION DE RESULTADOS.....	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
ANEXOS.....	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Procedencia de las gestantes atendidas.....	41
Tabla 2. Estado civil de las gestantes atendidas.	43
Tabla 3. Edad de las gestantes atendidas.	45
Tabla 4. Edad gestacional de las gestantes atendidas.	47
Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal.....	49
Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal.	51
Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención prenatal.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Procedencia de las gestantes atendidas.	42
Gráfico 2. Estado civil de las gestantes atendidas.	44
Gráfico 3. Edad de las gestantes atendidas.	46
Gráfico 4. Edad gestacional de las gestantes atendidas.	48
Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal.	50
Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal.	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano 2019. **Metodología:** Estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico. Con diseño transversal. **Resultados:** En relación a la procedencia el 27,1% de las gestantes proceden de una zona urbano marginal, el 27,1% de una zona urbano y el 45,7% de zonas rurales. En relación a estado civil el 37,14% son convivientes, el 34,2% solteras y el 28,5% casadas. El promedio de edad fue de $27,69 \pm 3,257$ años. El promedio de la edad gestacional fue de $34,71 \pm 2,649$. **Conclusión:** En relación al nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 35,7% un nivel de conocimiento bajo y el 21,4% un nivel de conocimiento alto. En relación al nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 37,2% un nivel de conocimiento bajo y el 20% un nivel de conocimiento alto.

Palabras claves: conocimiento, alimentación, nutrición, gestantes, atención prenatal, Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge about food and nutrition of pregnant women who attend their prenatal care at the Hermilio Valdizán Medrano 2019 Contingency Hospital. Methodology: Observational, prospective, cross-sectional, analytical study. With transversal design.

Results: In relation to origin, 27.1% of pregnant women come from a marginal urban area, 27.1% from an urban area and 45.7% from rural areas. In relation to marital status, 37.14% are cohabiting, 34.2% single and 28.5% married. The mean age was $27.69 \pm 3,257$ years. The mean gestational age was 34.71 ± 2.649 .

Conclusion: In relation to the level of knowledge about feeding of pregnant women who attend their prenatal care at the Hermilio Valdizán Medrano Contingency Hospital, we can see that 42.8% have a medium level of knowledge, 35.7% a level of low knowledge and 21.4% a high level of knowledge. Regarding the level of knowledge about nutrition of pregnant women who attend their prenatal care at the Hermilio Valdizán Medrano Contingency Hospital, we can see that 42.8% have a medium level of knowledge, 37.2% a low level of knowledge and 20% a high level of knowledge.

Keywords: knowledge, food, nutrition, pregnant women, prenatal care, Hospital

INTRODUCCIÓN

El presente informe de tesis se estructuró en cinco capítulos: Capítulo I, problema de investigación, en donde se realiza la descripción del problema, la formulación del problema, los objetivos generales y específicos, justificación, limitaciones y viabilidad de la investigación, Capítulo II, marco teórico, donde se describe los antecedentes de la investigación tanto a nivel internacional, nacional y local, del mismo modo contiene las bases teóricas sobre el problema de investigación, definiciones conceptuales, hipótesis, y la operacionalización de variables, Capítulo III, metodología de la investigación, se precisa el enfoque, alcance y diseño, población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, Capítulo IV, resultados, se procesa los resultados IX de la investigación con cuadros estadísticos y su respectivo análisis hasta la contrastación de las hipótesis, y finalmente, Capítulo V: discusión de resultados, se realiza la presentación y contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas. Así mismo se presentan las conclusiones y recomendaciones obtenidas durante la investigación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La gestación es un periodo de crecimiento, tanto para la mujer como para el niño, ya que no sólo aumenta la masa celular, sino también el desarrollo y la maduración de la célula, permitiendo que adopte gradualmente las capacidades funcionales¹. Desde el punto de vista nutricional, esta etapa de la vida de una mujer es una de las más delicadas, porque además de ser una época en la que las exigencias de nutrientes son altas, la mujer embarazada también debe satisfacer las necesidades nutricionales del crecimiento del niño; cualquier error nutricional podría tener consecuencias no sólo durante el embarazo, sino en etapas posteriores de la vida del niño².

Las prácticas alimentarias en el embarazo son un hecho transcendental en la promoción de la salud materna e infantil, porque la nutrición adecuada de las mujeres durante el embarazo y la lactancia es fundamental para garantizar que los niños tengan un inicio saludable en la vida, lo que tendrá un impacto significativo en el desarrollo de sus capacidades de crecimiento y aprendizaje, porque una dieta deficiente durante la gestación podría significar un hecho desafortunado para el crecimiento y el desarrollo, poniendo a los niños en riesgo³.

El número de mujeres con bajos niveles de los micronutrientes, como el hierro y la vitamina A, ha aumentado en los últimos años; se calcula que casi la mitad de todas las mujeres embarazadas sufren anemia, y 9.6 millones sufren ceguera nocturna. Las bajas concentraciones de retinol en la orina afectan a aproximadamente 19,1 millones de mujeres embarazadas (las proporciones más altas se encuentran en África y Sudeste Asiático)⁴.

También se ha descubierto que se han registrado datos en muchas partes del mundo que revelan un estado nutricional inadecuado de las mujeres embarazadas como resultado de una mala nutrición; por ejemplo, en la India, encontramos una tasa de malnutrición del 75 por ciento entre las mujeres

embarazadas o las mujeres de edad reproductiva. En Egipto se encontró un 39,2%; en Estados Unidos, el 12 por ciento se encontró en Los Ángeles y el 9,7% en San Francisco. Estas cifras son semejantes a las que se hallaron en países latinoamericanos, como Chile y Venezuela, donde varios estudios han demostrado que la malnutrición en las mujeres embarazadas sigue existiendo, con tasas que oscilan entre el 15,2% y el 16,9%, así como en Bolivia (16,7%) y Brasil (18,8%)⁵.

Según el Director General de Supervisión de Alimentos y Nutrición, la tasa de embarazadas con anemia fue del 24,8 por ciento en 2014, con un 21,1 por ciento de Lima; la deficiencia de peso fue del 10,8%, con un 10,7% de Lima; y el sobrepeso fue del 39,8 por ciento⁵.

Por otro lado, algunas fuentes afirman que, en Perú, 28 de cada 100 mujeres embarazadas sufren anemia debido a la deficiencia de hierro, y que la incidencia es mayor en la zona central. En consecuencia, la nutrición adecuada es fundamental como una de las consideraciones más importantes a tener en el embarazo, y es mejor empezar al menos seis meses antes de la concepción⁶.

Cuando se trata de esta etapa, es fundamental tener en cuenta los conocimientos de nutrición, lo que las mujeres embarazadas saben y han conocido antes, y las prácticas comunes relacionadas con el embarazo^{7,8}.

De lo anterior mencionado surgió la necesidad de resolver las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento en alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población estudiada según: edad, estado civil, residencia, ocupación e instrucción en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano Huánuco 2019?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019?

1.3. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características socio demográficas de la población estudiada según: edad, estado civil, residencia, ocupación e instrucción en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal en el Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2019.

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. A NIVEL TEÓRICO

El estado de nuestra salud y la nutrición están intrínsecamente relacionados en cualquier edad o etapa de nuestras vidas, pero especialmente durante el embarazo, cuando tiene un impacto significativo en el desarrollo fetal, ya que se producen ciertos cambios en las mujeres durante la etapa de gestación que requieren una distribución adecuada y equilibrada de componentes alimentarios y energía⁹. Es un tema crítico para todos los profesionales de la salud, ya que la investigación ayudará a educar al público sobre la nutrición adecuada, especialmente para las mujeres durante el embarazo y la lactancia materna. En consecuencia, es fundamental averiguar qué conocimientos tienen las gestantes sobre los alimentos que comen y, en consecuencia, comprender su comportamiento y/o gestión de los mismos en esta etapa¹⁰.

1.5.2. A NIVEL PRÁCTICO

Aproximadamente el 15% de las mujeres que asisten a la atención prenatal tienen un déficit alimentario, que se manifiesta en anemia, malnutrición, obesidad e infecciones que se producen durante el embarazo, ya sea debido a la deficiencia o a la ingesta excesiva de alimentos. En consecuencia, este estudio es útil porque nos permitirá determinar el nivel de conocimientos de nutrición que tienen las mujeres embarazadas, sensibilizar sobre los hábitos alimentarios saludables y con ello contribuir a mejorar la calidad de la atención materno perinatal.

1.5.3. A NIVEL METODOLÓGICO

La investigación futura será posible gracias a la metodología de investigación utilizada y al instrumento desarrollado.

Esta investigación es importante en este contexto porque nos permite documentar el nivel de conocimientos sobre la alimentación de las mujeres embarazadas.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No existen limitaciones, para la ejecución del presente proyecto de investigación ya que se cuenta con lo necesario para su desarrollo.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable tanto operativamente, académicamente y económicamente por lo cual fue posible su ejecución y culminación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Brown, H.M., Bucher, T., Rollo, M.E. et al (2021). **Las mujeres embarazadas tienen poco conocimiento de los carbohidratos y no reciben una educación nutricional adecuada.** Las mujeres necesitan saber qué y cuánto comer, especialmente en el caso de alimentos que contienen carbohidratos. El objetivo fue evaluar el tema planteado. Métodos Entre julio de 2017 y abril de 2018, se reclutó a mujeres embarazadas australianas para que completaran una encuesta en línea, que incluía un cuestionario de conocimientos sobre carbohidratos de PedCarbQuiz modificado y un buffet en línea, donde seleccionaron imágenes equivalentes a un tamaño de porción estándar de la Guía australiana para una alimentación saludable (AGHE). Resultados 186 mujeres embarazadas (edad media 30,9 años, DE = 4,7 años) de 12 a 22 semanas de gestación completaron la encuesta. Los participantes lograron una puntuación media de 27/36 para la identificación de alimentos que contienen carbohidratos y una puntuación media de 1/12 (rango 0-11) para la identificación de gramos de carbohidratos en porciones específicas. Los participantes lograron una puntuación media de 14/22 (rango 4-19) para la identificación de una ración estándar AGHE de 11 alimentos que contienen carbohidratos. Menos de la mitad (n = 92, 49,5%) recibió educación nutricional de profesionales de la salud. Conclusiones para la práctica Las mujeres embarazadas tenían un conocimiento de carbohidratos subóptimo. Esto podría contribuir a la alteración de los niveles de glucosa en sangre y al riesgo de resultados adversos para la salud durante el embarazo. Deben explorarse las oportunidades para que las mujeres embarazadas accedan al asesoramiento nutricional de los profesionales de la salud.¹¹

Weerasekara PC, et al.,(2021). **Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la alimentación y la nutrición entre mujeres en edad reproductiva en zonas marginadas de Sri Lanka.** El objetivo principal de este estudio es evaluar los el conocimiento, la actitud y la práctica relacionados con la alimentación y la nutrición entre las mujeres en edad reproductiva y la comprensión de la seguridad alimentaria y nutricional del hogar en Sri Lanka como un ejemplo para las sociedades marginadas. Por lo tanto, se realizó una encuesta transversal utilizando el cuestionario modelo CAP administrado a 400 mujeres en edad reproductiva (18 a 49 años) en áreas marginadas de Sri Lanka. Los datos se recopilaron mediante un método de muestreo aleatorio. Los resultados de la investigación mostraron claramente que las mujeres en edad reproductiva tienen un bajo nivel de conocimiento nutricional en las áreas investigadas. La mayoría de las mujeres tienen una actitud positiva hacia la recepción de conocimientos nutricionales, pero tienen poca práctica sobre una dieta saludable. Además, el conocimiento, las prácticas y las actitudes de las mujeres afectan en gran medida su estado de IMC, así como la seguridad alimentaria del hogar. Hubo una correlación positiva altamente significativa entre el conocimiento nutricional, la puntuación de actitud y el nivel de IMC y se encontró una diferencia significativa en el área, la edad, el tamaño de la familia, los ingresos mensuales, el nivel educativo, las actitudes hacia la nutrición, las prácticas alimentarias y nutricionales entre las mujeres reproductivas. (R²: 467, p <0,01). Los resultados de la investigación mostraron que la CAP determina en gran medida la nutrición de las mujeres y la seguridad alimentaria del hogar. Sobre la base de los resultados de esta investigación, es necesario mejorar la educación nutricional de las mujeres en edad reproductiva en las zonas marginadas de Sri Lanka.¹²

Sule G, Dicle K, Fatma E (2018). **Evaluación del conocimiento nutricional de mujeres embarazadas antes y después de la educación nutricional según características sociodemográficas.** El objetivo de este estudio transversal es evaluar el efecto de la educación nutricional en los niveles de conocimiento nutricional de las mujeres

embarazadas. El estudio se realizó con una muestra de mujeres embarazadas ($n = 743$) que acudían a centros de salud en Estambul para recibir atención prenatal. Los puntajes de conocimiento nutricional fueron significativamente más altos en la posprueba (23.0) que en la preprueba (16.0) después de recibir educación nutricional ($p < .001$). Se halló significancia estadística en las puntuaciones de la prueba previa ($p < .05$) pero no de la prueba posterior ($p > .05$) para factores como el nivel de educación, la situación laboral y el número de embarazos; Se halló significancia estadística en los puntajes de ambas pruebas para la información sobre la edad y la nutrición ($p < .05$). En conclusión, las mujeres embarazadas deben recibir una educación nutricional adecuada y adecuada para la salud maternoinfantil de acuerdo con las características sociodemográficas.¹³

Tenaw, Z., Arega, M. y Tachbele, E (2018). **Conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales entre las mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal en los hospitales públicos de Addis Abeba, Etiopía.** Se realizó un estudio transversal institucional para recopilar datos relevantes de 322 mujeres embarazadas, que asistieron al servicio de atención prenatal en hospitales públicos seleccionados en Addis Abeba, Etiopía, de abril a mayo de 2015. Se utilizó un procedimiento de muestreo aleatorio simple para seleccionar los hospitales públicos y se utilizaron técnicas de muestreo sistemático para seleccionar a las embarazadas utilizando las listas de registro de los hospitales. Los datos se codificaron y se ingresaron a la computadora utilizando datos Epi versión 3.1 y SPSS versión 21.0 para su posterior análisis. Se utilizaron análisis de regresión logística multivariable para identificar predictores independientes del conocimiento, la actitud y las prácticas de las mujeres embarazadas con respecto a la nutrición. El estudio reveló que, de las 322 gestantes encuestadas, 87 (27%), 156 (48,4%) y 111 (34,5%) tenían conocimientos, actitud favorable y buenas prácticas de nutrición durante el embarazo, respectivamente. Hubo una asociación positiva significativa entre el nivel educativo de las mujeres (AOR = 3.047, IC del 95% (1.046 a 8.873), ingresos familiares (AOR =

3.093, IC del 95% (1.076 a 8.890)), actitud (AOR = 4.4, 95%). % IC (2.315 a 8.299)), número de embarazos (AOR = 2.175, 95% CI (1.034 a 4.573)) y conocimiento sobre nutrición durante el embarazo. Considerando que el conocimiento, los ingresos familiares, la educación y la ocupación del marido tenían una asociación positiva con las buenas prácticas de nutrición durante el embarazo. El conocimiento, la actitud y las prácticas de las embarazadas con respecto a la nutrición durante el embarazo fueron escasos en el área de estudio.¹⁴

Ooreoluwa F, Olayinka A, Foluke A (2018). **Conocimiento, actitud y práctica de la buena nutrición entre las mujeres en edad fértil en el gobierno local de Somolu, estado de Lagos.** Mujeres en edad fértil (especialmente mujeres embarazadas y lactantes) se encuentran en las etapas más vulnerables desde el punto de vista nutricional ciclo vital. El objetivo fue evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de la buena nutrición entre las mujeres en edad fértil en el gobierno local de Somolu (LG), estado de Lagos. Este estudio fue una encuesta descriptiva transversal de 244 mujeres en edad fértil (15-49 años). Excelente conocimiento y buena actitud hacia el bien se observó nutrición entre el 61,89% y 86,89% respectivamente. Durante el embarazo, más del 80% tomó ácido fólico, suplementos de hierro y aumentó el consumo diario de frutas y verduras mientras que el 43,59% evitó los huevos, el pescado, la carne y las bebidas de chocolate debido a los tabúes. Siete días antes de entrevista, más del 90% había consumido rápido alimentos, el 56,15% y el 50,01% de los encuestados comían frutas y verduras todos los días para ≥ 4 veces en un día respectivamente. Una mayoría de los encuestados sabían y tenían una buena actitud hacia una buena nutrición apoyando estudios de Kenia y el norte de Nigeria. Esto, sin embargo, no se tradujo en una buena práctica para aproximadamente la mitad de los encuestados.¹⁵

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Suárez J. S. (2020). Comportamientos, actitudes, prácticas dietéticas y nutricionales en gestantes. Es fundamental comprender los

Kujawska M (2019). **Diferentes sistemas de conocimiento encontrados en salud reproductiva de mujeres asháninka de la Amazonía peruana.** Los pueblos indígenas Asháninka de la Amazonía peruana operan dentro de su reserva comunal y comunidades nativas autónomas, donde están presentes los puestos de salud biomédicos y los médicos biomédicos. Este artículo analiza cómo los dos sistemas de conocimiento y práctica, es decir, la medicina indígena y biomedicina,

conviven en el territorio asháninka y cómo se articulan en el parto, control de la natalidad y otros aspectos de la salud reproductiva. Su cosmología medicinal privilegia el uso de plantas medicinales y partería. Al mismo tiempo, estas prácticas son compatibles con el pensamiento biomédico. Las técnicas de parto ampliamente compartidas por las mujeres asháninka y las parteras no cambian sustancialmente después de la formación biomédica. En cambio, las mujeres asháninka añaden nuevas prácticas a sus propias gamas preexistente de técnicas anticonceptivas y laborales, sin cambiar su base ontológica. El Ashaninka parece una sociedad resiliente, capaz de "absorber" conocimientos biomédicos novedosos, prácticas y tecnología en su panorama médico, mientras permanecen dentro de sus límites culturales y preservando así sus características específicas.¹⁷

Ochoa Chupa, Y (2018). Efectuó una investigación de tipo analítico, con diseño descriptivo, titulado "Conocimiento y practica de alimentación sobre el estado nutricional y el nivel de hemoglobina de la gestante, en el Centro de Salud Chupa, se aplicó mediante encuesta a una población de 60 usuarias. Los resultados obtenidos fueron, el 58 por ciento con un conocimiento medio, 35 por ciento conocimientos bajos y 7 por ciento conocimientos altos. Para hoja de observación sobre prácticas alimentarias 48 por ciento eran deficientes, 47 por ciento regulares y 5 por ciento buenas. Como conclusión se estableció que No existe relación entre el nivel de conocimiento con el índice de masa corporal, ni con el aumento de peso. No se presenta Relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias y el aumento de peso. Existió una relación entre las prácticas alimentarias y el nivel de hemoglobina¹⁸.

Francia Ramos, C. (2018). Efectuó un estudio de investigación de tipo analítico transversal, titulado "Conocimiento Asociado en prácticas de alimentación con gestantes atendidas en el Hospital Vitarte". Se aplicó mediante encuestas con una muestra de 279 usuarias. Los resultados obtenidos fueron, el 25,8% de las usuarias conocen de nutrición durante la gestación, el 18,3% de usuarias practican alimentación saludable. Se

concluye, no hay una relación entre conocimientos y prácticas de alimentación en las usuarias, las usuarias aceptan que durante el embarazo se aumenta de peso fuera de los parámetros obstétricos por desorden de alimentos, las prácticas de alimentación tienen relación con la paridad.

Suárez, J. S. (2020). Comportamientos, actitudes, prácticas alimentarias y nutricionales en mujeres embarazadas. Dichos resultados mostraron que el 86% sabe que debe beber leche, sin embargo, solo el 35% la bebe todos los días; 33%, dos o tres veces por semana y 27%, algunas veces. El 85% sabe que debe tomar sulfato ferroso; 91% que deben consumir 3 comidas principales y 1 merienda. El 59% sabe qué alimentos facilitan la absorción de hierro y el 47% que son ricos en hierro. Huevo: el 44% lo consume alguna vez, el 38% dos o tres veces por semana y el 13%, todos los días. El 58% consume pollo asado, el 30% hamburguesa, el 79% helados, el 56% tortas y dulces, el 66% gaseosas. Las mujeres embarazadas saben cuántas comidas al día deben consumir. Los alimentos ricos en proteínas son poco consumidos por las mujeres embarazadas²⁰.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

Ramón (2016), realizó un estudio titulado "Nivel de conocimiento y actitud sobre la alimentación balanceada de las gestantes que acuden al consultorio nutricional". En la exposición participaron un total de 191 personas. Los resultados fueron, el 32,5 % tienen entre 18 a 26 años, el 31,4% son casados, el 47,1% cuentan con ingresos en S/. 300 a 500, el 42,9% tiene peso adecuado, el 21,5% tiene sobrepeso y el 18,4% tiene obesidad y el 16,2% tiene bajo peso, el 45,0% en el III T y el 47,7% son multigestas. Los resultados muestran que el nivel más alto de conocimiento sobre nutrición equilibrada es del 46,6 por ciento, con una calificación de E y un valor de 03 - 00 puntos. El nivel más alto de comportamiento es el 51,3 por ciento, con un valor de 0,4112.²¹

Quispe A. (2015) en su estudio de tipo descriptivo simple, "Influencia del nivel de conocimiento dietético en Gestante que busca atención prenatal en el Hospital HVM marzo-agosto-2015", encontró que "si las madres saben qué alimentos deben consumir durante el embarazo, el 94 por ciento dice que lo sabe y el 6 por ciento dice que no lo sabe". Como conclusión se estableció que existe un nivel de conocimiento alto sobre nutrición y alimentación en las gestantes²².

2.2. BASES TEÓRICAS

.2E00101I021.231212.}1 alimento durante la gestación es un factor para llevarlo de forma adecuada y segura, beneficiando a largo plazo tanto a la madre como a su hijo, ya que la lactancia materna, el buen control nutricional, el peso adecuado para su edad y otros factores se beneficiarán claramente al seguir un plan alimentario dirigido a esta etapa²³.

2.2.1. ALIMENTACIÓN

Los alimentos se definen como productos naturales o elaborados que están destinados a ser ingeridos y digeridos por una persona y que tienen características que los hacen adecuados para el consumo; y los alimentos se definen como el proceso voluntario de ingerir alimentos para satisfacer las necesidades²⁴.

2.2.2. NUTRICIÓN

La nutrición, definida por la Organización Mundial de la Salud como "el consumo de alimentos asociados a las necesidades dietéticas del cuerpo", depende de factores básicos como una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio regular²⁵.

2.2.3. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN

- Se debe alentar a los proveedores de atención médica y capacitado para apoyar y brindar asesoramiento sobre preconcepción nutrición, incluida la optimización de la nutrición de los adolescentes y salud.

- Se reconoce ampliamente que un enfoque en la salud antes de la concepción ofrece una oportunidad importante y recientemente reconocida para mejorar la salud de las generaciones futuras²⁵. Muchas mujeres y niñas adolescentes están mal alimentadas debido a la insuficiencia o el desequilibrio de sus dietas, que conduce a insuficiencia ponderal, sobrepeso / obesidad y deficiencias de micronutrientes. No obstante, la mayoría hace poco para cambiar su estilo de vida para prepararse para el embarazo²⁶, a pesar de que la mayoría de los embarazos que desembocan en nacimientos vivos son se piensa que está, al menos en cierta medida, planificado. En consecuencia, muchas mujeres tienen un estilo de vida poco saludable ya que entrar en embarazo, que se caracteriza por, por ejemplo, dieta de mala calidad, niveles bajos de actividad física, tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol y que permanecen prevalente en el momento de la concepción. Para abordar esto, un panel de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha propuesto recomendaciones para el cuidado y bienestar de la salud en referencia a la nutrición antes del embarazo, al mismo tiempo que se fomenta la adopción de buenos hábitos dietéticos y de estilo de vida en todas las etapas, comenzando en infancia y adolescencia. Los resultados saludables del embarazo son más probables si las mujeres que entran en el embarazo son físicamente activas, tienen una salud hacer dieta, no fumar, evitar el alcohol y tener un IMC normal. Abordar la nutrición y el estilo de vida antes de la concepción es de particular importancia con respecto a la obesidad materna, que tiene una gran influencia tanto en los resultados inmediatos del embarazo como en el riesgo del niño de volverse obeso más adelante y contraer enfermedades no transmisibles. Reciente los estudios de intervención han demostrado que en embarazadas obesas madres, tanto farmacológicas (metformina)^{27,28} como intervenciones conductuales (dieta / actividad física)^{29,30} durante el embarazo tienen un impacto limitado en la madre y resultados perinatales infantiles, lo que sugiere una necesidad intervenir antes de la concepción si se quieren mejorar los resultados.

- Los obstetras encargados de la atención médica deben prestar especial atención al peso corporal y al IMC de mujeres en edad reproductiva y, cuando proceda, proporcionar consejos para modificar el peso corporal mejorando la dieta, el estilo de vida y el estado físico.

- El IMC antes del embarazo está fuertemente relacionado con los resultados de salud de la madre y la descendencia, con efectos aún más fuertes del IMC antes del embarazo que de la ganancia de peso gestacional (GWG) en los resultados clave en algunos estudios^{31,36}. Debido a la creciente prevalencia de obesidad entre mujeres de todo el mundo³⁷ y recomendaciones para limitar el GWG, se han realizado varios ensayos de intervención en un intento de encontrar regímenes de actividad que reducirán la ganancia de peso gestacional y mejorarán los resultados de salud. La mayoría de estos estudios de intervención, sin embargo, no han tenido el tamaño adecuado para proporcionar suficiente poder estadístico para abordar los resultados del embarazo. Una revisión de las estrategias utilizadas ha mostrado una falta de conformidad e intentos infrecuentes de medir el impacto de las intervenciones sobre dieta o actividad física³⁸. En una revisión de 12 ensayos controlados aleatorios que incluyen un total de 2713 mujeres embarazadas de IMC normal, los investigadores de EarlyNutrition encontraron que las mujeres embarazadas de Un IMC normal que recibieron una intervención dietética y de estilo de vida probablemente experimentaron menos la ganancia de peso gestacional (4 estudios, 446 mujeres; diferencia media -1,25 kg; IC del 95%: -2,39 a -0,11), alcanzaron con menos frecuencia un GWG que superaba las directrices del Instituto de Medicina de EE. UU. (IOM) (4 estudios, 446 mujeres; ratio de riesgo 0,66; 95% CI 0.53-0.83) y reducido la incidencia de hipertensión (2 estudios; 243 mujeres; ratio de riesgo 0,34; IC del 95%: 0,13 a 0,91). Sin embargo, hubo sin diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de diabetes gestacional, cesárea o peso al nacer más de 4 kg. De los pocos estudios que informaron seguimiento infantil, ninguno informó un beneficio duradero en resultados de la niñez. Una revisión Cochrane reciente de mujeres heterogéneas para el IMC

informó que las intervenciones basadas en la dieta o el ejercicio, o ambos, redujo el riesgo de la ganancia de peso gestacional excesivo en promedio en un 20%, sin efectos importantes sobre los riesgos de parto por cesárea, parto prematuro, macrosomía infantil y malos resultados neonatales, como distocia de hombros, hipoglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia o traumatismo del nacimiento [39]. Sobre la base de evidencia actual recomendamos que debe haber un intento concertado de desarrollar intervenciones para ayudar a las mujeres a alcanzar un peso saludable antes del embarazo. No se debe descuidar la desnutrición, ya que la insuficiencia ponderal. Las mujeres tienen más probabilidades de tener deficiencias de nutrientes importantes, y sus dietas deben evaluarse y evaluarse cuidadosamente. complementado según sea necesario.

- Se debe prestar especial atención a la ingesta y estado de algunos micronutrientes, especialmente como el folato, en mujeres en edad reproductiva. Suplementación dietética con hierro, vitamina D, vitamina B12, yodo y otros pueden estar indicados en mujeres con riesgo de escasez e insuficiencia de estos micronutrientes.

- Durante el embarazo, las ingestas dietéticas de referencia para algunos micronutrientes aumentan mucho más que la referencia ingestas de energía; por lo tanto, se debe prestar especial atención dedicarse a un suministro adecuado de micronutrientes^{40,41}. Se ha establecido evidencia convincente para la rutina Suplementación de ácido fólico antes de la concepción. A base de plantas alimentos que incluyen verduras de hoja verde, repollo, legumbres, los productos de cereales integrales, los tomates y las naranjas son buenas fuentes de folato dietético, pero la suplementación adicional es fuertemente recomendada⁴². Suplementación de al menos 400 µg de ácido fólico por día, comenzando antes de la concepción y continuando hasta el primer trimestre del embarazo, en además de una dieta rica en folato, reduce notablemente el riesgo para defectos de nacimiento graves, en particular defectos del tubo neural (ETD)^{43,45}. Un riesgo reducido de otros

congénitos defectos congénitos como cardiopatía congénita y hendidura paladar se informó con un mayor suministro de ácido fólico en algunos, pero no en todos los estudios^{44,50}. Los alimentos básicos enriquecidos con folato deben promoverse como una estrategia eficaz para reducir el riesgo de enfermedades congénitas y malformaciones⁵¹.

2.2.4. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS

- Las mujeres embarazadas deben consumir una dieta equilibrada de acuerdo con las recomendaciones dietéticas para la población. Deben aumentar la ingesta de energía alimentaria al final del embarazo en no más de aproximadamente un 10% por encima de la ingesta energética recomendada en mujeres no embarazadas.

- Gran parte del enfoque reciente en la nutrición durante el embarazo se relaciona con el aumento mundial de la obesidad y el aumento paralelo de la obesidad entre las mujeres que reciben atención prenatal. Las consecuencias maternos y neonatales son bien reconocidos, especialmente la diabetes gestacional y macrosomía fetal, el potencial de un impacto a largo plazo sobre la salud de la descendencia generalmente no se aprecia. Los investigadores en nutrición, entre otros, han informado de asociaciones independientes de obesidad materna, aumento de peso, así como dieta durante el embarazo con la infancia indicadores de adiposidad y riesgo cardiovascular^{52,60}. Debido a estas relaciones y al bien establecido Influencias de las deficiencias de micronutrientes en el desarrollo fetal y la salud infantil, un enfoque en el estado nutricional durante el embarazo es de suma importancia no solo para la salud de la madre, pero también su descendencia. El foco debe seguir una dieta saludable con alimentos ricos en nutrientes críticos, en lugar de comer más⁵⁷. El concepto de "comer por 2" es un mito que debería disiparse. Las recomendaciones internacionales sugieren que, durante el embarazo, las mujeres aumentan su ingesta energética. Sin embargo, particularmente en el tercer trimestre, el nivel de actividad física tiende a reducirse, de modo que la ingesta dietética generalmente

no necesita aumentar en más de aproximadamente el 10% al final del embarazo, en relación con las necesidades previas al embarazo. Los factores que podrían indicar un mayor requerimiento de energía incluyen el embarazo en la adolescencia. (cuando el propio crecimiento de la madre exige los nutrientes disponibles), trabajo físico intenso / alta actividad física, embarazo múltiple e infecciones o malabsorción trastornos, que pueden disminuir la absorción de nutrientes y utilización. Se requieren más investigaciones sobre energía metabolismo e ingestas óptimas de energía durante el embarazo en relación con la salud a largo plazo de la madre y la descendencia resultados.

- Los estudios observacionales apoyan un aumento apropiado de peso durante el embarazo, pero la evidencia actual es insuficiente para definir la ganancia de peso gestacional óptimo para mujeres con diferente IMC al inicio del embarazo. Cuidado de la salud los proveedores deben centrarse en recomendar una dieta y un estilo de vida saludables antes y durante el embarazo, en lugar de priorizar la ganancia de peso gestacional.

- Existe una falta de consenso para el asesoramiento sobre la ganancia de peso gestacional dado a las mujeres embarazadas, que varía ampliamente entre países⁵⁸. Las más utilizadas son las directrices del IOM. (EE. UU.) Que recomiendan diferentes rangos de aumento de peso para mujeres con peso normal, con sobrepeso y obesas⁵⁹. Las recomendaciones se centraron originalmente en la necesidad para una ganancia de peso gestacional materno adecuado para prevenir la restricción del crecimiento fetal, cuya evidencia es sólida. Las recomendaciones se ampliaron posteriormente para incluir consejos para mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad. Los rangos recomendados de aumento de peso para cada categoría de IMC se diseñaron sobre la base de los datos disponibles de estudios observacionales, para prevenir pequeños para la edad gestacional y grande para bebés en edad gestacional, reducir la cesárea tasas y prevenir la retención de peso posparto. Ya que hay una falta de evidencia

de los ensayos de intervención controlados sobre los beneficios de aplicar estas recomendaciones, algunos grupos de expertos no han recomendado la adopción de estas directrices para la práctica clínica habitual⁶⁰. En relación a las embarazadas obesas, la diabetes gestacional y la preeclampsia, es decir, dos de los más frecuentes resultados adversos, no fueron considerados por el IOM debido a la falta de evidencia disponible. Estudios recientes también han cuestionó las recomendaciones del IOM para el aumento de peso en mujeres embarazadas obesas, lo que sugiere que estas deben modificarse de acuerdo con las clases de obesidad I, II y III (IMC 30-34,9, 35-39,9 y $> 40 \text{ kg / m}^2$)⁶¹.

Lo más evidencia convincente para evitar una ganancia de peso gestacional excesivo en todas las categorías de IMC es la fuerte asociación con la retención de peso posparto. Incluso posparto modesto La retención de peso se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos en embarazos posteriores, incluida la enfermedad hipertensiva, la diabetes y la muerte fetal, y se debe prestar mayor atención a las intervenciones para ayudar las mujeres reducen su peso después del embarazo para lograr un IMC saludable. - Apoyamos las recomendaciones anteriores de que las mujeres embarazadas deben intentar consumir 2 porciones semanales de pescado de mar, incluido el pescado azul. Consumo de grandes Los peces depredadores (por ejemplo, atún, pez espada) deben limitarse. Mujeres que no logran un consumo regular de pescado debe tener como objetivo lograr una ingesta diaria total promedio de al menos 300 mg de ácido docosahexaenoico omega-3 (DHA) por tomar un suplemento que proporcione al menos 200 mg de omega-3 DHA por día, además de la ingesta dietética de DHA. - Consenso: acuerdo 24, abstención 8. Se descubrió que el consumo regular de pescado y la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados omega-3 reducen el riesgo del parto prematuro temprano antes de las 34 semanas de gestación. Una revisión Cochrane reciente que incluyó 70 ECA con 19,927 mujeres con riesgo bajo, mixto o alto de malos resultados en el embarazo expuestas a un

mayor suministro de AGPI-CL omega-3 para suplementos o alimentos en comparación con placebo o sin omega-3. El suministro de omega-3 LC-PUFA redujo el parto prematuro <37 semanas (RR 0,89; IC del 95%: 0,81 a 0,97) y Particularmente el parto prematuro temprano <34 semanas (RR 0,58, 95% IC 0.44-0.77), mientras que la gestación prolongada > 42 semanas fue aumentó de 1,6 a 2,6% (RR 1,61; IC del 95%: 1,11 a 2,33). Tampoco hubo una tendencia significativa a la reducción muerte perinatal (RR 0,75; IC del 95%: 0,54-1,03) y menos ingresos por atención neonatal (RR 0,92; IC del 95%: 0,83 a 1,039). Se redujo el bajo peso al nacer (RR 0,90; IC del 95%: 0,82– 0,99). La duración media de la gestación fue mayor en las mujeres. que recibieron AGPICL omega-3 (1,67 días, IC del 95% 0,95-2,39) y la preeclampsia posiblemente se reduzca (RR 0,84; IC del 95%: 0,69 a 1,01). El diario recomendado ingesta de n-3 LC-PUFA en el embarazo de 300 mg de DHA se puede lograr comiendo 2 porciones de pescado por semana, con 1 ración de pescado azul como la caballa, arenque, sardina o salmón^{62,63}. Un metaanálisis reciente de la dieta y el crecimiento infantil en 15 cohortes europeas y estadounidenses encontró que una ingesta muy alta de pescado de más de 3 porciones por semana durante el embarazo se asoció con mayor IMC de la descendencia en la primera infancia, con un mayor efecto entre las niñas que entre los niños⁶⁴. Un consumo muy elevado de tipos de peces depredadores como el atún y el pez espada, que se encuentran en la parte superior de la cadena alimentaria marítima y pueden contener grandes cantidades de sustancias tóxicas como el metilmercurio y contaminantes solubles en lípidos, deben evitarse⁶⁵ a favor del DHA de otras fuentes marinas como como Krill. Mujeres embarazadas que no comen pescado con regularidad. o mariscos deben tomar un suplemento que proporcione al menos 200 mg de DHA / día, además de la ingesta dietética sin consumo regular de pescado que generalmente proporciona aproximadamente 100 mg de DHA / día⁶⁶.

- Se debe prestar especial atención a la ingesta de micronutrientes al principio del embarazo, especialmente folato. Respaldamos las

recomendaciones anteriores sobre la suplementación con ácido fólico antes de la concepción y al comienzo del embarazo, ya que la ingesta dietética suele ser inadecuada y el folato adecuado. El estado contribuye a la prevención del nacimiento congénito. defectos. Se aconseja a las mujeres que puedan quedar embarazadas consumir 400 µg de ácido fólico por día como suplementos y / o alimentos fortificados.

- La suplementación dietética con hierro, vitamina D, vitamina B12, yodo, vitamina A puede estar indicada en mujeres en riesgo de suministro deficiente de estos micronutrientes.

- En comparación con el modesto aumento de las necesidades energéticas durante el embarazo, las necesidades de varios nutrientes, incluidos numerosos micronutrientes, aumentan a una mucho mayor extensión. Por lo tanto, se debe prestar atención a la calidad de la dieta y a la selección preferencial de alimentos ricos en nutrientes críticos, incluidos minerales, vitaminas y oligoelementos. El requerimiento de muchos nutrientes aumenta notablemente solo después del primer trimestre de embarazo, mientras que una mayor ingesta desde la concepción o incluso antes, en relación con las mujeres no embarazadas, se recomienda para ácido fólico, yodo y hierro. La necesidad de lograr concentraciones adecuadas de folato en sangre en mujeres en edad reproductiva para apoyar a la madre. y la salud de la descendencia y la prevención de los defectos del tubo neural ampliamente reconocido y basado en evidencia convincente [43, 45]. Por lo tanto, todas las mujeres en edad reproductiva son Se recomienda consumir al menos 400 µg de ácido fólico por día. como suplementos o alimentos enriquecidos. Los suplementos de folato deben continuarse durante al menos la primera 16 semanas de embarazo. Las vitaminas B son necesario para una salud óptima durante el embarazo y para el feto crecimiento y desarrollo cerebral. Generalmente, una equilibrada dieta que incluye vegetales verdes y sin procesar los alimentos deben proporcionar una cantidad adecuada de folato. Es importante destacar que para salud de por vida, folato, vitamina B12 y vitamina B6, junto con

la colina, están involucrados en la regulación de El estado de metilación del ADN y las deficiencias de estos micronutrientes pueden contribuir a efectos a largo plazo sobre la salud de la descendencia a través de vías epigenéticas⁶⁷. La vitamina D es esencial en el embarazo para mantener homeostasis del calcio materno y por lo tanto para el feto desarrollo óseo^{68,72}. La importancia de la vitamina D para el desarrollo esquelético fetal es bien conocido; La deficiencia materna puede resultar en raquitismo infantil y osteopenia en el recién nacido y también se ha relacionado con una baja peso al nacer^{73,74}, mayor riesgo de hipocalcemia neonatal, insuficiencia cardíaca⁷⁵ y reducción de la densidad ósea en infancia. El estado de vitamina D lo aporta la dieta, pero la ingesta dietética de vitamina D generalmente alcanza sólo alrededor de 2 a 4 µg por día. La vitamina D se sintetiza en la piel cuando se expone a la luz solar. Gasto tiempo al aire libre puede ayudar a proporcionar un suministro suficiente de vitamina D y se recomienda, mientras que las quemaduras solares deben ser evitado. Mujeres que viven en ambientes con insuficiente exposición solar, que son de piel oscura y viven en áreas de baja exposición al sol, o cuya ropa o uso de protector solar previene una exposición suficiente, están en riesgo de insuficiencia de vitamina D. Para estas mujeres, la suplementación debe tomarse durante el embarazo. La dosis del suplemento de vitamina D debe ser de al menos 400 UI por día, y la ingesta total debe estar en el rango de 1000-2000 UI por día de fuentes dietéticas (p. Ej., Grasas pescado) y complementos. Un ensayo aleatorizado reciente de 1000 UI de suplementos de vitamina D durante el embarazo no encontró ningún efecto sobre la salud ósea de la descendencia en bebés nacidos en el verano, pero sí encontraron una mayor acumulación de minerales óseos fetales en los bebés nacidos durante los meses de invierno⁷¹.

- Las mujeres embarazadas deben evitar tomar suplementos nutricionales en dosis que superen notablemente las ingestas diarias de referencia.

- Consenso: acuerdo 30, abstención 3. Las ingestas muy elevadas de micronutrientes, que superan notablemente los requisitos, generalmente no tienen beneficios, pero podría inducir efectos adversos y, por lo tanto, no se recomiendan. Existe una preocupación particular con respecto a los excesos ingestas de vitamina A (retinol) en mujeres embarazadas sin evidencia de insuficiencia de vitamina A, que se ha asociado con disfunción hepática y defectos de nacimiento. Si bien existe un riesgo potencial de dosis mayores de vitaminas C y E sobre el aumento del riesgo de partos pequeños para la edad gestacional Se ha discutido, una revisión sistemática sobre los efectos de la suplementación combinada de vitamina C y E durante el embarazo no sugiere efectos sobre la prevención de la muerte fetal o neonatal, crecimiento fetal deficiente, parto prematuro o preeclampsia. No detectó ningún efecto sobre los riesgos de preeclampsia, pérdida fetal o neonatal o lactantes pequeños para la edad gestacional⁷⁶.

- Alimentos crudos de origen animal, incluida la carne cruda o no bien cocida, el salami y otras salchichas crudas, crudas jamón, pescado crudo, mariscos crudos, leche sin pasteurizar, huevos crudos, así como los alimentos elaborados con estos productos, que no son debe evitarse bien cocido durante el embarazo.

- Las frutas y verduras crudas, así como la lechuga, deben lavar bien antes del consumo, estar preparado fresco, y comerse poco después de su preparación. Alimentos cultivados en o cerca del suelo se deben pelar.

- Las mujeres embarazadas deben evitar comer alimentos preparados, ensaladas envasadas.

- Los alimentos que se cultivan en el suelo o cerca del mismo deben almacenarse por separado de otros alimentos para evitar la contaminación cruzada.

- Las enfermedades transmitidas por los alimentos como la listeriosis y la toxoplasmosis pueden causar daño fetal severo, nacimiento

premature y muerte fetal^{77,78}. La toxoplasmosis puede transmitirse a través de carnes y productos cárnicos crudos o no completamente cocidos. de cerdo, cordero y caza, y con menor riesgo de carne de vacuno^{79,81}. Productos cárnicos crudos, ahumados y blandos quesos, leche no pasteurizada y productos que contengan productos lácteos no pasteurizados, verduras y ensaladas puede transferir la listeriosis^{82,86}. La listeria puede multiplicarse en temperaturas frías en un refrigerador, y también en alimentos envasados sellados al vacío y ensaladas preenvasadas. Los alimentos crudos de origen animal también pueden transmitir otras infecciones, con riesgos particularmente altos en el embarazo, como la salmonelosis.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

conocimiento de los alimentos

Nociones e información que tiene sobre los conocimientos alimentarios. Estos deben seguirse para garantizar un embarazo sano, evitar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, la lactancia y el puerperio.

Alimentación

Los alimentos se definen como productos naturales o elaborados que están destinados a ser ingeridos y digeridos por una persona y que tienen características que los hacen adecuados para el consumo; y los alimentos se definen como el proceso voluntario de ingerir alimentos para satisfacer las necesidades²⁴.

Nutrición

La nutrición, definida por la Organización Mundial de la Salud como "el consumo de alimentos asociados a las necesidades dietéticas del cuerpo"²⁵.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H_{a1}: La proporción de los conocimientos sobre alimentación de las gestantes en relación a los resultados **(alto/medio/baja)** son diferentes.

H_{o1}: La proporción de los conocimientos sobre alimentación de las gestantes en relación a los resultados **(alta/medio/baja)** no son diferentes.

H_{a2}: La proporción de los conocimientos sobre nutrición de las gestantes en relación a los resultados **(alto/medio/baja)** son diferentes.

H_{o2}: La proporción de los conocimientos sobre nutrición de las gestantes en relación a los resultados **(alta/medio/baja)** no son diferentes.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

V 1: Conocimientos alimentación de gestantes

V 2: Conocimientos nutrición de gestantes

2.5.3. VARIABLES INTERVINIENTES

Características sociodemográficas

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Nivel de conocimiento	Alto	Instrucción	Cualitativa	Nominal
	Medio	cultural	Cualitativa	Nominal
	Bajo	Empírico	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE				
1. Conocimiento alimentación de gestantes	Ninguna	Teorías sobre la importancia y función de nutrientes	Cualitativa	Nominal
2. conocimiento Nutrición gestantes.	Ninguna	Teorías sobre el Consumo de alimentos	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INTERVINIENTE				
Características sociodemográficas	Edad	En años	Cuantitativa	Numérica
	Estado civil	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viuda	Cualitativa	Nominal
	Residencia	Urbana Rural	Cualitativa	Nominal

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, porque el autor no manipuló variable alguna, los datos serán recogidos a partir del cronograma propuesto y la medición se realizó en una sola ocasión.

3.1.1. ENFOQUE

Cuantitativo.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Nuestra investigación tiene un nivel II, llamado también descriptivo.

3.1.3. DISEÑO

Diseño transversal:



Dónde:

X: Gestantes

O: Variable Conocimientos alimentación y nutrición

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población fueron todas las gestantes que acuden a su atención pre natal el año 2019, que según Estadística e Informática suman a la fecha 115.

Criterios de Inclusión:

- Gestante atendida durante el periodo de estudio.
- Gestante que sepa leer y escribir
- Gestante que acepten participar voluntaria en este estudio y hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Gestante sin atención prenatal
- Gestante iletrada
- Gestantes que se nieguen a la participación voluntaria
- Gestantes con limitaciones mentales

3.2.2. MUESTRA

Se aplicó mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{115 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(115-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n=70

Finalmente, la muestra fue conformada por 70 usuarias.

Muestreo: Probabilístico aleatorio simple.

3.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica fue la entrevista.

Y el instrumento utilizado fue el **Cuestionario de conocimientos alimentación y el Cuestionario de conocimientos de nutrición.**

De acuerdo a lo establecido los conocimientos de alimentación y nutrición tuvieron la siguiente clasificación:

- Conocimiento nutricional adecuada: > 51 puntos.
- Conocimiento regular: 45 a 51 puntos.
- Conocimiento inadecuado: <45 puntos.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.4.1. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Se pidió el permiso correspondiente al Hospital de Contingencia para acceder a la información.

Y para el análisis estadístico, se trabajó mediante el programa de Excel para la estadística descriptiva y Spss V.25 para el análisis estadístico.

3.4.2. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Análisis descriptivo. Se realizó tablas y gráficos. Frecuencias, porcentajes y se aplicó estadística de tendencia central.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Tabla 1. Procedencia de las gestantes atendidas.

CARACTERISTICAS	Gestantes	
PROCEDENCIA	F	%
Urbano marginal	19	27,1
Urbano	19	27,1
Rural	32	45,7
Total	70	100,0

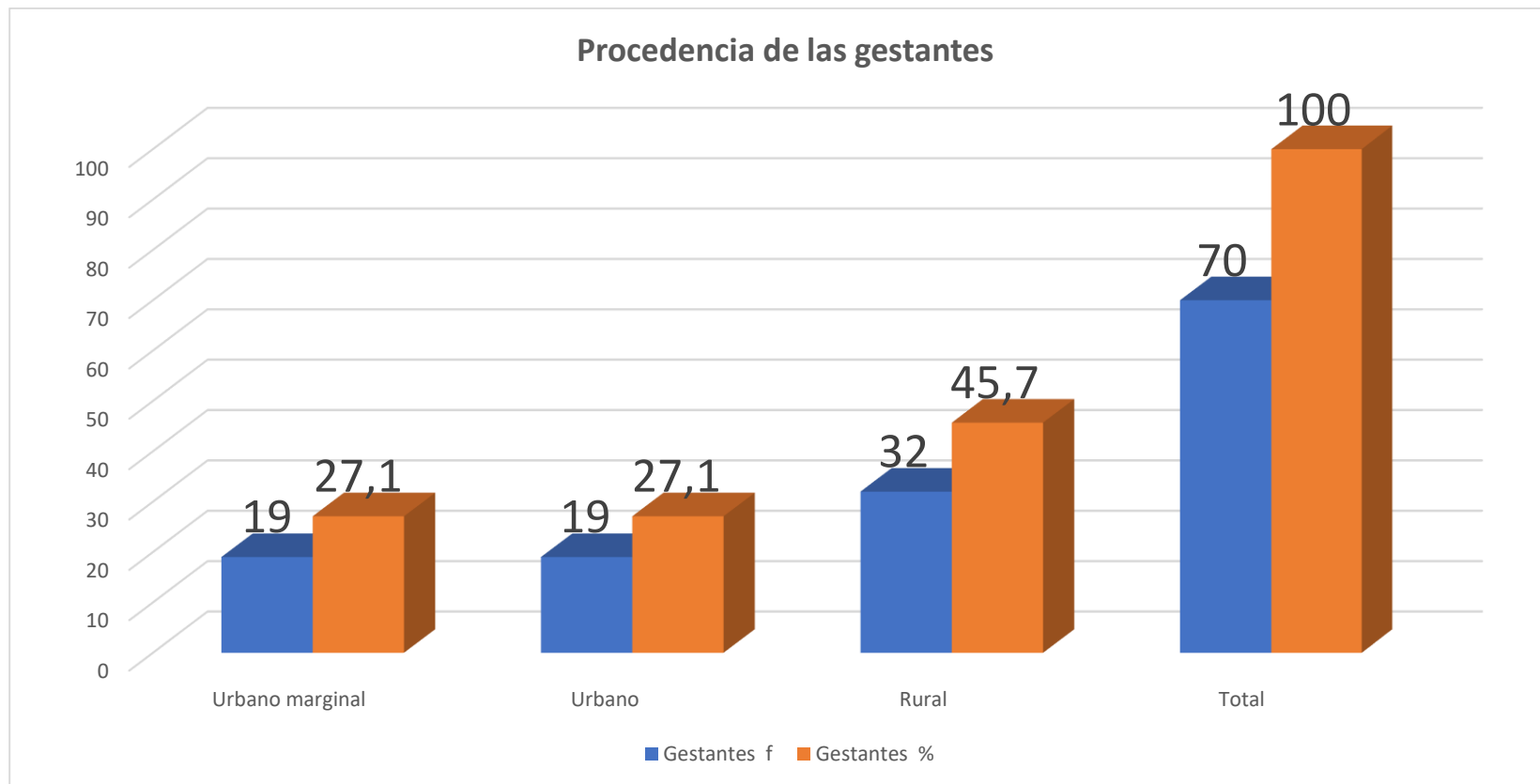
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

En relación a la procedencia el 27,1% de las gestantes proceden de una zona urbano marginal, el 27,1% de una zona urbano y el 45,7% de zonas rurales.

Gráfico 1. Procedencia de las gestantes atendidas.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 2. Estado civil de las gestantes atendidas.

CARACTERISTICAS	Gestantes	
ESTADO CIVIL	f	%
Soltera	24	34,2
Conviviente	26	37,14
Casada	20	28,5
Total	70	100,0

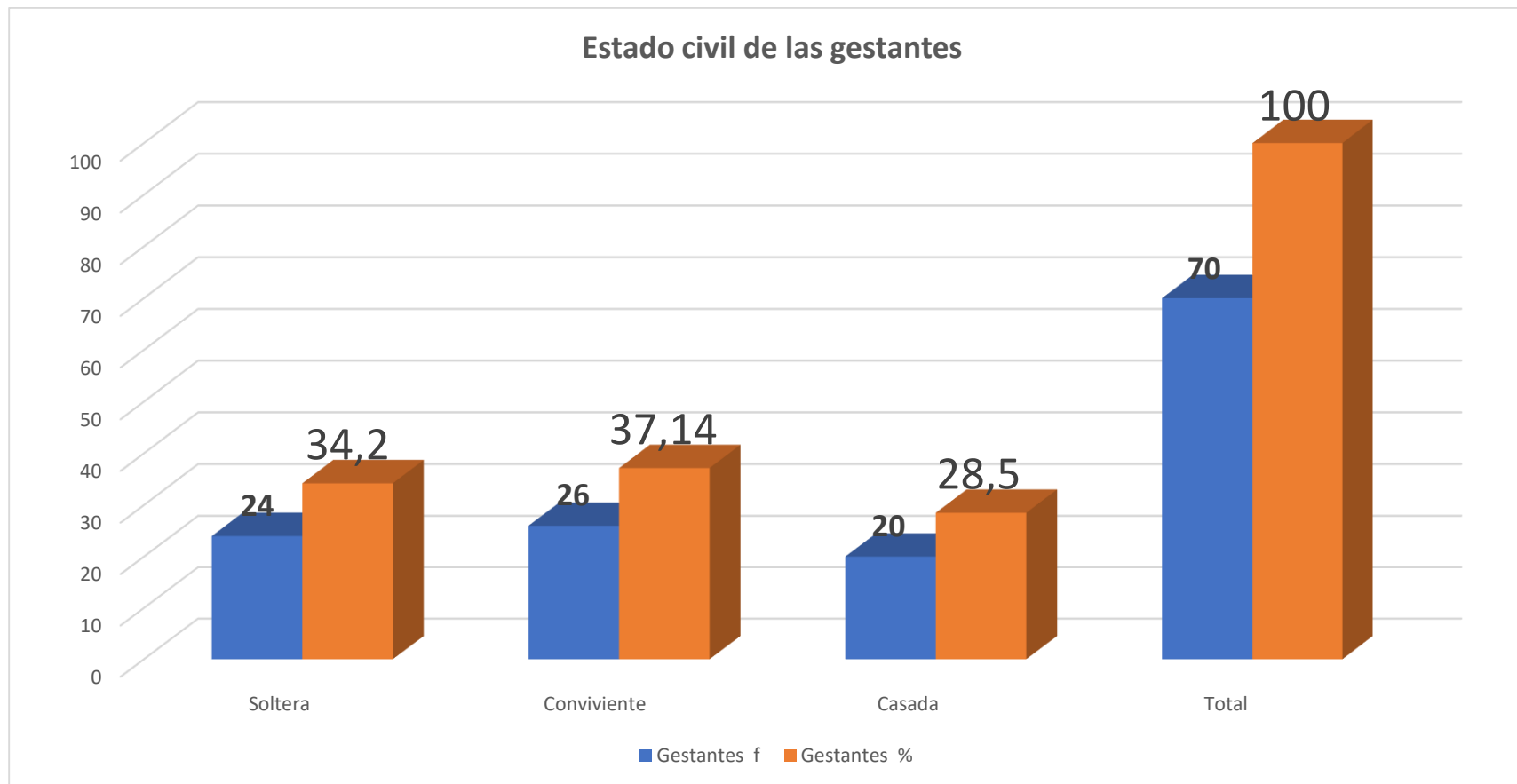
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

En relación a estado civil el 37,14% son convivientes, el 34,2% solteras y el 28,5% casadas.

Gráfico 2. Estado civil de las gestantes atendidas.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 3. Edad de las gestantes atendidas.

Edad		
N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		31,07
Mediana		32,00
Moda		34 ^a
Desviación estándar		6,240
Rango		20
Mínimo		20
Máximo		40

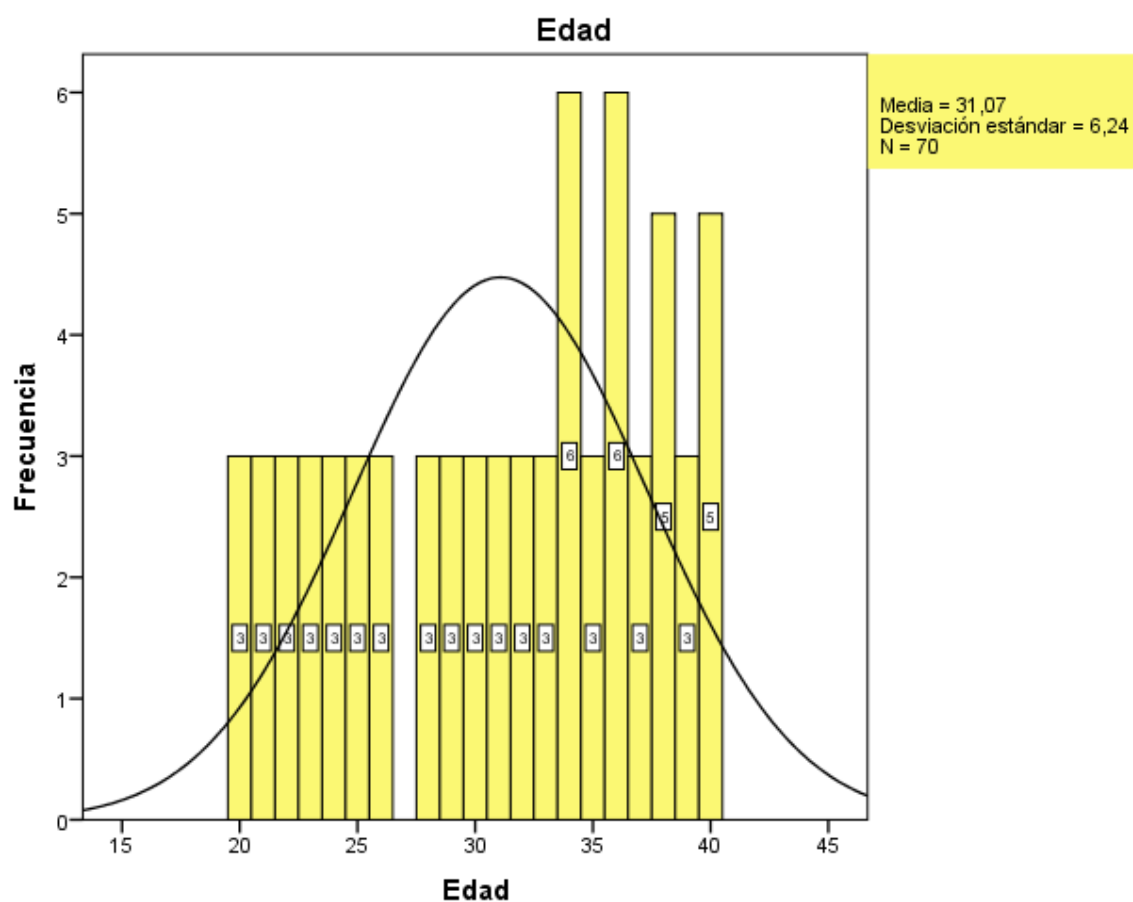
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

El promedio de edad fue de $31,07 \pm 6,24$ años. Donde la edad más común fue la de 34 años. El 50% de usuarias tienen >32 años y el de mayor predominio fue 20 años.

Gráfico 3. Edad de las gestantes atendidas.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 4. Edad gestacional de las gestantes atendidas.

Edad Gestacional		
N	Válido	70
	Perdidos	0
Media		35,16
Mediana		35,00
Moda		33 ^a
Desviación estándar		2,076
Rango		7
Mínimo		32
Máximo		39

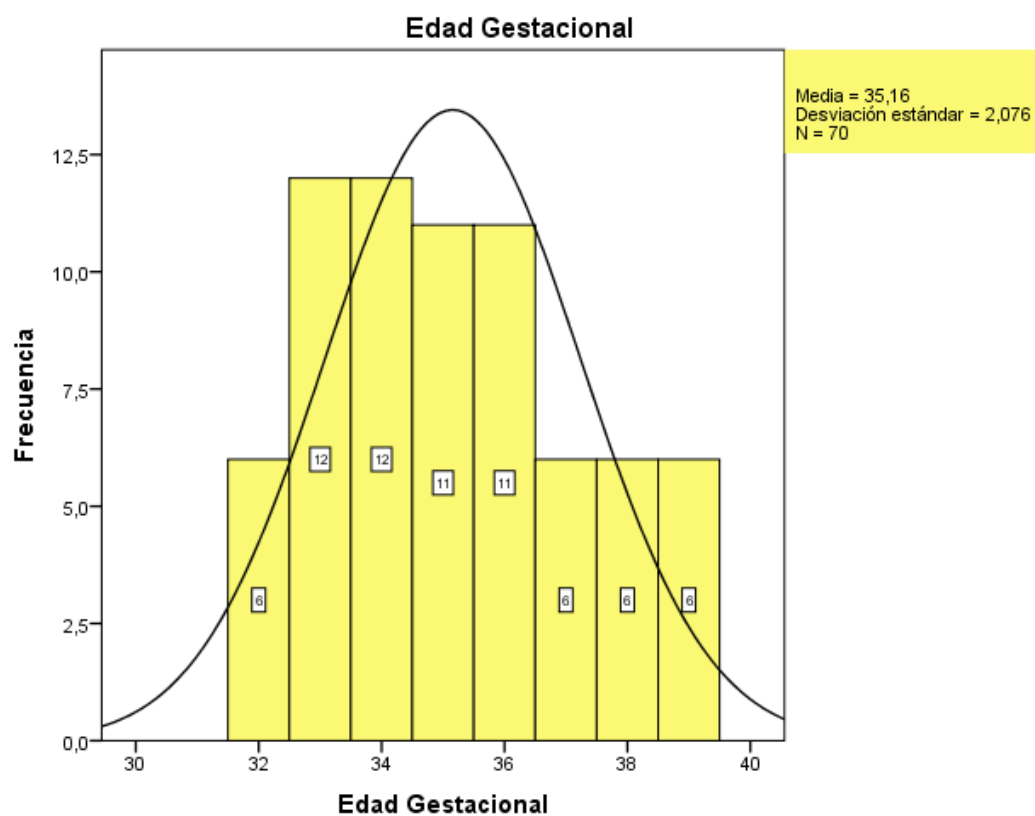
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

El promedio de edad gestacional fue de $35,16 \pm 2,076$ semanas. La edad gestacional de mayor predominio fue de 35 semanas. El 50% de las usuarias tienen >35 semanas de gestación.

Gráfico 4. Edad gestacional de las gestantes atendidas.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal.

Nivel de conocimiento sobre alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento alto	15	21,4
Nivel de conocimiento medio	30	42,8
Nivel de conocimiento bajo	25	35,7
Total	70	100

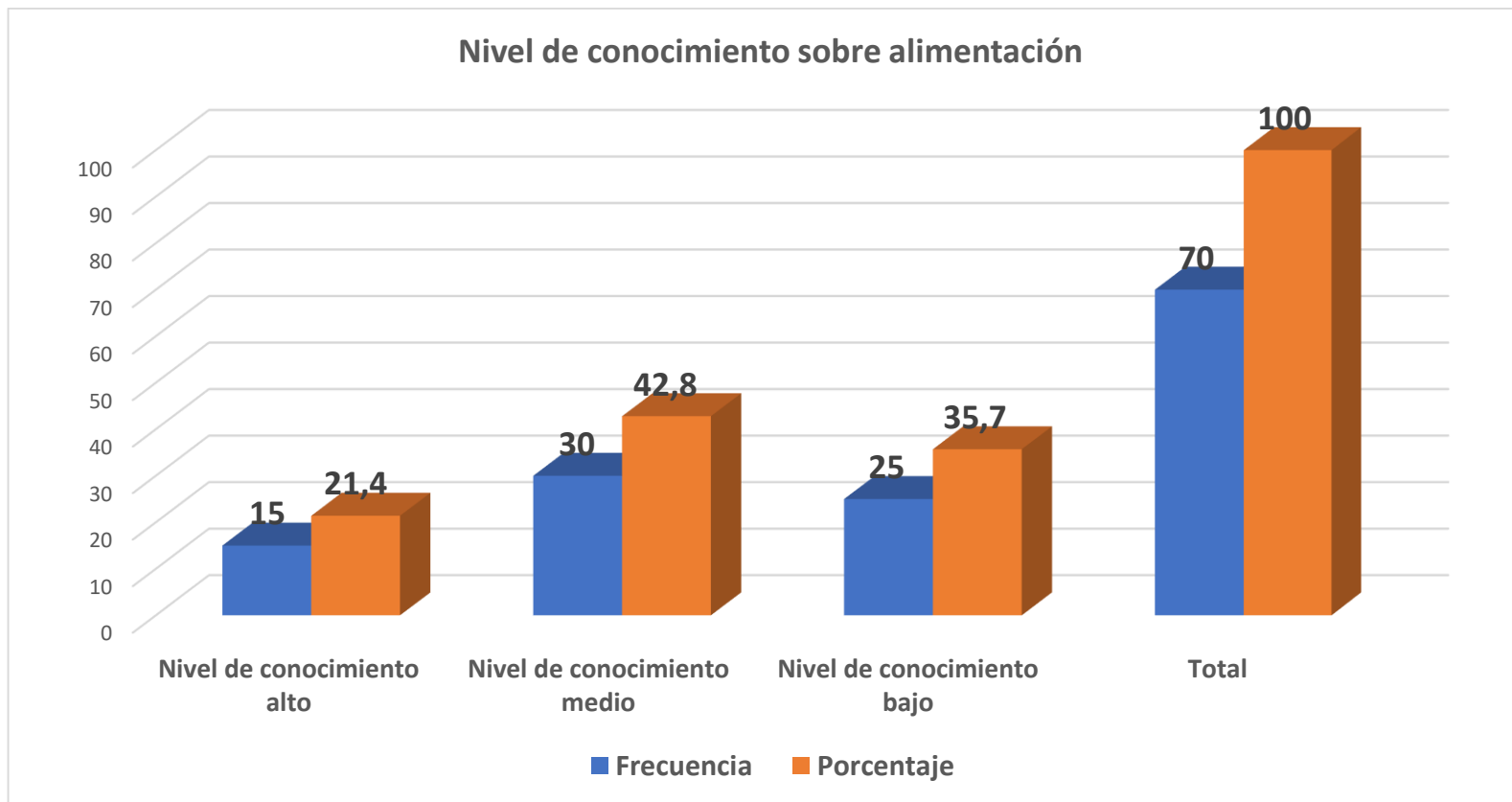
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

Podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 35,7% un nivel de conocimiento bajo y el 21,4% un nivel de conocimiento alto.

Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal.

Nivel de conocimiento sobre nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento alto	14	20
Nivel de conocimiento medio	30	42,8
Nivel de conocimiento bajo	26	37,2
Total	70	100

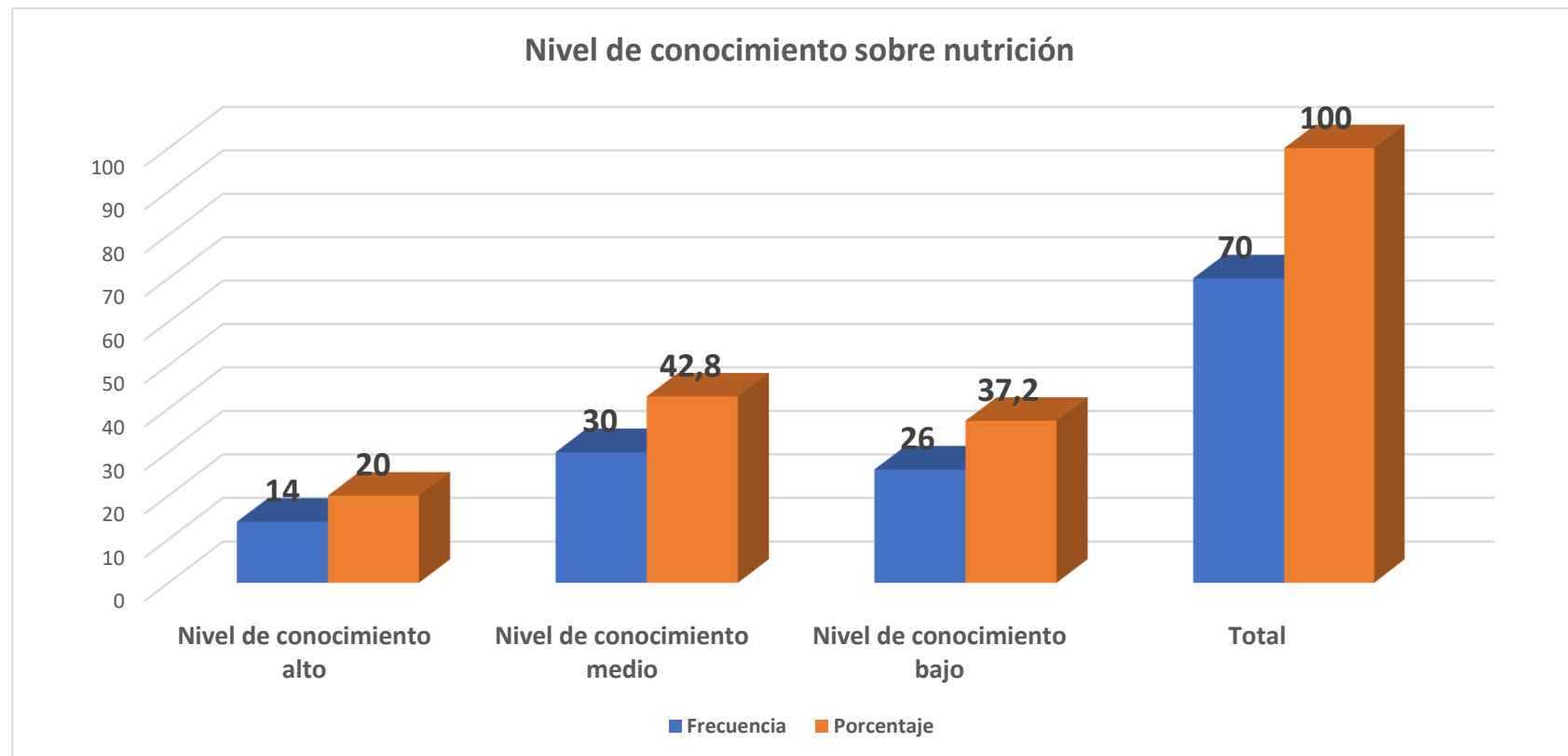
Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

En relación al nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 37,2% un nivel de conocimiento bajo y el 20% un nivel de conocimiento alto.

Gráfico 6. Nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal.



Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención prenatal.

Nivel de conocimiento sobre alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento alto	15	21,4
Nivel de conocimiento medio	30	42,8
Nivel de conocimiento bajo	25	35,7
Total	70	100
Nivel de conocimiento sobre nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento alto	14	20
Nivel de conocimiento medio	30	42,8
Nivel de conocimiento bajo	26	37,2
Total	70	100

Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre alimentación y nutrición.

Elaboración: Tesista Flor María Romero Capcha.

Interpretación:

En relación al nivel de conocimiento sobre alimentación demostró que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 35,7% un nivel de conocimiento bajo y el 21,4% un nivel de conocimiento alto.

En relación al nivel de conocimiento sobre nutrición se pudo evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 37,2% un nivel de conocimiento bajo y el 20% un nivel de conocimiento alto.

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

En relación al nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 35,7% un nivel de conocimiento bajo y el 21,4% un nivel de conocimiento alto. Y acerca del nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 37,2% un nivel de conocimiento bajo y el 20% un nivel de conocimiento alto. Según la OMS, las mujeres juegan el papel principal en el logro de una política de nutrición saludable tanto en la familia como en la sociedad como entero. Además, la salud y el estado de las mujeres en edad reproductiva tienen un gran impacto en la salud de sus hijos y generaciones futuras [85]. Por lo tanto, las mujeres en edad reproductiva son importantes guías que pueden influir en la nutrición de su hogar. Esta encuesta mostró que las mujeres reproductivas tenían un conocimiento limitado de los alimentos y la nutrición. Para estos resultados, el conocimiento puede ser el factor principal para iniciar cambios en el comportamiento dietético.³⁴

Un estudio sobre el conocimiento nutricional de las mujeres en Bosnia sobre la ingesta de hierro en la dieta muestra el bajo nivel de conocimientos repercute en la aparición de anemia³⁵. Upadhyay y col.³⁶ Charlton et al.³⁷ y Shahzad et al.³⁸ encontró un impacto de bajo nivel de conocimiento nutricional en un problema nutricional como como deficiencias de hierro y yodo. En comparación con otras investigaciones, este estudio midió con mayor precisión el grado de conocimiento relacionado con la nutrición entre las mujeres.

Las prácticas alimentarias no saludables pueden afectar directa o indirectamente la calidad de vida y la salud a través de mal estado nutricional^{39,40}. Por ejemplo, una investigación similar en Sri Lanka encontró que el insuficiente conocimiento relacionado con la nutrición es una causa

subyacente de la alta prevalencia de desnutrición y deficiencias de micronutrientes. La inseguridad alimentaria en las familias de bajos ingresos está asociada con un mayor porcentaje de diabetes en las muestras de la comunidad, especialmente entre las mujeres^{41,42}. Seguridad alimentaria requiere adecuación nutricional^{43,44}. Esto significa que, en el sentido más amplio, cualquier individuo que está desnutrido o tiene deficiencia de micronutrientes puede considerarse inseguridad alimentaria. Estas deficiencias mostrar la importancia de comprender la dinámica de la seguridad alimentaria tanto de los hogares como de las personas, y una distribución desequilibrada de cantidades adecuadas de alimentos dentro del hogar, lo que puede resultar en deficiencias⁴⁵. Por otro lado, las mujeres en edad reproductiva corren un riesgo especial de mala salud debido a la desnutrición y las carencias de micronutrientes en general y durante el embarazo.

CONCLUSIONES

- En relación a la procedencia el 27,1% de las gestantes proceden de una zona urbano marginal, el 27,1% de una zona urbano y el 45,7% de zonas rurales. En relación a estado civil el 37,14% son convivientes, el 34,2% solteras y el 28,5% casadas. El promedio de edad fue de $27,69 \pm 3,257$ años. El promedio de la edad gestacional fue de $34,71 \pm 2,649$.
- En relación al nivel de conocimiento sobre alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 35,7% un nivel de conocimiento bajo y el 21,4% un nivel de conocimiento alto.
- En relación al nivel de conocimiento sobre nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano, podemos evidenciar que el 42,8% tienen un nivel de conocimiento medio, el 37,2% un nivel de conocimiento bajo y el 20% un nivel de conocimiento alto.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda poder diseñar y luego implementar un programa sobre alimentación y nutrición, con talleres desde el inicio de la gestación.
- Se recomienda a los obstetras encargados de realizar la atención prenatal, realicen una retroalimentación en cada consulta prenatal sobre la importancia de los aspectos alimentarios en la gestación, informar y dirigir a la gestante sobre las buenas prácticas de alimentación.
- Implementar talleres, charlas y estrategias educativas en la consejería durante el embarazo para mejorar los conocimientos, la actitud y prácticas que tienen las gestantes.
- Trabajar de formar multidisciplinaria entre los obstetras y los nutricionistas.
- Realizar más investigaciones en relación a la nutrición y alimentación de las gestantes en la región Huánuco.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sánchez F. The mother's diet during pregnancy conditions pancreatic development, the hormonal status of the fetus and the concentration of biomarkers at birth of diabetes mellitus and metabolic syndrome. *Nutr. Hosp.* 2013; 28 (2): 250-274.
2. Izquierdo M. Study of eating habits and nutritional knowledge in pregnant women from different health areas of the Community of Madrid. [Thesis to qualify for the medical degree] Madrid (Esp): Universidad Complutense De Madrid; 2016.
3. Ministry of Economic and Social Inclusion. Nutrition of pregnant and lactating women. Quito, Ecuador. October 2013. 18p.
4. World Health Organization (WHO). Nutrition of women in the pre-gestational period, during pregnancy and during lactation. December 20, 2011. 6p.
5. Medina A, Asociación de Hábitos Alimenticios y Estado Nutricional con el nivel socioeconómico de la Embarazada atendida en el Instituto Nacional Materno-Perinatal durante mayo-julio de 2015 [Tesis de pregrado]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
6. The Republic. Nutrition in pregnant women [Online]. [cited May 20, 2018] Available at: <https://larepublica.pe/archivo/794497-nutricion-en-gestantes>
7. Ministry of Health. National Institute of Health Nutritional counseling within the framework of comprehensive health care for pregnant women and puerperal women: technical guide. Lima (Per), 2016. 55 p.
8. Medina A, Asociación de Hábitos Alimenticios y Estado Nutricional con el nivel socioeconómico de la Embarazada atendida en el Instituto Nacional Materno-Perinatal durante mayo-julio de 2015 [Tesis de Grado]. Lima (Perú): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

9. Kaplan S. Nutrition Guide for Pregnant Women. Meuhedet [Online]. [Cited May 24, 2018] Available at: <http://lang.meuhedet.co.il/es/articles-Highlighted / Guidance-Complete-Nutrition-for-Pregnant-Women.aspx>.
10. Saidman N, et al. Knowledge, interests and beliefs about food and nutrition in pregnant women. 2012; 30 (139): 18-27
11. Brown, H.M., et al. Pregnant women have little knowledge of carbohydrates and do not receive adequate nutrition education. Matern Child Health J 25, 909–918 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03123-5>
12. Weerasekara PC. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la alimentación y la nutrición entre mujeres en edad reproductiva en zonas marginadas de Sri Lanka. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública. 2020; 17 (11): 3985. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113985>
13. Sule G, Dicle K. Evaluación de los conocimientos nutricionales de la gestante antes y después de la educación nutricional según características sociodemográficas, Ecología de la alimentación y nutrición. 2018; 57: 6, 441-455, DOI: 10.1080 / 03670244.2018.1544561
14. Tenaw, Z., Arega, M. Conocimientos, actitudes y prácticas nutricionales entre las mujeres embarazadas que asisten a atención prenatal en hospitales públicos de Addis Abeba, Etiopía. Revista Internacional de Enfermería y Partería, 2018; 10 (7), 81-89.
15. Ooreoluwa F. Conocimiento, actitud y práctica de la buena nutrición entre las mujeres en edad fértil en el gobierno local de Somolu, estado de Lagos. [Revista de salud pública en África 2018; 9: 793. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057718/#>

16. Suárez, J. Behaviors, attitudes, food and nutritional practices in pregnant women. *International Journal of Science and Society*, 2020; 2 (1), 267-282. <https://doi.org/10.200609/ijssoc.v2i1.255>

17. Kujawska M. Different knowledge systems found in the reproductive health of Ashaninka women in the Peruvian Amazon. *Ethnology Polona*, 2019; 40 (1), 213–246 PL ISSN 0137-4079.

18. Ochoa Chupa, Y. Knowledge and practices of feeding in the nutritional state and hemoglobin level of the pregnant mother, in the Chupa Health Center - Azángaro in 2016, Obstetrician Thesis National University of Antiplano Puno. Professional School of Human Nutrition Peru Available: [repository.unap.edu.pe ›bitstream› handle ›UNAP](http://repository.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP)

19. Francia Ramos, C. Knowledge associated with feeding practices in pregnant women treated at the Vitarte Hospital, in September 2017 Ricardo Palma University Surgeon Thesis. Faculty of Human Medicine Peru Available: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1248>

20. Suárez, J. S. (2020). Comportamientos, actitudes, prácticas alimentarias y nutricionales en mujeres embarazadas. *Revista Internacional de Ciencia y Sociedad*, 2 (1), 267-282. <https://doi.org/10.200609/ijssoc.v2i1.255>

21. Ramón M. Level of knowledge and attitude about the balanced diet of pregnant women who attend the nutrition clinic of the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital, Huánuco, 2016. [Tesis de pregrado]. Huánuco (Perú): Universidad de Huánuco; Escuela Académica Profesional de Obstetricia; 2016.

22. Quispe M. Influence of the level of knowledge of nutrition in pregnant women who attend prenatal care at the Hermilio Valdizan Medrano Regional Hospital. [Undergraduate thesis]. Huánuco; University of Huánuco. Professional Academic School of Obstetrics; 2015.

23. Ministry of Health Ecuador. Health Research Priorities 2013 - 017. [Internet]. [Accessed April 10, 2017]. Available at: Universidad de Cuenca [https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20\(1\).pdf](https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf).
24. Food and Agriculture Organization. Glossary of nutrition terms. [Internet]. [cited 2017 Apr 10]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>.
- 25 Hanson M, Poston L, Stephenson J: Capítulo 5: Preconcepción salud; en Davies SC, (ed): Informe anual del Director Médico 2014 la Salud de el 51%: Mujeres. Londres, Departamento de Salud, 2015, págs. 53–66.
- 26 Inskip HM. Cumplimiento de las mujeres con las recomendaciones de nutrición y estilo de vida antes del embarazo: estudio de cohorte de población general. BMJ 2009; 338: b481.
- 27 Chiswick C, et al. Efecto de la metformina en los resultados maternos y fetales en mujeres embarazadas obesas (EMPOWaR): un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo prueba. Lancet Diabetes Endocrinol 2015; 3: 778– 786.
- 28 Syngelaki A, et al: Metformina versus placebo en mujeres embarazadas obesas sin diabetes mellitus. N Engl J Med 2016; 374: 434–443.
- 29 Poston L, et al. Efecto de un comportamiento intervención en embarazadas obesas (la Estudio UPBEAT): multicéntrico, aleatorizado ensayo controlado. Lancet Diabetes Endocrinol 2015; 3: 767–777.
- 30 Dodd JM, et al. Antenatal consejos de estilo de vida para mujeres con sobrepeso u obesidad: ensayo aleatorizado LIMIT. BMJ 2014; 348: g1285.
- 31 Jacota M. Peso materno antes y durante el embarazo y el IMC de la descendencia y adiposidad a los 5-6 años en la cohorte madre-hijo del EDEN. Pediatr Obes 2017; 12: 320– 329.
- 32 Blondon M, Harrington LB. IMC antes del embarazo, IMC del parto, gestacional aumento de peso y riesgo de trombosis venosa posparto. Thromb Res 2016; 145: 151-156.

- 33 Linares J, et al. Los efectos del IMC previo al embarazo y los factores maternos en el momento del rebote de adiposidad en la descendencia. *Obesidad (Silver Spring)* 2016; 24: 1313-1319.
- 34 Poston L et al. Obesidad materna y preconcepcional: epidemiología y consecuencias para la salud. *Diabetes Lancet Endocrinol* 2016; 4: 1025–1036.
- 35 Santos S, et al. Gestacional gráficos de aumento de peso para diferentes grupos de índice de masa corporal para mujeres en Europa, Norte América y Oceanía. *BMC Med* 2018; 16: 201.
- 36 Santos S. Masa corporal materna índice, aumento de peso gestacional e infancia grasa abdominal, pericárdica y hepática evaluada por resonancia magnética. *Int J Obes (Lond)* 2018, publicación electrónica antes de la impresión.
- 37 OMS. Colaboración de factores de riesgo de ENT (NCD-RisC): Tendencias en el índice de masa corporal de adultos en 200 países entre 1975 y 2014: un análisis conjunto de 1698 estudios de medición basados en la población con 19,2 millones de participantes. *Lancet* 2016; 387: 1377-1396.
- 38 Flynn AC, et al. Intervenciones dietéticas en embarazadas con sobrepeso y obesidad mujeres: una revisión sistemática del contenido, entrega y resultados de ensayos controlados aleatorios. *Nutr Rev* 2016; 74: 312–328.
- 39 Muktabhant B. Diet or exercise, or both, to prevent excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: CD007145.
- 40 Berti C, et al. Micronutrientes en el embarazo: conocimientos actuales y cuestiones no resueltas. *Clin Nutr* 2011; 30: 689–701.
- 41 Koletzko B, et al. Dieta y estilo de vida antes y durante el embarazo: recomendaciones prácticas de los inicio - red de familias jóvenes. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018; 78: 1262–1282.
- 42 Chitayat D, et al. Suplementación con ácido fólico para mujeres embarazadas y planificación del embarazo: actualización de 2015. *J Clin Pharmacol* 2016; 56: 170-175.

- 43 De-Regil LM. Efectos y seguridad de suplementos de folato oral periconcepcional para prevenir defectos de nacimiento. Cochrane Base de datos Syst Rev 2015: CD007950.
- 44 Koletzko B, Pietrzik K. Gesundheitliche bedeutung der folsäurezufuhr. Dtsch Arztebl 2004; 101: A1670 – A1681.
- 45 Directrices de la Organización Mundial de la Salud. Concentraciones óptimas de folato sérico y glóbulos rojos en mujeres en edad reproductiva para la prevención de defectos del tubo neural. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015.
- 46 Czeizel AE. Reducción del tracto urinario y defectos cardiovasculares por periconcepcional Suplementos multivitamínicos. Soy J Med Genet 1996; 62: 179–183.
- 47 Czeizel AE, Banhidy F. Suministro de vitaminas en embarazo para la prevención del parto congénito defectos. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011; 14: 291–296.
- 48 Czeizel AE. ¿Prevención de defectos del tubo neural con ácido fólico periconcepcional, metilfolato o multivitaminas? Ann Nutr Metab 2011; 58: 263–271.
- 49 van Beynum IM. Protector efecto de los suplementos de ácido fólico periconcepcional sobre el riesgo de defectos cardíacos congénitos: un estudio de casos y controles basado en registros en el el norte de Holanda. Eur Heart J 2010; 31: 464–471.
- 50 Fekete K, Berti C. Efecto de la ingesta de folato en los resultados de salud durante el embarazo: una revisión sistemática y un metanálisis sobre el peso al nacer, el peso de la placenta y la duración de la gestación. Nutr J 2012; 11:75.
- 51 Stephenson J. How do women prepararse para el embarazo? Experiencias previas a la concepción de mujeres que asisten a servicios prenatales y opiniones de los profesionales de la salud. Más uno 2014; 9: e103085.

- 52 Toemen L, Gishti O. Obesidad materna, aumento de peso gestacional y Resultados cardíacos infantiles: papel del índice de masa corporal infantil. *Int J Obes (Lond)* 2016; 40: 1070–1078.
- 53 Toemen L, de Jonge LL. Crecimiento longitudinal durante la vida fetal y la infancia y resultados cardiovasculares en la edad escolar. *J Hipertensos* 2016; 34: 1396–1406.
- 54 Chen LW, Tint MT. La ingesta materna de macronutrientes durante el embarazo se asocia con la adiposidad abdominal neonatal: la crecer en Singapur hacia un estudio de resultados saludables (GUSTO). *J Nutr* 2016; 146: 1571-1579.
- 55 Okubo H, Crozier SR. El índice glucémico de la dieta materna y la carga glucémica al principio del embarazo están asociados con la descendencia adiposidad en la infancia: el Southampton encuesta de mujeres. *Soy J Clin Nutr* 2014; 100: 676–683.
- 56 Reynolds RM. IMC materno, paridad y aumento de peso durante el embarazo: influencias en la adiposidad de la descendencia en la edad adulta joven. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 5365–5369.
- 57 Koletzko B, Bauer CP. Recomendaciones de consenso nacional alemán sobre nutrición y estilo de vida en el embarazo por el "Healthy Inicio - Red de familias jóvenes ". *Ann Nutr Metab* 2013; 63: 311–322.
- 58 Scott C, Andersen CT. No hay consenso global: una encuesta transversal de políticas de peso. *Embarazo Parto BMC* 2014; 14: 167.
- 59 Rasmussen KM. Peso Ganancia durante el embarazo: reexaminar la Pautas. Colección de Academias Nacionales. Washington, informes financiados por los Institutos Nacionales de Salud, 2009.
- 60 National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence. Control del peso antes, durante y después del embarazo. NICE salud pública Orientación 27 2010 <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13056/49926/49926.pdf> (consultado el 17 de mayo de 2014).

- 61 Faucher MA, Barger MK. Peso gestacional ganancia en mujeres obesas por clase de obesidad y seleccionar resultados maternos / neonatales: una revisión sistemática. *Nacimiento de mujeres* 2015; 28: e70– e79.
- 62 Autoridad-Europea-de-Seguridad-Alimentaria- (EFSA). Opinión científica sobre valores dietéticos de referencia para grasas, incluidos ácidos grasos saturados, ácidos grasos poliinsaturados, ácidos grasos monoinsaturados, ácidos grasos trans y colesterol. *EFSA J* 2010; 8.
- 63 Max-Rubner-Institut. Estudio de Consumo Nacional II, informe de resultados. Karlsruhe: Instituto Federal de Investigación en Nutrición y Alimentos, 2008.
- 64 Stratakis N, Roumeliotaki T. Ingesta de pescado durante el embarazo y el crecimiento infantil: una combinación análisis de 15 cohortes de nacimiento europeas y estadounidenses. *JAMA pediatr* 2016; 170: 381–390.
- 65 Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria: Dictamen de el panel científico sobre contaminantes en el cadena alimentaria a petición de la comisión relacionados con el mercurio y el metilmercurio en comida. *EFSA J* 2004; 34: 1–14.
- 66 Koletzko B, Cetin I, Brenna JT; Grupo de trabajo de ingesta de lípidos perinatales; Salud de los niños Fundación; Estudio de embarazo diabético Group, et al: Ingesta de grasas dietéticas para embarazadas y mujeres lactantes. *Br J Nutr* 2007; 98: 873– 877.
- 67 Godfrey KM. El entorno de desarrollo, biomarcadores epigenéticos y salud a largo plazo. *J Dev Orig Health Dis* 2015; 6: 399–406.
- 68 Bischoff-Ferrari HA: Vitamina D: papel en el embarazo y la primera infancia. *Ann Nutr Metab* 2011; 59: 17–21.
- 69 Dawodu A. Prevención de la deficiencia de vitamina D en madres e infantes en todo el mundo: un cambio de paradigma. *Paediatr Int Child Health* 2012; 32: 3–13.
- 70 Hypponen E. Prevenir la deficiencia de vitamina D en el embarazo: importancia para la madre y niño. *Ann Nutr Metab* 2011; 59: 28–31.

- 71 Cooper C. Suplementos maternos de vitamina D gestacional y salud ósea de la descendencia (MAVIDOS): un ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; 4: 393–402.
- 72 Harvey NC, Holroyd C, Ntani G. Suplementación de vitamina D en el embarazo: una revisión sistemática. *Evaluación de técnicas de salud* 2014; 18: 1–190.
- 73 Leffelaar ER, Vrijkotte TG. Vitamin D status in early pregnancy of the mother in relation to fetal and neonatal growth: outcomes of multiethnic children born in Amsterdam and their developmental cohort. *Br J Nutr* 2010; 104: 108–117.
- 74 Alemania AD, Simhan HN. 25-hidroxivitamina D en suero materno y medidas del peso del recién nacido y de la placenta en un estudio de cohorte multicéntrico de EE. UU. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 398–404.
- 75 Maiya S, Sullivan I, Allgrove J. Hipocalcemia y deficiencia de vitamina D: una causa importante, pero prevenible, del corazón infantil que pone en peligro la vida falla. *Heart* 2008; 94: 581–584.
- 76 Basaran A, Basaran M. Suplementación combinada de vitamina C y E para la prevención de la preeclampsia: una revisión sistemática y un metanálisis. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65: 653–667.
- 77 Schoneberg I. Enfermedades infecciosas raras en Alemania. Resultados de la notificación obligatoria]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2008; 51: 539–546.
- 78 Robert-Koch-Institut. Infektions epidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten para 2010. Berlín, Robert-Koch-Institut, 2011.
- 79 Bojar I, Szymanska J: Exposición ambiental de mujeres embarazadas a la infección por *Toxoplasma gondii* - estado de la técnica. *Ann Agric Environ Med* 2010; 17: 209–214.

80 Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria: vigilancia y seguimiento del toxoplasma en seres humanos, alimentos y animales - dictamen científico del panel sobre peligros biológicos. EFSA J 2007; 5: 583.

81 Elsheikha HM: Toxoplasmosis congénita: prioridades para futuras acciones de promoción de la salud. Salud pública 2008; 122: 335–353. 82 Allerberger F, Wagner M: Listeriosis: una infección resurgente transmitida por los alimentos. Clin Microbiol Infect 2010; 16: 16–23.

83 Lamont RF, Sobel J. Listeriosis en el embarazo humano: una revisión sistemática. J Perinat Med 2011; 39: 227–236.

84 Oliveira M, Usall J. Efectos del tipo de empaque y temperatura de almacenamiento sobre el crecimiento de patógenos transmitidos por los alimentos en lechuga romana desmenuzada. Food Microbiol 2010; 27: 375–380.

85 Thevenot D. Prevalencia de Listeria monocytogenes en 13 salchichas secas plantas procesadoras y sus productos. Int J Food Microbiol 2005; 102: 85–94.

86 Sinigaglia M, Bevilacqua A, Campaniello D, D'Amato D, Corbo MR: Crecimiento de Listeria monocytogenes en coco recién cortado afectado por las condiciones de almacenamiento y el inóculo Talla. J Food Prot 2006; 69: 820–825.

87 Ministerio-de-Salud -N-Z: Alimentación y Nutrición Directrices para mujeres embarazadas y lactantes sanas: un documento de antecedentes. Wellington, Ministerio de Salud, 2006.


ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR MARÍA ROMERO CAPCHA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES		
Problema General ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019?	Objetivo General Determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019.	H1: El nivel de conocimiento sobre la alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 es de nivel alto/medio /bajo H0: El nivel de conocimiento sobre la alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" -2019 no es de nivel alto/medio /bajo.			
Problemas Específicos <ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la alimentación de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019? ¿Cuál es el nivel conocimiento sobre la nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019? 	Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de conocimiento sobre la alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019. Valorar el nivel de conocimiento sobre la nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 	Ha 1: El nivel de conocimiento sobre la alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 es de nivel alto/medio /bajo H0 1: El nivel de conocimiento sobre la alimentación de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 no es de nivel alto/medio /bajo Ha 2: El nivel de conocimiento sobre la nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 es de nivel alto/medio /bajo H0 2: El nivel de conocimiento sobre la nutrición de gestantes que acuden a su atención pre natal del Hospital de Contingencia "Hermilio Valdizán Medrano" - Huánuco 2019 no es de nivel alto/medio /bajo	V.I	DIMENSIONES	INDICADORES
			conocimiento sobre la alimentación y nutrición de gestantes	Alimentación	Alto Medio Bajo
				Nutrición	Alto Medio Bajo
			Variable de caracterización	Edad	En años
				Procedencia	Lugar de residencia
				Grado de instrucción	Último año alcanzado
				Estado civil	Aspecto conyugal
				Ocupación	Actividades que realiza
				N° embarazo	En numero
				Edad de gestación	Semana Gestacional

DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Tipo de estudio: Observacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Por su finalidad: Prospectivo - Por su medición: transversal - Por sus variables de interés: Descriptivo <p>Diseño: Descriptivo transversal</p> <p>O  X</p> <p>Dónde:</p> <p>X: Gestantes</p> <p>O: Variable Conocimientos alimentación y nutrición</p>	<p>Población: Estuvo constituida por las gestantes que acuden a la consulta pre natal del Hospital de contingencia “Hermilio Valdizán Medrano” - Huánuco 2019 según el registro de atenciones</p> <p>Muestra: La selección de la muestra se realizó mediante el método no probabilístico y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La cual fue de 70 gestantes.</p>	<p>Para la recolección de datos</p> <p>Anexo 1: Guía de entrevista características generales de las gestantes que asisten al Hospital de contingencia “Hermilio Valdizán Medrano” - Huánuco 2019</p> <p>Anexo 2: Cuestionario nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición de gestantes.</p> <p>Anexo 3: Cuestionario nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición de gestantes.</p> <p>Para el análisis de datos:</p> <p>Análisis descriptivo: De acuerdo a la necesidad del estudio se obtendrán el análisis mediante las frecuencias absolutas y relativas según las medidas de la tendencia central y de dispersión estadística.</p> <p>Análisis inferencial: Para demostrar la hipótesis del estudio, se realizará un análisis <u>univariado</u> a través de la prueba no paramétrica de chi-cuadrado. Los cálculos serán realizados con un nivel de confianza del 95 % y con un error al 5%.</p>

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Código N°: _____

Fecha: ____/____/____

ENCUESTA SOBRE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La presente es una encuesta personal, le pedimos responder a las siguientes preguntas de una forma sincera y real

1.- Edad..... años

2.- ESTADO CIVIL

Soltera ☐ Casada ☐ Conviviente ☐ Divorciada ☐

3.- RESIDENCIA

Rural ☐
Urbano ☐

4.- EDAD GESTACIONAL

I. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN:

1. La nutrición materna debe consistir en:

- a) comer cada vez que estoy hambre
- b) comer para dos porque estoy embarazada.
- c) Come cuatro veces al día de forma ordenada.

2.- En cuanto a la ganancia de peso durante el embarazo, ¿cuánto debe esperar?

- a) Entre 11,5 y 16 kilogramos.

b) Pesa menos de 7 kilogramos.

c) Peso entre 9 y 10 kilogramos.

3. ¿Cuál es la definición del hierro?

a) Un mineral que desempeña un papel en la formación de la sangre.

b) Un ácido que se encuentra en la leche

c) Proteína de los huevos, que ayuda a perder peso.

4. ¿Qué alimentos contienen mucho hierro?

a) Carne roja, riñones y una pequeña cantidad de sangre

b) Frutos y legumbres, así como el glóbulo del huevo

c) Vegetales, leche y yogur

5. ¿Por qué es importante comer alimentos ricos en hierro?

a) Previene el nacimiento de un bebé con malformaciones.

b) Previene que la madre se vuelva anémica.

c) Ayuda a prevenir el aumento de peso de la madre

6. ¿Es necesario consumir suficiente hierro mientras estás embarazada?

a) 60 mg al día

b) 10 mg al día

c) 30 mg al día

7. ¿Qué es exactamente el Calcio?

a) Un mineral que afecta a la formación de la sangre de un bebé.

b) Un mineral que se necesita para la formación de hueso.

c) Vitamina que ayuda a prevenir la anemia materna

8. ¿Cuál de los siguientes alimentos es alto en calcio?

a) Carne roja, riñones y una pequeña cantidad de sangre

b) Cereales, granos y gases, por nombrar algunos.

c) Quinoa, verduras verdes oscuras y leche

9. ¿Por qué es importante comer alimentos ricos en calcio?

a) Ayuda al desarrollo de la sangre del bebé.

b) Previene que la madre se vuelva anémica.

c) Ayuda a la formación de hueso

10. ¿Cuánto calcio debo tomar durante el embarazo?

a) 2000 mg al día

b) 50 mg al día

c) 1000 mg al día

11. ¿Qué es el ácido fólico y cómo funciona?

a) Vitamina que ayuda a la formación de células sanas

b) Una vitamina que ayuda al crecimiento de los dientes de un bebé

c) Una vitamina que ayuda a prevenir el síndrome de Down

12. ¿Qué alimentos contienen mucho ácido fólico?

a) Carne, chocolate y levadura de la cerveza

b) Patatas, aceitunas y granos enteros

c) Vegetales con hojas verdes, fritas y melón

13. ¿Por qué es importante comer alimentos ricos en ácido fólico?

a) Previene el nacimiento de bebés con síndrome de Down.

b) Protege al bebé de la aparición de malformaciones.

c) Ayuda al desarrollo de los dientes de un niño

14. ¿Cuál es la cantidad recomendada de ácido fólico durante el embarazo?

a) 200µg diarios

b) 400µg diarios

c) 600µg diario

II.- ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS NUTRICION

1. ¿Cuántas veces comes durante el día? Teniendo en cuenta el desayuno, el almuerzo, la cena y los aperitivos (s).

- (a) cuatro veces al día.
- b) cinco veces al día
- c) tres veces al día
- d) dos veces
- e) Al menos 5 veces al día.

2. ¿Cuántas porciones de alimentos altos en proteínas comes al día?

- a) De cuatro a ocho porciones
- b) tres partes
- c) 2 servicios
- d) 1 servicio
- e) No hay consumo.

3. ¿Cuántas porciones de cereales comes al día?

- a) De cuatro a diez porciones
- b) tres partes
- c) 2 servicios

- d) 1 servicio
- e) No hay consumo.

4. Al día, ¿cuántas porciones de frutas y verduras comes?

- a) De cuatro a diez porciones
- b) tres partes
- c) 2 servicios
- d) 1 servicio
- e) No hay consumo.

5. ¿Cuántas porciones de alimentos ricos en calcio consumes al día?

- a) De cuatro a diez porciones
- b) tres partes
- c) 2 servicios
- d) 1 servicio
- e) No hay consumo.

6. ¿Comes alimentos ricos en hierro como el hígado, el bazo, las lentejas y el trigo negro de forma regular?

- a) Cada día.
- b) Interdiario
- c) Una o dos veces a la semana.

d) Una vez o dos veces al mes.

e) En ningún caso

7. ¿Cuántas veces comes alimentos ricos en ácido fólico como el brócoli, las verduras coladas, el espinaco, los artichokes y otras verduras verdes oscuras? palta es una de ellas. ¿otros?

a) Cada día.

b) Interdiario

c) 3 veces a la semana

d) 5 veces a la semana

e) Nunca

8. ¿Consume alimentos con alto contenido de ácidos esenciales, como semillas de oleaginosas (maíz, nuez, avena, etc.) y pescado, de forma habitual?

a) Todos los días.

b) Interdiario.

c) Una o dos veces por semana.

d) Una o dos veces al mes.

e) Nunca.

9. ¿Cuántos vasos de agua toma al día?

a) De 11 a 15

b) De 8 a 10

c) De 4 a 7

d) De 2 a 3

e) De 0 a 1

10. ¿Cuántas veces consume conserva de alimentos enlatados?

a) Nunca

b) A veces

c) Comúnmente

d) Frecuentemente

e) Siempre

11. ¿Cuántas veces consume comida chatarra?

a) Cada día.

b) Interdiario

c) Una o dos veces a la semana.

d) Una vez o dos veces al mes.

e) Nunca

12. ¿Cuántas veces consume snacks o dulces?

a) Cada día.

b) Interdiario

c) Una o dos veces a la semana.

d) Una vez o dos veces al mes.

e) Nunca

13. ¿Usted le añade sal adicional a la comida preparada que va consumir?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Comúnmente
- d) Frecuentemente
- e) Siempre

14. ¿Cuántas veces consume usted complementos multivitamínicos?

- a) Cada día.
- b) Interdiario
- c) Una o dos veces a la semana.
- d) Una vez o dos veces al mes.
- e) Nunca

Consentimiento Informado

Para Participar Voluntariamente en la Investigación "Nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2019.

1. Estimadas gestantes les invitamos a participar del estudio "Nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición de gestantes que acuden a su atención prenatal del Hospital de Contingencia Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco 2019. Este estudio es realizado por Estudiantes de Obstetricia de la Universidad Huánuco, con la finalidad de determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición en este hospital.

2. Si usted acepta voluntariamente participar en este estudio, nosotros le haremos algunas preguntas sobre ciertas condiciones de salud. Las respuestas que nos darán serán anotadas en una hoja y le tomará aproximadamente 10 minutos responder a todas las preguntas.

3. Usted será uno de las gestantes que participará en este estudio. El estudio se realizará durante los meses de diciembre a enero del año 2019.

4. La decisión de participar es totalmente voluntaria y será muy importante para determinar el nivel de conocimientos de alimentación y nutrición durante la gestación. Usted podrá retirarse del estudio si lo decide incluso después de realizar la encuesta. Si decide no participar, no habrá ninguna sanción para usted o su familia. Usted seguirá teniendo los mismos beneficios que tiene en el control pre natal.

5. Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional o si decidiera retirarse del estudio puede comunicarse con la investigadora: FLOR MARIA ROMERO CAPCHA alumna de Obstetricia de la Universidad de Huánuco.

6. La información proporcionada por usted es estrictamente confidencial y se mantendrá de acuerdo a las normas éticas internacionales vigentes; sólo tendrá acceso a esta información la investigadora. Su nombre no aparecerá en las encuestas ni en ninguna publicación ni presentación de resultados del presente estudio.

Huánuco, de del 2019

Firma o huella digital de la participante