



**UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN**

**FACULTAD DE CIENCIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y MATRONERÍA
SEDE SANTIAGO**

**Conocimientos, prácticas alimentarias y estado nutricional de
gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna
de El Bosque en el año 2022**

Tesina para optar a grado de licenciado de Obstetricia y Matronería

Tutor metodológico: Mg. Sergio Felipe Jara Rosales

Profesor guía: PhD. Delia I Chiarello

Estudiantes:

**Angela Danae Díaz Leyton
María José Escobar Placencia
Romina Alejandra Fuenzalida Rivas
Javiera Soledad Lillo Salgado
Florencia Cristina Osses Martínez
Trinidad Belén Pizarro Carreño
Sofía Isidora Valverde Miqueles**

Santiago, Chile

2022

HOJA DE CALIFICACIÓN

En _____, el _____ de _____, de _____ los abajo firmantes dejan constancia que las alumnas: Angela Danae Díaz Leyton, María José Escobar Placencia, Romina Alejandra Fuenzalida Rivas, Javiera Soledad Lillo Salgado, Florencia Cristina Osses Martínez, Trinidad Belén Pizarro Carreño y Sofía Isidora Valverde Miqueles; de la carrera Obstetricia y Matronería, ha aprobado la tesis para optar al grado de Licenciado en Obstetricia y Matronería, con una nota de: _____.

DEDICATORIA

Agradezco especialmente a mis padres, Marcia y Samuel por siempre estar a mi lado y confiar en mí, también a mis amigas/os por darme contención cuando la necesitaba, por ayudarme y apoyarme, por cada palabra de aliento y motivación que me brindaron a lo largo de este camino alentándome a seguir adelante, lograr mis metas, aprender lo más posible y confiar en mí misma, espero hacerles sentir orgullosos de mí. A mis compañeras y amigas por contenernos, apoyarnos y por la comprensión entre nosotras durante este proceso. Y, por último, agradecerme a mí misma por no darme por vencida, por animarme y tener las ganas de entregar lo mejor de mí.

Angela Díaz Leyton

Agradezco a mis padres, Raquel y Carlos, por acompañarme en cada etapa y proceso que he decidido vivir, por su apoyo incondicional y el amor que día a día siempre me han entregado, espero siempre estén orgullosos de mí. Agradezco a mi hermano por darme la tranquilidad y el aliento en este camino académico. Gracias a mi compañero, Diego, por motivarme y contenerme en momentos donde más lo he necesitado. Agradezco a mis amigas; Javiera, Angela y María Paz, por siempre demostrar preocupación y por no dejarme rendir. Finalmente, agradezco a mis compañeras y amigas, que mutuamente supimos darnos contención en este proceso como lo hemos hecho durante toda nuestra carrera, seremos grandes profesionales, estoy orgullosa de nosotras.

María José Escobar Placencia

Agradezco primeramente a mis padres por siempre confiar en mí y acompañarme en cada paso que doy, a mi familia por demostrarme sin cesar lo orgullosos que están de mí. Agradezco también a mi compañero de vida por ser un sostén y un refugio en los momentos en que ni siquiera sabía que lo necesitaba, a mis amigos Nicolas, Gianina, Valentina y Nicole por siempre tener las palabras precisas para darme fuerzas. Y finalmente a mis compañeras y amigas que han sido un pilar fundamental, quienes me han contenido y animado en los momentos que más lo he necesitado, estoy orgullosa de cada una, y espero sigamos en este camino unidas creciendo de la mano. Y como siempre decimos, no hay nada imposible ni una ...

Romina Fuenzalida Rivas

Después de este largo camino agradezco a mi familia por haberme acompañado, pero especialmente a mi papá Javier por haber estado presente conmigo en todo momento, haber creído en mí desde el primer día y ser mi pilar fundamental, gracias a él estoy donde estoy. A mi mamá Soledad y hermana Natalia por haber sido mi apoyo y mi contención durante este proceso.

Y a mí abuelita Liliana que siempre me apoyó en este proceso, me dió consejos, fuerzas, ánimo para seguir adelante y estoy segura que estaría muy orgullosa de verme en este momento tan importante.

Por último, a mis compañeras y amigas que me entregaron su apoyo y comprensión en cada momento.

Javiera Lillo Salgado

Gracias a mi familia, empezando por mis padres que siempre estuvieron para mí, preocupados de mi avance en este trabajo y de la contención en cada momento estresante, y a mi hermana que siempre estuvo para sacarme una sonrisa cuando estaba un poco abrumada. Gracias a las nuevas personas que han aparecido en este último tiempo y que han sido muy importantes para mí, son

más que especiales. Gracias a mis amigas por siempre darme una palabra de aliento y a mis compañeras de este trabajo que han y hemos puesto todo nuestro esfuerzo en sacar esto adelante. Gracias a todas las personas que han sido un apoyo en estos 4 años de carrera. Y, por último, gracias a mí por nunca dejar de pensar que yo puedo... ¡Vamos por más!

Florencia Osses Martínez

Con mucho orgullo, agradezco a mi padre por el sin fin de herramientas entregadas para enfrentar todos los desafíos de este camino llamado vida, siempre me he sentido afortunada del apoyo que me ha entregado en todas mis decisiones y de su amor incondicional. Gracias a mi madre por alentarme a seguir adelante en este proceso, Gracias también a mis hermanos por ser un ejemplo de optimismo, generosidad y dedicación. Finalmente, gracias a Dios por encaminarme hasta este momento y guiarme a la fe que me mantiene en pie día tras día.

Trinidad Pizarro Carreño

Agradezco primeramente a Dios, por entregarme la fortaleza cada día para seguir con mis metas, por sostenerme en los días más difíciles y por el amor que siempre me ha dado. Agradezco también a mi familia, en especial a mi mamá y papá por acompañarme en este proceso universitario, por su amor incondicional y por todo el apoyo y motivación que siempre me han entregado. Agradezco a mis mejores amigos Catalina y Claudio, por haber estado presente en los días buenos y no tan buenos y por darme una amistad tan bonita como la que tenemos. Por último, quiero agradecer a mis amigas y compañeras de tesis, por todo el trabajo y esfuerzo que pusimos en este trabajo, por el compañerismo, los tiempos de risas y de peleas jajaja, las amo, seremos las mejores profesionales.

Sofía Valverde Miqueles

AGRADECIMIENTOS

A nuestra tutora, Delia Indira Chiarello quien nos orientó en nuestra investigación, por sus sabios consejos académicos y por darnos la seguridad de seguir avanzando en nuestra etapa educativa, por siempre destacar nuestras fortalezas y apoyarnos con nuestras debilidades.

A nuestro tutor metodológico, Sergio Jara por entregarnos las herramientas para construir una investigación de calidad.

A nuestras familias y redes de apoyo, ya que su acompañamiento incondicional ha sido un pilar fundamental en este proceso.

A las mujeres que participaron en este estudio ya que, sin ellas, esta investigación no hubiera sido posible.

TABLA DE CONTENIDOS

HOJA DE CALIFICACIÓN	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS	VII
TABLA DE CONTENIDOS.....	VIII
RESUMEN.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	4
1. Formulación del problema.....	4
2. Justificación e importancia de la investigación.....	5
3. Delimitación.....	6
4. Limitaciones	6
5. Estado del arte	7
6. Pregunta de investigación.....	10
7. Objetivo General	10
8. Objetivos específicos	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	11
1. Embarazo y Necesidades Nutricionales	11
2. Requerimiento energético en la gestante.....	11
3. Micronutrientes e ingesta nutricional.....	12
3.1 Proteínas.....	12
3.2 Hidratos de carbonos.....	13
3.3 Grasas.....	14
4. Alimentos contraproducentes en la gestación	15
4.1 Restricciones alimentarias	15
4.2 Sustancias nocivas	15
5. Suplementos alimenticios	15
6. Conocimiento de las gestantes sobre el estado nutricional en el embarazo	17
6.1 Practicas alimentarias de las gestantes	19
6.2 Estudios que evalúan las prácticas alimentarias en gestantes en	
México y Colombia.....	19
7. Estado nutricional en la población general.....	22
8. Estado nutricional de gestantes en Chile.....	23

9.	Contexto de la salud prenatal en Chile.....	24
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		27
1.	Metodología elegida.....	27
2.	Diseño de investigación	27
2.1	Universo.....	27
2.2	Muestra	28
2.3	Tipo de muestreo.....	28
2.4	Unidad de muestreo	28
2.5	Tiempo	28
2.6	Criterios de inclusión y exclusión.....	29
2.7	Conceptualización y operacionalización de variables.....	29
3.	Descripción de las técnicas e instrumentos	31
3.1	Recolección de datos.....	31
3.2	Procesamiento de la información	32
3.3	Análisis de los datos.....	32
3.4	Resguardo Ético.....	32
4.	Validación de instrumentos.....	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		33
1.	Exposición de resultados y análisis de datos.....	33
1.1	Perfil de la gestante.....	33
1.2	Suplementación.....	37
1.3	Alimentación.....	38
1.4	Conocimientos de autocuidado nutricional de la gestante	39
1.5	Herramientas que ayuden en el autocuidado de las gestantes	40
2.	Discusión de los resultados.....	40
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		45
CAPITULO VI: ANEXOS.....		47
Referencias		51

RESUMEN

La nutrición ha sido de gran importancia en la salud pública. Referente a las gestantes, sus índices de obesidad son preocupantes por la influencia del estado nutricional durante la gestación. El estudio central de este trabajo es analizar las conductas nutricionales de las gestantes a través de los conocimientos, prácticas alimentarias y estado nutricional de ellas. **Objetivo:** Analizar conductas nutricionales de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022. **Metodología:** El estudio es de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y observacional. La muestra se eligió de forma no probabilística y por conveniencia la cual fue de 17 mujeres embarazadas entre 20 y 44 años atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión. Realizada en el segundo semestre del año 2022. **Resultados:** Un 43,75% presenta obesidad, mientras que un 37,5% presenta sobrepeso. Un 55,6% come frutas y verduras una vez al día, un porcentaje mayor al 50% come legumbres y pescado una vez a la semana, un 50% toma de 3 a 5 vasos de agua al día, un 83,3% casi nunca come snacks empacados salados y un 66,6% a veces come comida chatarra preparada. Un 83,3% indica la importancia del peso y su efecto en el feto, el 50% indica que el incremento de peso en la gestación debe ser 7-10 kg, y un 83,3% reconoce que el aumento de peso recomendado depende del peso anterior a la gestación. Un alto porcentaje nunca utiliza las plataformas de Chile Crece Contigo. **Conclusión:** Las gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque poseen conocimientos correctos respecto al peso y sus prácticas alimentarias. Aun así los índices de malnutrición por exceso son elevados, se puede cuestionar la veracidad de las prácticas alimentarias, o una errónea percepción de sus porciones. Es por esto que se cree que una buena

adherencia al control preconcepcional ayudaría para comenzar con hábitos alimenticios saludables.

Palabras claves: estado nutricional, prácticas alimentarias, gestantes.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años las prácticas nutricionales han ido variando según el contexto socioeconómico y cultural de las personas, por lo que la nutrición se ha convertido en un determinante fundamental en salud para la salud pública. La malnutrición por exceso, que corresponde a un estado de sobrepeso u obesidad, ha sido asociada a enfermedades crónicas de gran relevancia a nivel mundial como la diabetes y la hipertensión. Según los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 1975 la obesidad a nivel mundial se ha casi triplicado (OMS, 2021), es aquí donde radica la importancia de los conocimientos y prácticas alimentarias que tienen las personas para mantener un adecuado estado nutricional.

Cuando hablamos de obesidad, mundialmente el gold standard para su diagnóstico es el IMC, que corresponde al índice de masa corporal, el cual se calcula con el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros. En el caso de las embarazadas existe una tabla propuesta por el ministerio de salud (Ministerio de Salud, 2015) para clasificarlas en normo peso, estado de desnutrición u obesidad según el resultado del cálculo mencionado anteriormente, con esto podemos distinguir las consecuencias que conlleva la alimentación, conductas y hábitos en nuestra salud. En Chile se controla el IMC en cada asistencia prenatal lo que permite un seguimiento del estado nutricional en el embarazo basado en educación de prácticas saludables (Ministerio de Salud, 2015).

El estado nutricional previo al embarazo influye en su transcurso (Suarez & Gutiérrez, 2012) indicando el incremento de peso óptimo para la gestante según su IMC inicial. Una gestante que se encuentre fuera de los parámetros de normo peso como es el caso de la obesidad puede traer consigo diferentes riesgos y

complicaciones, estas pueden estar relacionadas a la gestación provocando diabetes mellitus, trastornos hipertensivos y complicaciones tromboembólicas, en el trabajo de parto se podría presentar amniotomía precoz, desproporción cefalopélvica y morbilidades perioperatorias; y como consecuencia directa al recién nacido podrían existir macrosomías, distocia de hombros, edad gestacional pequeña, muerte fetal tardía y malformaciones congénitas principalmente relacionadas con defectos en el tubo neural. (Claros & Mendoza, 2016) Por el contrario, en una gestante enflaquecida aumenta el riesgo de nacimientos de bajo peso, atribuyéndole un mayor riesgo de muerte perinatal y de desarrollo de enfermedades crónicas en la etapa adulta (Martínez y otros, 2020).

En Chile en la década de los 90 se logró la erradicación parcial de la desnutrición, pero se produjo un incremento en la obesidad de la población, esto principalmente por el aumento del consumo de alimentos procesados. En nuestro país han existido diferentes programas enfocados a disminuir las cifras de obesidad como VIDA Chile (1998-2005), Estrategia Global contra la Obesidad (2006-2010) y Elige Vivir Sano (2011-2014). Sin embargo, las cifras no han podido ser controladas a la fecha (Vio & Kain, 2019).

En Chile, los resultados de la “Radiografía de la Alimentación en Chile” presentados en enero de 2021, señala que sólo un 5% de la población mantiene una dieta saludable. (Elige Vivir Sano, 2021) Esto se condice con el documento de la Estrategia Nacional Cero Obesidad, publicado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia en septiembre de 2019, que reporta que en Chile el 74% de la población adulta sufre sobrepeso u obesidad, ubicándose en el primer lugar de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Elige Vivir Sano, 2020). Respecto a la obesidad infantil, los datos de la Radiografía de la Obesidad Infantil en Chile (2020), demuestran que la obesidad y el sobrepeso en niños menores de seis años aumentó en un 66,3% entre los años 2005 y 2017. Se conoce que las preferencias alimentarias de los niños están determinadas por sus experiencias con la comida y las decisiones

alimentarias de sus padres (Ministerio de salud, 2021). Más aun, se ha reportado que la obesidad y sus consecuencias tienen su origen en la vida intrauterina, un estudio mostró que el consumo de comida "chatarra" (alta en energía, pobre en micronutrientes) durante el embarazo fue predictor del alto peso al nacer y la preferencia futura del niño por alimentos similares ricos en grasas, azúcar y sal (Wen et al., 2013).

El estudio central de esta investigación es analizar las conductas nutricionales de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022, esto lo mediremos considerando conocimientos, prácticas alimentarias y estado nutricional de las embarazadas que asisten al CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, posteriormente con los resultados de esta investigación se busca pesquisar las falencias que provocan estas cifras tan preocupantes en relación a la obesidad para poder facilitar la búsqueda de posibles soluciones.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1. Formulación del problema

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en nuestro país, particularmente las gestantes corresponden a uno de los grupos de mayor preocupación debido a las consecuencias que esta enfermedad puede traer en ellas y en los recién nacidos (Ministerio Salud, 2019).

“Las gestantes atendidas en el sistema público de salud en el año 2018 presentaron un 65,49% de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), 31,09 % presentan estado nutricional normal y 3,4 % bajo peso” (Ministerio Salud, 2019).

Las cifras de malnutrición por exceso han ido en aumento con el pasar de los años, existiendo un incremento del 3.51% en el transcurso del año 2018 al 2019 (Departamento de Estadísticas e Información de la Salud, 2018-2019).

Según las cifras existen diferencias en estado nutricional dependiendo del rango etario de las gestantes, las usuarias menores a 20 años presentan un mayor porcentaje de bajo peso, siendo un 7,61% del total de gestantes, a diferencia de las usuarias de 20 años o más las cuales presentan mayores índices de sobrepeso u obesidad (Ministerio Salud, 2019).

Las políticas públicas chilenas en la actualidad que buscan combatir el problema de malnutrición por exceso, en su mayoría tienen como población objetiva a niñas, niños y adolescentes y a la población general (Ministerio de Salud, 2017). En el año 2009 se promulgó la ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el programa Chile Crece Contigo (ChCC). La misión del programa ChCC es acompañar el proceso de desarrollo de los niños

desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, fortaleciendo los cuidados prenatales en la población gestante de la atención pública (Chile Crece Contigo, 2017). Aun cuando, ChCC no está exclusivamente dirigido a educar a mujeres sobre nutrición durante el embarazo, dentro de sus medidas se entrega educación básica sobre alimentación adecuada durante el embarazo. La información se entrega a través de rotafolios y talleres, esta información también se encuentra disponible en los repositorios digitales (web y app). Por otro lado, el sistema intersectorial Elige vivir sano tiene un enfoque integral, en él se inserta el “Programa Elige Vida Sana (EVS)” dirigido a toda la población, y por tanto incluye dentro de su población objetivo a mujeres embarazadas y puérperas inscritas en FONASA (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021). A pesar de estos esfuerzos, las cifras nacionales reportadas de sobrepeso y obesidad durante la gestación son alarmantes. Hasta el momento no existen políticas públicas para combatir la obesidad cuya población objetivo esté centrada exclusivamente en la gestante.

2. Justificación e importancia de la investigación

Las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado su prevalencia en la población, dejando atrás la preocupación por las enfermedades infecciosas, en este cambio de tendencia podemos observar el aumento de sobrepeso y obesidad en la población, siendo esta una enfermedad crónica progresiva y de etiología multifactorial que principalmente es resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales que pueden desarrollar desórdenes metabólicos, enfermedades cardiovasculares e incluso algunos tipo de cáncer (Petermann-Rocha y otros, 2020).

Existe evidencia tanto epidemiológica como experimental que demuestra que el estado nutricional y metabólico de los progenitores previo a la concepción y de la gestante durante el embarazo pueden repercutir en la salud de su hijo durante la vida adulta. La Teoría de Barker (Barker, 1998) es uno de los conceptos que ha

dado paso a la realización de una serie de estudios. Barker asoció el ambiente prenatal y el desarrollo del feto, donde las respuestas fetales inducidas por el ambiente uterino condicionarán cambios funcionales y estructurales en el propio feto, con repercusiones a corto y largo plazo, finalmente si el ambiente prenatal es adverso en el desarrollo, posiblemente tenga patologías en la vida extrauterina (Silva-López & Hernandez-Patiño, 2020) es por esto que se convierte en prioridad el estudio de los factores causales del desarrollo de estos estados nutricionales principalmente por sus potenciales complicaciones materno-fetales.

3. Delimitación

- Área correspondiente a la zona urbana de la comuna de El Bosque, en la Región Metropolitana.
- Gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque.
- Investigación orientada a sus conductas nutricionales y la relación con la obesidad.

4. Limitaciones

- Falta de honestidad en las encuestas.
- Falta de concordancia en datos de prácticas y estado nutricional, ya que, puede que sepan lo que es sano pero aun así no lo practiquen.
- Limitación de herramientas para que usuarias respondan preguntas referentes a conocimientos nutricionales y de gestación.

5. Estado del arte

Tesis doctoral: “Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid” (Navia y otros, 2016).

“Se estudio un grupo de 432 mujeres en el tercer trimestre de gestación de la Comunidad de Madrid. Luego del parto, se telefoneó a las mujeres para conocer su peso al final del embarazo, el tipo de parto, complicaciones en este si es que hubo, así como el sexo, el peso y la talla al nacer del niño.

Resultados y discusión: Sólo el 19,8 por cien de las gestantes logró un aumento de peso adecuado y la ganancia media de peso fue de 11,9 kg, el cual estuvo dentro de los límites promedios recomendados por la OMS. Los recién nacidos tuvieron un peso medio al nacer de 3,27 kg, siendo éste superior en aquellos de madres con un IMC previo al embarazo indicativo de normopeso y en los de madres extranjeras. Aunque la dieta no fue, en general, adecuada en todas las embarazadas, los desequilibrios nutricionales fueron más notables en las mujeres de origen extranjero y de bajo nivel educativo.

Como fuentes de información nutricional más fiables, las gestantes acudieron a médicos, la farmacia, los libros de nutrición y los dietistas nutricionistas, mientras que la publicidad fue declarada como la fuente de información nutricional más errónea.”

Efecto del índice de masa corporal en los resultados del embarazo en mujeres nulíparas que dan a luz a bebés únicos (Bhattacharya y otros, 2007).

El estudio realizado en Aberdeen, Escocia concluyó que las gestantes que comienzan su embarazo con un IMC dentro de los parámetros normales poseen embarazos menos patológicos. Los resultados fueron: las mujeres con un IMC 20 – 24,9 poseen menor riesgo de padecer preeclampsia en comparación con las mujeres obesas; el trabajo de parto inducido es mucho mayor en mujeres con obesidad mórbida que en el resto de las mujeres del estudio; la tasa de cesáreas de urgencias fue más alta en las mujeres con obesidad mórbida que en las

mujeres con normo peso y enflaquecidas; Las mujeres con obesidad mórbida presentaron una mayor cantidad de hemorragia post parto y parto prematuro (menor a 33 semanas) en comparación con el resto de las mujeres del estudio; Los recién nacidos que presentaron peso menor a 2,500g fueron más comunes en las madres enflaquecidas, y los recién que presentaron pesos mayores a 4,000g fueron más comunes en las madres obesas mórbidas

Tesis Doctoral: “Hábitos alimentarios y factores socioculturales en gestantes. Una propuesta de educación nutricional en la ciudad de Melilla” (Fernandez, 2021).

“El objetivo general es conocer los hábitos alimentarios, los conocimientos, creencias y costumbres sobre alimentación, así como su relación con diferentes factores socioculturales en un grupo de mujeres embarazadas de la Unidad de Atención a la Mujer de la Ciudad Autónoma de Melilla, con la finalidad de plantear una propuesta de intervención educativa nutricional.

Metodología: se ha llevado a cabo un estudio diagnóstico, de tipo descriptivo correlacional, con un diseño transversal y un enfoque cuantitativo, con una muestra de 306 mujeres gestantes.

Resultados: en relación con el aumento de peso adecuado, las gestantes con normopeso presentan una ganancia de peso inferior. El 82,7% no realiza o realiza una baja actividad física, el 99,3% refiere no ingerir bebidas alcohólicas y el 57,5% manifiesta que no va o no pretende ir a las clases de educación maternal. En torno a la nutrición, las participantes del estudio no alcanzan las recomendaciones energéticas y el perfil calórico y lipídico es desequilibrado, igualmente no se adaptan a las recomendaciones en la ingesta de Calcio, hierro, Magnesio, Zinc, Potasio, Ácido fólico, Vit, A, D y E, siendo así el 92,2 % las que consumen algún tipo de suplemento.

- 1. Se aprecian diferencias significativas para la ingesta de proteínas, las mujeres solteras y las que trabajan las ingieren en mayor cantidad y en menor medida las mujeres musulmanas.*

Las embarazadas que menos carbohidratos consumen son las que tienen mayores ingresos y las que trabajan; y las que tienen una actividad física baja consumen más carbohidratos y azúcares sencillos que las que presentan una actividad física moderada.”

Tesis Doctoral: Estilos de vida durante el embarazo, parto y puerperio, Doctorado en Investigación Sociosanitaria y de la Actividad Física (Martinez, 2020).

Se concluyó, que existe una predominante ganancia de peso durante el embarazo basándose en las recomendaciones del Instituto de Medicina de Estados Unidos, además de una diferencia en la ganancia de peso en el embarazo y el IMC previo a la gestación en las distintas regiones.

Se observó una relación entre el cambio o ganancia de peso entre embarazos. La ganancia de peso se relaciona con un mayor riesgo de hipertensión gestacional, diabetes gestacional y una futura preeclampsia en otro embarazo, por otro lado, se observó que la disminución del peso entre embarazos disminuye el riesgo de trastornos hipertensivos, así como también el riesgo de diabetes gestacional.

También se logró observar que por cada unidad que aumentaba el IMC entre un embarazo y otro, a la vez aumentaba el riesgo de trastornos hipertensivos y de diabetes gestacional.

A raíz de estos estudios se revela la importancia del estado nutricional de las gestantes previo al embarazo, ya que todos ellos poseen un común denominador el cual expresa que existen diversos factores, tales como: niveles de escolaridad, niveles socioeconómicos, hábitos alimenticios, factores socioculturales, actividad física, entre otros, repercutiendo directamente en el estado nutricional de la embarazada, y a su vez impactando en el estado general de la gestación actual, parto, puerperio, y salud del recién nacido.

6. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, prácticas y estado nutricional de gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022?

7. Objetivo General

Analizar conductas nutricionales de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022.

8. Objetivos específicos

- Identificar conocimientos nutricionales de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque.
- Evaluar el estado nutricional de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque
- Describir prácticas nutricionales de las usuarias que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna El Bosque.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. Embarazo y Necesidades Nutricionales

En el embarazo ocurren una serie de procesos fisiológicos, bioquímicos y metabólicos de adaptación en la madre que requieren un incremento de las necesidades nutricionales en este periodo, lo ideal es que la gestante cuente con un buen estado nutricional desde antes del embarazo, con un peso saludable que se encuentre en un IMC entre 18,5 y 24,9, con una adecuada composición corporal y con reservas suficientes de nutrientes (Cereceda & Quintana, 2014).

2. Requerimiento energético en la gestante

El feto en crecimiento requiere de nutrientes para la formación de tejidos durante la embriogénesis, las primeras ocho semanas y las siguientes en las cuales se encuentra en desarrollo. Estos nutrientes provienen de la circulación materna y pasan a través de la placenta para llegar al feto, es por esta razón que la mujer gestante debe tener una adecuada dieta que le permita cumplir tanto con las necesidades propias como las del bebé (Orane, 2016).

Los requerimientos en el embarazo son mayores a los que necesita consumir una mujer no gestante, durante la gestación existe un aumento de las necesidades de casi todos los nutrientes entre un 0% a un 50% aproximadamente (Redondo y otros, 2013). El gasto energético total (GET) depende de la tasa metabólica basal que es el 60% del gasto total, efecto térmico de la comida que corresponde al 5-10% del GET, efecto térmico del ejercicio que puede ser a un 15-20% del

GET y de la termogénesis facultativa o adaptativa que corresponde a no más del 10% del GET (Gabbe y otros, 2012).

En una mujer normo peso, no se recomienda una mayor ingesta calórica durante el primer trimestre, pero se debe aumentar el aporte calórico en 350 y 450 kcal/día durante el segundo y tercer trimestre respectivamente (Ministerio de Salud, 2015).

3. Micronutrientes e ingesta nutricional

A continuación, se revisará cada micronutriente existente en la dieta diaria y sus respectivos reajustes que se deben realizar en el periodo de gestación.

3.1 Proteínas

Se recomienda que en el primer trimestre exista un incremento de 1,3 g/día, en el segundo trimestre de 6,2 g/día y en el tercer trimestre de 10,7 g/día (Institute of medicine of the national academies, 2002), estas deben corresponder entre el 15 y el 25% de la ingesta calórica total diaria. Se hace evidente el gran aumento de requerimiento de proteínas en el segundo trimestre debido a que en este periodo existe un mayor crecimiento de tejidos maternos y fetales (Cereceda & Quintana, 2014).

Estas se pueden encontrar en alimentos de origen animal, lácteos, legumbres y frutos secos (Sánchez A. , 2015).

- **Carnes:** Este alimento es alto en proteína, hierro, vitamina b12 y minerales, esta debe variar de procedencia y cantidades, por ejemplo, carne de aves deberían ser consumidas 3 a 4 porciones semanales, carnes rojas 2 a 3 porciones semanales y cerdo y/o cordero 1 porción semanal. Es importante elegir carnes bajas en grasa saturadas, ya que las carnes altas en grasas saturadas pueden provocar un aumento de peso no recomendado.

- Pescados: este alimento es rico en omega 3, grasas insaturadas, DHA el cual es fundamental para el desarrollo del sistema nervioso fetal, calcio y vitamina D los cuales son proporcionados por pescados azules con espinas.
Sus porciones deberían ser, pescados blancos 3 a 4 porciones semanales y pescado azul 2 a 3 porciones semanales.
- Huevos: Su yema es rica en vitaminas B, A, D y E, pero también tiene un gran aporte de colesterol, por lo tanto solo se recomienda consumir máximo 4 huevos semanales.
- Lácteos: Estos son la principal fuente de calcio, además aporta vitaminas como D, B1, B2, B12, A y ácido fólico. Su consumo debería ser de 2 porciones diarias, por ejemplo, 1 vaso de leche o 2 yogures.

3.2 Hidratos de carbonos

El consumo de carbohidratos debe ser entre el 50 y 70% de la ingesta diaria, este es el micronutriente que presenta menos déficit en su ingesta superando el 70% en algunos grupos de la población general (Cereceda & Quintana, 2014).

Estos se dividen en distintos alimentos como cereales, harina integral, arroz, papas, verduras, frutas y lácteos

- Cereales y derivados: estos son la principal fuente de la dieta, ya que son los que más fuente energética tienen. En el primer trimestre es donde son más importantes por el gran gasto energético de este periodo.
La porción ideal de carbohidratos debería ser de 5 porciones diarias (estas pueden variar según las necesidades de cada gestante), lo ideal es que estos alimentos sean carbohidratos complejos, o sea, que sean altos en almidón y fibra. Por ejemplo, el pan, cereales y derivados integrales 3 a 4 porciones diarias, pasta integral 1 a 2 porciones semanales, arroz integral 1 a 2 porciones semanales, papas 1 a 2 porciones semanales, legumbre como lentejas, garbanzo, porotos y otros, se debe consumir cada 2 a 4

porciones semanales, este alimento en especial es uno de los más completos, ya que, aparte de entregar carbohidratos de absorción lenta, también entrega fibra, proteína vegetal, vitaminas del grupo B, ácido fólico, calcio y antioxidantes.

- Verduras: Estos en especial lo que entregan son fibra y distintos tipos de vitaminas como, vitamina C, potasio y ácido fólico. Es de gran importancia mezclarlas en las comida y cenas con carbohidratos y proteínas para así lograr una alimentación balanceada
- Frutas: Estas contienen hidrato de carbono en forma de fructosa, también son altas en fibra, potasio, vitamina C y agua. Se deben consumir 3 porciones al día distribuidas idealmente en mañana, tarde y noche.
- Lácteos: Este grupo aporta tres tipos de nutriente, estos son, carbohidratos en forma de lactosa, grasas y proteínas como la caseína. Los lácteos aportan grasa saturadas, la cual debe ser consumida en pequeñas porciones, los lácteos no pueden ser descremados ya que se perderían las vitaminas que esta trae que son, vitamina A y D, es por esto que es preferible consumir en estos casos lácteos semidescremados.

3.3 Grasas

El consumo de grasas debe corresponder entre el 20 y 25% de la ingesta calórica total diaria, las grasas deben ser obtenidas del consumo de ácidos grasos poliinsaturados y no de ácidos grasos trans (Cereceda & Quintana, 2014).

El consumo es fundamental, ya que es una fuente de energía y de ácidos grasos esenciales, pero su función más importante es la facilitación del transporte de vitaminas liposolubles. Las grasas saludables pueden ser sacadas de aceites de semillas, frutos secos, yemas de huevo, carnes, pescados y mariscos.

4. Alimentos contraproducentes en la gestación

Así como hay alimentos esenciales los cuales las gestantes deben consumir, también hay alimentos que pueden ser perjudiciales o deben ser consumidos en pocas cantidades debido al riesgo que estos le pueden traer al embarazo.

4.1 Restricciones alimentarias

Dentro de los alimentos en los cuales se debe disminuir el consumo, está el azúcar y sal, en este caso es mejor cambiar el azúcar por algún endulzante como stevia, así también evitar tomar bebidas azucaradas, pasteles y dulces; disminuir o evitar comer frituras y harinas refinadas; en el caso del café, si la embarazada desde antes estaba acostumbrada a ingerirlo, el consumo debería ser de 2 tazas máximo, aunque siempre va a ser preferible que suspenda el consumo de cafeína, incluido el té y el mate (Sánchez A. , 2015).

4.2 Sustancias nocivas

Se debe evitar el consumo de alcohol, drogas, pescados con índices altos de mercurio y/o plomo como es el atún, pez espada, tiburón, bacalao, entre otros; también se debe evitar consumir cualquier tipo de pescados o mariscos crudos y/o ahumados (Sánchez A. , 2015).

5. Suplementos alimenticios

La suplementación gestacional con micronutrientes específicos protege al binomio madre-hijo (OMS, 2018). Los efectos reportados en el bebé es que se

encuentra menor bajo peso al nacer, reducción de enfermedades neonatales en la primera semana de vida, mejoría de la circunferencia cefálica, braquial (Friis y otros, 2004) y abdominal y también de la talla del feto. Se ha planteado que el efecto de los suplementos depende de las condiciones nutricionales previas, con resultados positivos en el término del embarazo en mujeres en bajo peso (Cruz y otros, 2008).

Se genera un aumento de los requerimientos de vitaminas y minerales como el hierro, en el cual se recomienda una ingesta de 27 mg/día (Araya & Ruz, 2007) la cual es prácticamente imposible lograr solo con la alimentación, haciendo necesaria la suplementación. El hierro contribuye en la mielinización, neurotransmisión y otros procesos celulares. Su deficiencia puede causar anemia, nacimientos pretérminos, bajo peso al nacer, desórdenes neurológicos y cognitivos en la madre, así como depresión (Shah & Ohlsson, 2009). No obstante lo anterior, se han realizado estudios que han demostrado que su administración hasta el tercer trimestre aumenta el riesgo de embarazos pretérmino (Alwan y otros, 2010) y que es insuficiente la evidencia de su teratogenicidad y efectos secundarios en grupos de gestantes bien alimentadas, dando resultados no concluyentes sobre el efecto de la suplementación en el binomio (Eijsden y otros, 2008).

Para la vigilancia de la gestante sugieren la administración de hierro o bien su prescripción simultánea con ácido fólico. El ácido fólico participa en el crecimiento fetal y la duración del embarazo, la deficiencia del micronutriente puede causar daño en el desarrollo del tubo neural, causar paladar hendido, anomalías cardíacas, anemia, aborto espontáneo, preeclampsia y desprendimiento de placenta (Hovedank & Haram, 2012). Concentraciones bajas de ácido fólico aumentan el riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer, y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). El uso temprano del suplemento influye en el desarrollo del lenguaje (Roth y otros, 2011) y disminuye el riesgo de problemas conductuales en los primeros años de vida (López-Caudana y otros, 2018).

Por otra parte, el calcio también es sumamente necesario para el embarazo, si este está en déficit en la dieta el feto puede tomar el calcio de los huesos de la madre, es por esto, que las adolescentes tienen mayor riesgo dado que sus huesos no han alcanzado la densidad apropiada, existen algunos estudios que asocian el déficit de calcio con un mayor riesgo de hipertensión y parto prematuro (Cereceda & Quintana, 2014), durante el embarazo las necesidades de calcio son de 1000 mg/día en mujeres adultas y de 1.300 mg/día para adolescentes (Cereceda & Quintana, 2014). La vitamina D es esencial en el metabolismo del calcio, ya que favorece su transporte. Las necesidades diarias son de 6 ug/día (Cereceda & Quintana, 2014), la fuente principal de esta vitamina es la luz solar además de pescados grasos, leche y yema de huevo.

En el caso del zinc su deficiencia está asociada a bajo peso al nacer y parto prematuro, existe riesgo de deficiencia cuando además de tener un consumo bajo la dieta es alta en fibra o si paralelamente tiene un alto consumo de hierro o calcio en forma de suplementación, este mineral se debe obtener de carnes, huevos, cereales integrales y vísceras rojas (Gómez, 2016). Además, la vitamina A está relacionada con el sostenimiento de la reproducción humana, con el mecanismo de la visión y la función inmune, en el desarrollo embrionario es necesario para el crecimiento y la protección de las mucosas, la deficiencia podría predisponer a alteraciones inmunológicas, es por esto que se debe recomendar el consumo de alimentos ricos en vitamina A como el hígado, huevo y leche. (Cereceda & Quintana, 2014)

6. Conocimiento de las gestantes sobre el estado nutricional en el embarazo

El conocimiento sobre la nutrición juega un papel crucial durante toda la gestación y posterior a esta, para que esto pueda ser llevado de la mejor manera existen pautas alimentarias dirigido a las gestantes, donde se especifican los suplementos, vitaminas, calorías que se deben consumir y alimentos que deben

ser retirados de la ingesta diaria, para así poder llevar un embarazo sano y adecuado. Es por esto que cuando las gestantes tienen información deficiente o errónea se convierte en una limitación a la hora de hablar de un embarazo óptimo. Por consiguiente, se han realizado estudios en diferentes países, cuyo objetivo es identificar los conocimientos y creencias de las gestantes sobre su nutrición.

En un artículo realizado en México, “Conocimientos de mujeres gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo” se realizó una encuesta que deja en evidencia que existe un porcentaje no menor de gestantes, que poseen escasos conocimientos sobre su alimentación. Se realizaron una serie de preguntas dirigidas a los requerimientos, alimentos prohibidos y suplementos necesarios como, por ejemplo, cuánto debe ser el incremento de peso durante el embarazo, qué alimentos se deben eliminar, alimentos que ayudan a proveer calcio, qué alimentos son ricos en proteínas, entre otros. Queda evidencia de que el 50% de las usuarias no tenía conocimientos específicos sobre la importancia de alimentos ricos en hierro, calcio y folato, ni de por qué se debe incluir frutas y verduras a la dieta, por el contrario, si hubo más conocimiento sobre alimentos ricos en calcio. Además, cerca del 80% de las gestantes no supo responder la importancia de consumir alimentos ricos en folatos. (Barbosa-Ruiz y otros, 2005)

Los resultados en porcentaje concluyeron que *“en general el 63% de las mujeres embarazadas tiene conocimientos sobre los requerimientos nutricios durante el embarazo y 37% de ellas en menor proporción”*. (Barbosa-Ruiz y otros, 2005)

Finalmente, en el artículo realizado en Buenos Aires, “Conocimientos, intereses y creencias sobre la alimentación y nutrición en las gestantes”. Fueron abordando diversos temas como, por ejemplo, la ingesta de frituras, grasas, carnes o harinas, donde un 31% le otorgó una connotación negativa para la gestación y un 36% categorizó el alcohol, bebidas y café como alimentos prohibidos, esta inclinación se debe a que asocian su consumo a una excesiva ganancia de peso. Abordando el tema de la suplementación, gran parte dice haberla recibido, pero no se consume de manera constante, esto debido a factores económicos, las esperas, desorganización, entre otros factores. Tomando en cuenta ambos

temas, se repite la misma circunstancia en que las gestantes desconocen lo importante que es una buena alimentación, en primer lugar, el porcentaje que le entrega una connotación negativa a los alimentos poco nutritivos o prohibidos durante la gestación es un número mucho menor a lo ideal, quedando un porcentaje de gestantes que puede desconocer estas restricciones. Por otro lado, la suplementación es atribuida como algo no esencial, minimizando la importancia en el embarazo (Torres y otros, 2012).

6.1 Practicas alimentarias de las gestantes

Existen programas de salud para informar sobre la nutrición adecuada durante el embarazo, sin embargo, muchas veces las gestantes adoptan costumbres familiares o culturales que varían dependiendo del país y el lugar donde residen. A continuación, se expondrán diferentes reportes sobre prácticas alimentarias en gestantes de México y Colombia.

6.2 Estudios que evalúan las prácticas alimentarias en gestantes en México y Colombia.

En un estudio realizado en México, se aplicó una encuesta acerca de conocimientos y creencias de las gestantes respecto a la alimentación, dentro de los resultados se encontró que la mitad de las gestantes que participaron creen que no deben consumir productos light, y un mayor porcentaje cree que los refrescos de dieta engordan más que los azucarados. Una mayor proporción de las participantes con sobrepeso u obesidad refiere que; *"Para bajar de peso, lo más importante es disminuir lo que como y aumentar actividad física"*, y *"Durante mi primer embarazo puedo comer lo que yo quiera, hay que comer por dos"*. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010).

El 88% de las gestantes de este estudio recibió influencia en relación con su alimentación, en donde su entorno la animaba, motivaba e insistía para comer más. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010)

En cuanto a la variedad de alimentos se observó que el 78% consume diariamente cereales, el 72% incluye frutas, el 70% incluye verduras, un 61% consume productos de origen animal, y sólo un 25% comía legumbres diariamente. El consumo de productos con grasas y azúcares no tuvo diferencia entre el grupo con peso normal y sobrepeso u obesidad. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010)

Respecto al consumo de bebidas, predominó el consumo de leche 1 o 2 veces al día, seguida de jugo o refresco, 1 a 2 tazas de café al día en un 25% y más de 3 tazas en un 4%. Casi todas consumen agua diariamente, y aproximadamente la mitad consume 1 litro o más.

(Sánchez-Jimenez y otros, 2010) En el caso de bebidas azucaradas no tuvo diferencia entre el grupo con peso normal y sobrepeso u obesidad.

Las principales causas por las cuales no modifican los hábitos que no contribuyen a una nutrición óptima son: escasa fuerza de voluntad, seguido de desagrado de algunos alimentos, preparación y costumbre de consumirlos. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010)

Se encontró que existen ideas que podrían tener efectos negativos en la salud, como bajar de peso durante el embarazo, o que no deben consumir quesos o leches light, las que pueden impedir la efectividad de los mensajes entregados por profesionales. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010)

Casi un tercio de las participantes del estudio omitió algún tipo de comida lo que puede tener efectos adversos ya que el ayuno priva al feto de nutrientes que son necesarios para su desarrollo, y puede llegar a producir reducción del crecimiento y trastornos del desarrollo intelectual del feto. (Braun, 2007) Además, no hubo constancia en el consumo de los 3 grupos de alimentos necesarios que son las proteínas, carbohidratos y grasas.

Un gran grupo de gestantes refirió comer fuera de casa, como en cocinas económicas, puestos ambulantes o restaurantes. (Sánchez-Jimenez y otros, 2010).

El hecho de que la información sobre alimentación es recibida mayoritariamente por la familia y no por profesionales de la salud ha sido reportado también en Chile, (Romo y otros, 2005) a pesar de tener conocimientos correctos, aplicarlos a sus vidas y alimentación es complicado debido a la influencia familiar y cultural, además de las dificultades que se presentan al querer cambiar los hábitos alimenticios.

En un estudio realizado en Colombia, se llevó a cabo una encuesta que demostró que un 74,6% de las gestantes encuestadas refirió que el consumo de alimentos ricos en calcio es frecuente o muy frecuente, al contrario del consumo de alimentos ricos en ácido fólico, con un 90,5% de gestantes que los consumen rara vez o nunca, un 51,2% consume alimentos ricos en hierro al menos 3 veces semanales. (Torres y otros, 2012) Además, se encontró que un 63% consumía más de 3 comidas diarias, y más de un 50% no tenía horarios establecidos para alimentarse. También se obtuvo que un 87% de las participantes consumía micronutrientes en forma de pastillas como suplemento nutricional. (Torres y otros, 2012).

En un estudio realizado a 10 mujeres del municipio de Rio Grande, Zacatecas en México se obtuvo información acerca de la alimentación y la fuente de información de esta.

Las gestantes a lo largo del embarazo tratan de mejorar su condición de salud y alimentación tomando como ejemplo a mujeres de su entorno con comportamientos muy arraigados a las creencias, tradiciones culturales, contexto y valores, a partir de esto pueden ocurrir implicaciones negativas que en su mayoría no son conocidas por las gestantes. En alrededor del 50% a figura predominante de los consejos acerca de la alimentación era la madre. (Herrera y otros, 2021)

Respecto a las creencias, hay algunos alimentos recomendados como frijoles, caldo de pollo, pan, frutas, verduras, en general por el aporte de nutrientes que tienen, además en mujeres mayores de 70 años se observó que consumían alimentos de los más naturales ya que los creían benéficos para el bebé, y al no estar industrializados ni tener tantos elementos añadidos no afectaría a la madre y el bebé. También hay otros alimentos que los ven como prohibidos por las personas que aconsejaron a las gestantes en el periodo de embarazo, tales como el chile porque *“el/la bebé nace con chincual (Herrera y otros, 2021)”*, carnes rojas por la cantidad de grasa, azúcares, grasas en general, bebidas, harinas, café *“por qué produce náuseas” (Herrera y otros, 2021)*, el té de orégano *“por qué son abortivos” (Herrera y otros, 2021)* y alimentos industrializados.

Mujeres que gestaron en la década de los 70 solo se alimentaban con lo que tenían en la mesa y lo que obtenían al día, como productos de su propia granja y campo.

En conclusión, los consejos acerca de la nutrición en gestantes han ido cambiando con el tiempo, ya que, se creía que una dieta hipercalórica y “comer por dos” era mejor para el proceso, aunque actualmente más de la mitad ya no lo cree así. (Herrera y otros, 2021)

7. Estado nutricional en la población general

En la actualidad el estado nutricional de las personas se ve frecuentemente evaluado con un indicador simple que relaciona el peso y talla denominado IMC, por ello en adultos la OMS define sobrepeso cuando el valor de IMC es igual o mayor a 25, y obesidad cuando el valor de IMC es igual o mayor a 30. (OMS, 2021)

La prevalencia de sobrepeso y obesidad ha ido aumentando considerablemente a lo largo de los años, incluso triplicándose entre los años 1975 y 2016 , convirtiéndose el sobrepeso y obesidad en un problema de salud pública a nivel

mundial, las investigaciones más recientes indican que en el año 2016 el 39% de la población mundial adulta posee sobrepeso y a su vez, el 13% se encuentra bajo el parámetro de obesidad. (OMS, 2021) En el año 2018 en Chile 906.485 personas mayores de 18 años asistieron a controles nutricionales en donde el 10,2% se encontraba bajo peso, un 35,6 % posee un IMC de normo peso, el 29,4% se encontraba bajo el parámetro de sobrepeso y el 24,6 % de la población vivía en estado de obesidad. (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2007)

8. Estado nutricional de gestantes en Chile

En junio del año 2007 en Chile se registraron 99.452 gestantes en control nutricional de las cuales el 7,8% se encuentran bajo peso, el 41% normo peso, un 31,4 % presentan sobrepeso, y el 19,8% se encuentra en un estado nutricional de obesidad. (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2007)

Las cifras alarmantes de obesidad se registraron a lo largo de todo el país, teniendo su mayor concentración en la Región Metropolitana de la zona sur oriente donde se visualizó que el 8,8% de la población de gestantes controladas posee obesidad, a su vez, esta zona es la que posee el mayor número de mujeres en gestación controladas, al contrario de la región de Aisén que cuenta con menor gestantes controladas, teniendo una mayor tasa de obesidad siendo el total de gestantes de la región un 25% obesas. Esta tendencia se repite al registrarse en la Región Metropolitana zona sur oriente la mayor cantidad de gestantes con sobrepeso, constituyendo el 8,9% de las gestantes totales en este estado nutricional del país, pero es en la Provincia de Arauco en donde se concentra la mayor tasa de gestantes con sobrepeso, registrándose un 36,5% (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2007).

Los últimos registros realizados en Chile en el año 2019 muestran que las cifras de obesidad y sobrepeso van en alza, registrando números preocupantes que

revelan que el 69% de las gestantes chilenas poseen sobrepeso u obesidad (Departamento de Estadísticas e Información de la Salud, 2018-2019).

9. Contexto de la salud prenatal en Chile

Es de suma importancia señalar que en Chile los controles prenatales contribuyen a proteger la salud de la gestante y del bebé que está por nacer, permitiendo así detectar a tiempo posibles complicaciones.

La Organización mundial de la salud propone realizar un número abreviado de controles prenatales en usuarias que no tienen factores de riesgo, y en aquellas que sí presenten factores de riesgo maternos o fetales, se debe diseñar un programa específico con seguimiento personalizado (OMS, 2016). En relación con las recomendaciones anteriores, la periodicidad de los controles según el ministerio de salud (Ministerio de Salud, 2015) consiste en un control cada cuatro semanas hasta la semana 28, luego cada dos semanas hasta la semana 36, y posteriormente un control semanal hasta el momento del parto. Complementando estos controles se encuentran los talleres de educación grupal prenatal, que se realizan en diversas etapas de la gestación, son actividades educativas para un grupo no mayor a 10 gestantes y sus parejas o acompañantes, con la finalidad de dar apoyo cognitivo y emocional durante el proceso, dando la capacidad de aumentar el autocuidado, además de fortalecer la preparación física y emocional en el parto y próxima crianza. (Ministerio de Desarrollo Social, 2007)

Estos controles deben comenzar lo antes posible, incluso con la sospecha de embarazo, idealmente se debe consultar antes de la ausencia de la segunda menstruación o en su defecto antes de las 14 semanas de gestación, especialmente en personas con patologías médicas, antecedentes de aborto y malformaciones del tubo neural. Los objetivos que tienen son definir el estado actual de salud de la mujer y el feto junto con determinar la edad gestacional, detectar factores de riesgo psicosocial, evaluar riesgos y planificar el control en

relación a esto, también se entrega información para autocuidado y beneficios legales, y por último se realiza una conexión con diferentes áreas para entregar una atención integral, aquí es donde se hace la derivación a salud bucal, nutrición, salud mental, según corresponda. (Ministerio de Salud, 2015)

La información obtenida durante la primera visita o control nos posibilita calificar a la gestante dentro de los parámetros considerados normales o como portadora de un embarazo de alto riesgo (Ministerio de Salud, 2015) existiendo un consenso de los parámetros más relevantes para la asignación de riesgos, donde se encuentran las enfermedades maternas preexistentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus y abuso de sustancias entre otras, también influye una mala historia obstétrica, especialmente aborto a repetición, además se suman las complicaciones del embarazo actual como gestación múltiple, edad materna y sangrado vaginal, entre otras. Por último, se incluyen los resultados de parámetros de laboratorio. En la actualidad la asignación se basa en la historia clínica y ultrasonido, una vez realizada la asignación de riesgo las gestantes calificadas como de alto riesgo deben ser controladas en el nivel secundario y terciario con una frecuencia que va dependiendo de cada caso. (Ministerio de Salud, 2015)

Las acciones que se llevan a cabo en el primer control se basan en indagar sobre la historia clínica, pesquisar y analizar factores de riesgo psicosocial, también se realiza un examen físico general, segmentario y obstétrico junto con la solicitud de exámenes de laboratorio y para terminar se hacen indicaciones terapéuticas de condiciones biomédicas si es que corresponde, como suplementar con ácido fólico 3 meses antes y 12 semanas después de la concepción, se debe instruir acerca de hábitos alimentarios, en caso de existir asignación de riesgo se le da a conocer su estado y la planificación de cuidados personalizados, finalmente se hace educación en torno a síntomas y signos por los cuales debe consultar inmediatamente dependiendo el trimestre de la gestación. Durante el resto de los controles se realizará una actualización de la historia clínica y del examen físico incluyendo también un registro de IMC y toma de presión arterial, solicitudes de

exámenes según trimestre y educación según corresponda. (Ministerio de Salud, 2015)

Para complementar la salud prenatal existe el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, que considera un conjunto de actividades de apoyo nutricional de tipo preventivo y de recuperación para cumplir el propósito de lograr un desarrollo adecuado del embarazo, una lactancia exitosa los primeros meses de vida del niño o niña y crecimiento normal (PNAC), se hace entrega de alimentos complementarios, adecuados a la edad, situación fisiológica, nutricional, condición de prematurez y morbilidad asociada, donde en el caso de gestantes se entrega la “purita mamá” que está hecha en base a leche, lácteos y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, ácidos grasos como el omega 3, bajo en sodio y grasa. Este programa se divide en subprogramas donde el PNAC “básico” incluye a gestantes dentro de los parámetros normales, sobrepeso u obesidad, entregándoles 1 paquete de “purita mamá” y en el PNAC “refuerzo” se incluyen a las gestantes de bajo peso donde se le entregan dos paquetes de “purita mamá”. (Ministerio de Salud, 2011)

En el año 2016 se constata un ingreso al programa prenatal de 169.360 usuarias de manera nacional donde sólo 2.997 usuarias de alto riesgo obstétrico asistieron a talleres de educación prenatal, (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2007) En torno a control con consulta nutricional en el año 2018 se publicaron los datos preliminares nacionales en donde 1.404 gestantes se atienden por malnutrición por déficit (bajo peso), 15.880 atendidas por malnutrición por obesidad y 14.686 gestantes por sobrepeso.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. Metodología elegida

El estudio es de tipo cuantitativo, ya que los datos analizados serán medidos de forma numérica y se elaborarán estadísticas, también será descriptivo debido a que describe las características de una sola muestra, observacional, ya que no existe intervención de parte de los investigadores o manipulación de los factores del estudio, y además, es un estudio transversal porque se analizarán datos sólo en el segundo semestre del año 2022, sin tener la intención de mantener el seguimiento de las gestantes sujetas al estudio.

2. Diseño de investigación

Es de tipo cuantitativo porque se recogerán datos entregados por las gestantes a través de un cuestionario, transversal porque se estudiarán las características de la población en un momento específico sin seguimientos anteriores o futuros, también es descriptivo y observacional porque no se intervendrá la población.

2.1 Universo

El universo del estudio estuvo constituido por 7.932 gestante, este número se estimó tomando en cuenta los registros oficiales del DEIS respecto al número de gestantes entre 20 y 44 años, que fueron atendidas en el control prenatal del CESFAM Santa Laura de la comuna El Bosque durante el año 2020.

2.2 Muestra

La muestra fue de 17 mujeres embarazadas entre 20 y 44 años, que corresponden al 0,21% del universo la cual se tuvo de manera probabilística. El total de la muestra cumple con los requisitos de inclusión para ser parte de este estudio.

2.3 Tipo de muestreo

El muestreo es no probabilístico por conveniencia pues se decide según los objetivos del estudio. Las mujeres embarazadas serán seleccionadas según la facilidad de acceso que tuvieron para participar en la encuesta, ya que esta fue enviada a los teléfonos celulares de cada participante.

Unidad de análisis

Mujeres gestantes entre los 20 y 45 años que asisten al centro de Salud Familiar Santa Laura de la comuna El Bosque.

2.4 Unidad de muestreo

Gestantes pertenecientes al Centro de Salud Familiar Santa Laura de la comuna de El Bosque.

2.5 Tiempo

La investigación fue realizada durante el segundo semestre del año 2022.

2.6 Criterios de inclusión y exclusión

2.6.1 Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes que reciban atención en el CESFAM Santa Laura de la comuna El Bosque.
- Mayores de 18 años de edad.
- Gestantes con edad gestacional ≤ 38 semanas de gestación.
- Gestantes en embarazo único.
- Mujeres chilenas o inmigrantes que hablen español.
- Mujeres que cuenten con teléfono móvil inteligente.

2.6.2 Criterios de exclusión

- Mujeres con gestación múltiple.

2.7 Conceptualización y operacionalización de variables

Variables	Conceptualización de la variable	Dimensiones	Operacionalización de la variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Número de años cumplidos	Se medirá en años
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un Estado o nación	País de nacimiento	Se medirá mediante verbalización
Ocupación	Actividad o trabajo realizado	<ul style="list-style-type: none">• Situación ocupacional actual	Medido en: <ul style="list-style-type: none">• Trabajadora independiente• Trabajadora dependiente• Estudiante• Dueña de casa

			<ul style="list-style-type: none"> • Desempleada • Otros
Antecedentes gineco-obstétricos	Información sobre la salud reproductiva y sexual de la persona gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional • Paridad • Patología en embarazos anteriores 	Medido en: <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional actual en semanas • Gestaciones en número actual • Diabetes gestacional, preeclampsia, restricción de crecimiento intrauterino o colestasis intrahepática en embarazos previos.
Estado nutricional	Datos antropométricos. Estudio cuantitativo de las características físicas de las gestantes	Peso pregestacional, talla, índice de masa corporal (IMC)	Peso auto informado en kg y talla en metros. IMC clasificado como: <ul style="list-style-type: none"> • Bajo peso • Normopeso • Sobrepeso • Obesidad
Antecedentes mórbidos	Enfermedades de la gestante a lo largo de su vida	Patologías actuales	Medido en: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Hipertensión • Diabetes • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo • Resistencia a la insulina • Lupus • Artritis • Ausencia de condiciones o patologías • Otros
Suplementación	Aporte de sustancias nutricionales complementarias a la dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición complementaria durante el embarazo 	Medido en: <ul style="list-style-type: none"> • Confer • Purita mamá • Maltofer fol • Natabec

			<ul style="list-style-type: none"> • Naticare • Prenavit • Sulfato ferroso • Supradyn Prenatal • Otros
Conocimientos en nutrición	Comprensión de la usuaria referente a la salud en la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre el peso antes y durante el embarazo 	Medidos en <ul style="list-style-type: none"> • Peso de la madre antes y durante el embarazo afecta la salud del feto • Aumento de peso recomendado depende del peso anterior al embarazo • Rango de aumento de peso en kg durante el embarazo
Características socioeconómicas	Nivel socioeconómico	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educacional (NE) • estado civil (EC) • ingreso familiar (IF). 	Medidos en: <ul style="list-style-type: none"> • NE: básico, Medio, Superior • EC: viudo, soltero, casado, divorciado • IF: mensual por hogar
Prácticas alimentarias	Grupos de alimentos que consumen por día o semana.	Frecuencia de consumo.	Medidos en: <ul style="list-style-type: none"> • Nunca • 1 vez • 2 veces • 3 veces • 3 veces o más • Todos los días

3. Descripción de las técnicas e instrumentos

3.1 Recolección de datos

La recolección de la información se obtuvo de fuente primaria de mujeres gestantes del CESFAM Santa Laura de la comuna El Bosque.

Se utilizó como instrumento 2 cuestionarios en formato digital, donde la primera encuesta constó de 16 preguntas, de las cuales 2 fueron preguntas abiertas y 14 preguntas cerradas y selección múltiple, el cuestionario abarcó sólo un ítem que trata sobre prácticas de autocuidado alimenticio, el cual incluyó la frecuencia de consumo de verduras, frutas, legumbres, agua, alimentos con sellos, snacks, comida chatarra, lácteos, pescados, sal, bebidas azucaradas y frituras.

1. La segunda encuesta constó de 55 preguntas, de las cuales 11 fueron preguntas abiertas y 44 preguntas cerradas y selección múltiple, el cuestionario abarcó 10 ítems los cuales evalúan antecedentes sociodemográficos (edad, IMC, nacionalidad, cantidad de personas que constituyen el hogar, estudios y ocupación), características obstétricas (edad gestacional, examen de orina alterado, paridad, cesárea anterior, suplementos, patología anteriores y actuales), fármaco (tipo de fármaco y suplemento), prácticas generales del autocuidado (asistencia a controles y uso de medios de Chile Crece Contigo), generalidades en el embarazo (conocimiento del peso antes y durante la gestación), barreras con respecto al autocuidado durante el embarazo (consumo de fruta, verduras, agua, azúcar y sal, seguimiento de recomendaciones sobre estado nutricional, percepción del estado nutricional y ayuda nutricional), antecedentes obstétricos (hábitos anteriores y actuales, menarquia, red de apoyo y antecedentes de salud mental), nivel socioeconómico (escolaridad y ocupación), estudio de bienes y opinión de la encuesta.

3.2 Procesamiento de la información

Los datos fueron procesados utilizando el programa Excel.

3.3 Análisis de los datos

Se realizó un análisis de estadística descriptiva.

3.4 Resguardo Ético

Cumpliendo con lo establecido en la Ley 20.120 sobre investigación científica en humanos, su genoma y prohibición de la clonación humana, el proyecto se sometió a la revisión del Comité ético científico de la Universidad San Sebastián y la Universidad de Valparaíso, al Comité ético

científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur y al comité ético Científico del Servicio de Salud Aconcagua.

4. Validación de instrumentos

El instrumento fue generado considerando las variables indicadas anteriormente, y los objetivos planteados para el estudio. El documento resultante se encuentra presentado en el Anexo de este documento. Dicho instrumento utilizado para este estudio consta de un cuestionario que fue validado en un estudio piloto realizado en 36 gestantes de la comuna de Conchalí, en el marco de un proyecto de políticas públicas financiado por el IPSUSS.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Exposición de resultados y análisis de datos.

1.1 Perfil de la gestante

1.1.1 Datos personales

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.

	n°	% (porcentaje)
Edad		
Menor a 18 años	0	0%
Entre 18 a 35 años	13	81,25%
Mayor a 35 años	3	18,75%
Nacionalidad		
Chilena	13	81,25%

Venezolana	1	6,25%
Ecuatoriana	1	6,25%
Peruana	1	6,25%
Ocupación		
Estudiante	0	0%
Trabajadora dependiente	9	56,25%
Trabajadora independiente	1	6,25%
Dueña de casa	4	25%
Desempleada	2	12,5%

Fuente: elaboración propia

Las mujeres del estudio pertenecen al CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque donde el 81,25% se encuentran en edad reproductiva de bajo riesgo y corresponden a nacionalidad Chilena. Por otra parte el 18,75% se encuentra en un rango etario mayor a 35 años.

1.1.2 Antecedentes mórbidos y estado nutricional

Gráfico 1. Morbilidades presentes en gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.

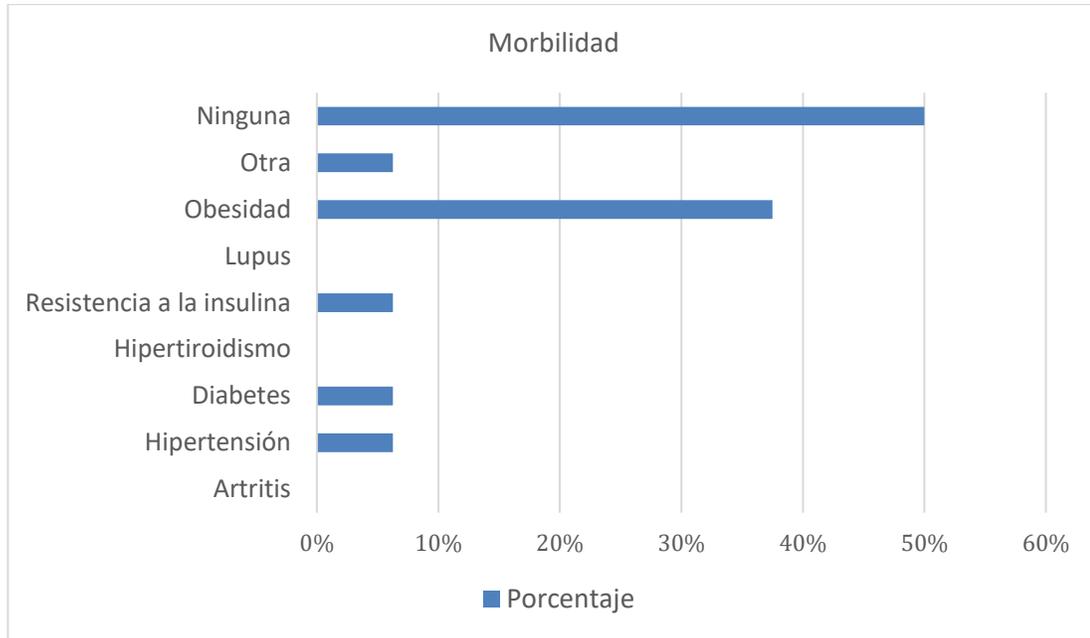
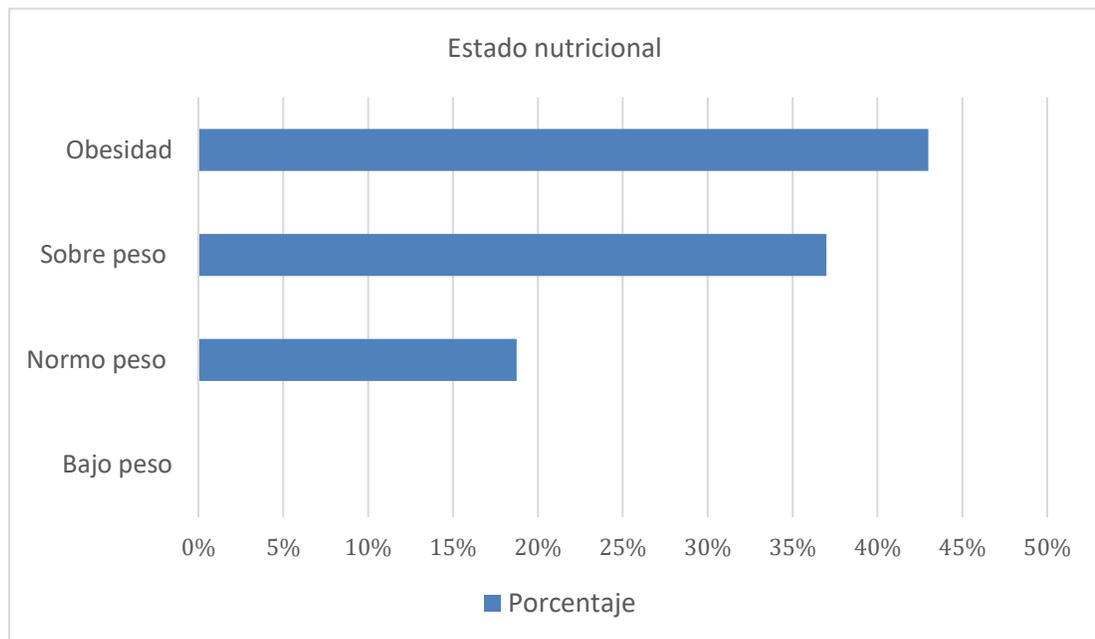


Gráfico 2. Estado nutricional de gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022



El estado nutricional predominante dentro de la población encuestada es la obesidad, correspondiendo al 43,75% de la totalidad, por otra parte un 37,5% se encuentra sobre peso y sólo un 18,75% en estado de normo peso.

1.1.3 Antecedentes Gineco obstétricos

Tabla 2. Información sobre la salud reproductiva y sexual de las gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.

	n°	% (porcentaje)
Edad gestacional		
<12 semanas	8	50%
12-28 semanas	7	43,75%
>28 semanas	1	6,25%
Numero de gestaciones		
G1	5	31,25%
G2	7	43,75%
G3	1	6,25%
G4 o más	3	18,75%
Patología en gestación anterior		
Diabetes	3	18,75%
Preeclampsia	2	12,5%
RCIU	1	6,25%
Colestasia intrahepática	0	0%
Ninguna	5	31,25%
No he tenido embarazos previos	5	31,25%

Fuente: elaboración propia

Un 50% de las encuestadas está en el primer trimestre de gestación. El 31,25% son primigestas. Un 12,5% tuvo preeclampsia en la gestación anterior, el 6,25% tuvo restricción de crecimiento intrauterino y un 18,75% presentó diabetes.

1.2 Suplementación

Tabla 3. Aporte de sustancias nutricionales complementarias a la dieta que consumen las gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.

	n°	% (porcentaje)
Confer	0	0%
Purita mama	1	6,25%
Maltofer for	0	0%
Natabec	0	0%
Naticare	0	0%
Prenavit	0	0%
Sulfato ferroso	5	31,25%
Supradyn prenatal	0	0%
Omega 3	1	6,25%
Otros	3	18,75%
Ninguno	9	56,25%

Fuente: elaboración propia

Con un 31,25% el suplemento predominante que consumen las gestantes es el sulfato ferroso y en minoría con un 6,25% el Omega 3 y Purita mamá. Por otra parte un 56,25% no consumen ninguno de ellos. Cabe mencionar que, en estos resultados hay gestantes que incluyen más de un suplemento en su dieta.

1.3 Alimentación

1.3.1 Ingesta de los distintos grupos de alimentos

Tabla 4. Ingesta de grupos de alimentos y líquidos que consumen las gestantes que se atienden en los CESFAM de la comuna de El Bosque, 2022.

	n°	% (porcentaje)
Verduras	1 vez al día	47%
Frutas	1 vez al día	41,1%
Legumbres	1 vez a la semana	47%
Snacks empacados dulces	A veces	58,8%
Snacks empacados salados	Casi nunca	70,5%
Comida chatarra preparada	A veces	52,9%
Pescado	1 vez a la semana	58,8%
Frituras	1 o 2 veces al mes	58,8%
Alimentos con sellos	A veces	52,9%
Sal extra a las comidas	No lo hago	64,7%
Agua	1 o 2 vasos al día	41,1%
	3 a 5 vasos al día	41,1%
Lácteos descremados sin azúcar	1 vez por día	35,2%
Bebidas con azúcar	A veces	47%
Bebestibles con endulzante	Nunca	41,1%

Fuente: elaboración propia

Un 70,5% de las gestantes casi nunca consume snacks empaquetados salados, además, un 52,9% consume comida chatarra a veces, y el 58,8% consume frituras una

o dos veces al mes. Por otro lado, un 47% y un 41,1% consume verduras y frutas 1 vez al día despectivamente.

1.4 Conocimientos de autocuidado nutricional de la gestante

- **Tabla 5. Conocimientos sobre el peso antes y durante el embarazo de las gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.**

	n°	% (porcentaje)
Peso de la madre antes y durante del embarazo afecta al feto		
Verdadero	12	75%
Falso	1	6,25%
No se	3	18,75%
Incremento recomendado del peso durante el embarazo		
12-18 KG	0	0%
10-13 Kg	3	18,75%
7-10 Kg	7	43,75%
6-7 Kg	5	31,25%
No se	1	6,25%
El aumento de peso recomendado depende del peso anterior a la gestación		
Verdadero	11	68,75%
Falso	3	18,75%
No se	2	12,5%

Fuente: elaboración propia

Un 75% de las gestantes posee conocimientos correctos relacionado a que el peso antes y durante la gestación afecta al feto y un 18,75% no tiene conocimientos acerca de la información anterior. Un 68,75% reconoce que el aumento de peso recomendado es dependiente del peso previo a la gestación.

1.5 Herramientas que ayuden en el autocuidado de las gestantes

Tabla 6. Uso de aplicación y pagina web de Chile crece contigo de las gestantes que se atienden en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque, 2022.

	n°	% (porcentaje)
Utiliza la aplicación de Chile crece contigo		
Nunca	14	87,5%
Raramente	0	0%
Ocasionalmente	2	12,5%
Frecuentemente	0	0%
Siempre	0	0%
Visita la página web de Chile crece contigo		
Nunca	12	75%
Raramente	0	0%
Ocasionalmente	4	25%
Frecuentemente	0	0%
Siempre	0	0%

Fuente: elaboración propia

Los resultados de la tabla nos muestran que un 87,5% de las encuestadas nunca ha utilizado la aplicación Chile Crece Contigo y un 75% jamás ha ingresado a la página web, el 12,5% y el 25% respectivamente, solo hace uso de estas plataformas de manera ocasional.

2. Discusión de los resultados

De acuerdo con la interrogante planteada; ¿Cuáles son los conocimientos, prácticas y estado nutricional de gestantes que se atienden en el CESFAM Santa

Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022? Y al análisis de los resultados obtenidos, es posible señalar lo siguiente:

El 81,25% de las encuestadas se encuentra dentro de un rango etario fuera de riesgos relacionados con la gestación (Ministerio de Salud, 2018), por lo que se esperaría que los resultados se orientaran a un embarazo de bajo riesgo y dentro de los límites de la normalidad, sin embargo, estos apuntan en otra dirección respecto a los hábitos alimenticios y estado nutricional, ya que, el 43,75% presenta obesidad según IMC, pero solo un 38% reconoce tenerla, cabe mencionar que el 37,5% se encuentra con un IMC de sobrepeso, lo que corrobora el aumento de mal nutrición por exceso que planteó el Ministerio de Salud en el año 2018 referente a las gestantes atendidas en el sistema público de salud que presentaron un 65,49% de sobrepeso y obesidad (Ministerio de Salud, 2018).

Hipertensión y diabetes son los dos cuadros de morbilidad predominantes posterior a la obesidad, el 6,25% (n=1) de las gestantes tienen diabetes, mientras que un 6% declara sufrir de hipertensión, cabe destacar que mediante el último catastro nacional un 31,3% de las personas con hipertensión arterial no conoce su condición, lo que podría ser significativo en nuestra población encuestada.

En la encuesta realizada un 58,8% de las gestantes afirmó comer frituras 1 o 2 veces al mes y un 52,9% contestó que a veces consume comida chatarra preparada, por otro lado, la guía entregada por Chcc recomienda evitar consumir frituras y en lo ideal disminuir el consumo de grasas saturadas, ya que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Chile crece contigo, 2018). Según el índice de alimentación saludable (Chile crece contigo, 2018) existen recomendaciones de consumo de algunos alimentos en forma diaria, como lo es el caso de frutas y verduras de las cuales se sugiere ingerir cinco porciones, en relación a la encuesta, un 41,1% y 47% de las gestantes declaran que consumen frutas y verduras una vez al día respectivamente, frecuencia que está por debajo de las recomendaciones de las guías alimentarias nacionales. Las guías alimentarias también recomiendan ingerir entre seis a ocho vasos de agua al día, en este estudio se observó que el 41,1% de las gestantes ingiere de tres a cinco

vasos de agua en el día. Respecto al consumo de pescado y legumbres, se recomienda su consumo al menos dos veces a la semana, de la encuesta aplicada se observó que tan solo el 5,8% cumple con los requerimientos adecuados, pues el 47% y 58,8% consume legumbres y pescados una vez a la semana respectivamente.

Luego de analizar los resultados del consumo de bebestibles, pudimos observar que predomina el consumo de lácteos descremados sin azúcar 1 vez al día (35,2%) y 2 veces al día (27,7%), según las recomendaciones del MINSAL (Chile crece contigo, 2018) se deben consumir tres veces al día, en donde se da como opción la Purita Mamá. Por otro lado, los resultados observados respecto a las bebidas con azúcar, el 47% indica consumir a veces este producto, referente a esto el MINSAL indica que se debe evitar el consumo excesivo de bebidas azucaradas como las gaseosas (Chile crece contigo, 2018), pero también señala que es preferible el consumo de jugos de frutas. Un porcentaje similar correspondiente al 41,1% mencionó que nunca consume bebestibles con endulzante.

En cuanto al consumo de sustancias nutricionales complementarias el 56,25% de las encuestadas no consume ningún suplemento alimenticio, un 18,75% incorporó a su dieta suplementos no especificados, un 31,25% consume sulfato ferroso el cual disminuye en el organismo desde la semana 16 de gestación, ya que, la masa de glóbulos rojos y el volumen sanguíneo se expanden aumentando el requerimiento de esta (Chile crece contigo , s.f.), el 6,25% consume omega 3, el 50% de las gestantes se encuentra con menos de 12 semanas de gestación, es por esto que debieran incorporar como suplemento esencial ácido fólico (Chile crece contigo , s.f.), sin embargo, ninguna indica el consumo de este y tan solo un 6,25% ingiere Purita Mama, la cual es una bebida láctea brindada a todas las gestantes de forma gratuita e independiente de su previsión de salud, tiene beneficios tanto para la madre como para el feto y es entregada en los establecimientos de atención primaria en salud.

Al observar los resultados sobre los conocimientos que tienen las gestantes sobre su autocuidado, se evidencia que el 75% reconoce que el peso de la madre antes y durante el embarazo afecta al feto y un 68,75% afirma que el aumento del peso recomendado depende del peso anterior a la gestación. En la Guía Perinatal 2015 (Ministerio Salud, 2019) se menciona que en Chile, el aumento indicado es dependiente del IMC y el diagnóstico nutricional que se realiza en los controles prenatales, por lo que hay una recomendación de incremento de peso para cada IMC. Al analizar los datos, se evidencia que 9 de las 17 mujeres encuestadas acertaron al incremento de peso recomendado que les corresponde, por lo que 7 de ellas erraron en su respuesta.

Al revisar los datos sobre uso de plataformas de Chile Crece Contigo, obtenemos que un 87,5% de las gestantes encuestadas no ha utilizado nunca la aplicación, y un 75% no ha visitado la página web. Además, entre el 12,5% y el 25% respectivamente solo las utiliza de forma ocasional.

Según un informe publicado en el año 2014, por lo general se maneja más la información sobre los implementos que entrega el Programa de Apoyo al Recién Nacido (PARN) que habla acerca de los talleres y las actividades que se realizan (Chile Crece Contigo , 2014), por ende hay menos información sobre las plataformas de ChCC. De la muestra total utilizada para dicho informe, “un 69% de las encuestadas afirma haber recibido información de la existencia de talleres. El lugar de información sobre la existencia de talleres, se tiene que un 82% fue en los consultorios y un 15,7% en el hospital. Y En general un 52% del total de encuestadas asistió a los talleres ofrecidos por el PARN, la mayoría en consultorios: 60,3%.” (Chile Crece Contigo , 2014)

Si bien dentro de la atención primaria y/o secundaria se realizan distintos talleres del programa Chile Crece Contigo según la edad gestacional de las mujeres, dentro de la metodología descrita en el manual, no se incluye la difusión de estas plataformas o su modo de uso para facilitarles dicha información a las gestantes (Programa de Salud de la Mujer - Chile Crece Contigo, 2018) para así aumentar el ingreso a estas y aprovechar los recursos que entregan, como datos acerca

de los cambios físicos semana a semana, controles prenatales, lactancia y sus beneficios, entre otros. (Contigo, s.f.)

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Respondiendo a la pregunta de investigación, se puede concluir entonces que las usuarias gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022 poseen en su mayoría conocimientos consistentes y correctos referentes a la influencia del peso en la gestación tanto antes como en el transcurso de ella, por otra parte las prácticas alimentarias de las usuarias no se alejan de las recomendaciones del Ministerio de Salud, predominando el consumo de alimentos nutritivos por sobre los que no benefician a la dieta, pero sin especificar la auto percepción de las porciones consumidas, sin embargo, y al contrario de lo que se esperaría, esta situación está lejos de ser la óptima, viéndose evidenciado principalmente en el estado nutricional, medido por el IMC y clasificado en cuatro categorías que se asocian a riesgo y/o beneficios, en nuestro país y en este estudio las categorías predominantes son sobre peso y obesidad que conducen a una mal nutrición por exceso, es conocido que está directamente relacionada con prácticas alimentarias poco saludables, lo que hace cuestionar la veracidad de las respuestas en relación a las practicas alimentarias y a las distintas interpretaciones por parte de cada usuaria en cuanto a porciones que deben consumir, se hace importante analizar otras aristas del problema que podrían estar influyendo tales como el acceso a los alimentos recomendados, acceso a información, falta de tiempo y variedad de dietas que sean alcanzables económicamente para todas las gestantes. Se observa que en esta problemática juega un rol importante la adherencia al control preconcepcional, para que una gestación se desarrolle de la mejor manera sin comprometer la unidad materno fetal, pues la preparación previa a la gestación permitiría concepciones con enfermedades de base tratadas y controladas además de una buena educación previa referente a hábitos saludables y prácticas alimentarias ideales según lo recomendado y enfocado en cada usuaria. Para comprometerse con cualquier tipo de hábito se requiere un tiempo de adaptación para adquirir correctamente todos los requerimientos del

embarazo, es por esto que considerando los cambios ya vividos de forma fisiológica en este proceso, incorporar nuevos cambios es una carga significativa y desgastante para la usuaria. Con esto, se sugiere realizar más investigaciones con el fin de poder reforzar e ir actualizando la información que ha sido recaudada y analizada en esta investigación, y junto con esto, realizar en las encuestas preguntas con mayor precisión para poder favorecer y facilitar el estudio, logrando tener un resultado más certero, así mismo, es de suma importancia poder indagar en diferentes regiones y comunas para así ampliar el público objetivo.

Por otra parte, se demuestra necesario activar políticas públicas en favor a la nutrición de las gestantes y al fortalecimiento de los controles preconcepcionales, pues el peso previo al embarazo es un determinante durante la gestación respecto a las distintas patologías que conlleva, además del alto índice de obesidad y sobrepeso arrojado en las encuestas.

Asimismo, hacer más visibles las plataformas de ayuda y entregar más información a las usuarias de estas, como la página web de Chile Crece Contigo, junto con su aplicación para así favorecer el conocimiento y mayor autonomía de las gestantes durante todo su proceso.

CAPITULO VI: ANEXOS.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE TITULACIÓN

1. Identificación del autor.

<p>Nombre (s): Angela Danae Díaz Leighton Dirección: Nuestra Señora De La Merced 0447, Villa Aires del Maipo, Isla de Maipo Teléfono: 971755123 Email: aaaange.20@gmail.com</p>
<p>Nombre (s): María José Escobar Placencia Dirección: Orongo 2613, San Bernardo Teléfono: 981400333 Email: cote.escobar2508@gmail.com</p>
<p>Nombre (s): Romina Alejandra Fuenzalida Rivas Dirección: Cerro Santa Lucía 1765, Puente Alto Teléfono: 976828596 Email: romifuenzalida12@gmail.com</p>
<p>Nombre (s): Javiera Soledad Lillo Salgado Dirección: Meulin 3317, Maipú Teléfono: 979302435 Email: javieralillos14@gmail.com</p>
<p>Nombre (s): Florencia Cristina Osses Martínez Dirección: Suiza 2063, Providencia Teléfono: 987761195 Email: flo.ossesm19@gmail.com</p>
<p>Nombre (s): Trinidad Belén Pizarro Carreño Dirección: San Beatriz 50, Providencia Teléfono: 941978752 Email: pizarrotrini@gmail.com</p>

--

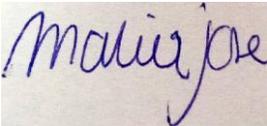
Nombre (s): Sofía Isidora Valverde Miqueles Dirección: Lynch Norte 330, La Reina Teléfono: 964010535 Email: sofiavalverde2701@gmail.com

2. Identificación del Trabajo de Titulación.

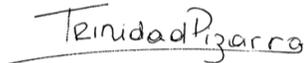
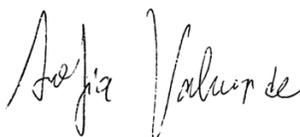
Título: Conocimientos, prácticas alimentarias y estado nutricional de gestantes atendidas en el CESFAM Santa Laura de la comuna de El Bosque en el año 2022 Facultad: Universidad San Sebastián Carrera: Obstetricia y Matronería Título o grado al que opta Licenciatura de Obstetricia y Matronería Profesor guía: Delia Indira Chiarello Fecha de entrega: 6 de diciembre del año 2022

3. A través del presente formulario se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra con fines académicos, por cualquier forma, medio o procedimiento, siempre y cuando se incluya la cita bibliográfica del documento.

Autorizo su publicación (marcar con una X según corresponda).	
<input checked="" type="checkbox"/>	Inmediata.
<input type="checkbox"/>	Desde esta fecha: _____ (mes/año).
<input type="checkbox"/>	NO autorizo su publicación completa, solo resumen y metadatos.

Nombre, firma y Rut autor (es).		
Angela Danae Díaz Leighton 20.424.209-7	María José Escobar Placencia 20.594.714-8	Romina Alejandra Fuenzalida Rivas 19.513.634-3
		

--	--	--

<p>Javiera Soledad Lillo Salgado 20.466.924-4</p> 	<p>Florencia Cristina Osses Martínez 20.075.996-6</p> 	<p>Trinidad Belén Pizarro Carreño 20.456.993-2</p> 
<p>Sofía Isidora Valverde Miqueles 20.169.028-5</p> 		

Referencias

- Martínez, R., Jiménez, A., Peral, Á., Bermejo, L., & Rodríguez, E. (28 de Diciembre de 2020). Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. *Nutrición Hospitalaria, volumen 37(2)*, 38-42. <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v37nspe2/1699-5198-nh-37-spe2-00038.pdf>
- Vio, F., & Kain, J. (2019). Descripción de la progresión de la obesidad y enfermedades relacionadas en Chile. *Rev Med Chile*, 1114-1121.
- Petermann-Rocha, F., Martínez-Sanguinetti, M., Villagrán, M., Ulloa, N., & Nazar, G. (2020). Desde una mirada global al contexto chileno: ¿Qué factores han repercutido en el desarrollo de obesidad en Chile? (Parte 1). *Rev Chil Nutr*, 299-306.
- Ministerio de salud. (2021).
- Departamento de Estadísticas e Información de la Salud. (2018-2019).
- Ministerio de Salud. (2015). Guía Perinatal.
- Suarez, J., & Gutiérrez, M. (2012). Caracterización antropométrica y nutricional de gestantes que inician el embarazo con bajo peso. *Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas*.
- Ministerio Salud. (2019). *Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de Chile*.
- Bhattacharya, S., Campbell, M., Liston, W., & Bhattacharya, S. (2007). *Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies*.
- Fernandez, E. (2021). *Hábitos alimentarios y factores socioculturales en gestantes. Una propuesta de educación nutricional en la ciudad de Melilla*. Melilla.
- Martinez, J. (2020). Estilos de vida durante el embarazo, parto y puerperio. *Dialent*.
- Elige Vivir Sano. (2021). *Radiografía de la alimentación en Chile*.
- Claros, D., & Mendoza, L. (2016). Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes, y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. *Revista chilena de obstetricia y neonatología*, 480-488.
- Silva-López, M., & Hernandez-Patiño, I. (2020). Fetal programmig, intrauterine toxic stress and consequences on the product. *Scielo*.
- Barker, D. (1998). *Mothers, babies and health in later life*. New York: Churchill Livingston.
- Elige Vivir Sano. (2020). *Estrategia nacional cero obesidad para detener el aumento de la obesidad en Chile al año 2030*.
- Chile Crece Contigo. (2017). *Nota técnica para implementación de la extensión de Chile Crece Contigo*.
- Ministerio de Salud. (2017). *Política Nacional de alimentación y nutrición* .
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2021). *Elige vida sana (Ex vida sana)*.
- Barbosa-Ruiz, R., Dominguez-Quintela, M., Gómez-Gómez, G., Monjo-Zarate, C., Salinas-López, C., & Torres-Blas, R. (2005). Conocimientos de mujeres

- gestantes sobre los requerimientos nutricios en el embarazo. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 3-7.
- Herrera, L., Herrera, B., & Gutiérrez, R. (2021). Aspectos culturales que influyen en las creencias alimentarias de mujeres embarazadas. *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 12(1).
- Torres, L., Ángel, G., Calderon, G., Fabra, J., López, S., Franco, M., Bedoya, N., & Ramírez, D. (2012). Conocimientos y prácticas alimentarias asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. *Perspectiva de Nutrición Humana*, 14(2), 185-198.
- Sánchez-Jimenez, B., Sámano-Sámano, R., Pinxón-Rivera, I., Balas-Nakash, M., & Perichart-Perera, O. (2010). Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 11(2).
- Ministerio de Salud. (2011). *Manual de programas alimentarios*.
- Orane, A. (2016). *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD*, 6(6).
- Ministerio de Desarrollo Social. (2007). *Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial - CHCC*.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2007).
- Cereceda, M., & Quintana, M. (2014). Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 153-159.
- López-Caudana, A., Romero-Pascual, I., Leyva-López, A., & Zamorano-Andrés, A. (2018). Consumo de suplementos, hierro y ácido fólico en la etapa pre-gestacional y durante el embarazo en mujeres mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 23-33.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2016). *Ingresos de gestantes al programa prenatal, por Región y Servicio de salud, SNSS 2016 (Datos preliminares)*.
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal*.
- OMS. (9 de June de 2021). *Obesidad y sobrepeso*. WHO | World Health Organization: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Navia, B., Perea, J., & Requejo, A. (2016). *Estudio de hábitos alimentarios y conocimientos nutricionales en embarazadas de distintas áreas de salud de la Comunidad de Madrid*. Madrid.
- Braun, J. (2007). Nutrición en las diferentes etapas de la vida. *McGraw-Hill Interamericana*, 80-113.
- Romo, M., López, D., López, I., Morales, C., & Alonso, K. (2005). En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI. *Revista Chilena de nutrición*, 32, 60-65.
- Gabbe, S., Niebyl, J., Simpson, J., Landon, M., & Galan, H. (2012). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Philadelphia: Philadelphia, Pa. : Elsevier : Saunders, 2012.
- Redondo, C., Santamaría, A., Mazaira, J., Ortiz, M., & De Rufino, P. (2013). Crecimiento fetal, nutrición de la embarazada y teoría del programming fetal. *Bol Pediatr*, 2-12.

- OMS. (2018). *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*.
- Cruz, R., Ramírez, C., Sanchez, S., Sánchez, J., Zavaleta, N., & Peralta, M. (2008). *Guía Práctica Clínica*. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Friis, H., Gomo, E., Nyazema, N., Ndhlovu, P., Krarup, H. K., & Michaelsen, K. (2004). *Effect of multimicronutrient supplementation on gestational length and birth size: a randomized, placebo-controlled, double-blind effectiveness trial in Zimbabwe*. PubMed.
- Shah, P., & Ohlsson, A. (2009). *Effects of prenatal multimicronutrient supplementation on pregnancy outcomes: a meta-analysis*. PubMed.
- Alwan, N., Greenwood, D., Simpson, N., McArdle, H., & Cade, J. (2010). *The relationship between dietary supplement use in late pregnancy and birth outcomes: a cohort study in British women*. PubMed.
- Eijsden, M., Smits, L., Wal, M., & Bonsel, G. (2008). *Association between short interpregnancy intervals and term birth weight: the role of folate depletion*. PubMed.
- Hovedank, N., & Haram, K. (2012). *Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome*. PubMed.
- Roth, C., Magnus, P., Schjolber, S., Stolnber, C., Surén, P., McKeague, I., Smith, G., Reichbron-Kjennerud, T., & Susser, E. (2011). *Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children*. PubMed.
- Institute of medicine of the national academies. (2002). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. Washington, D.C.
- Sánchez, A. (2015). *Guía de alimentación para embarazadas*. España.
- Sánchez, A. (2015). *Guía de alimentación para embarazadas*.
- Sánchez, A. (2015). *Guía de alimentación para embarazadas*.
- Araya, H., & Ruz, M. (2007). *Evaluación del riesgo para vitaminas y minerales en alimentos fortificados*. Santiago.
- Gómez, E. (2016). *Influencia del programa educativo en el nivel de conocimiento sobre nutrición en gestantes de la organización social vaso de leche del distrito de el agustino, aciente alta*.
- Ministerio de Salud. (2018). *Informe encuesta nacional de salud 2016-2017: Diabetes Mellitus*. Santiago de Chile.
- Chile crece contigo. (2018). *Empezando a crecer: guía de la gestación y el nacimiento*.
- Chile crece contigo . (s.f.). *Chile crece contigo* . Cuidados prenatales : <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/cuidados-prenatales/>
- contigo, C. c. (s.f.). *Chile crece contigo*. cuidados prenatales: <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/cuidados-prenatales/>
- Chile Crece Contigo . (2014). *Programa de Apoyo al Recién Nacido: Estudio de Satisfacción Usuaría y construcción de línea base*. Santiago.
- Programa de Salud de la Mujer - Chile Crece Contigo. (2018). *Manual de talleres prenatales en la atención primaria de salud: Una herramienta para matronas y matrones*.

Contigo, C. C. (s.f.). *Chile Crece Contigo* . Temas y recomendaciones Relacionados:
<https://www.crececontigo.gob.cl/temas-y-recomendaciones/gestacion-y-nacimiento/>

hlsson, A. (2009). *Effects of prenatal multimicronutrient supplementation on pregnancy outcomes: a meta-analysis*. Obtenido de PubMed.

Alwan, N., Greenwood, D., Simpson, N., McArdle, H., & Cade, J. (2010). *The relationship between dietary supplement use in late pregnancy and birth outcomes: a cohort study in British women*. Obtenido de PubMed.

Eijsden, M., Smits, L., Wal, M., & Bonsel, G. (2008). *Association between short interpregnancy intervals and term birth weight: the role of folate depletion*. Obtenido de PubMed.

Hovedank, N., & Haram, K. (2012). *Influence of mineral and vitamin supplements on pregnancy outcome*. Obtenido de PubMed.

Roth, C., Magnus, P., Schjolber, S., Stolnber, C., Surén, P., McKeague, I., . . . Susser, E. (2011). *Folic acid supplements in pregnancy and severe language delay in children*. Obtenido de PubMed.