



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA NUTRICION Y DIETETICA**



**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA  
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO LICENCIADA EN NUTRICION Y  
DIETETICA.**

**TEMA DEL CASO CLINICO:**

**PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 27 AÑOS DE EDAD EN ESTADO DE  
GESTACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

**AUTORA:**

**GRACE MISHHELL BAÑOS SÁNCHEZ**

**TUTORA:**

**Dra. ROSARIO DEL CARMEN CHUQUIMARCA CHUQUIMARCA**

**BABAHOYO- LOS RIOS-ECUADOR**

**2021**

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
TITULO CASO CLINICO .....	III
RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
INTRODUCCION .....	VI
I. MARCO TEORICO .....	1
1.1. JUSTIFICACION .....	8
1.2. OBJETIVOS .....	9
1.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
1.3. DATOS GENERALES .....	10
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO .....	11
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente 11	
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	11
2.3. Examen físico (exploración clínica). .....	11
2.4. Información de exámenes complementarios realizados. ....	12
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo. ....	12
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar. ....	12
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales. ....	20
2.8. Seguimiento.....	20
2.9. Observaciones.....	21
CONCLUSIONES .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	23
ANEXOS .....	26

## **DEDICATORIA**

En el presente estudio del caso, me gustaría dedicárselo a mi DIOS por haberme permitido gozar de plena salud, por brindarme sabiduría para culminar con satisfacción un peldaño más en mi vida y fortaleza en este arduo camino.

A mis amados padres Alfonso Baños y Rita Sánchez gracias por todo el apoyo y esfuerzo que hicieron por mí para poder llegar a cumplir este sueño tan anhelado ya que cada acto de amor reflejado en sus acciones es un obsequio muy valioso que pueden ofrecerme como su hija del cual me siento muy afortunada de serlo. Mis hermanos Cristhian y Kathy por formar parte de este sueño que para mí será reflejar orgullo hacia mi familia.

**Grace Mishell Baños Sánchez**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi DIOS por permitirme llegar hasta aquí, por ser el pilar fundamental y nunca dejarme desfallecer pese a las adversidades, regocijándome de salud, sabiduría y poder culminar con este propósito. A mis padres por ser quien soy ahora, por confiar en mí y apoyarme en todo momento, estoy segura que gracias a sus enseñanzas conseguiré llegar lejos.

También agradezco a la Universidad Técnica de Babahoyo y a todos sus docentes que quienes con mucha paciencia supieron ejercer su rol como profesional y poder inculcarnos sus enseñanzas que a través del tiempo se pudieron plasmar en cada uno de nosotros como estudiantes.

Gracias a todas aquellas personas que ocupan un lugar en mi corazón que siempre estuvieron ahí para brindarme todo su amor y apoyo.

**Grace Mishell Baños Sánchez**

## **TITULO CASO CLINICO**

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD EN ESTADO DE GESTACIÓN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

## RESUMEN

El caso clínico a tratar es una paciente de 27 años de edad con 24 semanas de gestación que presenta hipertensión arterial con síntomas de cefalea migrañosa y antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial. El objetivo del presente estudio es mantener el control de la presión arterial en el embarazo a través del proceso de atención nutricional y tratamiento médico.

Se procedió a realizar la fórmula del peso preconcepcional estimado, y se obtuvo un valor de 69,9 kg, con el que se procedió a realizar a través de la fórmula de ganancia de peso dándonos un resultado de 6,1 que mediante las curvas se pudo observar que presenta ganancia de peso inadecuada por exceso en su nutrición,

Por tal razón, se procedió a realizar un respectivo plan nutricional distribuyendo 380 calorías en el desayuno, 439 calorías de la media mañana, 655 calorías en el almuerzo, 173 calorías en la media tarde y 453 calorías en la merienda dando como resultado 2100 kcal, cubriendo las necesidades calóricas durante el día, fraccionada en 5 tiempos de comida, por medio de la fórmula de Mifflin St Jeor.

Se le realizó el control de la presión arterial, al inicio tenía 139/89 mm Hg, mediante la intervención nutricional se pudo mantener el estado hipertensivo a 124/76 mm Hg, además del tratamiento médico con fármacos antihipertensivos como Metildopa y Ácido acetil Salicílico. Para concluir mediante el seguimiento se pudo comprobar su mejora con el tratamiento nutricional y se observó efectivamente que hay una mayor adherencia a la alimentación saludable, por ello es necesario establecer un patrón de alimentación para poder controlar ciertas complicaciones que pueden acarrear problemas futuros.

**Palabras Claves:** Hipertensión arterial, calorías, peso preconcepcional, plan nutricional, valoración nutricional.

## ABSTRACT

The clinical case to be treated is a 27-year-old patient with 24 weeks of gestation who presents with arterial hypertension with symptoms of migraine headache and a family pathological history of arterial hypertension. The objective of the present study is to maintain blood pressure control in pregnancy through the process of nutritional care and medical treatment.

The estimated preconception weight formula was carried out, and a value of 69.9 kg was obtained, with which it was carried out through the weight gain formula giving us a result of 6.1 that through the curves were was able to observe that they present inadequate weight gain due to excess in their nutrition,

For this reason, a respective nutritional plan was preceded by distributing 380 calories at breakfast, 439 calories in the morning, 655 calories in lunch, 173 calories in the afternoon and 453 calories in the snack, resulting in 2,100 kcal, covering the caloric needs during the day, divided into 5 meal times, by means of the Mifflin St Jeor equation.

Blood pressure was controlled, at the beginning it was 139/89 mm Hg, through nutritional intervention it was possible to maintain the hypertensive state at 124/76 mm Hg, in addition to medical treatment with antihypertensive drugs such as methyldopa and acetyl salicylic acid. To conclude, through follow-up, it was possible to verify its improvement with nutritional treatment and it was indeed observed that there is a greater adherence to healthy eating, therefore it is necessary to establish an eating pattern to be able to control certain complications that may lead to future problems.

**Key Words:** Hypertension, calories, preconception weight, nutritional plan, nutritional assessment.

## INTRODUCCION

En el presente estudio es el de una paciente de 27 años de edad en estado de gestación con hipertensión arterial, que presenta síntomas de cefalea migrañosa, con antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial.

Los trastornos de hipertensión en el embarazo influyen el 10% en las mujeres gestantes en el mundo. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

Los trastornos hipertensivos en el embarazo son la causa más importante de muertes entre madres embarazadas y sus bebés y discapacidad a largo plazo; siendo responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo, y se relaciona con un aumento de 20 veces en la mortalidad perinatal. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

En los países desarrollados la tasa de preeclampsia cambia entre 5% y 10%, pudiendo lograr alcanzar un 18% en países que se encuentran en vías de desarrollo. Siendo la preeclampsia la causa principal de morbilidad materna fetal en el mundo. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

La hipertensión arterial en el embarazo es una importante causa de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte en madres, fetos y recién nacidos. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

En países en vías de desarrollo, la preeclampsia constituye en defunciones maternas entre un 40% y un 80%. En mujeres con preeclampsia las muertes de recién nacidos con frecuencia se relacionan a la limitación del crecimiento intrauterino y a los partos pretérminos. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2015)

El desarrollo del caso clínico es importante para la protección de la embarazada y del niño, asegurando así la calidad de vida por lo cual el objetivo de este estudio es evitar las complicaciones de la hipertensión arterial en el embarazo a través de proceso de atención nutricional.



## **I. MARCO TEORICO**

### **EMBARAZO**

El embarazo es la fase funcional de la mujer que comprende desde el instante de la fecundación y finaliza en el momento del parto y la concepción del niño. (Secretaria de Salud, 2001)

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La fuerza que presiona la sangre sobre la pared arterial se llama presión arterial. Cuanto mayor sea la presión en la sangre, más esfuerzo deberá realizar el corazón. (Organizacion Mundial de la Salud, 2015)

La OMS define a la hipertensión arterial tanto para la embarazada como tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg (sistólica) o 90 mm Hg (diastólica), dividida en dos tomas con un intervalo de 4 a 6 horas. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

### **VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

#### **Indicadores del estado nutricional materno.**

##### **Peso preconcepcional**

Para conocer el peso preconcepcional estimado a partir de las 13 semanas de gestación se obtiene de la resta del peso actual y el incremento de peso estimado el mismo que se logrará a través de la tabla de determinación del peso preconcepcional estimado del MSP. **(ANEXO 1)** (MSP, 2012)

Uno de los factores que incide en el estado nutricional de la gestante es el peso preconcepcional, incluso en forma independiente del incremento de peso materno. De igual forma, este es el mejor predictor del peso del bebé al nacer

y es significativamente relacionado con el peso del feto. (Ministerio de Salud y Deportes, 2014)

El estado nutricional preegestacional y la ganancia de peso durante la gestación son los factores más importantes relacionados con el peso al nacer, que pueden ser los parámetros más estrechamente relacionados con la morbilidad perinatal, el crecimiento antropométrico y el posterior desarrollo mental del recién nacido. (CABRERA et al., 2003)

Si el peso de la embarazada se encuentra por debajo del percentil 10 quiere decir que su estado nutricional es de bajo peso. Si el peso de la embarazada se encuentra entre el percentil 10 y 90 se considera que esta con estado nutricional normal. Si el peso de la embarazada está por encima del percentil 90 se considera que su estado nutricional se encuentra con sobrepeso u obesidad. (MSP, 2012) **(ANEXO 2 Y 3)**

### **Ecuación de mifflin -st jeor**

Se realizó un estudio a dos grupos de mujeres adultas jóvenes y adultas mayores en excelente estado de salud, con un IMC normal, en ausencia de patologías, con el objetivo de comparar la precisión en ciertas ecuaciones como (Harris-Benedict (1919), FAO / OMS / UNU (1985), FAO /OMS / UNU (2004) y ecuaciones de Mifflin-St Jeor ) y La ecuación de Mifflin St-Jeor recomendada por la asociación Americanas de Dietistas, por su mejor exactitud y menor magnitud de error, fue la que presentó la menor sobreestimación además de una buena concordancia, surgiendo como una alternativa de ecuación predictiva a utilizar, previa validación en un mayor número de individuos. (F., 2014)

<b>MUJER</b>	<b>HOMBRE</b>
$M = (10 \times \text{kg}) + (6.25 \times \text{cm}) - (5 \times \text{edad}) - 161$	$H = (10 \times \text{kg}) + (6.25 \times \text{cm}) - (5 \times \text{edad}) + 5$

## **Calorías adicionales que debe consumir una mujer en estado de gestación. (Anexo 4)**

Si la mujer embarazada tiene bajo peso en el primer trimestre deberá consumir 150 kcal, en el segundo trimestre deberá consumir 200 kcal y en el tercer trimestre 300 kcal. Si la mujer embarazada tiene peso normal en el segundo trimestre deberá consumir 350 kcal y en el tercer trimestre 450 kcal. Si la mujer embarazada tiene sobrepeso y obesidad en el segundo trimestre deberá consumir 350 kcal y en el tercer trimestre 350 kcal calorías adicionales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

## **MACRONUTRIENTES NECESARIOS EN EL EMBARAZO**

### **Proteínas**

Las proteínas deben representar del 15% al 25% de la ingesta calórica total, lo que no es difícil de cubrir. Las proteínas con alto valor biológico son difíciles de cubrir, por lo que es necesario incrementar el consumo de alimentos de origen animal, que aportan mucho a los aminoácidos esenciales. (Cereceda et al., 2014)

Durante el embarazo, la madre debe consumir proteína suficiente para cubrir sus necesidades y el crecimiento del feto, en esta etapa es necesario agregar 10 gramos de proteína a la dieta diaria. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

### **Carbohidratos**

Se recomienda que los carbohidratos complejos sean los que más contribuyen a la dieta, y estos carbohidratos deben representar del 50% al 65% de la energía total. No se recomienda consumir alimentos que contienen calorías vacías porque aumentará el peso, que es un factor de riesgo para los pacientes con hipertensión arterial. (QUINDE et al., 2012)

### **Lípidos**

El consumo de grasas no solo es una fuente de energía y de ácidos grasos esenciales, sino que también es importante para promover el transporte de vitaminas liposolubles. Se estima que la grasa representa entre el 20% y el 25% de la energía alimentaria de las mujeres embarazadas. (Cereceda et al., 2014)

### **Omega 3**

Los ácidos grasos omega 3 son:

- Ácido alpha-linolénico (ALA)
- Ácido eicosapentaenoico (EPA)
- Ácido docosahexaenoico (DHA)

Los ácidos ALA se encuentran en fuentes vegetales como las nueces, semillas de lino, aceite de canola y aceite de soya.

El DHA es muy importante para el desarrollo neurológico temprano de los niños durante el embarazo y durante los dos primeros años de vida. El EPA y el DHA se encuentran principalmente en el pescado, los mariscos, el aceite de pescado y los suplementos de omega 3. Aumentar la ingesta de EPA y DHA puede prevenir el parto prematuro, reducir el riesgo de preeclampsia y aumentar de peso. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

Los estudios han confirmado que agregar EPA y DHA a la dieta de las mujeres embarazadas tiene un efecto positivo en el desarrollo visual y cognitivo de los niños. Los estudios también han demostrado que aumentar la ingesta de omega-3 puede reducir el riesgo de alergias en los niños. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

## **MICRONUTRIENTES NECESARIOS EN EL EMBARAZO**

### **Ácido Fólico**

Durante el embarazo, esta vitamina es esencial para la rápida división celular que se produce y para reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días de embarazo, esta vitamina es fundamental para reducir el riesgo de

embarazo afectado por defectos de cierre del tubo neural hasta en un 75%. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de:

- 0.4 mg / día de ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural.
- 4 mg / día de ácido fólico para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural en niños.

### **Sodio**

Se recomienda tomar hasta 1500 mg. Aumenta directamente la presión arterial, por lo que es importante controlar y reducir la ingesta. Al respecto, es conveniente considerar que además de la sal, se incorporan a nuestro organismo otras fuentes de sodio a través de ingredientes salados, agua, aditivo y conservante (enlatados, congelados, embutidos, etc.) utilizados en la industria alimentaria. Otros), compuestos añadidos a medicamentos y sodio contenido naturalmente en los alimentos. (QUINDE et al., 2012)

### **Hierro**

El hierro es un mineral esencial para la formación de glóbulos rojos y así prevenir la anemia ferropénica. En comparación con las mujeres no embarazadas, la cantidad de hierro que deben consumir las mujeres embarazadas es un 50% mayor, y es casi imposible consumir esta cantidad de hierro solo con alimentos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012)

### **Calcio**

La suplementación con calcio para mujeres embarazadas puede reducir el riesgo de preeclampsia en un 52% y reducir la gravedad de la preeclampsia en un 25%. También puede reducir el riesgo de parto prematuro y, al mismo tiempo, hacer que el peso del recién nacido aumente aún más. (Ministerio de Salud Publica, 2016)

En áreas con baja ingesta de calcio, se recomienda la suplementación de calcio (1,5 g a 2 g de calcio elemental por día) para prevenir la preeclampsia,

especialmente en pacientes de alto riesgo. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

### **Yodo**

La ingesta diaria recomendada de la sustancia en mujeres embarazadas es de 220 µg y en mujeres que amamantan es de 290 µg. Su deficiencia aumenta el riesgo de cretinismo neonatal. (Hutchinson A. L., 2016)

### **Zinc**

La dosis máxima tolerada es de 40 mg / día. En las mujeres que reciben suplementos de hierro en la prescripción, se debe aumentar la ingesta de zinc, ya que éste y el cobre compiten con el zinc por su absorción. El zinc juega un papel importante en el metabolismo de los ácidos nucleicos y las proteínas. Su deficiencia está relacionada con parto prolongado, restricción del crecimiento intrauterino, efectos teratogénicos y muerte fetal. La IDR es de 11-15 mg. (Hutchinson A. L., 2016)

### **Potasio**

La investigación ha llevado una recomendación para aumentar la ingesta de potasio a 4.700 mg por día para prevenir y controlar la HTA. Para lograr este objetivo, se debe alentar a las personas a aumentar el consumo de cereales integrales, frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa. (Ortega et al., 2016)

### **Magnesio**

Se recomienda tomar 350 mg al día, como el potasio, ayuda a dilatar los vasos sanguíneos. Los alimentos que aportan este mineral son los frijoles, semillas, frutos secos, cereales integrales y verduras. (QUINDE et al., 2012)

### **FIBRA**

La fibra dietética ayuda a reducir los niveles de colesterol, regula el azúcar en sangre y ayuda a perder peso controlando el apetito. Las mujeres embarazadas necesitan 28 g de fibra por día, las madres que amamantan

necesitan 29 g de por día y las mujeres en edad fértil necesitan de 25 a 26 g por día. (Hutchinson A. L., 2016)

En un ensayo clínico de ocho semanas en el que se utilizó una dieta baja en calorías y avena como fuente de fibra dietética soluble, se indica una disminución de la presión arterial sistólica, pero la presión arterial diastólica no disminuyó. Este dato es interesante porque en Cuba el 11% de los pacientes hipertensos padece hipertensión arterial, aunque la fibra en la dieta parece ser beneficiosa para la prevención y el tratamiento de la HTA. (CABRERA et al., 2006)

### **Líquidos**

Las necesidades de agua durante el embarazo también se pueden calcular en función del consumo de alimentos. Por cada kilocaloría consumida, el cuerpo humano necesita alrededor de 1-1,5 ml de agua. La mayoría de las mujeres embarazadas comienzan a aumentar su ingesta en 300 kcal en el segundo trimestre, lo que aumentará el consumo de líquidos en 300 ml. (Beltrán et al., 2012)

## 1.1. JUSTIFICACION

La preeclampsia tiene una prevalencia estimada de un 2,3% de todos los embarazos en los países que se encuentran en vías de desarrollo. En América Latina una cuarta parte de las defunciones maternas relacionadas con las complicaciones de los trastornos hipertensivos en el embarazo son: preeclampsia y eclampsia enfatizan como la causa principal de morbilidad materna y perinatal. (Ministerio de Salud Publica, 2013)

Si bien no se han determinado cual es la incidencia exacta de la eclampsia en las gestantes en países en desarrollo, se calcula que es un caso por cada 100 a 1700 mujeres; y de uno a dos casos de eclampsia por cada 100 mujeres con preeclampsia severa. Las mujeres que presentan preeclampsia y viven en lugares de escasos recursos económicos corren el riesgo de desarrollar eclampsia y morir por aquello. (Ministerio de Salud Publica, 2013)

El presente estudio es factible ya que me permitirá cumplir con el objetivo propuesto de este estudio que es mantener el control de la presión arterial en el embarazo a través del proceso de atención nutricional y tratamiento médico, beneficiando a la protección de la embarazada y al cuidado del niño, asegurando así la calidad de vida materno-infantil.



## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Mantener el control de la presión arterial en el embarazo a través del proceso de atención nutricional y tratamiento médico.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar el Estado Nutricional a través del método antropométrico, dietético y clínico.
- Aplicar el tratamiento nutricional de acuerdo a los requerimientos de la embarazada.
- Comprobar el cumplimiento del tratamiento nutricional a través del seguimiento y monitoreo.

### **1.3. DATOS GENERALES**

**Paciente:** Mujer

**Edad:** 27 años

**Peso:** 84.5 kg

**Talla:** 164 cm

**Estado Civil:** Soltera

**Nivel de estudio de los padres:** Baja escolaridad

**Nivel sociocultural / económico:** Bajo

**Talla de los padres:** Estatura pequeña

## **II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

### **2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente**

Paciente de 27 años de edad con 24 semanas de gestación, presenta hipertensión arterial, que acude al centro de salud presentando cefalea migrañosa en racimos y para su control respectivo.

No existe antecedentes patológicos personales, pero en los antecedentes patológicos familiares su madre presenta hipertensión arterial, actualmente la medicación de la paciente es Metildopa, carbonato de calcio, ácido acetilsalicílico y hierro en combinación con ácido fólico.

### **2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).**

La paciente asegura que desde hace mucho tiempo presenta cefalea migrañosa a raíz de la hipertensión arterial, actualmente continua con aquellos síntomas, por el momento no se han realizado exámenes actuales de sangre u orina por motivo de escasos reactivos en el hospital. Su riesgo aun es preexistente ya que la valoración nutricional se muestra sobrepeso y ganancia de peso inadecuada dificultando aún más su embarazo.

### **2.3. Examen físico (exploración clínica).**

En el examen físico las extremidades superiores e inferiores, abdomen, cabeza se observa sin ninguna alteración presente. Presión arterial 124/76 mm/hg, frecuencia cardiaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, saturación 98 %, temperatura 36.5° centígrados. Su peso es de 76 kg y su talla es de 164 cm.

#### **2.4. Información de exámenes complementarios realizados.**

Se encuentra en anexo 5

#### **2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.**

- ✓ **Diagnóstico Presuntivo.** Hipertensión Arterial.
- ✓ **Diagnóstico Diferencial.** Cefalea Migrañosa.
- ✓ **Diagnóstico Definitivo.** Hipertensión preexistente no especificada, que puede complicar el embarazo, el parto y el puerperio.

#### **2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.**

Paciente de 27 años de edad con 24 semanas de gestación, presenta hipertensión arterial, además de sobrepeso con ganancia de peso inadecuada por exceso en su nutrición, por lo que no realiza actividad física y se le considera sedentaria y antecedentes patológicos familiares (madre) presenta hipertensión arterial, actualmente la medicación de la paciente es Metildopa, carbonato de calcio, ácido acetilsalicílico y hierro en combinación con ácido fólico.

#### **Diagnóstico**

##### **Valoración antropométrica.**

Datos.

Peso: 76 kg

Talla: 164cm

Estado Nutricional: Sobrepeso

##### **Valoración bioquímica**

Se encuentra en Anexo 6

##### **Valoración dietética**

Recordatorio 24 horas

Tiempo de comida	preparación	alimentos	cantidad	CHO g	proteínas g	grasas g	kcal
<b>Desayuno</b>	1 taza de café con 2 panes y 2 rodajas de queso.	<b>Café</b>	5 g	3.105	0.78	0.865	22.6
		<b>Azúcar</b>	35 g	34.895	0	0.07	135.1
		<b>Harina</b>	66 g	48.906	6.93	0.66	232.98
		<b>Mantequilla</b>	15 g	0	0.075	12.885	113.55
		<b>Queso de mesa</b>	50 g	1.55	10.85	7.15	115
<b>Media mañana</b>	1/2 paquete de galletas salticas Jugo de Frutilla	<b>Harina</b>	35 g	25.935	3.675	0.35	123.55
		<b>Mantequilla</b>	12 g	0	0.06	10.308	90.84
		<b>Sal</b>	5 g	0	0	0	0
		<b>frutilla</b>	50 g	4.8	0.35	0.15	19.5
		<b>Azúcar</b>	38 g	37.886	0	0.076	146.68
<b>Almuerzo</b>	Sopa de fideo Arroz con seco de carne con 2 rodajas de maduro frito y jugo de maracuyá.	<b>Harina</b>	40 g	29.64	4.2	0.4	141.2
		<b>Agua</b>	200 ml	0	0	0	0
		<b>Sal</b>	5g	0	0	0	0
		<b>Arroz</b>	70 g	56.28	4.55	0.42	254.8
		<b>Plátano maduro</b>	40 g	15.16	0.32	0.16	56.8
		<b>Aceite</b>	20 g	0.02	0	19.98	136.6
		<b>Carne de res</b>	250 g	7	81.25	8	445
		<b>mora</b>	45 g	5.94	0.63	0.315	26.1
		<b>Azúcar</b>	20 gr	19.94	0	0.04	77.2
<b>Media tarde</b>	1 vaso de colada de avena. 1 empanada de queso	<b>Avena</b>	15 gr	10.2	1.815	1.155	57.6
		<b>Azúcar</b>	30 g	29.91	0	0.06	115.8
		<b>Agua</b>	200 ml	0	0	0	0
		<b>Harina de trigo</b>	20 g	14.82	2.1	0.2	70.6
		<b>Queso</b>	40 g	1.24	8.68	5.72	92
		<b>Aceite</b>	20 gr	0.02	0	19.98	136.6
<b>Merienda</b>	Pollo frito con arroz y puré de papa. Jugo de naranja	<b>Pechuga pollo</b>	90 g	0	18.27	15.84	232.2
		<b>Arroz</b>	70 g	56.28	4.55	0.42	254.8
		<b>Papa</b>	30 g	6.12	0.72	0	26.7
		<b>Mantequilla</b>	7 g	0	0.035	6.013	52.99
		<b>Naranja</b>	60 g	6.24	0.6	0.24	18
		<b>Azúcar</b>	27 g	26.919	0	0.054	104.22

<b>TOTAL</b>	<b>442.80</b>	<b>150.44</b>	<b>111.511</b>	<b>3299.01</b>
	<b>6</b>			
<b>RECOMENDADO</b>	<b>288</b>	<b>105</b>	<b>58.3</b>	<b>2100</b>
<b>% DE ADECUACION</b>	<b>153%</b>	<b>143%</b>	<b>191%</b>	<b>157%</b>

### **Diagnostico dietético**

Paciente de 27 años de edad en estado de gestación, además de ingesta inadecuada de alimentos lo cual se plasma en el recordatorio 24 horas que se le realizo con un valor alto en el porcentaje de adecuación en calorías de 157%, grasas 191%, proteínas 143% y carbohidratos 153%.

### **Diagnostico nutricional**

Paciente en estado de gestación de 27 años de edad, presenta ganancia de peso inadecuada por exceso en su nutrición, tiene una ingesta de alimentos inadecuada por el alto consumo de grasas lo que se evidencia en los exámenes bioquímicos con una hipertrigliceridemia de 205,14 mg/dl y valores normales de hemoglobina 12,00 g/dl y hematocrito 36,00 %.

### **Intervención nutricional**

En la primera visita la paciente presenta 20 semanas de gestación y se le valoro el peso 73 kg y la talla de 164 cm con un estado nutricional de sobrepeso. A través del peso preconcepcional estimado se obtuvo con eso datos un peso de 69.9 kg, mediante la tabla de determinación del peso preconcepcional estimado se pudo obtener un valor de 3.1.

### **Requerimiento Calórico**

$$\text{Mujeres} = (10 \times \text{kg}) + (6,25 \times \text{t cm}) - (5 \times \text{edad}) - 161$$

$$\text{Mujeres} = 10 \times 76 \text{ kg} + (6,25 \times 164 \text{ cm}) - (5 \times 27) - 161$$

**Mujeres** =  $760 + 1025 - 135 - 161$

**Mujeres** =  $1489 \times 1.2 = 1786 + 350$  Kcal adicionales

**Mujeres** = 2100 Kcal

Esta paciente utilizara la ecuación de Mifflin-St Jeor permitida para personas adultas con obesidad.

### Distribución de macronutrientes

<b>CARBOHIDRATO</b>	55%	1155	÷ 4	288 gr
<b>PROTEINA</b>	20%	420	÷ 4	105 gr
<b>GRASA</b>	25%	525	÷ 9	58,3 gr
<b>TOTAL</b>	100 %	2100 kcal		

### Distribución fraccionaria

<b>DESAYUNO</b>	25%	380 Kcal
<b>MEDIA MAÑANA</b>	15%	439 Kcal
<b>ALMUERZO</b>	30%	655 Kcal
<b>MEDIA TARDE</b>	10%	173 Kcal
<b>MERIENDA</b>	20%	453 Kcal
<b>TOTAL</b>	100%	2100 kcal

### Prescripción dietética.

Dieta hiposódica de 2100 kcal/día, fraccionada en 5 tiempos de comida.

## DIETA

### Desayuno

- ✓ 1 taza de zumo de frutilla (1/3 cucharadita de azúcar, 2 gr)
- ✓ 2 rebanadas de pan integral de 60 gr + 1 tajada de aguacate de (25 gr), untado en el pan integral.
- ✓ Huevo revuelto (60 gr) + aceite de oliva (2 gr)

### Media Mañana

- ✓ 1 taza de yogurt natural (245 ml) + trocitos de manzana (140 gr)
- ✓ 2 galletas casera de avena (55 gr) + trocitos de almendras (10 gr) + azúcar (2 gr)

### Almuerzo

- ✓ Crema de brócoli (40 gr) + zanahoria (20 gr)
- ✓ Hígado de res al vapor (60 gr)
- ✓ Ensalada de espinaca (55 gr) con cebolla (40 gr) + tomate (20 gr) + limón (25 gr).
- ✓ Porción de arroz cocido (100 gr)
- ✓ Zumo de mora (150 gr) + azúcar (2 gr)

### Media Tarde

- ✓ 1 vaso de gelatina (100 gr) + durazno en trocitos (40 gr) + ajonjolí (15 gr)

### Merienda

- ✓ Pechuga de pollo (90 gr) a la plancha
- ✓ Ensalada de garbanzo (25 gr) + remolacha (25 gr)
- ✓ Porción de quínoa cocida (50 gr)
- ✓ Te de manzanilla (120 ml)



Tiempo de comida	Preparación	Alimentos	cantidad	CHO g	Proteínas g	Grasas g	kcal	
Desayuno	1 taza de zumo de frutilla con 1/3 de cucharadita de azúcar. 2 rebanadas de pan integral con aguacate 1 huevo revuelto	Frutilla	255g	23.5	---	---	90	
		Azúcar	2 g	1994	0	0.004	7.72	
		Pan	60 g	15	3	0.24	80	
		Aguacate	25 g	1.52	6.93	4.375	43.25	
		huevo	60 g	1.44	7.2	6.42	94.8	
		Aceite de oliva	2 g	0	0	6,75	60	
		<b>TOTAL</b>			2.035	17.13	17.789	375.77
		<b>RECOMENDADO</b>			2.034	17.3	17.436	380
		<b>% ADECUACION</b>			100%	99%	102%	98%
Media mañana	Yogur natural con 1 manzana en trocitos 2 galletas de avena casera	Yogur	245 ml	10	7	7	120	
		Manzana	140 g	15	---	---	60	
		Avena	55 g	37.4	6.655	4.232	211.2	
		Azúcar	2 g	1.994	0	0.004	7.72	
		Almendra	10 g	1.42	1.53	3,65	42	
		<b>TOTAL</b>			65.81	15.185	14.886	440.9
		<b>RECOMENDADO</b>			64.2	15.2	14.563	439
		<b>% ADECUACION</b>			102%	99%	102%	100%
Almuerzo	Crema de brócoli con zanahoria. Hígado de res al vapor. Ensalada de espinaca, cebolla y tomate. Arroz cocido 1 vaso de jugo de mora.	Brócoli	40 g	2.52	2.4	0.28	17.6	
		Zanahoria	20 g	2	0.14	0.04	8.4	
		Hígado	60g	1.86	16.2	5.16	122.4	
		Espinaca	55 g	1.98	0.99	0.22	11	
		cebolla	40 g	5.04	0.48	0.04	20.8	
		Tomate	20 g	1.02	0.2	0.12	5.4	
		Limón	25 g	2.15	0.325	0.025	7	
		Arroz	100g	80.4	6.5	0.6	364	
		mora	150 g	19.8	2.1	1.05	87	
		Azúcar	2 g	1.994	0	0.004	7.72	
<b>TOTAL</b>			2.28	29.33	7.539	651.		

				9	5		32
		<b>RECOMENDADO</b>		3.107	29.334	7541	655
		<b>% ADECUACION</b>		100%	100%	100%	99%
<b>Media tarde</b>	1 vaso de gelatina con trocitos de durazno con ajonjolí.	<b>gelatina</b>	100g	92	8	0	62
		<b>durazno</b>	40g	15	----	----	60
		<b>Ajonjolí</b>	15g	2	1	5.5	52
		<b>TOTAL</b>		109	9	5.5	174
		<b>RECOMENDADO</b>		110	8.7	5.3	173
		<b>% ADECUACION</b>		99%	103%	103%	100%
<b>Merienda</b>	Pechuga de pollo a la plancha con ensalada de garbanzo con remolacha y quínoa. 1 infusión de té de verde.	<b>Pechuga pollo</b>	90 g	0	26,59	6,95	176
		<b>garbanzo</b>	25 g	15.55	4.45	1.15	88.25
		<b>remolacha</b>	25 g	2.85	0.39	0.3	12.3
		<b>Quínoa</b>	50 g	33.1	7.1	2.05	176.5
		<b>Té de manzanilla</b>	120 ml	67.5	0.3	0	2
		<b>TOTAL</b>		119	38.83	10.45	454.55
		<b>RECOMENDADO</b>		117	38	10.3	453
		<b>% ADECUACION</b>		101%	102%	101%	100%
	<b>TOTAL</b>		298.134	109.48	55.964	2098.54	
	<b>RECOMENDADO</b>		288	105	58.3	2100	
<b>% ADECUACION</b>		103%	104%	96%	99%		

<b>ALIMENTOS</b>	<b>Fe (mg)</b>	<b>Potasio (K)</b>	<b>Sodio (Na)</b>	<b>Fibra</b>
Frutilla	3.825	390	3.57	4.08
Azúcar	0.004	0.04	0.044	0
Pan integral	2.4	152.4	273	3.6
Aguacate	0.175	121.25	1.75	1.75
Huevo	1.8	82.8	84	0
Aceite de oliva	0.6	0.02	0.04	0
Yogur natural	0.1	379.75	112.7	0
Manzana	2.1	149.8	1.4	4.4
Avena	2.53	235.95	1.1	3.3
Almendra	3.6	65.9	33.9	1.14
Brócoli	0.08	126.4	13.2	1.04
Zanahoria	0.16	64	13.8	0.56
Hígado	4.32	228	69.6	0
Espinaca	1.925	256.3	37.95	1.43
Cebolla	0.2	64.8	1.2	0.68
Tomate	0.14	40.8	2.6	0.22
Limón sutil	0.175	37.25	0.5	0.075
Arroz	1.4	29	36.5	0.5
Mora	3.3	315	1.5	13.5
Gelatina	0	7	466	0
Durazno	0.24	76	2.8	0.56
Ajonjolí	2.19	70.2	1.65	1.5
Pechuga de pollo	1.62	27.9	60.3	0
Garbanzo seco	1.625	218.75	7.5	4
Remolacha	0.225	81.25	19.5	0.7
Quínoa	3.3	281.5	2.5	3.5
Té manzanilla	0.08	10.8	1.2	0
<b>TOTAL</b>	<b>38.114</b>	<b>1109</b>	<b>823</b>	<b>46.535</b>
<b>RECOMENDADO</b>	<b>37.100</b>	<b>1100</b>	<b>820</b>	<b>46.534</b>
<b>PORCENTAJE DE ADECUACION</b>	<b>102%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## **2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.**

Debido al efecto de las prostaglandinas, el aumento de la proporción de AGM y omega-3 puede ejercer un efecto vasodilatador. De hecho, una dieta rica en omega-3 puede mejorar la función endotelial y ayudar a reducir la PA. También se ha comprobado que la dieta de las embarazadas puede regular la presión arterial de la descendencia y su riesgo de desarrollar hipertensión en el futuro. Cuando la ingesta de proteínas es menos del 16% de la energía y la ingesta de carbohidratos es > 40% de la energía, la PAS será mayor. Estos resultados indican que los macronutrientes de la madre pueden estar relacionados con la presión arterial óptima del niño. (Ortega et al., 2016)

Para prevenirlo, se recomienda mantener una dieta y un estilo de vida saludables, y prestar especial atención a la ingesta adecuada de alimentos ricos en calcio, ya que puede haber un vínculo entre la deficiencia de calcio y la presión arterial alta durante el embarazo. (Ministerio de inclusión económica y social. Acción-Nutrición. PANI, 2013)

## **2.8. Seguimiento**

En la segunda visita mensual la paciente presenta 24 semanas de gestación y un peso de 76 kg. Se determinó la ganancia de peso mediante la fórmula peso actual menos peso preconcepcional, dándonos un resultado de 6,1 kg, a través de las tablas Clap obtuvimos que la paciente se encuentra por encima del percentil 90 dando con ello una ganancia de peso inadecuada por exceso en su nutrición.

<b>Indicador</b>	<b>Evaluación inicial (20 semanas de gestación)</b>	<b>Control 1er mes (24 semanas de gestación)</b>	<b>Interpretación</b>
Peso	73 kg	76 kg	
IMC	27,14 kg/m <sup>2</sup>		Sobrepeso
Ganancia de peso		6.1 kg	Ganancia de peso inadecuada por exceso en su nutrición.

<b>Prueba</b>	<b>Valor del paciente</b>		<b>Interpretación</b>
<b>Hemoglobina</b>	12,00 g/dl		NORMAL
<b>Hematocrito</b>	36,00 %		NORMAL
<b>Triglicéridos</b>	205,14 mg/dl		ELEVADO
<b>Glucosa en ayunas</b>	85 mg/dl		NORMAL

## **2.9. Observaciones.**

El tratamiento nutricional es esencial para el paciente pueda mejorar su estado de salud, ayudándole a mejorar su peso de manera adecuada de acuerdo a su estado de gestación, posteriormente hasta la concepción, asegurando así un parto seguro y libre de riesgos para la madre y el bebé. Motivo por el cual la paciente se encuentra viviendo con su madre, se le dio a conocer a los familiares para que sigan rigurosamente con el tratamiento, el mismo que fue adoptado por el paciente y sus familiares.

## CONCLUSIÓN

Se le valoro a la paciente antropométricamente determinando que su estado nutricional se encuentra en sobrepeso y a través de la ganancia de peso la paciente se encuentra con una ganancia inadecuada por exceso en su nutrición. A través del método dietético se encontró un exceso en carbohidratos con un porcentaje de adecuación de 153%, proteínas de 1143%, grasas 191% y calorías de 157%.

De acuerdo a los requerimientos energéticos de la paciente se estableció una dieta hiposódica de 2100 kcal, fraccionada en 5 comidas diarias.

Se le realizo el seguimiento a la paciente de manera pertinente para comprobar su mejora con el tratamiento nutricional y se observó efectivamente mediante el recordatorio 24 horas que hay una mayor adherencia a la alimentación saludable con un porcentaje de adecuación del 100%, de tal forma que establecer pautas de alimentación puede mejorar el estado nutricional.

Se le realizo el control de la presión arterial, al inicio tenía 139/89 mm Hg, mediante la intervención nutricional se pudo mantener el estado hipertensivo a 124/76 mm Hg además del tratamiento médico con fármacos antihipertensivos como Metildopa y Ácido acetil Salicílico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Guía práctica Clínica (GPC). *Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia*. Quito, Ecuador.
- Alejandra L. Bustillo, W. R. (2016). iMedPub Journals - Archivos de Medicina. *Sobrepeso y Obesidad en el Embarazo: Complicaciones y Manejo*, 7 pg.
- Anta, R. M., Ortega, A. I., Sánchez, J. M., Soto, E. C., & López-Sobaler, A. M. (Madrid de 2016). *NUTRICION HOSPITALARIA*. Recuperado el 07 de Marzo de 2021, de Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial - Nutritional patterns on prevention and control of hypertension: <https://www.nutricionhospitalaria.org/index.php/articles/00347/show>
- CABRERA et al. (2006). Importancia de la fibra dietética para la nutrición humana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 7 pg.
- CABRERA et al. (2003). Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *SciELO*, 6 pg.
- Cereceda et al. (2014). Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia - SIMPOSIO NUTRICIÓN EN LA GESTACIÓN Y LACTANCIA. *Consideraciones para una adecuada alimentación durante el embarazo. Considerations on proper nutrition during pregnancy*.
- Ciero Pavón M, R. O.-L. (octubre-diciembre, 2003). Hipertensión arterial: riesgos para la madre y el bebé. Hypertensive disorders of pregnancy: risks to the mother and fetus. *Milagros CIERO PAVON, Daritza RODRÍGUEZ OLIVARES, Fernando FERNÁNDEZ-LLIMÓS*, pp. 91-98.
- F., M. R. (2014). Departamento de Nutrición y Salud Pública . *Comparación de tasa metabólica en reposo medida por calorimetría indirecta versus ecuaciones predictivas, en mujeres adultas jóvenes y adultas mayores de peso corporal normal.*, 6 pg.
- Ganén et al. (2007). FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE GUANTANAMO. *NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO*, 9 pg.
- GIL-ANTUÑANO, S. P. (s.f.). MANUAL PRÁCTICO DE NUTRICIÓN Y SALUD-Nutrición durante el embarazo. *Nutricion en las diferentes etapas y situaciones de la vida.*, 195 pg.
- Hernandez et al. (2008). DIETOTERAPIA- TEMAS DE NUTRICION. En D. P. Moises Hernandez, *Dietoterapia* (pág. 229 pg). La Habana: Ciencias Medicas.
- Hutchinson, A. L. (2016). Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. *Requerimientos nutricionales en el embarazo y de dónde suplirlos*, 16 pg.
- Ministerio de inclusión económica y social. Acción-Nutrición. PANI. (Octubre de 2013). *Nutrición de la mujer embarazada y en período de lactancia*. Recuperado el 07 de Febrero de 2021, de <https://www.inclusion.gob.ec/wp->

content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-1-MADRE-EMBARAZADA-Y-LACTANCIA.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud . *Nutrición y embarazo.*, 18 pg.

Ministerio de Salud Publica. (Octubre de 2013). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Guía de práctica clínica.* Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Publica. (Diciembre de 2016). Guia Practica Clinica. *Trastornos hipertensivos del embarazo.* Quito, Pichincha, Ecuador.

Ministerio de salud publica de Cuba. (septiembre de 2018). *RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO.* Recuperado el 10 de Marzo de 2021, de Carbonato de Calcio: file:///C:/Users/ROBERTI%20C3%91O/Downloads/m18080a12\_carbonato\_de\_calcio%20(1).pdf

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (MSP). (2012). COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN. *SÍNTESIS DE LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN ECUADOR 2012*, 122 pag. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Guía de Práctica Clínica (GPC). *Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia.* Quito: Dirección Nacional de Normatización, Ecuador.

Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2015). Transtornos hipertensivos del embarazo. *Guia Practica Clinica (GPC) Actualizacion* . Quito, Ecuador.

MSP. (2012). COORDINACIÓN NACIONAL DE NUTRICIÓN. *Sintesis de las normas para la prevencion de la malnutricion.* Quito, Ecuador.

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). OMS. *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.* Suiza.

Organizacion Mundial de la Salud. (Septiembre de 2015). *Hipertension* . Recuperado el 10 de Marzo de 2021, de <https://www.who.int/topics/hypertension/es/#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20tambi%C3%A9n%20conocida%20como,todas%20las%20partes%20del%20cuerpo.>

otros., D. B. (Julio ). Revista Médica Sinergia. *Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019.*, 14 pg.

Rached, I. (2016). *SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA.* Recuperado el 06 de Marzo de 2021, de Fundación Bengoa para la Alimentacion y Nutricion: [https://www.fundacionbengoa.org/i\\_foro\\_alimentacion\\_nutricion\\_informacion/situacion\\_nutricional\\_embarazada.asp](https://www.fundacionbengoa.org/i_foro_alimentacion_nutricion_informacion/situacion_nutricional_embarazada.asp)



- SCIELO. ( jul./sep. de 2014). Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Gestational weight gain as a risk factor for developing obstetric complications*. Mexico.
- Secretaria de Salud. (Diciembre de 2001). *Manual de Atencion* . Recuperado el 10 de Marzo de 2021, de Embarazo saludable parto y puerperio seguros recién nacido sano:  
[https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=576-manual-de-atencion-embarazo-saludable-parto-y-puerperio-seguros-recien-nacido-sano&category\\_slug=documentos-de-referencia&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=576-manual-de-atencion-embarazo-saludable-parto-y-puerperio-seguros-recien-nacido-sano&category_slug=documentos-de-referencia&Itemid=493)
- Tatiana Cabrera- Profesional especializada, G. M. (2013). Guia Maternidad- Transtornos. *Guía de trastornos hipertensivos en el embarazo.*, 24.
- UNICEF. (Agosto de 2014). Crecer- Embarazo. *FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA–UNICEF*. Quito, Ecuador.
- Beltrán et al. (2012). Consumo de agua en el embarazo y lactancia. *PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA*, 7 pg.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2014). GUÍA ALIMENTARIA PARA LA MUJER DURANTE EL PERÍODO DE EMBARAZO Y LACTANCIA. *Unidad de Alimentacion y Nutricion* . La Paz, Bolivia.
- QUINDE et al. (Febrero de 2012). UNIVERSIDAD DE CUENCA. Recuperado el 12 de Marzo de 2021, de VALORACION DEL ETADO NUTRICIONAL E INTERVENCION DIETETICA EN ADULTOS HIPERTENSOS.:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3863/1/TECN09.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1

**DETERMINACIÓN DE PESO PRECONCEPCIONAL ESTIMADO EN LA MUJER GESTANTE**

SEMANAS DE GESTACIÓN	BAJO PESO IMC PG <18,5			NORMAL IMC PG 18,5 a <25			SOBREPESO IMC PG 25 A <30			EMBARAZO MULTIPLE		
	Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)			Ganancia de Peso (Kg.)		
	Adecuada			Adecuada			Adecuada			Mellizos y Trillizos		
	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo	Mínimo	Medio	Máximo
1		0,2			0,1			0,1			0,1	
2		0,4			0,2			0,1			0,2	
3		0,5			0,4			0,2			0,4	
4		0,7			0,5			0,3			0,5	
5		0,9			0,6			0,3			0,6	
6		1,1			0,7			0,4			0,7	
7		1,2			0,9			0,5			0,9	
8		1,4			1			0,6			1	
9		1,6			1,1			0,6			1,1	
10		1,8			1,2			0,7			1,2	
11		1,9			1,4			0,8			1,4	
12		2,1			1,5			0,8			1,5	
13		2,3			1,6			0,9			1,6	
14	2,7	2,8	2,9	2	2,1	2,1	1,1	1,2	1,3	2,1	2,3	2,4
15	3,1	3,3	3,5	2,3	2,3	2,7	1,4	1,5	1,7	2,7	3	3,2
16	3,4	3,8	4	2,7	3	3,2	1,6	1,8	2,1	3,2	3,7	3,9
17	3,8	4,2	4,6	3,1	3,4	3,7	1,8	2,1	2,5	3,7	4,4	4,7
18	4,2	4,7	5,2	3,4	3,9	4,3	2	2,5	2,9	4,3	5,1	5,5
19	4,6	5,2	5,8	3,8	4,3	4,8	2,3	2,8	3,3	4,8	5,8	6,3
20	4,9	5,7	6,4	4,2	4,8	5,3	2,5	3,1	3,6	5,3	6,5	7,1
21	5,3	6,2	7	4,5	5,2	5,9	2,7	3,4	4	5,9	7,2	7,9
22	5,7	6,6	7,5	4,9	5,7	6,4	2,9	3,7	4,4	6,4	7,9	8,6
23	6,1	7,1	8,1	5,3	6,1	6,9	3,2	4	4,8	6,9	8,6	9,4
24	6,5	7,6	8,7	5,6	6,6	7,5	3,4	4,3	5,2	7,5	9,3	10,2
25	6,8	8,1	9,3	6	7	8	3,6	4,6	5,6	8	10	11
26	7,2	8,5	9,9	6,4	7,5	8,5	3,8	4,9	6	8,5	10,7	11,8
27	7,6	9	10,4	6,7	7,9	9,1	4,1	5,2	6,4	9,1	11,4	12,5
28	8	9,5	11	7,1	8,4	9,6	4,3	5,5	6,8	9,6	12,1	13,3
29	8,3	10	11,6	7,5	8,8	10,1	4,5	5,9	7,2	10,1	12,8	14,1
30	8,7	10,5	12,2	7,8	9,3	10,7	4,7	6,2	7,6	10,7	13,5	14,9
31	9,1	10,9	12,8	8,2	9,7	11,2	5	6,5	8	11,2	14,2	15,7
32	9,5	11,4	13,3	8,6	10,2	11,7	5,2	6,8	8,4	11,7	14,9	16,4
33	9,9	11,9	13,9	8,9	10,6	12,3	5,4	7,1	8,8	12,3	15,6	17,2
34	10,2	12,4	14,5	9,3	11,1	12,8	5,6	7,4	9,1	12,8	16,3	18
35	10,6	12,9	15,1	9,7	11,5	13,3	5,9	7,7	9,5	13,3	17	18,8
36	11	13,3	15,7	10	12	13,9	6,1	8	9,9	13,9	17,7	19,6
37	11,4	13,8	16,3	10,4	12,4	14,4	6,3	8,3	10,3	14,4	18,4	20,4
38	11,7	14,3	16,8	10,8	12,9	14,9	6,5	8,6	10,7	14,9	19,1	21,1
39	12,1	14,8	17,3	11,1	13,3	15,5	6,8	8,9	11,1	15,5	19,8	21,9
40	12,5	15,3	18	11,5	13,7	16	7	9,3	11,5	16	20,5	22,7

Fuente: Tabla adaptada del Instituto Nacional de Medicina

(MSP, 2012)

## ANEXO 2

**Tablas Del Clap**  
**Peso para la talla según Edad Gestacional**

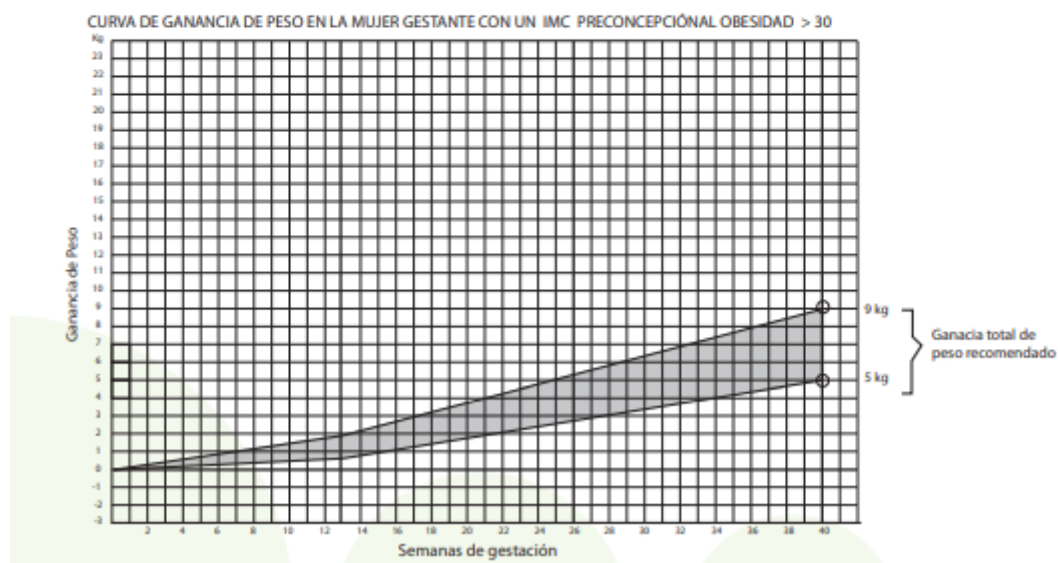
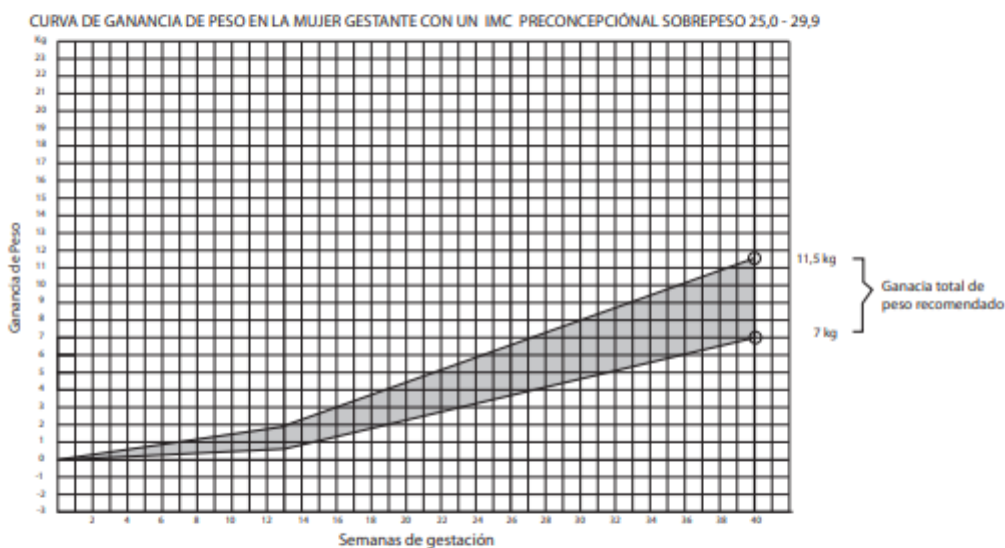
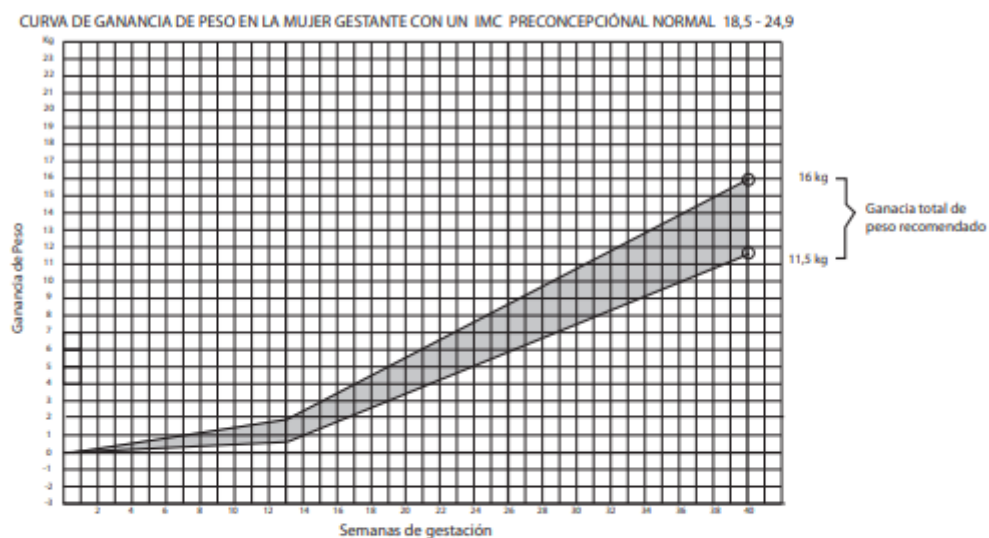
Sem.	Perc.	Talla en cm									
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38,6	40,0	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49,0	52,2
	90	51,3	53,1	54,9	57,0	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4
	90	52,7	54,5	56,9	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69,0	71,2
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53,0	54,6
	90	53,1	55,0	56,9	59,0	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68,0	70,2	72,5
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	52,1
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,6	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51,0	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
21	10	45,4	47,0	48,6	50,4	52,0	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62,0
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53,0	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,7	72,0	74,3
24	10	46,8	43,4	50,1	51,9	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	55,8	57,8	59,8	62,0	64,0	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5
26	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
27	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
28	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
29	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
30	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,6	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
31	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,1	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
32	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
33	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
34	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,9	59,7	61,7	64,0	66,0	68,2	70,5	73,2	75,6	78,0
35	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
36	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
37	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,6	60,6	62,7	65,0	67,1	69,3	71,6	74,3	76,8	79,2
38	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,0	61,1	63,2	65,5	67,6	69,8	72,1	74,9	77,3	80,7
39	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,5	61,1	63,7	66,0	68,1	70,3	72,7	75,5	77,9	81,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud  
Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR

(MSP, 2012)

## CURVAS DE LA GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE

### ANEXO 3



(MSP, 2012)

## ANEXO 4

### RECOMENDACIONES DE ENERGÍA DURANTE EL EMBARAZO

Peso preconcepcional	1.º trimestre	2.º trimestre	3.º trimestre
Bajo peso	150 kcal	200 kcal	300 kcal
Peso normal		350 kcal	450 kcal
Sobrepeso y obesidad		350 kcal	350 kcal

Fuente: Modificado de Butte *et al.* Energy requirements during pregnancy; 2004 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014)

## ANEXO 5

PRUEBA	VALOR DEL PACIENTE	RANGOS NORMALES
Hemoglobina	12,00 g/dl	(12,00 - 17,40)
Hematocrito	36,00 %	(36,00 - 52,00)
Triglicéridos	205,14 mg/dl	(0,00 - 150,00)
Glucosa en ayunas	85 mg/dl	80 - 110 mg/ dl

## ANEXO 6

PRUEBA	VALOR DEL PACIENTE	RANGOS NORMALES	INTERPRETACION
Hemoglobina	12,00 g/dl	(12,00 - 17,40)	NORMAL
Hematocrito	36,00 %	(36,00 - 52,00)	NORMAL

<b>Triglicéridos</b>	205,14 mg/dl	(0,00 - 150,00)	HIPERTRIGLI CERIDEMIA
<b>Glucosa en ayunas</b>	85 mg/dl	80 - 110 mg/ dl	NORMAL