

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR MIGUEL ENRÍQUEZ”.

Valoración nutricional de gestantes atendidas en consulta de nutrición del policlínico “Luis Carbó”

Autores:

Dra Cecilia de la Caridad Cruz Almaguer¹, Dra Anandi Rodríguez López², Dra Josefa Ruz Domínguez³

1 Asistente, Máster en Atención Integral a La Mujer

2 [Instructor

3 Instructor, Máster en Atención Integral a la Mujer

RESUMEN

La nutrición inadecuada es un problema de salud mundial. Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy serias ya que la desnutrición materna y la anemia inciden en nacimientos de niños bajo peso. Esta situación motivó caracterizar el estado nutricional de las gestantes atendidas en el Policlínico “Luis Carbó”. Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo con 152 gestantes atendidas lo que permitió describir algunas características clínicas de las pacientes, se comparó los niveles de hemoglobina en la captación y en el 3er. Trimestre e identificamos el porcentaje de gestantes que obtuvieron una ganancia de peso total adecuada. Predominaron Las gestantes normopeso y bajo peso. El 65,1% tenían anemia a la captación disminuyendo en un 20% en el tercer trimestre. La consulta resultó pertinente y provechosa aunque se debe intensificar el trabajo educativo nutricional para disminuir estos factores de riesgo.

PALABRAS CLAVE: Nutrición, salud materno-infantil, anemia, bajo peso.

INTRODUCCIÓN

La nutrición inadecuada aún es un serio problema de la salud a nivel mundial debido a que todavía no se ha podido brindar una alimentación y nutrición suficiente para todos, como se planteara en la Conferencia Internacional de Nutrición celebrada en Roma en 1992. El mayor problema que se enfrenta a escala mundial en los inicios de éste siglo XXI es la pobreza, como expresa una institución nada radical: el Banco Mundial en su página Web oficial.¹

En la actualidad la desnutrición energética-nutricional es el problema de salud más importante de los países en vías de desarrollo o emergentes. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud,(OMS), y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura,(FAO), la sitúan en cifras que sobrepasan los 825 millones de habitantes, (de ellos 792 millones pertenecen al llamado tercer mundo), de los cuáles más de la mitad, (500 millones), son niños.^{2,3}

En los países industrializados también existen individuos con desnutrición energético-nutricional, pero éstos se encuentran localizados en los pacientes hospitalizados, sin embargo, es más frecuente la malnutrición por exceso, asociada clínica y epidemiológicamente a un grupo de enfermedades crónicas no transmisibles encabezadas por la obesidad exógena, de la cual existen más de 200 a 300 millones de personas^{2,4}. Ésta incide de forma importante en países como Estados Unidos y otros en América Latina.

Los riesgos de tener problemas de salud aumentan con el bajo peso y el sobrepeso, lo que hace que sea saludable mantener un peso adecuado. La Obesidad es bastante frecuente en Cuba, y está asociada a la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras. La Desnutrición Energético-Proteica por defecto es menos común, pero no se debe descuidar la vigilancia, ya que las consecuencias son más drásticas, pues se encuentra asociada a mayor riesgo

de muerte temprana⁵, y específicamente sobre el embarazo sus efectos son graves en nuestro entorno⁶.

Las implicaciones de esta situación sobre la salud materno-infantil son muy serias. La dieta durante el embarazo y la lactancia debe ser balanceada y cubrir las recomendaciones energéticas y la suplementación de vitaminas y minerales, especialmente de ácido fólico, hierro y calcio para proporcionar niveles adecuados de éstos debido a la dificultad de ingerirlos durante la dieta. La calidad de ésta dieta repercute en el estado nutricional previo de la gestante y constituye un factor que afecta la salud de la embarazada y el niño por lo que ganancias insuficientes de peso al final del embarazo llevan a una mayor incidencia del bajo peso al nacer^{5,7,8,9,10}.

Estudios realizados en Canarias , 2009 así como los de Rocha en Viscosa, Brasil en el 2002, en Venezuela los trabajos de Villavicencio en el estado de Cojedes y los de Peña en Valencia en el 2003, y en Cuba, los de Villares Álvarez en Cienfuegos en 2006, entre otros, coinciden en que el déficit de hierro es la carencia nutricional más común durante el embarazo y la causa más frecuente de anemia relacionándose con mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacer y un aumento de la morbilidad perinatal^{7,11,12,13}.

El Ministerio de Salud Pública de Cuba en 1994 emitió el Plan Nacional de Acción para la Nutrición y en 1998 emitió el Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer, y entre sus objetivos específicos plantea promover un buen estado de salud nutricional en las embarazadas, y reconoce la desnutrición materna como uno de los principales factores de riesgo de bajo peso al nacer¹⁴. Los resultados de los programas antes mencionados contribuyeron a la disminución del bajo peso al nacer, sin embargo, en los aspectos relacionados con la salud nutricional materno-infantil, los indicadores pudieran ser mejores, ya que en Cuba todavía es relativamente frecuente el bajo peso al inicio del embarazo, la ganancia insuficiente de peso durante la gestación y la anemia durante el embarazo^{6,12}.

Según el Anuario Estadístico del MINSAP en Cuba el índice de Bajo peso al nacer ha oscilado de 5,2 por 1000 nacidos vivos en el 2007 a 5,4 por mil nacidos vivos en el 2010¹⁵.

En nuestro municipio San Miguel del Padrón el bajo peso al nacer es un indicador que implica atención importante, datos estadísticos reflejan períodos con índices superiores al país, ejemplo en el 2007, de 5,65 versus 5,2 por mil nacidos vivos y en el 2009 5,22 mientras el país cerraba con un índice de 5,1 por mil nacidos vivos. También en el área tiene entre sus causas frecuentes la malnutrición materna por lo que la consulta de orientación nutricional trabaja de conjunto con otras especialidades para detectar las gestantes de alto riesgo nutricional modificando estos factores para lograr una disminución de estos indicadores. Por todo lo antes expuesto nos motivó caracterizar el estado nutricional de las gestantes atendidas en la consulta de Orientación Nutricional del policlínico “Luis Carbó” en San Miguel del Padrón en el período de enero del 2009-enero del 2010 y evaluar la efectividad de este servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo de las gestantes atendidas en la consulta de Orientación Nutricional del policlínico “Luis Carbó”, De un universo de 274 gestantes captadas se incluyeron 152 que fueron atendidas hasta el término en dicha consulta representando la muestra. Los criterios de exclusión fueron que las gestantes no continuaran en la consulta por estar fuera de área, tener abortos o partos pretérminos.

Se confeccionó una planilla donde se recolectó los siguientes datos: edad, peso a la captación, talla, índice de masa corporal, peso a las 38 semanas, ganancia total al final así como las cifras de hemoglobina a la captación y en el 3er trimestre del embarazo.

Los grupos de edades se distribuyeron en menores de 20 años, de 20 a 34

años y de 35 y más años; el índice de masa corporal (IMC) se calculó según fórmula:

$IMC = \text{peso (Kg.)} / (\text{talla m}^2)$ y se clasificó el estado nutricional en :

CATEGORÍA-----	IMC-----	Ganancia mínima total	recomendada (Kg.)
Bajo Peso	----- $\leq 18,8$	----	14,2
Peso Normal	----- $> 18,8$ a $< 25,6$	---	12,8
Sobrepeso	----- $\geq 26,1$ a $< 28,6$	----	7,0
Obesa	----- $\geq 28,6$	----	5,8

El nivel de hemoglobina de las gestantes atendidas se consideró normal por encima de 120 g/l en el 1er. trimestre y por encima de 110 g/l en el 3er. trimestre. Valores inferiores a los rangos de normalidad se consideraron anemia y luego se procedió a comparar el comportamiento de la misma en los dos momentos de la gestación calculando el porcentaje de gestantes que mejoraron las cifras de hemoglobina en el 3er. Trimestre como un indicador de efectividad de nuestro servicio.

Finalmente se procedió a identificar el porciento de gestantes que de acuerdo con su IMC obtuvo una ganancia de peso adecuada al final según las tablas de Nutrición. Las ganancias inferiores a las recomendadas se consideraron insuficientes y las superiores a las adecuadas fueron denominadas excesivas, constituyendo otro parámetro que permitió evaluar la efectividad de la consulta de Orientación Nutricional.

La técnica estadística utilizada fue la descripción porcentual, a través de una base de datos se realizó un análisis de distribución de frecuencia simple y los porcentos obtenidos en cada caso se presentaron en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión.

RESULTADOS

En el presente trabajo predominaron las gestantes entre los grupos de edades de 20-34 años con un 72,4%, mientras las menores de 20 años representaban un 19,1% de la muestra .y solo 13 gestantes eran mayores de 35 años.

En lo referente al estado nutricional de las gestantes atendidas al momento de la captación predominó el grupo de gestantes con peso normal para un 40,8% seguido de las gestantes bajo peso con un 33,6%. (Tabla I)

Tabla I: Distribución de gestantes según estado nutricional

Estado nutricional	No. Gestantes	%
Peso Normal	62	40,8
Bajo Peso	51	33,6
Sobrepeso	18	11,8
Obesa	21	13,8
Total	152	100,0

Fuente: encuesta

Entre los indicadores del estado nutricional de las gestantes en el momento de la captación se encontró los niveles de hemoglobina de las mismas. En este estudio, el 65,1% de las pacientes estudiadas tenían la hemoglobina baja al iniciar el embarazo.(Tabla 2)

Tabla 2: Niveles de hemoglobina a la captación de las gestantes.

Niveles de hemoglobina a la captación	No. Gestantes	%
Normal	53	34,9
Baja	99	65,1
Total	152	100,0

Fuente: encuesta

En la tabla 3 al comparar los niveles de hemoglobina en el 3er. Trimestre con respecto al 1er. Trimestre, se puede comprobar que el porcentaje de gestantes

anémicas disminuyó en un 20,4% en el último trimestre para un 44,7% de gestantes con hemoglobina baja en este último período del embarazo.

Tabla 3 Comparación de los niveles de hemoglobina en el primer y tercer trimestre.

Trimestre	Niveles de Hemoglobina			
	Normal	%	Baja	%
Primero	53	34,9	99	65,1
Tercero	84	55,3	68	44,7

Fuente: encuesta

Posteriormente se analizó la ganancia total de peso de las gestantes según estado nutricional y vemos que el 50,0% de las gestantes normopeso obtuvieron una ganancia adecuada al final de la gestación, mientras el 45,1% de las bajo peso no alcanzó los 12,5 kg de ganancia adecuada. El mayor porcentaje de las sobrepeso alcanzó una ganancia mayor a los 11,6 kg mientras el 47,6% de las obesas alcanzó los 6 kg de ganancia total. (Tabla 4)

Tabla 4 Ganancia Total de peso de las gestantes según estado nutricional.

Ganancia Total de Peso (kg) de las Gestantes								
	Normo peso n=62		Bajo peso n=51		Sobrepeso n=18		Obesa n=21	
Ganancia (kg)	No. Gestantes	%	No. Gestantes	%	No. Gestantes	%	No. Gestantes	%
Insuficiente	16	25.8	23	45.1	5	27.8	5	23.8
Adecuada	31	50.0	18	35.3	6	33.3	10	47.6
Excesiva	15	24.2	10	19.6	7	38.9	6	28.6
Total	62	100.0	51	100.0	18	100.0	21	100.0

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores le dan gran importancia a las edades extremas de la vida para la gestación y sus riesgos de contribuir a recién nacidos bajo peso y otras complicaciones del embarazo, sobre todo las adolescentes por su componente socio ambiental negativo, lo que no solo se refleja en la literatura nacional^{9,11,17}, sino también en la internacional.^{2,13,18,19} Este a su vez es aún un tema muy polémico porque también existen trabajos en los cuales la incidencia

de bajo peso al nacer no coinciden con estas edades.^{20,21}

El predominio de gestantes con peso normal a la captación en nuestro estudio coincide con estudios realizados por autores cubanos como López y colaboradores sobre algunos factores maternos asociados al bajo peso al nacer en el cuál dos tercios de las gestantes en su estudio eran normopesos²², al igual que otros autores.^{21,23} En los países en vías de desarrollo una de las condicionantes del bajo peso al nacer lo constituye el estado nutricional de la madre en el momento de la concepción, tanto en Asia, África^{23,24}, como en América Latina. Por ejemplo en estudios realizados en Brasil del 2002 al 2003 el 41,3% de las gestantes eran bajo peso mientras Peña en su trabajo publicado en el Archivo Latinoamericano de Nutrición del 2003 realizado en la región de Valencia en Venezuela el 36,3% de las gestantes atendidas eran bajo peso.^{11,13}

La frecuencia de anemia en este estudio está dentro de la gran variabilidad de las investigaciones realizadas en las embarazadas en Cuba como el 30,43% reportado por López,²⁰ el 64,5 % de Prendes Labrada²⁵ entre otros.²⁶

Las anemias nutricionales son las más comunes en el embarazo y entre ellas el déficit de hierro ocupa el 95% de todas las diagnosticadas.^{26, 27, 28,29}

A nivel mundial según informes de la OMS en la revista WHO del 2007, sobre déficit de hierro como causa de anemia plantea que esta carencia tiene ya a nivel mundial carácter de epidemia por lo difundida que se encuentra, ya que el 30% de la población mundial la padece y están más afectados los niños y las embarazadas.^{28,30}

La disminución del porcentaje de anémicas en el estudio está por encima de los encontrados por López y colaboradores cuya prevalencia de anemia al final de la gestación estuvo en un 30,43%.²⁰ Ilciany plantea que la mayoría de las gestantes que comienzan el embarazo con cifras de hemoglobina entre 110-119 g/l, desarrollan anemia en el segundo y tercer trimestre del embarazo

pues de un 28,0% al inicio terminó su estudio con un 52% de anémicas en el 3er. Trimestre.²⁶

Varios autores concluyen que la ganancia de peso adecuada al final del embarazo es un indicador favorable para evitar el bajo peso al nacer. Ganancias inferiores a 8 Kg. han demostrado pesos inferiores a 2500 gramos en el neonato, mientras ganancias alrededor de los 12 Kg. garantizan un buen peso al nacer.^{31,32, 33}

CONCLUSIONES

Entre las gestantes estudiadas predominaron las edades entre 20-30 años, las evaluadas de normopeso y bajo peso y la anemia a la captación del embarazo. La consulta de Nutrición se considera pertinente y provechosa porque logró disminuir la incidencia de las gestantes anémicas en el tercer trimestre de embarazo y se alcanzó en la mayoría de ellas de forma efectiva, ganancias totales de peso iguales o superiores a las recomendadas.

BIBLIOGRAFÍA

- [1.-Núñez N.: Pobreza global: Cuenta pendiente. Bohemia. La Habana, Cuba, 2007; 99,(6);18p.
- 2.- Vera Barboza Y. Nutrición esencia de la salud integral. An Venez Nutr. Caracas. June 2010; 23(1).
- 3.- Barrieto Penié J., Santana Porbén S., Martínez González C. *et al* Alimentación, Nutrición y Metabolismo en el proceso salud-enfermedad. Acta Médica. 2003;11(1):26-37.
- 4.-Hernández Pinero, L., Zangronis Ruano,L., Gallardo Pérez,U. *et al*:Exploración del peso corporal en un consultorio médico. Rev Cubana Med Gen Integr,2005; 21(3-4):0-0,ISSN 0864-2125.
- 5.-Martín González I.,Plasencia Concepción D., González Pérez T.: Manual de Dietoterapia. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas,2006;X;182.
- 6.-CD-ROM Maestría Atención Integral a la Mujer. Nutrición en la mujer. La Habana,2003.
- 7.- Ortiz Andrellucchi A., Sánchez Villegas A., Ramírez García O. *et al*. Calidad nutricional de la dieta en gestantes sanas de Canarias. Med. clin; oct. 2009;133(16):615-621, tab, graf.

8.- Hernani Pinto de Lemos Junior. Vitamina E e gravidez. Diagn Tratamento.

2009;14(4):152-5

9. - Who. Overview of CAH. Adolescent health and Development. Adolescent nutrition,2007.

<http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/adolescent.htm>

Revisado el 11/4/2007.

10.-Rodríguez Domínguez PL., Hernández Cabrera J. y Reyes Pérez A.

Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre.Rev. Cubana

Obstet Ginecol. 2006;32(3).

11.- Rocha D., Pereira Neto M., Priore, SE. *et al.* Estado nutricional e

anemia ferropriva em gestantes: relacao com o peso da crianca ao nacer.

Rev Nutr.2005;18(4):481-489.

12.-Villavicencio M. y col. Prevalencia de embarazos precoces controlados en

el período Junio-Julio del 2002:Ambulatorio Urbano tipo 1 La Ferresta,

Tinaquillo,Estado de Cojedes. Salus Militaes.2004;29(1/2):52-54.

13.-Peña E.,Sánchez A.,Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la

adolescente embarazada. Arch. Latinoam. Nutr.2003;53(2):141-149.

14.-MINSAP. Programa para la reducción del bajo peso al nacer.

La Habana: MINSAP -1998.

15.- MINSAP:Anuario Estadístico de Cuba 2007-2010.

[.http://www.sld.cu/](http://www.sld.cu/) Estadísticas en Salud.

16.-Suega K, Dharmayuda TG,Sutarge IM, Bakta IM. Iron deficiency anaemia in pregnant woman in Bali, Indonesia. A profile of risk factors and epidemiology. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2002; 33 (3):60-7.

17.-Conceptos básicos de Nutrición. Temas impartidos en la Maestría de Nutrición 2003:Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos;2003.

18.-Who. Adolescent health and development. World health Organization. Child and Adolescent health and development,2007.
<http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/adolescent/htm>.

19.-Duarte CM., Barbosa Nacimiento V et al: Adolescent Pregnancy and social exclusión: análisis of intraurban disparities. Pan Americam J Of Public Health;2006, 19,(4)

20.-López J.I., Iugones Botell, M.I, Valdespino Pineda, L. M.et al:
Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer.
Rev. Cubana Obstet Ginecol, 2004; 30,(1),po-o

21.-Otero Rodríguez, I., Hidalgo Gato Castillo, I., Padrón González, O.et al:
Determinantes maternas de crecimiento y desarrollo fetal

detectadas en el área de salud del policlínico "Raúl Sánchez". Boletín de
Medicina General Integral 2004;8(1)

22.-Rodríguez Domínguez P.L., Hernández Cabrera J. yReyes Pérez A.

Bajo peso al nacer: algunos factores asociados a la madre.

Rev. Cubana Obstet Ginecol 2006;32(3)

23.-Jackson A A, Robinson SM. Dietary guidelines for pregnancy:

a review of current evidence. Public Health Nutr 2001;4(2B):625-30.

24.- Lieven Fernand H., Dominique Albert R., Patrick Wilfried K.and John

Hendrik Van Camp: Dietary behaviour, food and nutrient intake of pregnant
women in a rural community in Burkina Faso. Blackwell Publishing Ltd
Maternal and Child Nutrition; 2009.

25.-Prendes Labrada, M C; Baños Rodríguez, A F, Toledo Dieppa, O ;Lezcay

Megret, O. Prevalencia de anemia en gestante en un área de salud.

Rev. Cubana Med Gen Integr 2001;16(1):25-30

26.-Villarez Alvarez, I., Fernández Águila J.D., Avilés Martínez M. et al:

Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del

Municipio de Cienfuegos: Rev. Cubana Obstet Ginecol; 2006, 32(1), 0-0

27.-Pautas de Tratamiento en Atención primaria de Salud. Departamento

Materno infantil. La Habana: marzo 2011.

28. - Dani C., Rossetto S., Castro Simone M. & Wagne Sandrine C. Anemia prevalence and nutritional deficiencies, through different laboratory parameters, in pregnant women assisted in two services of public health in Rio Grande do Sul. RBAC.2008;40(3): 171-175.
- 29.- Oliva Rodríguez JA. Anemia y embarazo en Temas de Ginecología y Obstetricia. 2004.
- 30.-Who: micronutriente deficientes: iron deficiency anaemia; 2007.
<http://www.who.int/nutrition/topics/ida/en/index.htm>/Revisado el 13/4/2007
- 31.-Tablas Antropométricas de la embarazada,MINSAP;2009.
- 32.- Gala Vidal, H.; Crespo Mengana, E.; García Díaz, R.; Bertrán Bahades, J.; Valón Rodríguez, Á. Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer en una comunidad venezolana: Medisan;14 (2), feb.-mar. 2010.
- 33.- Drehmer, M.; Camey, S.; Schmidt Ma.I.; Anselmo Olinto, Ma.T.; Giacomello, A. et al: Socioeconomic, demographic and nutritional factors associated with maternal weight gain in general practices in Southern Brazil. Cad. Saúde Pública vol.26 no.5 Rio de Janeiro May 2010