

**Universidad de Ciencias Médicas
de Ciego de Ávila
Policlínico "Rafael Pérez González"
Bolivia.**

TÍTULO: Caracterización epidemiológica de las gestantes del Municipio Bolivia

AUTOR: Dra. Lisaidy Paneque Herrera

BOLIVIA, 2017

Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila,
Policlínico "Rafael Pérez González", Bolivia.

TÍTULO: Caracterización epidemiológica de las gestantes del Municipio Bolivia.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en
Medicina General Integral

Autor: Dra. Lisaidy Paneque Herrera. Residente de Segundo Año de Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Noemí Vergel López. Médica Especialista de Primer Grado en Ginecostetricia, Profesora Asistente. Policlínico "Rafael Pérez González", Bolivia.

BOLIVIA, 2017

AGRADECIMIENTOS

Una deuda de gratitud, en todos los casos, no se logra reconocer en el simple formato de una página, pero al menos es una evidencia muy sentida a la vista de todo el que la lee, por eso, con todo mi corazón agradezco:

A mi mamá, mi hija y mi esposo por el cariño y amor que siempre me han dedicado.

A mi tutor: Dar Noemi Vergel López.

A la profesora Ana Manzano por dedicarme gran parte de su limitado tiempo.

A todas las personas que han tenido que ver con la realización del mismo y a la Revolución por educarme y formarme como una verdadera guardiana de la salud.

DEDICATORIA

A: mi mama, mi hija, mi esposo y demás familiares por su apoyo incondicional durante todo este tiempo y a mis amistades por su cooperación y su ayuda incondicional.

Con cariño, amor y Respeto.

RESUMEN

El estado de nutrición en la madre es un factor que determina el crecimiento del feto durante el embarazo y el peso del recién nacido. El peso del recién nacido da referencia del bienestar en el que se encuentra y la salud con la que cuenta la gestante. Se realizó un estudio observacional descriptivo, en gestantes pertenecientes al municipio Bolivia, en el período comprendido de febrero 2016 a febrero del 2017, con el objetivo de evaluar el estado nutricional. El universo de estudio estuvo constituido por todas las gestantes, y la muestra las 96 embarazadas del área urbana, seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional. Con el objetivo Evaluar el estado nutricional en gestantes del Municipio Bolivia. El estado nutricional a la captación se ve con mayor incidencia las gestantes normopesos, la distribución de las gestantes en grupos etarios se ve que en las edades de 19 y 29 años y estado civil se ven más las acompañada, la ocupación esta relacionada con el estado nutricional de forma favorable ya que el mayor porcentaje gestantes que son trabajadoras y que viven con padres el factor de riesgo más incide es los malos hábitos dietéticos.

Palabras clave: Estado nutricional

INDICE

I.INTRODUCCION.....	1
II.MARCO TEORICO.....	5
III.MATERIAL Y METODO.....	9
IV.RESULTADOS Y DISCUSION.....	13
V.CONCLUSIONES.....	20
VI.RECOMENDACIONES.....	21
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	22
VIII.ANEXOS.....	

I. INTRODUCCIÓN

La salud pública cubana ha priorizado a los grupos poblacionales de riesgo, en particular a la mujer y los niños. En la década del 50 la situación de la madre embarazada en Cuba estaba matizada por los elevados índices de mortalidad, la escases de tratamiento especializado y de centros de asistencia. Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales en los inicios de la década del 60', fue ofrecer su colaboración a las parteras, que eran las que brindaban cuidados a las parturientas en las zonas rurales del país. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor. Finalmente según sus capacidades fueron incorporadas como trabajadoras de las unidades rurales de servicios que se creaban. Así se erradicó la práctica empírica en la atención del parto en Cuba.

En 1962 se constituye una unidad de atención primaria especializada en el tratamiento de embarazadas en ciudades o pueblos: el hogar materno. Se considera una fortaleza para el programa materno-infantil, dado que es la institución que acoge a la embarazada que presente dificultades durante la gestación y le da tratamiento personalizado, previendo complicaciones que pongan en peligro la vida del bebé y la madre.

Por lo que es conocido que en Cuba después del triunfo de la Revolución se encaminaron múltiples esfuerzos al desarrollo de la salud pública y al desarrollo científico técnico repercutiendo de forma positiva en las ciencias médicas. Muchos de estos esfuerzos han sido dedicados a la infancia lo que se plasma en programa de salud reproductiva la cual constituye desde el punto de vista socioeconómico un indicador de desarrollo. En estos 50 años de revolución se ha producido un salto cualitativo y cuantitativo en la calidad de la atención médica, jugando un papel muy importante la atención primaria de salud que ha contribuido de forma directa en la reducción de la mortalidad materna infantil colocándonos a nivel de países desarrollados y baluarte de América latina.

Trabajos recientes realizados por psicólogos cubanos plantean como a pesar de las ventajas que ofrece el estado socialista donde la salud cubre todas las necesidades a todo por igual, la mujer muchas veces no las utiliza adecuadamente afectándose ella como gestante y su futuro hijo, esto muestra la importancia de los factores biosociales teniendo como preocupación lograr una correcta nutrición de las mujeres en edad fértil. Un elemento a tener en cuenta es la detección precoz de los embarazos de alto riesgo tomando las medidas necesarias para eliminar el factor de riesgo o modificarlo de forma tal que el daño o perjuicio sea mínimo.

El estado de nutrición en la madre es un factor que determina el crecimiento del feto durante el embarazo y el peso del recién nacido. El peso del recién nacido da referencia del bienestar en el que se encuentra y la salud con la que cuenta la gestante. Existen varios factores de riesgo que determinan el estado patológico en la mujer durante el embarazo, sin duda uno de estos factores muy importante es el estado nutricional de la embarazada, el cual repercute sobre el parto y el recién nacido, ya que se sabe que el peso en el momento de la concepción y la ganancia de este durante el embarazo tiene una influencia determinante sobre la morbilidad materno perinatal.

Los factores nutricionales maternos explican el 50% de las diferencias entre las tasas del retraso del crecimiento intrauterino en los países desarrollados, respecto a los subdesarrollados en el transcurso de la gestación una serie de indicadores antropométricos constituyen buenos predictores del resultado del embarazo, tales como el peso al nacer y la supervivencia. Dichos indicadores son: Aumento de peso gestacional, peso para la talla como tanto por ciento de la norma y circunferencia del brazo.

La edad materna es considerada una variable de riesgo obstétrico y neonatal para las Normas Perinatales de uso habitual, particularmente la adolescencia (entre los 10 y los 19 años) con riesgo aumentado de bajo peso al nacer y prematuridad. El concepto de grupo de riesgo perinatal de la embarazada adolescente se apoya, en

gran parte, en que muestran tasas más altas de morbimortalidad perinatal. Sin embargo, los estudios controlados no parecen sugerir evidencias que apoyen la asociación entre edad materna muy baja y la mayoría de las complicaciones perinatales y sí en cambio una dependencia entre estado nutricional y riesgo aumentado de retardo de crecimiento intrauterino.

La prevalencia de desnutrición en mujeres gestantes se ha determinado en diferentes regiones del mundo, existiendo considerables variaciones de un lugar a otro: 75% en la India, 39,2% en Egipto, 25,0% en Viena (Austria) y 12,3% en Adelaide (Australia). En Estados Unidos se han reportado cifras de 12 % en la ciudad de los Angeles, 9,7% en San Francisco con prevalencias más altas (32,0%) cuando se trata de adolescentes (Maryland, Utah y Washington). En Hispanoamérica las cifras de prevalencia de desnutrición son también variables: 20,0 % al inicio del embarazo en Chile y 39,1% en Dominica. En Venezuela, algunos estudios han señalado que la prevalencia de desnutrición en gestantes varía de 15,2% a 16,9%.

Trabajos recientes realizados por psicólogos cubanos plantean como a pesar de las ventajas que ofrece el estado socialista donde la salud cubre todas las necesidades a todo por igual, la mujer muchas veces no las utiliza adecuadamente afectándose ella como gestante y su futuro hijo, esto muestra la importancia de los factores biosociales teniendo como preocupación lograr una correcta nutrición de las mujeres en edad fértil. Un elemento a tener en cuenta es la detección precoz de los embarazos de alto riesgo tomando las medidas necesarias para eliminar el factor de riesgo o modificarlo de forma tal que le daño o perjuicio sea mínimo.

Cuba ocupa el primer lugar en indicadores favorables de mortalidad infantil en menores de un año y menores de cinco años en América Latina y buena parte del mundo. Durante los dos últimos años se ha alcanzado la tasa de mortalidad infantil más baja de la historia, con 5.3 por mil nacidos vivos. Según estadísticas recogidas en el Estado Mundial de la Infancia 2015 que publica UNICEF. En ciego de Ávila en el 2015 de un total de 1665 partos tubo una tasa de mortalidad infantil de 3,43 % y

de una tasa de bajo peso de 5,9 %. En el 2016 la tasa de mortalidad infantil en la provincia es de 5,31 %.

En el municipio Bolivia con una población de 66,3 rural % y un alto índice de embarazo en la adolescencia se ha convertido en una prioridad del sistema de salud, debido a que en los últimos años numerosos estudios han demostrado la relación entre el estado nutricional materno con el peso bajo al nacer, incremento de la morbimortalidad neonatal, retardo o detención del crecimiento y riesgo de déficit psicomotor posterior, en el 2015 se reportaron 5 bajo peso con una tasa de 2,5 mortalidad infantil. Por lo que se plantea el siguiente **Problema científico**: ¿Cómo se comporta el estado nutricional de las gestantes al momento de la captación en el Municipio de Bolivia?

La Novedad científica radica en la evaluación del estado nutricional de forma global en el área urbana del Municipio Bolivia.

OBJETIVOS

General

Caracterizar las gestantes del Municipio Bolivia desde febrero del 2016 a febrero 2017.

Específicos

1. Distribuir las gestantes según:
 - Estado nutricional a la captación del embarazo
 - Grupos de edad
2. Distribuir las gestantes según estado nutricional y :
 - Estado civil
 - Ocupación
 - Personas que conviven con la gestante
 - Factores de riesgo asociados al bajo peso gestacional.

II.MARCO TEÓRICO

En 1962 se constituye una unidad de atención primaria especializada en el tratamiento de embarazadas en ciudades o pueblos: el hogar materno. Se considera una fortaleza para el programa materno-infantil, dado que es la institución que acoge a la embarazada que presente dificultades durante la gestación y le da tratamiento personalizado, previendo complicaciones que pongan en peligro la vida del bebé y la madre.

La salud pública cubana ha priorizado a los grupos poblacionales de riesgo, en particular a la mujer y los niños. En la década del 50 la situación de la madre embarazada en Cuba estaba matizada por los elevados índices de mortalidad, la escases de tratamiento especializado y de centros de asistencia. Una de las primeras tareas educativas que asumieron los médicos rurales en los inicios de la década del 60', fue ofrecer su colaboración a las parteras, que eran las que brindaban cuidados a las parturientas en las zonas rurales del país. Estas parteras fueron instruidas y se les facilitaron medios para mejorar su labor. Finalmente según sus capacidades fueron incorporadas como trabajadoras de las unidades rurales de servicios que se creaban. Así se erradicó la práctica empírica en la atención del parto en Cuba.

Por lo que es conocido que en Cuba después del triunfo de la Revolución a encaminados múltiples esfuerzos al desarrollo de la salud pública y al desarrollo científico técnico repercutiendo de forma positiva en las ciencias médicas. Muchos de estos esfuerzos han sido dedicados a la infancia lo que se plasma en programa de salud reproductiva la cual constituye desde el punto de vista socioeconómico un indicador de desarrollo. En estos 50 años de revolución se ha producido un salto cualitativo y cuantitativo en la calidad de la atención médica, jugando un papel muy importante la atención primaria de salud que ha contribuido de forma directa en la reducción de la mortalidad materna infantil colocándonos a nivel de países desarrollados y baluarte de América latina.

El estado de nutrición en la madre es un factor que determina el crecimiento del feto durante el embarazo y el peso del recién nacido. El peso del recién nacido da referencia del bienestar en el que se encuentra y la salud con la que cuenta la gestante. Existen varios factores de riesgo que determinan el estado patológico en la mujer durante el embarazo, sin duda uno de estos factores muy importante es el estado nutricional de la embarazada, el cual repercute sobre el parto y el recién nacido, ya que se sabe que el peso en el momento de la concepción y la ganancia de este durante el embarazo tiene una influencia determinante sobre la morbilidad materno perinatal.

Según el American College of Obstetricians Gynecologists, se han señalado como circunstancias que pueden comprometer el estado nutricional materno:

- Edad menor a 16 años.
- Situación económica de privación.
- Tercer embarazo en menos de dos años.
- Seguimiento de dieta terapéutica previa al embarazo.
- Malos hábitos del apetito.
- Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Bajo peso al inicio del embarazo.
- Hematocrito < 33% y hemoglobina < 11 g/dl.
- Enfermedades asociadas.
- Ganancia de peso menor de 1kg durante los tres primeros meses de embarazo.

El período de embarazo implica un aumento en las necesidades nutricionales de la mujer. El aporte nutricional en esta etapa debe asegurar el crecimiento materno fetal, debe favorecer la lactancia y especialmente en los intervalos intergenésico (es decir entre un embarazo y otro). Con respecto a la ganancia de peso durante el embarazo

se debe evaluar en cada caso particular, ya que se relaciona con su talla y su peso previo a la concepción y su índice de masa corporal. Durante el primer mes el aumento de peso es mínimo y se relaciona principalmente con los tejidos maternos. El segundo y tercer trimestre son los de mayor aumento de peso (alrededor de medio Kg semanal). El depósito de grasa en estos tejidos es la reserva energética especialmente para el período de lactancia, y es el componente más variable de todos en lo que es la ganancia de peso. El aumento de peso ideal durante el embarazo se determina en base al IMC previo al estadio gestacional. Las embarazadas con bajo peso deben aumentar más kilogramos para recuperar su estado nutricional, mientras que las embarazadas que comienzan la gestación con un exceso de peso se recomienda un menor aumento.

Actualmente el control de la variación de peso durante la gestación, no se considera básico, a excepción de aquellas mujeres que ya en el inicio del embarazo se encuentran en una situación patológica, ya sea por exceso (obesidad) o por defecto (adelgazamiento). Se acepta que el peso medio de una mujer debe aumentar durante la gestación, partiendo de un peso adecuado para su edad y talla, será de 10 a 12 kg, considerándose que no debe ser inferior al 10% del peso inicial ni superior al 20% del habitual. Este aumento de peso no es longitudinal a lo largo del embarazo.

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informan que en América Latina y el Caribe la mortalidad materna se redujo en 43% entre 1990 y 2010, mientras que la mortalidad infantil se redujo en 57%, sin embargo, estos porcentajes varían entre países y entre grupos sociales, económicos y étnicos dentro de las naciones.

Ecuador logró importantes avances en salud sexual y reproductiva gracias a la implementación de políticas públicas. Esto permite avanzar en el propósito de reducir en 75% la mortalidad materna hasta 2015. Un informe realizado por el Instituto de Medición y Análisis de la Salud señala que la tasa de mortalidad materna en Ecuador, hace 20 años, fue de 181 fallecimientos por cada 100.000 nacimientos. En

el 2008 esa cifra se redujo a 77 y en la actualidad la Tasa de mortalidad infantil es de 19,06 muertes/1.000 nacimientos.

Cuba ocupa el primer lugar en indicadores favorables de mortalidad infantil en menores de un año y menores de cinco años en América Latina y buena parte del mundo.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo, en gestantes pertenecientes al municipio Bolivia, en el período comprendido de febrero 2016 a febrero del 2017, con el objetivo de evaluar el estado nutricional.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las gestantes, y la muestra las 96 embarazadas del área urbana, seleccionadas por muestreo no probabilístico intencional.

Criterios de inclusión:

Gestantes captadas antes de las 13,6 semanas, residentes permanentes en el municipio.

Gestantes residentes temporales captadas antes de las 13,6 semanas que van a permanecer en esta área de salud durante su embarazo.

Gestantes capaces de leer y responder a una encuesta sola, además de que han firmado el consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

Gestantes residentes permanentes del Área que se encuentran fuera de la misma en el momento del estudio.

Criterios de salida:

Abandono por decisión propia

Por fallecimiento

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	Tipo	Escala de clasificación	Definición	Indicador
Edad materna	Cuantitativa continua	14 a 18 años 19 a 29 años 30 a 36 años Más de 36 años	Según años cumplidos	Números y porcentaje según edad materna
Estado civil.	Cualitativa nominal politómica	Casada Acompañada Soltera	Según Estado civil	Números y porcentaje
Ocupación.	Cualitativa nominal politómica	Trabajadora Estudiantes Ama de casa	Según Ocupación.	Números y porcentaje
Personas que conviven con la gestante.	Cualitativa nominal politómica	Vive con padres, pareja, Padres y pareja	Según Personas que conviven	Números y porcentaje
Según estado nutricional y factores de riesgo asociados al bajo peso	Cualitativa nominal politómica	Edad menor a 18 años. Situación económica mala Malos hábitos dietéticos Consumo de cigarro y alcohol.	Según Factores de riesgo asociados	Números y porcentaje

		Hemoglobina < 11 g/dl. Diabetes gestacional. Hipertensión arterial gestacional.		
Estado nutricional a la captación	Cualitativa continua	Bajo peso ≤ 18.8 kg Normo peso > 18.8 a < 25.6 Kg Sobrepeso ≥ 25.6 a < 28.6 Obesa	Según Estado nutricional	Números y porcentaje según estado nutricional a la captación

Procesamiento estadístico.

Los datos que se obtuvieron fueron recogidos mediante una encuesta elaborada y validada por la autora. ANEXO I.

Los resultados obtenidos fueron vaciados en tablas estadísticas de frecuencia, como medidas de resumen- los números absolutos y porcentos, se realizó análisis que permitieron dar salida a los objetivos propuestos para la investigación.

Consideraciones éticas: Al trabajar con seres humanos, el consentimiento informado es un proceder de obligado cumplimiento. Todas las personas que participarán en el presente estudio, fueron informadas previamente de forma oral y escrita sobre los objetivos del mismo, para lo cual se les presentó un modelo de consentimiento informado (Anexo II), confeccionado según las reglamentaciones establecidas en la

declaración de Helsinki enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Se cumplió con las consideraciones éticas para estudios de este tipo ya que los datos obtenidos solo fueron utilizados con fines científicos.

Cada paciente fue libre de elegir su participación en la investigación y manifestó su aceptación de forma verbal y escrita. La integridad de los datos obtenidos en el presente estudio serán respetados en las publicaciones que se generen así como la confiabilidad de la información obtenida, se respetó y conservó en todo momento la ética hacia los pacientes y sus familiares, conforme a los principios éticos para toda investigación médica en humana.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de la evaluación nutricional de las gestantes a la captación del embarazo.

Edad	Bajo peso		Normopeso		Sobre peso		Obesa	
	No	%	No	%	No	%	No	%
14-18 años	6	6.2	4	4.1	3	3.1	2	2.1
19-29 años	15	15.6	19	19.7	10	10.4	6	6.2
30-36 años	4	4.1	5	5.2	7	7.2	4	4.1
Más de 36 años	2	2.1	3	3.1	4	4.1	2	2.1
Total	27	28.1	31	32.2	24	25	14	14.6

Fuente: Encuesta.

La tabla muestra que según el estado nutricional a la captación se ve con mayor repercusión en las gestantes normopesos con un total de 31 para un 32.2 % de ahí el grupo etario que más predomina es de 19 y 29 años con un total de 19 para un 19.7 % siguiéndoles las bajo peso con un total de 27 para un 28.1 % y el grupo etario esta entre 19 y 29 siendo las obesas las de menor repercusión con un total de 14 para un 14.6 % resultado que no coincide con el estudio realizado por Álvares Sintés, R. Et. donde expone que los grupos etarios más frecuente con bajo peso a la captación están entre los 14 y 18 años. (1)

Tabla 2. Distribución de las gestantes según grupos de edad

Grupos etarios	No	%
14-18	17	17.7
19-29	38	39.5
30-36	27	28.1
Más de 36 años	14	14.6
Total	96	100

En la tabla muestra que según la distribución de las gestantes en grupos etarios se ve que en las edades de 19 y 29 años fue donde más embarazadas hubo teniendo un total de 38 para un 39.5 % siguiendole el grupo de 30 a 36 con un total de 27 para un 28.1 % siendo el grupo de más de 36 años el que menos predomino con un total de 14 para un 14.6 % resultado que no coincide con el estudio realizado por el autor Martin González donde expone que el mayor grupo etario se encuentra entre las edades de 30-36 años . (2)

Tabla 3. Distribución de gestantes según el estado civil.

Estado Nutricional	Casada		Acompañada		Soltera		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bajo peso	7	7.2	9	9.3	10	10.4	26	27.1
Normopeso	13	13.5	21	21.8	6	6.25	40	41.6
Sobre peso	5	5.2	10	10.4	5	5.2	20	20.8
Obesa	3	3.1	5	5.2	2	2.1	10	10.5
Total	28	29.2	45	46.8	23	23.9	96	100

La tabla muestra que según el estado civil se ven más las gestantes acompañada con un total de 45 para un 46.8 % viéndose ahí una mayor repercusión en las embarazadas normopesos con un total de 21 para un 21.8 % siguiéndoles las de estado civil de casada con un total de 28 para un 29.2 % viéndose ahí una mayor predominancia con las normopesos con un total de 13 para un 13.5 % siendo las solteras las de menor repercusión con un total de 23 para un 23.9 % coincidiendo con Valdez que plantea que la mayoría de las mujeres tienden a mantener relaciones sin respaldo legal.(16)

Tabla 4. Distribución de gestantes según estado nutricional relacionado con la ocupación.

Estado Nutricional	Trabajadora		Estudiantes		Ama de casa		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Bajo peso	11	11.4	10	10.4	3	3.1	24	25.1
Normopeso	24	25.0	9	9.3	4	4.1	37	38.5
Sobre peso	7	7.2	7	7.3	9	9.3	23	23.9
Obesa	3	3.1	2	2.0	7	7.3	12	12.5
Total	45	46.8	28	29.1	23	23.9	96	100

La tabla muestra que la ocupación esta relacionada con el estado nutricional de forma favorable ya que existe un total de 45 gestantes que son trabajadoras siendo este el más alto de las cuales se ven las embarazadas normopesos las que más predominaron con un total de 24 para un 25 % siguiéndole las estudiantes con un total de 28 viéndose repercusión en las bajo peso con un total de 10 para un 10.4 % resultados que coinciden con la investigación realizadas por L. Valdez donde expone que la gestante trabajadora presenta mayor actividad física por lo que favorece su estado nutricional.(16)

Tabla 5. Distribución según estado nutricional y personas que conviven con la gestante.

Estado Nutricional	Vive con padres		Vive con pareja		Padres y pareja		Otros		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Bajo peso	13	13.5	3	3.1	7	7.2	2	2.0	25	26.1
Normopeso	21	21.8	5	5.2	3	3.1	5	5.2	34	35.4
Sobre peso	8	8.3	9	9.3	4	4.2	1	1.0	22	22.9
Obesa	6	6.2	8	8.3	1	1.0	-	-	15	15.6
Total	48	50.0	25	26.1	15	15.6	8	8.3	96	100

La tabla muestra que es más frecuentes las gestantes que viven con padres donde predominan las normopesos con un total de 21 para un 21.8% siguiéndoles las que viven con parejas viéndose una mayor repercusión en las embarazadas sobrepesos con un total de 9 para un 9.3% resultado que no coincide con el estudio realizado por el autor Montero Julio C. donde expone que prevalece las gestantes que viven con parejas viéndose una prevalencia en las sobre pesos. (4)

Tabla.6 Distribución de las gestantes según estado nutricional y factores de riesgo asociados al bajo peso gestacional.

N=96

Factores de riesgo	Bajo- peso		Normopeso		Sobre-peso		Obesas		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Edad menor de 18 años	3	3.1	8	8.2	3	3.1	2	2.1	16	16.8
Situación económica mala	7	7.3	6	6.3	4	4.2	3	3.1	20	20.8
Malos hábitos dietéticos	4	4.2	5	5.2	7	7.3	6	6.3	22	22.9
Consumo de cigarros y alcohol	1	1.0	4	4.2	2	2.1	1	1.0	8	8.3
Hemoglobina menor 11 g/dl	6	6.3	3	3.1	1	1.0	-	-	10	10.4
Diabetes gestacional	2	2.1	4	4.2	3	3.1	1	1.0	10	10.4
Hipertensión arterial gestacional	2	2.1	4	4.2	2	2.1	2	2.1	10	10.4
Total	25	26.1	34	35.4	22	22.9	15	15.6	96	100

La tabla muestra que según el estado nutricional el factor de riesgo que más repercute son los malos hábitos dietéticos con un total de 22 para un 22.9 % siguiéndole la mala situación económica con un total de 20 para un 20.8 % viéndose luego con un alto porcentaje en las embarazadas con edad menor de 18 años con un total de 16 para un 16.8 % resultados que no coinciden con los estudios realizados por el autor Martín González ya que él expone que el factor que más predomina es la mala situación económica. (2)

V. CONCLUSIONES

El estado nutricional normopeso predominó en la mayoría de las embarazadas a la captación, siguiéndoles las bajo peso de ahí el grupo de edad que más repercute es de 19 a 29 años, con una mayor número de embarazadas con estado civil de acompañada que generalmente son trabajadoras y viven con padres según el estado nutricional el factor de riesgo de bajo peso al nacer que más incide son los malos hábitos dietéticos en las embarazadas con estado nutricional de sobre peso siguiéndole las bajo peso al inicio del embarazo y viéndose luego con un alto porcentaje la mala situación económica.

RECOMENDACIONES

Impartir educación nutricional a las mujeres en edad reproductiva con respecto a la importancia de una alimentación adecuada durante el embarazo informándoles que alimentos deben consumir en mayor cantidad en cada trimestre del embarazo

Desarrollarse estrategias desde diferentes ámbitos: comunitario, familiar, laboral, entre otros, que preparen a las mujeres para la maternidad, debido a que es bien conocido que el problema no radica únicamente en el momento de la gestación, sino en el estado nutricional preconcepcional, por lo que se requiere del seguimiento nutricional de las mujeres en edad reproductiva, para prevenir la malnutrición femenina y romper el círculo de desnutrición materno-fetal.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvares Sintés, R. Et el (2015) Alimentación y Nutrición en el Embarazo. En tema de Medicina General Integral. Ed Ciencias Médicas, La Habana.
2. Martín González I.C,D., Placencia Concepción,T.L. ,González Pérez (2014) : Manual de dietoterapia. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. V
3. Trowel HC, Burkett DP. Western diseases: their emergence and prevention. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2015.
4. Brown PJ. Culture and evolution of obesity. Hum Nature 2012; 2:31-57.
5. D.Galuska and L.K. Khan: "La obesidad desde la perspectiva de la Salud Pública". 2013
6. Drewnowski and S.E. Specter: "Poverty and Obesity: the role of energy density and a daily cost". Am. J. Nutr., 2004; 79:6-16.
7. Alfonso Guerra, Jorge P. "Obesidad: Epidemia del siglo XXI". Editorial Científico – Técnica, 2015
8. World Health Organization: "Obesity and overweight", MGI, tomo IV, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/e> on print. Html on 21 february, 2013. 9. MGI, tomo IV 2014.
10. Toren F: "Oxidant signals and oxidative stress. Curr opin cell boil". 2013; 15: 247-254.
11. Montero, Julio C. "Obesidad, una visión antropológica", 2016.
12. Revisión de artículo: "Alerta sobre riesgos de sobrepeso y obesidad en embarazo". Ciudad de México, junio 29/2014 (Notimex)
13. C. L. Ogden, M. D. Carroll and L.R. Curtin: Prevalence of overweight in the United States, 2010-2015". JAMA, 2015; 295.
14. A. Coca: "Evolución del control de la HTA en Atención Primaria en España: Resultados del estudio CONTROLARES 2012", Hipertensión, 2014; 22: 5-14.
15. Jiménez: "Sobrepeso en preescolares cubanos. Un análisis de la vigilancia nutricional pediátrica mediante sitios centinelas". Rev. Esp. Nutr. Comunitaria, 2014; 10(2): 70-73.

16. S. L. Valdés: "Evolución nutricional de las gestantes con DG y estudio de 11 años de trabajo". Servicio de Embarazo y Diabetes Mellitus, 2014,34-36
17. G. Debs, R. de la Noval y A. Dueñas: "Prevalencia de factores de riesgo en 10 de Octubre. Su evolución a los 5 años". Rev. Cub. De Cardiología. Cirugía Cardiovascular. 2015; 14-20.
18. A. Dueñas: "Tabaco y Salud", comunicación personal.
19. M. Almaguer, R. Herrera and C.J.Almaguer: "Design & methodology of the Isle of Youth Community- Based epidemiological study of CKD, cardio-Cerebral-Vascular Disease, HTA and DM (ISYS)". Medic Rev. 2013; 9:23-30.
20. Álvarez Sintés, Roberto: "Temas de MGI", Tomo II, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 2016; 27: 795-805.
21. B. A. Browman y R. M. Russell: "Conocimientos actuales sobre nutrición". Posición Científica y Técnica, OPS, 2013; 579-591.
22. D.S. Cnattingius et al : "Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes". N. Engl. J. Med. 2014, 338: 147-152.
23. P. Ramachandran: "Maternal nutrition effect on fetal growth and outcome of Pregnancy". Nutr. Rev. 2015, 60: 26-34.
24. Registro Cubano de Malformaciones Congénitas RECUMAC, Centro Nacional de Genética Médica, manual operacional, 2015.
25. An M R. "Corrent perspectives on the causes of neural tube defects resulting from diabetic pregnancy". Semin. Med. Genet. 2016; 135C:77- 87.
26. Catalana PM, Ehrenberg HM. "The short and long term implications of maternal obesity on the mother and her offspring". BJOG 2013: 113:1126-33.
27. R. H. Eckel, S.M. Grundy and P. Z. Zimmet: "The metabolic syndrome", Lancet. , 2015; 365:1415-1428.
28. Corcoy R., Garcia Peterson A., Pan A., Altirriba O., Adelantado J.M. and De Leyva A.: "Is selective screening for gestational diabetes mellitus worth while everywhere?" Acta diabetol, 2014; 41: 154-157.
29. Rigol. R. Obstericia y Ginecología. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2014.

30. Sotolongo. A. "La maternidad en la adolescencia, un fenómeno tradicional de nuestras tiempos". Tesis para optar por el título de Especialista en Enfermería Comunitaria. Guira de Melena 2015.
31. Potts Castillo O. Morbilidad en la primípara precoz (tesis). La Habana, Cuba:Hospital Docente Ginecoobstetrico "América Arias"; 2015.
32. Sánchez Villarino L: Primígesta adolescente. Estudio de su morbilidad (Tesis). La Habana, Cuba: Hospital Docente Ginecoobstetrico "América Arias"; 2014.
33. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana 2016.
34. Zonana-Nacach, A. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato 2013.
35. Silva Leal. N. Nutrición en la Mujer. 2014
36. Plasencia D, Hernández M, Segura M, Gámez AI. Nutrición y salud. La Habana: Servimpres; 2016.
37. FAO/OMS. Conferencia internacional sobre nutrición. Informe final de la conferencia. In: FAO/OMS, editor.; 2013Diciembre2013; Roma; 2013. p. 48-9.
38. MINSAP. Plan Nacional de Acción para la Nutrición. La Habana; 2016.
39. Mateluna A., Atalah E., Aspectos nutricionales en la adolescente embarazada, , Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, 2015.
40. Cabrera T. Embarazo en adolescentes aspectos nutricionales. Arch Venez Pueric Pediat. 2015; 65(3):62-64.
41. CEPAR. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR) al 2014

VII. ANEXOS

Anexo I. Encuesta

1. Nombre: _____

2. Edad: _____

3. Color de la piel: Blanco

Negro

4- Estado: civil casada soltera acompañada

5- Ocupación: estudia trabaja ama de casa

6-Historia familiar de bajo pesos anteriores:

Positiva

Negativa

7- ¿Padece de alguna enfermedad crónica?

Sí No

6-¿Usted es casada?

Sí No

8-¿Usted con quien vive?

Usted y su pareja.

Usted su pareja y padres

Usted y sus padres

9-¿Ha padecido usted de alguna enfermedad de transmisión sexual?

Sí **No**

10-¿Usted Fuma?

Sí **No**

En caso de ser positiva su respuesta marque:

Leve (5 o menos cigarrillos diarios)

Moderado (6 a 15 cigarrillos diarios)

Severo (1 o más cajetillas diaria)

11-¿Consume bebidas alcohólicas?

Sí **No**

En caso de ser positiva su respuesta marque:

Ocasional, cuando comparte en una fiesta con un grupo de amigos o en familia.

Bebe todos los días y siente necesidad de hacerlo sin motivo alguno.

12-¿Consume usted una dieta rica en grasa animal?

Sí **No**

Anexo II. Consentimiento Informado

Yo: _____

Manifiesto mi conformidad por participar en la investigación titulada: comportamiento del estado nutricional en gestantes del Municipio Bolivia. He sido informado que tengo el derecho de retirarme de la investigación cuando lo desee.

Participante

Dra. Lisaidy Paneque Herrera
Investigador