

Medicent Electrón. 2016 jul. -sep.;20(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
«DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

El índice de masa corporal puede no ser suficiente en el seguimiento ponderal de las gestantes

Body mass index cannot be sufficient in monitoring gestational weight gain

Danay Hernández Díaz¹, Nélica Liduvina Sarasa Muñoz², Oscar Cañizares Luna³

1. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: danayhd@infomed.sld.cu
2. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: nelidasm@infomed.sld.cu
3. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: oscarcl@infomed.sld.cu

RESUMEN

El seguimiento ponderal de la embarazada se realiza en la actualidad mediante el índice de masa corporal con que se inicie la gestación, pero es incapaz de detectar el porcentaje real de grasa en el organismo, lo cual sería óptimo para orientar su ganancia de peso. Se propuso determinar la proporción de ganancias excesivas en el embarazo, según estado nutricional pregestacional y macrosomía neonatal. Se comprobó que las mayores ganancias las mostraron las gestantes de peso adecuado, las cuales aportaron casi la mitad de los nacimientos grandes. El estado nutricional no es suficiente para orientar las ganancias de peso en la gestación, sobre todo por su relación directa con el peso del producto y las complicaciones futuras.

DeCS: índice de masa corporal, nutrición prenatal.

ABSTRACT

Nowadays, weight - gain monitoring in pregnant women is made through body mass index at the beginning of pregnancy, but it is unable to detect the real body fat percentage, which would be ideal in order to guide their weight gains. This study aimed at determining the proportion of excessive gestational gains according to pregestational status and neonatal macrosomia. The greatest gains were checked in women with an adequate weight, which provided almost half of big births. Nutritional status is not sufficient for guiding gestational weight gains, mainly for its direct relation with weight of the product and future complications.

DeCS: body mass index, prenatal nutrition.

La obesidad constituye la gran epidemia del siglo XXI, el principal problema nutricional y uno de los principales problemas de salud de las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, con un gran aporte al incremento del riesgo de la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, el hígado graso no alcohólico y otras enfermedades crónicas no transmisibles.¹

Al haber duplicado su prevalencia en menos de treinta años, la obesidad se ha convertido en una amenaza importante para la salud pública.²

Aunque el exceso de peso en la niñez constituye el anticipo de la obesidad en la juventud,³ el verdadero riesgo de ser obeso se establece durante la vida intrauterina y la primera etapa de la vida posnatal; los cambios adaptativos que se producen en la gestante, como respuesta a las exigencias del nuevo y complejo estado del organismo, implican variaciones de la composición corporal, tanto en el tejido graso como en la masa magra y el agua total, pero las adaptaciones del tejido adiposo son particularmente responsables de los mayores efectos sobre el concepto, y alcanzan tal magnitud, que generalmente no recuperan la condición previa al embarazo.⁴

Durante la gestación, la obesidad experimenta un incremento lineal con la epidemia global existente; en Europa, más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva y del 20 al 25 % de las mujeres embarazadas padecen de sobrepeso u obesidad.⁵

En países como los Estados Unidos, un estudio publicado en el año 2011 informó que, para la fecha, más de la mitad de las mujeres en edad reproductiva eran sobrepeso u obesas y la mayoría ganaban de peso excesivamente durante la gestación.⁶

En Cuba, mediante la dirección y ejecución –por el programa de atención materno infantil– de un sistema de vigilancia del estado y evolución nutricional de las gestantes, apoyados en las tablas antropométricas de la embarazada cubana, se promueve de forma indirecta la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyas cimientos se establecen en el período prenatal.⁷

En una etapa del desarrollo socioeconómico en el país, las condiciones del cuadro epidemiológico de la población y de la salud pública demandaron acciones que priorizaban la prevención de los nacimientos con bajo peso o pequeños para la edad gestacional, por sus implicaciones para la salud futura del recién nacido; pero en los últimos años, estas condiciones han cambiado: el índice de bajo peso al nacer ha venido decreciendo paulatinamente de 6,1 en el año 2000, hasta 5,3 en el 2014, y ha mantenido cifras históricas más bajas en Cuba.⁸

Sin embargo, como reflejo de la epidemia global de obesidad y sus consecuencias, el peso excesivo al nacimiento, solo entre los años 1989 y 2000, se incrementó de 3,1 % a 4,7 %, con una tendencia de mayor incremento en los últimos años, aproximadamente al 5 % de los nacimientos. Si se tiene en cuenta la edad gestacional al momento del parto y el sexo del recién nacido, la prevalencia de nacimientos grandes es de hasta un 10 %;⁹ por ello, la evaluación sistemática del estado nutricional al inicio del embarazo, y su continuidad durante todo el período, ha incluido a las gestantes de todas las categorías nutricionales, monitorización que ha permitido conocer que aún son insuficientes los indicadores de nacimientos grandes o pequeños para la edad gestacional en las gestantes y, por diversas razones, no son confiables las indicaciones de ganancia de peso durante el embarazo en la totalidad de las gestantes.

El seguimiento ponderal de la gestante es un punto de alta sensibilidad en su atención a nivel primario de salud; pero al contar con una guía de referencias propias del país, que se basa solo en el IMC pregestacional, otros indicadores antropométricos que informen de la composición corporal grasa y de la distribución regional del tejido adiposo, pudieran constituir herramientas para la presunción de desviaciones del peso al nacer, así como de riesgo cardiometabólico en la embarazada. La inclusión de tales indicadores en la clasificación y evolución de las gestantes de presunto riesgo, por antecedentes patológicos personales o familiares, puede ubicarlas en situación de vigilancia particularizada desde los comienzos de su gestación.

En un área de salud de Santa Clara, capital de la provincia de Villa Clara, Cuba, hace más de tres años se realiza, por este equipo de investigación, una consulta de seguimiento antropométrico y nutricional a la embarazada. Del análisis de este seguimiento, se conoció que de un total de 655 gestantes captadas y evaluadas de forma longitudinal durante todo el período gestacional, el 7,0 % (46 gestantes) resultaron de peso deficiente, el 58,2 %

(381 gestantes) se encontraban con peso adecuado, el 18,5 % (121 embarazadas) sobrepeso y las obesas el 16,3 % (107 gestantes); estos resultados alertan sobre la prevalencia del sobrepeso y la obesidad de las gestantes. Sin embargo, las ganancias de peso por encima de lo recomendado representaron el 44,3 % de las mujeres de peso adecuado, el 78,9 % de las que se encontraban con sobrepeso y el 76,1 % de las obesas. A pesar de que las mujeres con sobrepeso y obesas fueron más numerosas en la categoría de ganancia excesiva (76,1 %), el valor promedio de ganancia de peso fue más alta en las de peso adecuado (19,55 kg), lo cual motivó a reflexionar sobre la prevalencia de nacimientos grandes para la edad gestacional en este grupo de gestantes. De este análisis, resultó que de los 97 niños nacidos grandes para la edad gestacional en esta muestra, el 52,6 % procedieron de gestantes sobrepeso y obesas (27 sobrepeso y 24 obesas), pero el 47,4 % estuvo representado por las mujeres de peso deficiente y peso adecuado (una de peso deficiente y 45 de peso adecuado).

Por tal razón, se ha querido alertar sobre la necesidad del seguimiento cuidadoso de las gestantes de peso adecuado, las cuales, por las características de su estado nutricional, están recibiendo una evaluación ponderal menos rigurosa, y quizá sea necesaria la complementación del IMC con otros componentes de la constitución corporal, en aras de actuar oportunamente para evitar ganancias excesivas y su consecuente implicación, así como los nacimientos grandes para la edad gestacional, cuya prevención, en poco tiempo, debe pasar a ocupar mayor prioridad en los servicios y sistemas de salud cubanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesity and overweight. Fact sheet No. 311 [internet]. Geneva: WHO; 2013 Mar. [citado 6 mayo 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
2. Oliveros E, Virend K, Somers VK, Sochor O, Goel K, Lopez-Jimenez F. The Concept of Normal Weight Obesity. *Prog Cardiovasc Dis.* 2014;56(4):426-33.
3. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009;373:1083-96.
4. Skouteris H, McCabe M, Milgrom J, Kent B, Bruce LJ, Mihalopoulo C, *et al.* Protocol for a randomized controlled trial of a specialized health coaching intervention to prevent excessive gestational weight gain and postpartum weight retention in women: the HIPPI study. *BMC Public Health* [internet]. 2012 Jan. 25 [citado 10 jul. 2013];12:[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/78>
5. Heslehurst N. Trends in maternal obesity incidence rates, demographic predictors, and health inequalities in 36 821 women over a 15-year period. *BJOG.* 2007;114:187-94.

6. Deierlein AL, Siega-Riz AM, Adair LS, Herring AH. Effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on infant anthropometric outcomes. *J Pediatr*. 2011 Feb.;158(2):221-6.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. [internet]. La Habana: MINSAP; 1999. [citado 10 jul. 2013]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/programa-nacional-de-atencion-materno-infantil-1999.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2014 [internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015 [citado 19 dic. 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
9. Cruz J, Grandía R, Padilla L, Rodríguez S, Hernández P, Lang J, et al. Macrosomia predictors in infants born to Cuban mothers with Gestational Diabetes. *Medicc Review* [internet]. 2015 [citado 12 jun. 2014];17(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cabdirect.org/abstracts/20153287084.html;jsessionid=3A923CEA047457C7CCDF92527C6AA2BD>

Recibido: 4 de enero de 2016

Aprobado: 10 de abril de 2016

Danay Hernández Díaz. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: danayhd@infomed.sld.cu