

Variación del peso materno en el embarazo

Variation of the maternal weight in pregnancy

Dr. Antonio Gil Almira¹

¹ Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar. Policlínico Docente "Ramón López Peña", Santiago de Cuba, Cuba.

Resumen

Se analizan algunos aspectos acerca de la ganancia del peso materno durante el embarazo y se insiste en que ambos indicadores deben valorarse de manera individual e integral, tomando en cuenta la constitución física de la grávida y la edad gestacional, pero nunca partiendo exclusivamente del análisis frío de las tablas de mediciones y la aplicación automática de esquemas.

Palabras clave: embarazo, peso materno, ganancia de peso, edad gestacional

Abstract

Some aspects about gaining maternal weight during the pregnancy are analyzed and it is insisted that both indicators should be evaluated in an individual and integral way, taking into account the physique of the pregnant woman and the gestational age, but never taking as a base exclusively the cold analysis of the measure charts and the automatic implementation of outlines.

Key words: pregnancy, maternal weight, gain of weight, gestational age

INTRODUCCIÓN

Justificada sería la satisfacción si al atender a una embarazada se constatará un aumento de peso en correspondencia con el modelo ideal enseñado.

En esta etapa del ciclo vital de la mujer se aprecia un acelerado crecimiento y desarrollo de tejidos maternos y fetales, responsables ambos de una ganancia de peso cuyos componentes pueden ser divididos en dos partes: la que se atribuye al producto de la concepción (feto, placenta y líquido amniótico) y la que responde a la expansión de los tejidos de la futura madre (aumentan el útero, mamas, volumen sanguíneo, líquido extracelular, reservas de grasa; y especialmente, material nutritivo para afrontar la lactancia).¹⁻³

SU IMPORTANCIA

La variación de peso durante el embarazo ha sido objeto de especial atención. Coexisten infinidad de especulaciones al respecto y aún no se sabe con exactitud una cifra de ganancia ponderal óptima que sea válida para todas las gestantes por igual. Estudios realizados demuestran una estrecha interacción entre el peso pregestacional y su aumento según progresa la gestación (sobre todo en la segunda mitad). Si en el curso del embarazo es exagerado o insuficiente se le relaciona con resultados perinatales adversos: ganancias superiores a las recomendadas pueden aumentar el riesgo de preeclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y retención del peso materno posparto; en tanto las inferiores incrementan la posibilidad de bajo peso al nacer.⁴⁻⁹

Una alimentación materna que responda a los requerimientos de la grávida se traducirá en el nacimiento de neonatos con pesos idóneos, más vigorosos y con menos morbilidad y mortalidad perinatal.¹⁰⁻¹²

El crecimiento y desarrollo satisfactorio del nuevo ser en el claustro materno dependen, en buena medida, de una contribución uniforme de nutrientes de la madre al futuro bebé. En consecuencia, un aporte deficiente en el ingreso dietético, la absorción inadecuada de nutrientes a partir del intestino, el metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y micronutrientes en el organismo de la grávida, la insuficiencia en la circulación placentaria, así como una utilización anormal de los productos nutritivos por el feto pueden ocasionar un notable deterioro en el desarrollo de este último.¹²⁻¹⁴

Aunque no caben dudas que las necesidades calóricas durante la preñez están ligeramente aumentadas, en realidad no lo están tanto como inicialmente se había creído, pues si por un lado el metabolismo fetal incrementa estos requerimientos, por otro, la vida más sedentaria que generalmente suelen hacer las embarazadas compensa en parte el exceso general de las demandas.¹³⁻¹⁶

En Cuba, las recomendaciones nutricionales para gestantes entre 18 y 35 años de edad, con actividad física normal, incluyen un suplemento diario de 285 kcal sobre las que les correspondería si no estuvieran embarazadas.^{5, 17}

SU INTERPRETACIÓN

La mensuración del peso con regularidad es la única medición corporal válida para determinar su progresión durante el embarazo. Una ganancia de peso dentro de los parámetros recomendados, para una edad gestacional determinada, es un excelente indicador clínico de un ingreso calórico satisfactorio, si bien se ha planteado que el mejor momento para evaluar el estado nutricional de la madre es el posparto, período en el que a fin de garantizar las reservas suficientes para la producción de leche, la puérpera debe ostentar un sobrepeso de 2 a 3 kg en relación con el que exhibía antes del embarazo.¹⁸⁻²⁴

Para identificar la magnitud de la ganancia de peso es preciso el conocimiento previo de los valores considerados como normales para la población atendida (tablas nacionales de peso para la talla), lo que permitirá monitorear el grado de adecuación nutricional madre-hijo en el curso de la asistencia prenatal, mediante la comparación con las mensuraciones obtenidas en diferentes etapas del embarazo. No debe limitarse, exclusivamente, a efectuar un análisis frío de las tablas, pues resulta elemental e imperioso prestar especial atención a la constitución somática de cada mujer en particular.^{2, 5, 10}

Debido a que la mayoría de las veces el conocimiento exacto del peso habitual, previo a la gestación, resulta nada fácil y teniendo en cuenta que su aumento es mínimo en las semanas iniciales, en Cuba (donde la captación del embarazo se realiza precozmente) el peso corporal tomado en la primera consulta prenatal es considerado como pregestacional.¹⁷⁻²⁰

¿CÓMO OCURRE LA GANANCIA DE PESO?

A pesar de saberse que el incremento de peso durante la preñez depende en gran medida de la constitución corporal de la mujer, existe consenso de que la gestante delgada debe adicionar más kilogramos en este período que la de peso promedio alto, pero dicha ganancia no tiene lugar de modo regular durante el embarazo fisiológico cualquiera haya sido el estado nutricional inicial de la futura mamá.^{16, 25-27}

En una mujer de estatura media, con una evaluación ponderal dentro de límites adecuados, la gravidez normal tiene un aumento de peso apenas evidente en el primer trimestre, e incluso, es natural alguna pérdida de este. En el trimestre subsiguiente es frecuente un incremento semanal que oscila entre 250 a 400 g (aproximadamente de 8 a 13 onzas). En cambio, en el tercer tercio de la gestación es habitual una ganancia de 400 a 500 g por semana (aproximadamente de 13 a 17 onzas), excepto las últimas una o dos semanas antes del parto a término, en las cuales casi no se identifica aumento alguno. Al final de la gestación la mujer corriente suele pesar, como promedio, unos 11 kg más que antes de su inicio.^{1, 5, 19}

La ganancia de peso, en sentido general, es progresiva, y expresada en una gráfica adopta una curva lineal con inclinación ascendente desde la semana 13 con tendencia a estabilizarse en las últimas 2 a 3 semanas del embarazo;^{1, 2} no obstante, diferentes autores expresan discrepancias acerca de los incrementos de peso deseados durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, según se aprecia a continuación.

Hitten y Leich, después de realizar estudios en Inglaterra, recomendaron las ganancias de peso siguientes:^{1, 2, 5}

Semanas de embarazo	kg/semana
- De 0 a 10.....	0,065
- De 10 a 20.....	0,335
- De 20 a 30.....	0,450
- De 30 a 40.....	0,335

Fescina estudió la ganancia correspondiente a cada tercio de la gestación, y al igual que Hitten y Leich comprobó que la tasa de incremento semanal es superior durante el segundo trimestre (**tabla**), atribuible a una mayor velocidad de este aumento entre las semanas 18 y 25 (aproximadamente 400 g cada 7 días).²

Tabla. *Ganancia de peso correspondiente a cada tercio de la gestación*

Trimestre del embarazo	Aumento de peso en gramos		
	Percentil 10	Percentil 50	Percentil 90
Primero	- 400	1,650	3,500
Segundo	4,100	5,850	8,200
Tercero	2,200	3,800	4,300

Hüter fue más específico y propuso valores medios normales para el incremento de peso en cada semana: ¹

Semanas de embarazo kg/semana

- De 1 a 12.....0,0
- De 13 a 15.....0,250
- De 16 a 18.....0,300
- De 19 a 22.....0,350
- De 23 a 24.....0,400
- De 25 a 26.....0,450
- De 27 a 38.....0,500
- 39.....0,250
- 40.....0,0

Aunque se acepta que durante el embarazo es necesario incrementar el aporte de energía y de nutrientes, ^{10, 16-19} parece que son específicamente las mujeres delgadas (aquellas que al inicio del embarazo se encuentran por debajo del percentil 10, es decir, que tengan un peso para la talla inferior al valor del grado II del peso bajo) las que deben ser consideradas con riesgo nutricional, y por lo tanto hace imperioso incrementar en ellas el aporte de alimentos para que su delgadez no repercuta negativamente sobre el peso del recién nacido. ²²⁻²⁶

La ganancia total de peso entre el comienzo y el final del embarazo deberá ser superior al 10 % de su peso inicial. ²⁶ Se ha planteado que al final de cada trimestre debería comportarse de la siguiente forma:

- Primero trimestre: no inferior al 2,0 %
- Segundo trimestre: no inferior al 3,5 %
- Tercer trimestre: no inferior al 4,5 %

TENER PRESENTE QUE...

Durante el primer trimestre del embarazo, generalmente, no hay incremento de peso corporal e incluso suele disminuir como consecuencia de la anorexia, las náuseas y, en ocasiones, los vómitos.

Aún cuando se afirma que lo ideal sería que una gestante con problema nutricional incremente el peso que le permita recuperar el déficit preconcepcional, añadiéndole la ganancia recomendada para su tiempo de embarazo, lo más importante es que al arribar al término de este haya incorporado entre 9 y 12 kg, independientemente de su evaluación ponderal inicial (tomando como punto crítico una ganancia de, al menos, 8 kg para lograr pesos al nacimiento superiores a los 2 500 g). ⁵

Los mejores resultados perinatales se han obtenido en mujeres con bajo peso al inicio del embarazo y una ganancia de 12 kg al final de este, así como en las clasificadas como sobrepeso y obesas con incremento entre 6,8 y 11,4 kg.^{5, 6}

Con el propósito de facilitar la estimación de si el incremento del peso es adecuado o no en la embarazada, se ha propuesto que para las mujeres con una evaluación nutricional normal, al inicio de la gestación, el ingreso semanal debe ser aproximadamente de 400 g en el segundo y tercer trimestre, en tanto que para las de bajo peso y las sobrepeso este incremento por semana sería de 500 ó 300 g, respectivamente.^{5, 20} De este modo, una grávida con 20 semanas de amenorrea y una evaluación ponderal inicial normal, únicamente se consideraría que habría ganado un peso adecuado cuando hubiera incrementado 4,4 kg, pero en la práctica diaria muy raras veces ocurre de esta forma.

No se pretende en modo alguno poner en duda lo beneficioso de conseguir que la futura mamá incorpore por lo menos 4 kg de peso en la primera mitad del embarazo. Sería magnífico que así ocurriera, siempre con el empeño de lograr que arribe al final de su preñez con un peso idóneo (el esperado para su talla si no estuviera embarazada, además del adicionado como consecuencia de la gravidez). Tampoco se está en contra de que se realicen esfuerzos para alcanzar este objetivo, entre ellos la hospitalización temprana en salas de recuperación nutricional; sin embargo, esto último en ocasiones genera considerables dificultades para la mujer que ya es madre (sobre todo de hijos pequeños).

LO INELUDIBLE...

De ahí lo imperioso de recordar el sagrado deber de individualizar a cada paciente y hacer una evaluación rigurosa sin olvidar que la constitución física de la mujer reviste extraordinaria importancia. Lo verdaderamente significativo es que la futura mamá exhiba la ganancia de peso esperada en un momento dado de su preñez, de manera tal que a las 40 semanas haya añadido más de 8 kg en su masa corporal.^{28, 29}

No debería olvidarse que al valorar el aumento de peso en la gestación, del ingreso total al finalizar el embarazo a término, aproximadamente 25 % es aportado por el feto y de este 95 % es logrado en la segunda mitad de la preñez; una disminución de la masa corporal es bastante frecuente en su primer tercio (y a veces en su primera mitad).^{19, 30}

Y ALGO MÁS...

Cualquier valoración del peso en la embarazada carecería de objetividad si no está precedida por la exactitud de los datos numéricos obtenidos al pesar y tallar a la mujer, lo cual permite juzgar adecuadamente la evaluación nutricional, y por consiguiente, la posterior monitorización de la ganancia de peso y la conducta a seguir en cada caso.

Las mensuraciones deberían efectuarse siempre por la misma persona y con los mismos instrumentos (los que deben estar en buenas condiciones y bien calibrados). La balanza ha de estar situada en un piso sin desniveles y calibrada en cero. Para realizar el pesaje la mujer estará parada descalza en el centro de la plataforma, sin tocar nada, y vestida solamente con ropa interior liviana.

Para tomar la talla (vértex-talón) se ubicará parada sin calzado y con los pies juntos, sin doblar las rodillas, los brazos rectos y distendidos a los lados del cuerpo; y pegados a la vara del tallómetro los talones, las nalgas, los hombros y la parte posterior de la cabeza que debe mantenerse levantada con el borde inferior de los ojos en el mismo plano

horizontal que el conducto auditivo externo (plano de Franfort). Cuando se utiliza un tallómetro extensible es muy importante prestar especial atención a que su porción más angosta esté totalmente extendida y solamente entonces se desplazará la porción más ancha para realizar la lectura en esta última. La cabecera o tope del tallómetro debe mantenerse exactamente en un ángulo de 90° con el plano vertical.

Cada vez que se proceda a pesar es necesario calibrar nuevamente la balanza y tener el cuidado de anotar el peso y la talla antes de bajar a la gestante de la pesa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Doring GK. Fisiología del embarazo y del feto. En: Döderleing G. Clínica obstétrico-ginecológica. Madrid: Alambra, 1966; t3:15-21.
2. Fescina R. Evaluación de la variación del peso materno en la gestación. Bol Sanit Panam 1983; 95(2):156-62.
3. Pentón R. Cambios generales del organismo materno durante la gestación. En: Caballero A. Terapia intensiva. 2 ed. La Habana: ECIMED, 2008; t3:1263-4.
4. Santana M, Ortega M, Cabezas E. Metodología para una atención integral: hogares maternos. La Habana: MINSAP-UNICEF, 2006:13-9.
5. Hernández M, Báez R. Alimentación y nutrición en la embarazada. En: Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. La Habana: ECIMED, 2008; t1:178-83.
6. Rodríguez Y, Pita G, Martín I, Ferret A, Puentes I. Las grasas en la dieta materna, edad gestacional y peso al nacer. Rev Cubana Salud Pública 2004 <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200002&Ing=es&nrm=iso>[consulta: 30 junio 2008].
7. Otero I, Hidalgo I, Padrón O, González S, Travieso M. Determinantes maternos de crecimiento y desarrollo fetal detectados en el área de salud del Policlínico Raúl Sánchez. Bol Med Gen Integral 2004 <<http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi/bol-mgi81/bol-mgi915.html>> [consulta: 15 junio 2008].
8. Hidalgo I, Llanuch M, Travieso M, González S, Otero I. Factores de riesgo detectados en embarazadas en el área de salud del Policlínico Raúl Sánchez. Bol Med Gen Integral 2004<<http://publicaciones.pri.sld.cu/bol-mgi81/bolmgi913.html>>[consulta: 15 julio 2008].
9. Viña M, Ruiz I, Sánchez I. Nutrición, embarazo y resultado final en el municipio Venezuela, Ciego de Ávila. Mediciego [artículo en línea] 2005 <http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_01_05/articulos/a11_v11_0105.htm> [consulta: 15 agosto 2008].
10. Oliva J. Retardo del crecimiento intrauterino. En: Oliva J. Temas de Obstetricia y Ginecología. <http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_yobstetricia/completo.pdf> [consulta: 11 junio 2008].

11. ----. Parto pretérmino. En: Oliva J. Temas de Obstetricia y Ginecología. <http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/completo.pdf> [consulta: 18 junio 2008].
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dieta de la embarazada. En: Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. 2 ed. La Habana: Ecimed, 2000:72-6.
13. Farnot U. Fisiología del feto. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: ECIMED, 2004:26-7.
14. Prendes M, Jiménez G, González R, Guibert W. Estado nutricional materno y peso al nacer. Rev Cubana Med Gen Integr 2001 17(1):35-42.
15. Mark B, Robert P, Thomas J, Justin K, Michael B eds. El Manual Merck. 11 ed. Madrid: Elsevier, 2007; t1:11.
16. Silva N, Díaz AI, Fernández J, Bustamante L. Evaluación y recomendaciones nutricionales en el embarazo y lactancia. La Habana: MINSAP/Departamento Nacional Materno Infantil/INHA, 2001.
17. Hernández M. Nutrición durante el embarazo. En: Placencia D, Jiménez A, Martín I, González T. Temas de nutrición. Nutrición básica. La Habana: ECIMED, 2008; t 1: 116-20.
18. Silva N, Fernández J, Bustamante L, Martín A, Gámez A. Nutrición en la mujer. En: Maestría virtual "Atención Integral a la Mujer." La Habana: MINSAP, 2005?: 12-9.
19. Santiesteban S. Atención prenatal. En: Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: ECIMED, 2004:81.
20. Rodríguez B, Santiesteban S. Nutrición en la embarazada (PowerPoint) En: Maestría virtual "Atención Integral a la Mujer." La Habana: MINSAP, 2005?
21. Santana S, Barreto J, Martínez C, Espinosa A, Morales M. Evaluación nutricional. Acta Médica 2003; 11(1):59-75.
22. Martín I, Placencia D, González T. Manual de dietoterapia. La Habana: ECIMED, 2001: 5-11.
23. Gómez R. Cómo protegernos de los riesgos reproductivos. La Habana: ECIMED, 2004: 37-8.
24. Mark B, Robert P, Thomas J, Justin K, Michael B eds. El Manual Merck. 11 ed. Madrid: Elsevier, 2007; t 8:2375.
25. Israel J, Lugones M, Valdespino L, Virilla J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol <http://scielo.sld.cu/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X20040000100001&Ing=es&nrm=iso> [consulta: 19 junio 2008].
26. Rigol O, Pérez F, Perea J, Fernández S, Fernández J. Medicina General Integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1988; t 4:320-1.

27. Erice A, Ulloa V, Román L. Diabetes gestacional. En: Álvarez Síntes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. 2 ed. La Habana: ECIMED, 2008; t 2:805.
28. De la Osa J. Bajo peso al nacer. Periódico Granma, 2008 abril 1: Consulta médica:5.
29. Crecimiento intrauterino retardado (Revisión bibliográfica para residentes de Obstetricia y Ginecología). En: Maestría virtual "Atención Integral a la Mujer." La Habana: MINSAP, 2005?
30. Fernández J, Fernández M. Vademécum de valores biomédicos normales. La Habana: ECIMED, 2007:138-40.

Recibido: 2 de junio del 2009

Aprobado: 3 de septiembre del 2009

Dr. Antonio Gil Almira. Policlínico Docente "Ramón López Peña". Avenida 12 de Agosto y A, reparto Municipal, Santiago de Cuba.

Dirección electrónica: agil@medired.scu.sld.cu