

Factores sociodemográficos y su relación con la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional

PLN. Adriana Sánchez Mondragón¹

Universidad Univer Milenium, Plantel Ciencias de la Salud¹

ORCID0009-0004-5976-2699

adri_saenz01@hotmail.com

PLN. Vianney Vanesa González Ortiz¹

Universidad Univer Milenium, Plantel Ciencias de la Salud¹

ORCID0009-0009-5253-6011

vianneyvanesa411@gmail.com

Dra. Alejandra Karina Pérez Jaimes

Universidad Autónoma del Estado de México

ORCID 0000-0003-3079-1782

akperezj001@profesor.uaemex.mx

Dr. César Uziel Estrada Reyes

Universidad Mexiquense del Bicentenario

ORCID 0000-0003-4932-2214

cesar.estrada@umb.mx

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Es el indicador más usado para sobrellevar el control prenatal es la ganancia de peso gestacional (GPG), el cual se relaciona con un menor o mayor riesgo de salud para la progenitora y el de su producto. **OBJETIVO:** analizar la relación de los factores sociodemográficos y la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional. **METODOLOGÍA:** estudio analítico, observacional, prospectivo, descriptivo y transversal sobre una muestra de 78 mujeres gestantes residentes de Toluca de Lerdo entre enero y abril del 2023. **RESULTADOS:** se muestra la ganancia de peso de acuerdo a la escolaridad de las participantes, teniendo un máximo de 20 kg y un mínimo de -9 kg con una media de 5.71 (± 6) en mujeres con licenciatura, mientras que las mujeres con primaria obtuvieron un máximo de 32 kg y un mínimo de 2 kg con una media de 9.07 (± 7.96). **CONCLUSIONES:** en la ganancia de peso gestacional se identificó un participante peso 32 kg, ganando tres veces lo recomendado que es entre 9 y 11 kg (no sobrepasando los 12 kg ni bajando de los 6-7 kg).

Palabras clave: ganancia de peso; factores sociodemográficos; gestantes.

Sociodemographic factors and their relationship with weight gain in pregnancy patients

ABSTRACT

INTRODUCTION: The most used indicator to cope with prenatal control is gestational weight gain

(GWG), which is related to a lower or higher health risk for the mother and her child. **OBJECTIVE:** to analyze the relationship between sociodemographic factors and weight gain in pregnant patients. **METHODOLOGY:** analytical, observational, prospective, descriptive and cross-sectional study on a sample of 78 pregnant women residing in Toluca de Lerdo between January and April 2023. **RESULTS:** the weight gain is shown according to the schooling of the participants, having a maximum of 20 kg and a minimum of -9 kg with a mean of 5.71 (± 6) in women with a bachelor's degree, while women with primary they obtained a maximum of 32 kg and a minimum of 2 kg with a mean of 9.07 (± 7.96). **CONCLUSIONS:** in the gestational weight gain, a participant weighing 32 kg was identified, gaining three times what is recommended, which is between 9 and 11 kg (not exceeding 12 kg or falling below 6-7 kg).

Keywords: weight gain; sociodemographic factors; pregnant.

INTRODUCCIÓN

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) más actualizada nos indica que 9.7 millones de mujeres de 15 a 49 años con embarazo reciente, solo el 95.5% (9.3 millones) tuvo atención prenatal, y de ellas el 89.1% (8.2 millones) recibió la primera consulta durante las 12 semanas iniciales a la gestación. Se estima una Tasa Global de Fecundidad de 2.07 nacidos vivos por cada mujer de 15 a 49 años (por grupo de edad). La tasa más alta se presenta en mujeres de 20 a 24 años, con 118.2 nacidos vivos por cada 1000 mujeres del mismo grupo de edad.

En México 2 de cada 10 mujeres embarazadas presentan obesidad, por ello se ha observado una prevalencia de diabetes gestacional entre 3 y 17%. El aumento de peso acumulado en cada embarazo propicia al incremento de la obesidad en mujeres en etapa reproductiva, aproximadamente 7 de cada 10 mujeres de entre 20 y 49 años presentan esta enfermedad.

La vida de la mujer y del producto se pone en riesgo, por ello, la atención preconcepcional resulta vital y su efectividad depende de lo que se realice los tres meses previos al embarazo; ya que este se basa en la promoción de la salud, la evaluación del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades detectadas. Incorpora junto con la preocupación por los problemas médicos y psicosociales, un mayor interés en los esfuerzos preventivos. Es el indicador más usado para sobrellevar el control prenatal, el cual se relaciona con un menor o mayor riesgo de salud para la progenitora y el de su producto. (SRE, 2021)

El control prenatal es importante para prevenir complicaciones durante el embarazo, ayuda a identificar pacientes con riesgo obstétrico y perinatal, contribuyen a promover conductas

saludables previniendo el riesgo de bajo peso al nacer. Su objetivo es conseguir un embarazo de evolución normal que culmine con una madre y un recién nacido sano, iniciando antes de la concepción o comenzar tan pronto se sospeche el embarazo. (Aguilera & Soothill, 2014)

Se debe contar con un espacio físico adecuado para la atención grupal, contar con suficiente personal de salud en cada sitio que permita capacitar a más equipo de facilitadores, tanto para el seguimiento como el reclutamiento de pacientes y contar con el apoyo del área directiva y administrativa de la unidad hospitalaria, lo cual es clave debido al tiempo destinado a actividades de logística y organización antes, durante y posterior a las sesiones. (Aguilera & Soothill, 2014)

La calidad y la continuidad de la atención prenatal sigue siendo un reto para países hispanohablantes y latinoamericanos por la situación de vulnerabilidad en la población; queda demostrado que, con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz, estas pacientes pueden ser contenidas en su situación y se llega a disminuir en forma muy importante la mortalidad perinatal. (Andrade et al., 2019)

Se puede ver influenciado por las características de evaluación que implican ciertos aspectos dentro de un grupo poblacional como lo es: la condición de las mujeres en relación del estado civil, si tiene o no pareja y la situación legal en la que se encuentra, nivel educativo por medio de una formación institucional ; así como la edad en que se encuentra y la ocupación que desempeña ya sea de bajo o alto impacto. (Andrade et al., 2019)

Trayendo consigo problemas de salud que se desarrollan en la etapa de gestación, afectando no solo a la madre sino a ambos, siendo generalmente ocasionados por una enfermedad previa al embarazo y su complicación durante la gestación, por ejemplo: hemorragias vaginales, anemia ferropénica, preeclampsia, infecciones en las vías urinarias, aborto espontáneo, diabetes gestacional, entre otras

Los problemas de salud previos al embarazo pueden poner en riesgo la vida de la mujer y del producto, por ello, la atención preconcepcional resulta vital y su efectividad depende de lo que se realice los tres meses previos al embarazo. Los hábitos y el estilo de vida son importantes antes de la gestación para tener un mayor control en el aumento de peso durante el embarazo teniendo una buena salud materna, el desarrollo normal del feto por medio de una selección de alimentos saludables y nutritivos para que después del parto sea más fácil perder el peso ganado durante el embarazo.

El conocimiento de la mujer acerca de su peso antes del embarazo y el aumento de peso durante

el embarazo puede determinar la GPG (GOB, 2022). Las mujeres con una GPG mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de tener complicaciones obstétricas como hipertensión, diabetes, varices, coledocolitiasis, embarazos prolongados, retardo en el crecimiento intrauterino, mayor porcentaje de complicaciones al nacimiento, infecciones antes y después del parto, complicaciones tromboticas, anemia, infecciones urinarias ;y desórdenes en la lactancia, además que la desinformación sobre las recomendaciones para un peso adecuado conduce a las mujeres embarazadas a una disminución en el compromiso de llevar estilos de vida saludables. (GOB, 2022).

Tomando en cuenta todo lo anterior, este estudio tiene como objetivo analizar la relación de los factores sociodemográficos y la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional.

Los factores sociodemográficos son un conjunto de características para la evaluación que implican aspectos dentro de un grupo poblacional, un ejemplo de ellos es la escolaridad, el estado civil, la ocupación y la religión o las creencias de las personas.

La ganancia de peso en el embarazo es un indicador utilizado para sobrellevar el control prenatal, el cual se relaciona con un menor o mayor riesgo de salud para la progenitora y el producto. Los hábitos y el estilo de vida de la mujer antes de la gestación, ayuda a controlar el aumento de peso durante el embarazo y cuidar la salud del feto, de igual manera se deben elegir alimentos saludables y nutritivos para que después del parto sea más fácil perder el peso ganado durante el embarazo. La ganancia de peso depende de las características físicas y fisiológicas de la mujer.

Las complicaciones que surgen durante el embarazo son múltiples, sin embargo, cuando la mujer empieza su embarazo con un bajo peso está más expuesta a afectar al bebé desde su concepción con malformaciones congénitas, alteraciones cromosómicas, ganancia insuficiente del peso de la misma, desencadenando ruptura temprana de membranas acelerando el parto (parto prematuro).

En mujeres con un peso excesivo pregestacional, se produce un mayor incremento en las dificultades obstétricas como la hipertensión gestacional, la muerte fetal intrauterina, preeclampsia, diabetes gestacional (corriendo el riesgo de desarrollar obesidad y diabetes tipo 2 después del embarazo), debido a los niveles peligrosamente bajos de azúcar en la sangre. El aumento de peso puede llevar a complicaciones de mortalidad materna; la OMS declaró que en 2020 murieron aproximadamente 287,000 mujeres durante el embarazo o en el parto. La mayoría de las complicaciones que surgen en el embarazo son prevenibles o tratables, pero se agravan con la gestación por la falta de tratamiento o atención a la mujer.

Investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) han adaptado e implementado el modelo Centering Pregnancy, utilizado en Estados Unidos para motivar la participación e interés de la embarazada a asistir al control prenatal, favoreciendo una experiencia positiva durante el embarazo, con una atención respetuosa, basada en una visión de derechos, involucrando a la gestante en el cuidado de su salud. (Andrade et al., 2019)

Las primeras recomendaciones sobre ganancia de peso gestacional (GPG) se emitieron entre 1973 y 1985 por organismos internacionales, se indicaba una ganancia de peso óptima de 12.5 kg para todas las mujeres, sin tomar en cuenta ningún parámetro. En 1990, la Comisión de Estado Nutricional durante el Embarazo y Lactancia del Instituto de Medicina (en inglés Institute of Medicine, IOM) emitió un informe donde se publicaron las recomendaciones de GPG estratificadas al IMC pregestacional recomendado por la OMS. Este informe identificó al IMC pregestacional materno como un predictor del desenlace final del embarazo, por lo que debe tenerse en consideración en las recomendaciones de GPG.

Las recomendaciones realizadas por la Norma Oficial Mexicana NOM 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, menciona que la ganancia de peso de la mujer en proceso de gestación debe relacionarse con su IMC pregestacional. Las mujeres con bajo peso deben tener una ganancia de 12.5 a 18kg, con peso normal de 11.5 a 15.89kg, con un peso alto de 6.81 a 11.35kg y con muy alto peso de 4 a 9kg, durante todo el embarazo.

METODOLOGÍA

Dentro del estudio se tomó en cuenta una muestra fue de 78 mujeres embarazadas que residen y realizan su control prenatal en Toluca de Lerdo donde por medio de una encuesta se les solicitaba datos como edad, escolaridad, estado civil, ocupación, estatura, semanas de gestación, peso pregestacional y peso actual. Se llevó a cabo fuera de hospitales públicos y privados de la ciudad de Toluca, de manera espontánea a mujeres embarazadas que se encontraban fuera de la estancia.

Ya completada la recolección de datos, los tipos de estudios utilizados en la investigación fueron Analítico dado que estableció la relación hipotética entre la ganancia de peso en el embarazo y los factores sociodemográficos; Observacional ya que se realizó una recopilación de datos en un momento concreto para la realización de estadísticas en la investigación; Prospectivo puesto que se realizó una encuesta a mujeres embarazadas, donde se clasifico de acuerdo al trimestre, escolaridad y ocupación. Descriptivo ya que midió la presencia del aumento de peso adecuado e inadecuado en las mujeres incluidas en el estudio por un corto tiempo, sin la necesidad de

frecuentar a la paciente. Transversal debido a que se observó a un grupo de mujeres embarazadas para la recopilación de información relacionada con factores sociodemográficos, peso pregestacional, talla y peso actual; tomando un periodo de tiempo corto.

Posteriormente de la recopilación se exportaron todos los datos físicos al programa Excel, donde se obtuvo el IMC y la Ganancia de peso en base a la NOM 007-SSA2-2016, así mismo se decodificaron los datos y finalmente adquirir los resultados. No obstante se demostró que no hay relación significativa con base a la ganancia de peso en el embarazo y a los factores sociodemográficos planteados en la investigación, pero se sugiere replantear nuevamente la investigación, evaluando el estado nutricional de la madre antes del embarazo para así estimar el retardo del crecimiento embrionario, el riesgo de complicaciones durante el embarazo o en el parto como consecuencia de una ganancia de peso inadecuada de la gestante a lo largo de este periodo.

RESULTADOS

Tabla 1.

GANANCIA DE PESO DE ACUERDO A LA ESCOLARIDAD

	Media	DE	p*
Licenciatura	5.71	6	0.97
Preparatoria	7.46	4.81	
Secundaria	5.50	6.12	
Primaria	9.07	7.96	

*Se consideró significativo un p calor menor a 0.05 para la prueba estadística ANOVA de un factor

Fuente: Extraído de la base de datos del autor, mediante la paquetería estadística SPSS versión 25 (2023).

La tabla 1. Ganancia de peso de acuerdo a la escolaridad muestra la ganancia de peso de acuerdo a la escolaridad de las participantes, teniendo un máximo de 20 kg y un mínimo de -9 kg con una media de 5.71 (\pm 6) en mujeres con licenciatura, con preparatoria un máximo de 18 kg y un mínimo de 1 kg con una media de 7.46 (\pm 4.81), con secundaria se encontró un máximo de 20 kg y un mínimo de -4 kg con una media de 5.50 (\pm 6.12), mientras que las mujeres con primaria obtuvieron un máximo de 32 kg y un mínimo de 2 kg con una media de 9.07 (\pm 7.96).

TABLA 2.

GANANCIA DE PESO RESPECTO AL ESTADO CIVIL

	Media	DE	p*
Soltera	7	4.16	0.52
Casada	7.05	6.97	
Unión libre	6.75	5.04	
Viuda	5	4.24	

*Se consideró significativo un p calor menor a 0.05 para la prueba estadística ANOVA de un factor

Fuente: Extraído de la base de datos del autor, mediante la paquetería estadística SPSS versión 25 (2023).

La ganancia de peso en mujeres solteras se obtuvo un máximo de 17 kg, con un mínimo de 2 kg obteniendo una media de 7 (± 4.16), las casadas un máximo de 32 kg, con un mínimo de -9 kg teniendo una media de 7.05 (± 6.97), en unión libre el máximo fue de 17 kg, con un mínimo de -3 resultando una media de 6.75 (± 5.04), mientras que las viudas un máximo de 8 kg, con un mínimo de 2 kg presentando una media de 5 (± 4.24).

TABLA 3.
GANANCIA DE PESO RESPECTO A LA OCUPACIÓN

	Media	DE	p*
Ama de casa	7.41	6.78	0.32
Comerciante	6.66	4.17	
Empleada	5.87	2.84	
Secretaria	5.66	2.08	
Abogada	5.50	.70	
Docente	4.94	9.06	
Psicóloga	5	.	
Enfermera	6	.	
Estudiante	13.75	2.36	

*Se consideró significativo un p calor menor a 0.05 para la prueba estadística ANOVA de un factor

Fuente: Extraído de la base de datos del autor, mediante la paquetería estadística SPSS versión 25 (2023).

Respecto a la ocupación de las mujeres embarazadas muestra, se encontró un máximo de 32 mujeres que son amas de casa, con un mínimo de 4 de ellas y una media de 7.4 (± 6.7), comerciantes con un máximo de 12 mujeres, con un mínimo de 3 mujeres y una media de 6.66 (± 4.17), empleadas 12 mujeres como máximo, con un mínimo de 2 mujeres y una media de 5.87

(± 2.84), secretarias un máximo de 8 mujeres, con un mínimo de 4 mujeres y una media de 5.66 (± 2.08), abogadas un máximo de 6 mujeres, con un mínimo de 5 mujeres y una media de 5.50 ($\pm .70$), docentes con un máximo de 20 mujeres, con un mínimo de -9 mujeres y una media de 4.94 (± 9.06), psicólogas con un máximo de 5 mujeres, con un mínimo de 5 mujeres y con una media de 5 ($\pm .0$), enfermeras un máximo de 6 mujeres, con un mínimo de 6 mujeres y con una media de 6 ($\pm .0$) y estudiantes con un máximo de 17 mujeres, con un mínimo de 12 mujeres y una media de 13.75 (± 2.36).

La ganancia de peso durante el embarazo es el indicador más usado para sobrellevar el control prenatal, el cual se relaciona con un menor o mayor riesgo de salud para la progenitora y el producto¹¹. La ganancia de peso se puede generar por diversos factores, en nuestro estudio no se encontró relación entre los factores sociodemográficos y la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional, obteniendo un valor de $p=.971$ respecto a estado civil, $p=.520$ relacionado con la ocupación y $p=.321$ referente a la escolaridad, la asociación de las variables se generó mediante la prueba ANOVA.

DISCUSIÓN

La muestra total analizada fue de 78 gestantes, que se estratificaron según su IMC pregestacional y su GPG, según las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-2016. De las 78 gestantes, 2 (2.56%) se clasificaron con bajo peso, 54 (70.51%) presentó normalidad, 18 (21.79%) con sobrepeso y 4 (5.12%) presentó obesidad. En comparación con la muestra total analizada de 4361 gestantes, que se estratificaron según se IMC pregestacional y su GPG según las recomendaciones del IOM. De las 4361 mujeres, 123 (2.8%) se clasificaron con bajo peso, 2679 (61.4%) con normalidad, 1071 (24.6%) en sobrepeso y 488 (11.2%) con obesidad, teniendo un IMC pregestacional medio al inicio del embarazo de 24.4 (± 4.5) kg/m², estos datos fueron registrados por .

El IMC gestacional tuvo una media de 23.60 kg/m² (± 3.69), el 70.51% inició con un peso adecuado, el 21.79% con sobrepeso y el 5.12% en obesidad. La estatura promedio fue de 1.58 metros, la mayoría presentó una estatura de 1.58 metros, en comparación con el promedio de IMCP fue de 26.3 \pm 4.4kg/m², el 36.1% inició con sobrepeso, el 21.3% en obesidad y el 39.3% con normalidad. La estatura promedio fue de 1.57 metros, la mayoría presentó una estatura de 1.55 metros (70.5%) registrados por .

El IMC pregestacional de las 78 participantes se clasificó en 4 tipos mediante la NOM-007-SSA2-2016, con 2 (2.56%) gestantes con bajo peso, 54 (70.51%) con normopeso, 18 (21.79%) en

sobrepeso y 4 (5.12%) en obesidad, mostrándose diferencias significativas dependiendo de la edad, ocupación, escolaridad y estado civil. Respecto a datos encontrados que clasificaron el IMC pregestacional en 4 tipos: mujeres con bajo peso, normal, con sobrepeso y obesas. Hubo diferencias significativas en raza ($P < 0,001$), edad ($P = 0,020$), niveles educativos ($P < 0,001$), regiones ($P < 0,001$), ocupaciones ($P = 0,030$), ingresos propios ($P = 0,010$) e ingreso familiar ($P < 0,001$) entre los 4 grupos de IMC antes del embarazo. Sin embargo, después de la corrección por análisis de regresión logística multivariante, se encontró que, en términos de edad, en comparación con el grupo de edad de 20 a 25 años, las mujeres embarazadas de los grupos de edad < 20 años (OR: 1,97, $P = 0,008$), 25-30 años (OR: 1,66, $P < 0,001$), 30-35 años (OR: 2,24, $P < 0,001$), 35-40 años (OR: 3,90, $P < 0,001$) y ≥ 40 años (OR: 3,33, $P < 0,001$) tenían riesgo de mantener un peso normal antes del embarazo. Desde el punto de vista de la educación, en comparación con las mujeres embarazadas con título universitario o universitario, educación primaria y menos (OR: 3,53, $P = 0,006$), secundaria (OR: 1,53, $P < 0,001$) y secundaria (OR: 1,40, $P = 0,001$) fueron factores de riesgo para mantener la normalidad del IMC pregestacional, estos datos fueron publicados por (Yin et al., 2020).

Las mujeres con licenciatura tuvieron una ganancia de peso máxima de 20 kg, las de preparatoria obtuvieron una ganancia de peso máxima de 18 kg, con secundaria presentaron una ganancia de peso máxima de 20 kg y las de primaria obtuvieron una ganancia de peso máxima de 32 kg. Mientras que el 72% de las participantes que presentaron obesidad estudiaron máximo hasta secundaria respecto al 70% que no presentaron obesidad manifestaron igualmente haber estudiado hasta secundaria; el 1% de las gestantes que presentaron obesidad realizaron algún estudio universitario en comparación con el 6% de las gestantes que no presentaron obesidad habían realizado estos estudios según el artículo de .

La edad media de las 78 mujeres que participaron en el estudio fue de 26 años (± 4.77). La comparación que se realizó sobre los factores sociodemográficos y la ganancia de peso durante el embarazo solo mostró diferencias significativas. La ganancia de peso gestacional media fue de 6.91kg (± 5.99), en la clasificación del IMC pregestacional, el 5.12% de las participantes presento obesidad y el 70.51% normopeso. En otro estudio que se realizó se tuvieron semejanzas en cuanto a los resultados obtenidos, la edad media de las participantes fue de 30 años (± 4.29). La comparación de datos sociodemográficos y clínicos por cada uno de los grupos de IMC pregestacional solo mostró diferencias estadísticamente significativas para la variable paridad. La ganancia de peso gestacional media fue de 14.02kg (± 2.33). Por grupos de IMC, este porcentaje osciló entre el 11.6% del grupo de obesidad y el 54.1% del grupo en normopeso, datos publicados por .

La estatura media de las 78 participantes fue de 1.58 m (± 0.06), la edad media de 26 años (± 4.77), el peso pregestacional medio registrado de 59.96 kg (± 10.90), con 2 (2.56%) gestantes con bajo peso, 54 (70.51%) en normopeso, 18 (21.79%) con sobrepeso y 4 (5.12%) en obesidad. Se encontraron datos semejantes en un estudio que contó con un número total de 1007 participantes seleccionados, la edad media materna fue de 26.7 años (± 6.47), la estatura de 1.52 m (± 0.054), el peso pregestacional medio de 59.56 kg (± 11.56), con peso bajo 14 gestantes (1,4%), normal 492 (48,9%), sobrepeso 337 (33,5%) y obesidad 164 (16,3%) publicado por .

Del total de las 78 gestantes que participaron en el estudio, la edad media fue de 26 años, el 29.5% tenía un nivel educativo de licenciatura, el 38.5% estudió hasta preparatoria, el 15.4% de secundaria y el 16.7% tenía solo la primaria, en comparación con el total de las 639 gestantes que participaron la edad media fue de 27 años, el 27.08% tenía un nivel superior, el 49.1% tenía un nivel de secundaria, el 21.28% hasta primaria, mientras que el 2.53% no tenía un nivel educativo señalado por (Ortiz et al., 2019).

CONCLUSIONES

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre los factores sociodemográficos y la ganancia de peso en pacientes en estado gestacional, acorde a los resultados obtenidos se demostró que no hay relación significativa con base a la ganancia de peso en el embarazo y a los factores sociodemográficos planteados en la investigación, se aplicó una encuesta a mujeres que están embarazadas en el municipio de Toluca fuera de hospitales públicos y privados. Sin embargo de acuerdo al IMC de las mujeres encuestadas se encontró que un 70.51% se encontraba en su peso ideal acorde a las semanas de gestación, tomando en cuenta lo anterior argumentamos que faltó más muestra para obtener resultados significativos acorde a más mujeres embarazadas que se encontraran en bajo peso, sobrepeso y obesidad, ya sea en los mismos hospitales pero con más tiempo de recolección de datos o en municipios aledaños, alargando el estudio para mejores resultados obtenidos y que estos muestren alguna relación de acuerdo a las variables expuestas.

En los resultados se encontró un peso máximo pregestacional de 98 kg, con una desviación de 10.9 kg, indagando con las mujeres encuestadas, nos enteramos un poco sobre su estilo de vida y hábitos alimenticios, ajeno al trabajo de investigación. La mayoría de las participantes nos comentaron que su embarazo no fue planeado, si no por fallo de método anticonceptivo o por mantener relaciones sin utilizar algún método de barrera o algún otro. Aparte de no practicar algún deporte o ejercicio antes de embarazarse, solo realizar actividades cotidianas como caminar hacia la escuela o trabajo y manteniendo hábitos alimenticios basados en productos

industrializados, de preparación rápida y altos calóricamente.

En la ganancia de peso gestacional se identificó un caso donde un participante peso 32 Kg, ganando tres veces lo recomendado que es entre 9 y 11 kilogramos (no sobrepasando los 12 kg ni bajando de los 6-7 kg)¹⁹. De acuerdo a las semanas de gestación de la madre, el peso excesivo representa riesgo tanto para su bebé como para ella por lo que no es posible dar a luz por parto natural debido a la alta probabilidad de complicaciones y será necesario practicar una cesárea. Así como desencadenar después del parto diabetes gestacional tipo 2 o incluso hipertensión por llevar un parto con complicaciones.

El 28.2% de la población muestra se encontró en obesidad debido al estilo de vida, los hábitos alimenticios y no planear su embarazo. El control prenatal ayuda a tener una ganancia de peso adecuada, dependiendo de las semanas de gestación de la madre, previniendo el desarrollo de enfermedades durante y después del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, J., Monsalve, T., & Peláez., J. (2018). Obesidad y Características Sociodemográficas de Gestantes. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5842/PREVALENCIA%20DE%20OBESIDAD%20Y%20CARACTER%20C3%8DSTICAS%20SOCIODEMOGR%20C3%81FICAS%20NUTRICIONALES%20Y%20AMBIENTALES%20E%20UNA%20POBLACI%20C3%93N%20DE%20GESTANTES%20%20MEDELL%20C3%8DN%202018..pd>
- Aguilera, S., & Soothil, P. (2014). Control Prenatal. *Revista Clinica Las Condes*, 25-26.
- Aguilera, S., & Soothill., P. (2014). Control prenatal. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(6) 880-888
- Andrade, Z., Barrera, I., Pilim, H., Fuentes, E., Alcalde, J., Bravo, L., . . . Darney., B. (2019). Atención prenatal en grupo: efectividad y retos de su implementación. *Revista de Saúde Pública*, 2-3. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rsp/2019.v53/85/es>
- Apaza, J., Guerra, M., & Aparicio, J. (2017). Percentiles de la ganancia de peso gestacional de acuerdo con el índice de masa corporal pregestacional y peso al nacer en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 63.
- DOF. (2013). NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de

- salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.:
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#gsc.tab=0
- Ejido, O. (2021). Cuidado de las piernas durante el embarazo:
<https://ortopediasejido.com/cuidado-de-las-piernas-durante-el-embarazo/>
- Eustat. (2019). Estado civil legal:
https://www.eustat.eus/documentos/opt_1/tema_25/elem_4569/definicion.html
- GOB. (2020). Técnico L:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/458238/web_Atenci_n_Preges_tacional_final.p
- GOB. (2022). Atención y control de la obesidad reduce riesgos en el embarazo:
<https://ssj.jalisco.gob.mx/prensa/noticia/10071>
- Hernandez, J., Yong, M. C., & Gonzalez, M. (2013). Resultados perinatales en gestantes con bajo peso pregestacional. *Revista Cuba Obstet Ginecol*, 76.
- Hospitalaria, N. (2021). Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000200306
- Hurtado, G. (2020). Concepto de Escolaridad:
<https://diccionario.leyderecho.org/escolaridad/>
- Londoño, D., Mardones, F., & Restrepo, S. (2021). Factores maternos y ganancia de peso en un grupo de gestantes con recién nacidos macrosómicos:
<http://www.scielo.org.co/pdf/penh/v23n1/0124-4108-penh-23-01-53.pdf>
- Martinez, C., Yalli, E., & Parco, A. (2018). Factores sociodemograficos que condicionan la sobrecarga.
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3969/Factores_MartinezFierro_Cinthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=10-,Factores%20sociodemogr%C3%A1ficos,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20\(1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3969/Factores_MartinezFierro_Cinthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=10-,Factores%20sociodemogr%C3%A1ficos,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20(1)
- SER. (2021). Secretaría de Relaciones Exteriores.
<https://embamex.sre.gob.mx/espana/index.php/cooperacion-y-educacion/cooperacion-academica-y-educativa/estructura-educativa/mexico>
- Nutrición, H. d. (2021). Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población. *Revista de Nutrición* , 14.

- Ortiz, Y., Ortiz, K., Castro, B., Nuñez, S., & Rengifo., G. (2019). Factores sociodemográficos y prenatales asociados a la anemia en gestantes peruanas.: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000400010
- PRENSA. (2020). Estadísticas a propósito del día de la madre datos nacionales. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito>
- Ramon, E., Martinez, B., & Martinez., S. (2017). Recuperado el 18 de Abril de 2023, de Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón (España).
- Vila, R., Faus, M., & Martín., J. (2021). Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población. *Revista Hospitalaria*, 3-4.
- Vila, R., Faus, M., & Moreno, J. (2021). Recomendaciones internacionales estándar sobre la ganancia de peso gestacional: adecuación a nuestra población: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000200306
- Yin, S. (2020). Efectos del índice de masa corporal previo al embarazo y el aumento de peso gestacional sobre las complicaciones maternas e infantiles.