

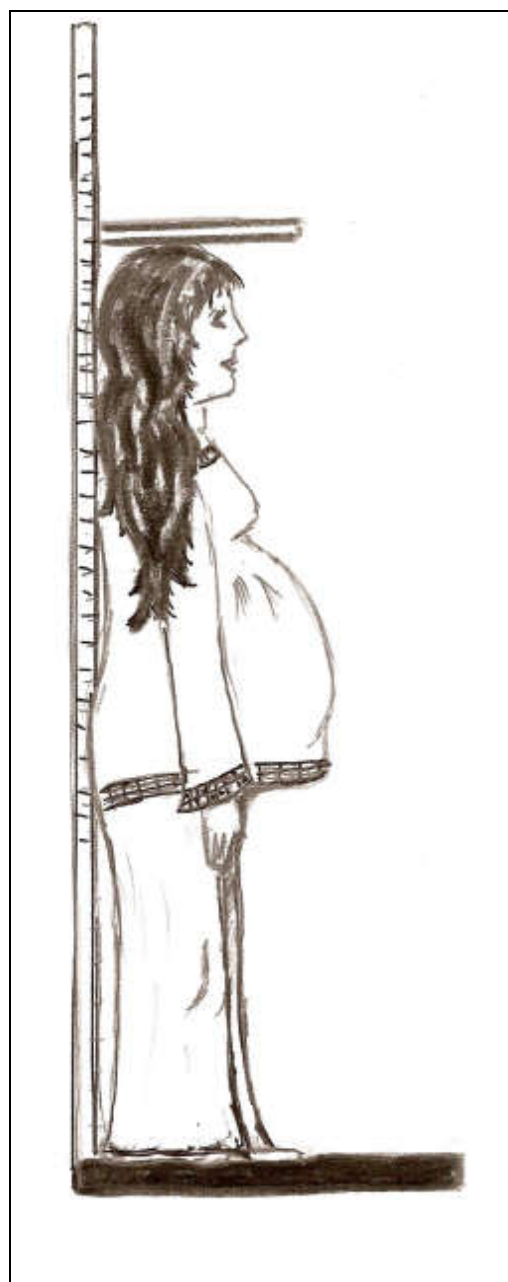
III Encuesta antropométrica a mujeres embarazadas

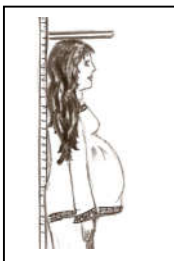
Ciudad de Buenos Aires

Año 2015

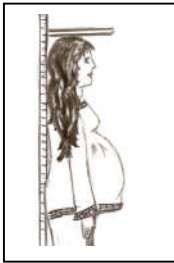
Programa Nutricional

Dirección General de Planificación
Operativa
Subsecretaría de Planificación Operativa
Ministerio de Salud – GCBA





INDICE		Página
I – Presentación		3
II – Introducción		4
III – Antecedentes		4
IV – Objetivos		5
V – Diseño metodológico		5
VI – Resultados		6
A - Población estudiada		6
a. Edad de la embarazada		8
B - Indicadores contextuales		9
a. País de nacimiento		9
b. Nivel educativo		10
c. Lugar de residencia		11
d. Prestaciones sociales		12
C - Antecedentes		13
a. Diagnóstico nutricional previo al embarazo		13
b. Antecedentes gestacionales		14
D - Prácticas preventivas		16
E - Indicadores antropométricos		18
a. Diagnóstico nutricional de la embarazada		19
F - Relación entre diagnóstico antropométrico e indicadores contextuales		21
a. País de origen		21
b. Nivel educativo		22
c. Lugar de residencia		22
d. Prestaciones sociales		23
G – Comparación con las encuestas anteriores		24
VII – Comentarios finales		25
ANEXO: Instructivo y planilla de relevamiento de datos		29



I - PRESENTACIÓN

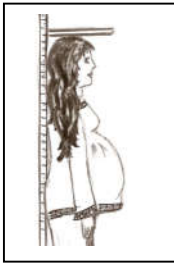
La Encuesta Antropométrica a embarazadas constituye un estudio de tipo transversal que permite conocer el estado nutricional de las mujeres gestantes que consultan en el primer nivel de atención de efectores públicos de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Es la tercera oportunidad que se realiza una encuesta antropométrica a embarazadas en este ámbito, habiendo sido posible gracias al trabajo y compromiso de los y las profesionales de Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs) y Consultorios Externos de Hospitales, que se involucraron en las tareas requeridas para poder llevar adelante el relevamiento.

Esta encuesta fue coordinada e implementada por el Programa Nutricional. Se contó con la colaboración de la Lic. Laura Rossi, quien realizó el procesamiento de los datos con el paquete estadístico SPSS y participó en la redacción de este informe. El mismo tiene como principal objetivo devolver la información consolidada a los equipos de salud y difundir los datos obtenidos a todos/as aquellos/as interesados/as en la temática.

Programa Nutricional
Lic. Silvina Dupraz
Lic. Laura Piaggio
Lic. Marina Rolón
Pediatra Beatriz Schloss

Programa Nutricional
(DGPLO – MS – GCBA)
Htal. Gral de Niños “Pedro de Elizalde”
Montes de Oca 40 – Pab. Cardiología – 5° piso
programanutricional@buenosaires.gob.ar



II - INTRODUCCIÓN

El monitoreo del estado nutricional de la mujer embarazada es una de las estrategias básicas y de gran importancia tanto para la atención de su salud como para el buen desenlace de la gestación¹. El estado nutricional durante el embarazo tiene relación directa con el crecimiento fetal y el resultado perinatal².

El Ministerio de Salud de la Nación ha publicado en 2009 el “Manual de evaluación del crecimiento mediante antropometría”, donde se incluye un apartado dedicado a la embarazada. Allí se presenta una gráfica desarrollada localmente que propone utilizar en la evaluación antropométrica el índice de masa corporal (IMC) ajustado por edad gestacional.

Dicha referencia ha sido construida a partir de un estudio longitudinal de 1090 embarazadas entre los 19 y los 46 años de edad, sin patologías y con recién nacidos mayores a los 2500 gramos y menores a los 4000 gramos¹. Esta gráfica de IMC según edad gestacional tiene la ventaja de eliminar las diferencias de ganancia de peso que puedan estar asociadas con la menor o mayor estatura de la mujer y coinciden con la recomendación internacional de utilizar el Índice de Masa Corporal como parámetro antropométrico de elección en el adulto¹. Dada la inexistencia de una referencia específica para la valoración antropométrica de embarazadas adolescentes, se ha utilizado esta misma referencia para evaluar a las menores de 19 años.

Aquellas mujeres con un IMC/edad gestacional bajo, cursan un embarazo considerado de riesgo y aumenta la posibilidad de tener un/a niño/a con bajo peso. Las que presentan sobrepeso y obesidad, tienen mayor probabilidad de tener un/a niño/a con alto peso y su embarazo también debe ser considerado de riesgo¹.

III - ANTECEDENTES

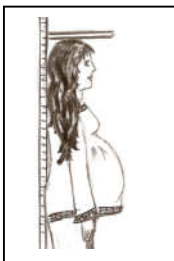
La primera Encuesta Antropométrica a Embarazadas se implementó en Hospitales en el año 2006 y, al año siguiente, en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESACs). En dicha oportunidad se evaluaron 3024 mujeres (1716 y 1308, respectivamente).

La segunda Encuesta Antropométrica a Embarazadas se llevó a cabo en el año 2010. Se evaluaron 2811 (1381 en Consultorios Externos Hospitalarios y 1210 en el Área Programática).

¹Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. 2009. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/manual-nutricion-PRESS.pdf>

²Griffits E, Mardones A, Zambrano J. Relación entre el estado nutricional de madres adolescentes y el desarrollo neonatal. Bol Of SanitPanam, 1995; 118:488-498.

Bolzan A, Guimarey L. Relación entre el índice de masa corporal durante la gestación en embarazadas adolescentes y adultas, indicadores antropométricos de crecimiento fetal y retardo de crecimiento intrauterino, La Costa, Argentina 1999. ArchLatNutr 51, 2: 145-149, 2001.



IV - OBJETIVOS

- Conocer la situación nutricional de las mujeres embarazadas que asisten a los efectores públicos del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires y compararla con los datos previos.
- Realizar un diagnóstico de situación del consumo de suplementos de hierro y ácido fólico.
- Determinar la proporción de embarazadas que reciben leche del Plan Materno Infantil (PMI).
- Determinar la proporción de embarazadas que reciben prestaciones sociales: Asignación Universal (AU), Ciudadanía Porteña (CP).

V - DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal para evaluar prevalencias en la población definida.

Población: Todas las embarazadas que concurrieron a los efectores del primer nivel de atención durante el periodo del relevamiento (del 15 al 20 noviembre de 2015).

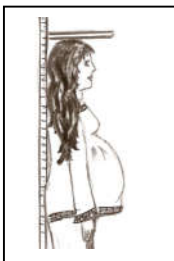
Instrumento de registro: Se empleó una encuesta estructurada, aplicada en los CESACs y los consultorios externos de obstetricia de los hospitales públicos de la Ciudad. En el Anexo se adjunta el instructivo y la planilla de relevamiento de datos.

Las mediciones estuvieron a cargo de las y los profesionales que asisten a las embarazadas y fueron volcadas a la planilla de relevamiento.

Variables: se consignaron las siguientes variables: efector, edad, edad gestacional, país de nacimiento, lugar de residencia, nivel de escolaridad, número de embarazos previos, antecedente de recién nacido de bajo peso, peso previo al embarazo, peso en la consulta, talla, suplementación con hierro y ácido fólico, recepción de leche del PMI y prestaciones sociales de la familia (AU, CP).

Puntos de corte para IMC/EG:

D.E.	DIAGNÓSTICO
< -2	Muy Bajo Peso
≥ -2 y < -1	Bajo peso
≥ -1 y $\leq +1$	Peso adecuado/ Normo peso
$>+1$ y $\leq +2$	Sobrepeso
$>+2$	Obesidad



Para el análisis del peso previo al embarazo, dato que se tomó por referencia de la encuestada, se tomaron los siguientes parámetros.

IMC	DIAGNÓSTICO
Menor a 18,5	Bajo peso
Entre 18,5 y < 25	Peso adecuado/ Normo peso
Entre 25 y < 30	Sobrepeso
Mayor o igual a 30	Obesidad

Para realizar el diagnóstico nutricional previo al embarazo de las adolescentes, esta variable se analizó con el programa Anthro Plus, que clasifica el IMC según la edad. Para distinguir las categorías diagnósticas se tomó como puntos de corte ± 2 DE (obesidad y bajo peso respectivamente) y para sobrepeso se tomó entre $+ 1$ DE y $- 2$ DE.

Análisis estadístico:

Para la carga y cálculo del puntaje Z se empleó el programa Excel 2010. Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS.

Las variables nominales se testearon mediante test de Ji cuadrado. Nivel de confianza del 95%.

VI - RESULTADOS

Fueron evaluadas 2325 embarazadas. Se eliminaron 46 casos en los que no constaba el dato de Peso Actual y/o Talla y/o Edad gestacional, lo cual impedía establecer el diagnóstico del estado nutricional de la gestante, por lo cual el N resultante fue de 2279 embarazadas.

Se presentan secuencialmente tablas y gráficos descriptivos.

A - POBLACIÓN ESTUDIADA

La cantidad de embarazadas evaluada fue similar entre consultorios externos (50,2%) y CESACs (49,8%).

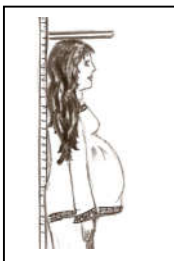


Tabla 1. Población estudiada según Hospital y según tipo de efector.

Hospital	Tipo de efector		Total
	CE	CESAC	
ALVAREZ	0	12	12
ARGERICH	141	109	250
DURAND	42	6	48
FERNANDEZ	24	143	167
GRIERSON	0	63	63
PENNA	100	92	192
PIÑEIRO	92	377	469
PIROVANO	27	28	55
RAMOS MEJIA	103	18	121
RIVADAVIA	179	0	179
SANTOJANI	54	262	316
SARDA	259	0	259
V. SARSFIELD	123	25	148
Total	1144	1135	2279

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Se puede observar que casi el 65% de las encuestadas fueron aportadas por los hospitales (CE y CESACs) de Zona Sur de la CABA Piñero, Santojanni, Argerich y Penna y la Maternidad Sardá.

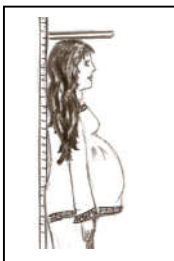
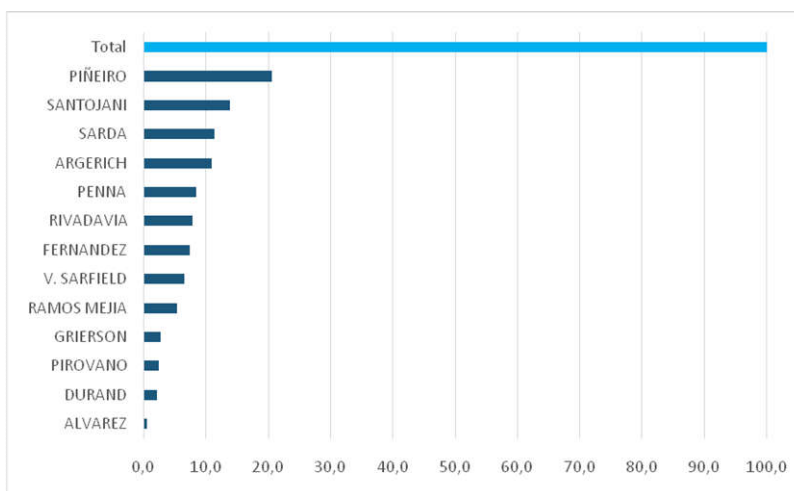


Gráfico 1. Distribución porcentual de la muestra según Hospital.



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

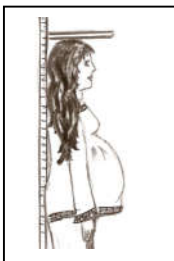
a. EDAD DE LA EMBARAZADA

La edad media para toda la muestra fue de 26 años (DE=6,4), con un rango de 13 a 53 años. Las embarazadas adolescentes representaron el 10,6% del total de la muestra, con una media de edad de 16,9 años (DE=1,1).

Tabla 2. Distribución percentilar de la edad de las embarazadas, según hospital base.

Hospital Base	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
ALVAREZ	18,0	37,0	20,0	26,5	33,0
ARGERICH	15,0	45,0	22,0	26,0	30,0
DURAND	18,0	43,0	23,0	26,5	31,0
FERNANDEZ	13,0	43,0	21,0	27,0	30,0
GRIERSON	15,0	45,0	20,0	24,0	30,0
PENNA	15,0	40,0	20,0	24,0	29,0
PIÑERO	14,0	46,0	21,0	25,0	30,0
PIROVANO	16,0	41,0	22,0	27,0	31,0
RAMOS MEJIA	15,0	43,0	23,0	27,0	31,0
RIVADAVIA	15,0	47,0	22,0	26,0	31,0
SANTOJANNI	15,0	48,0	19,0	24,0	28,0
SARDA	15,0	53,0	22,0	26,0	32,0
V. SANSFIELD	13,0	42,0	21,5	25,0	31,0

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

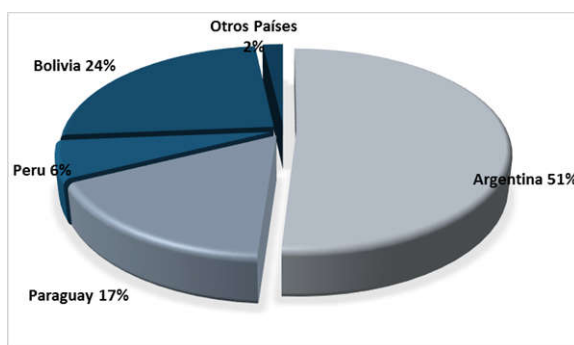


B – INDICADORES CONTEXTUALES

a. PAÍS DE NACIMIENTO

Más de la mitad de las encuestadas había nacido en la Argentina (51%). De aquellas que habían nacido en otro país, refirieron en orden decreciente los siguientes países latinoamericanos: Bolivia, Paraguay y Perú.

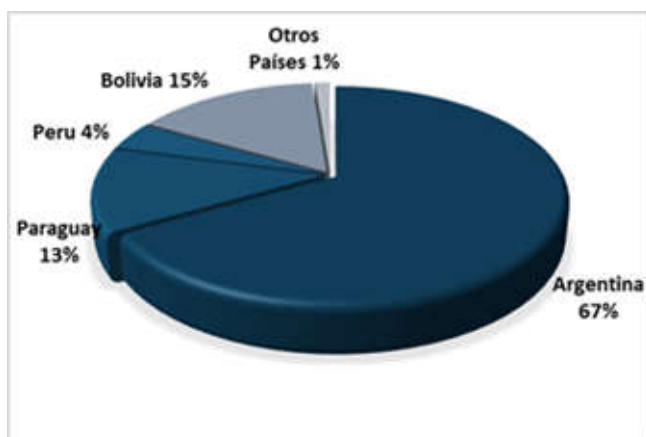
Gráfico 2. Distribución de la población estudiada según país de nacimiento (n=2257)



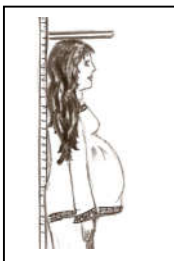
Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Al analizar el país de nacimiento según la edad de la embarazada, se advierte que entre las adultas el porcentaje de nacidas en Argentina es de 49,3 % (n=2057) mientras que entre las adolescentes el porcentaje de mujeres nacidas en la Argentina se eleva al 67% (n=241), repartándose el 35% restante entre las jóvenes nacidas en los mencionados países.

Gráfico 3. Distribución de la población adolescente (<19 años), según país de nacimiento (n=240, 1 sin dato)



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



b. NIVEL EDUCATIVO

Casi el 70% refirió haber iniciado el nivel medio; de las cuales aproximadamente la mitad lo completó.

Tabla 3. Distribución de población estudiada según nivel educativo.

Estudios	N	%
Hasta Primario incompleto	157	6,9
Primario completo	389	17,1
Secundario incompleto	807	35,4
Secundario completo y más	757	33,2
S/D	169	7,5
Total	2279	100

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

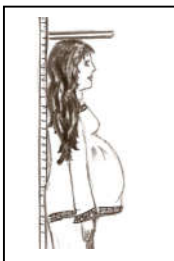
Al analizar el nivel de estudios alcanzado por país de nacimiento, se destaca que las mujeres peruanas un 55% terminaron el secundario. Cabe destacar que se incrementó en seis puntos porcentuales el porcentaje de embarazadas argentinas con secundario completo, respecto a la encuesta 2010 (30%).

**Tabla 4. Distribución del nivel educativo según país de nacimiento.
Detalle de países seleccionados (n=2055, 90% de la muestra).**

País de nacimiento	NIVEL EDUCATIVO				TOTAL
	PI	PC	SI	SC	
ARGENTINA	48	163	477	386	1074
%	4,5	15,2	44,4	35,9	100,0
BOLIVIA	55	108	171	177	511
%	10,8	21,1	33,5	34,6	100,0
PARAGUAY	49	91	107	95	342
%	14,3	26,6	31,3	27,8	100,0
PERU	4	14	40	70	128
%	3,1	10,9	31,3	54,7	100,0

PI: Hasta primario incompleto PC: primario completo SI: secundario incompleto S: secundario completo y más

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

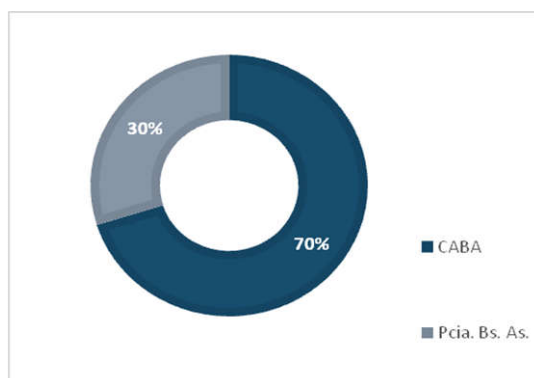


c. LUGAR DE RESIDENCIA

La mayor parte de la muestra reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (70%) mientras que un 30% reside en Provincia de Buenos Aires y otras jurisdicciones.

Gráfico 4. Distribución de la población estudiada según lugar de residencia (n=2246*)

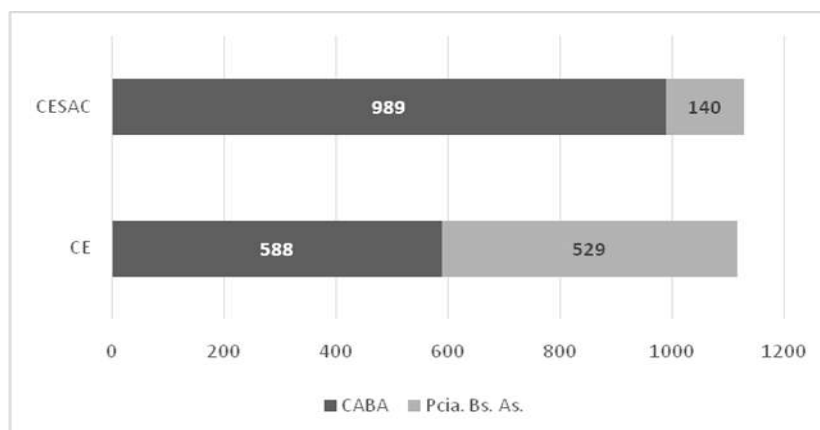
**2 eran de otras pcias, y 31 casos no tenían datos o no podía especificarse*



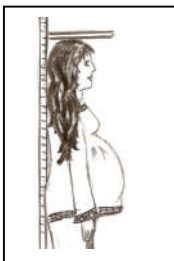
Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Al distinguir según tipo de efector esta proporción difiere, siendo el 87,6% de las embarazadas atendidas en CESACs, residentes en CABA, mientras que las atendidas en consultorios externos de hospitales residen en partes prácticamente iguales en Ciudad y Conurbano (52,6% residentes de CABA).

Gráfico 5. Distribución de la población estudiada según lugar de residencia y tipo de efector (n=2246).



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



Dentro de la Ciudad de Bs.As., el lugar de residencia por comuna sólo se consignó en un 66% de los casos, arrojando la siguiente distribución:

Tabla 5. Población residente en CABA según Comuna de residencia.

Comuna	N	Porcentaje
1	173	16.63
2	3	0.29
3	31	2.98
4	159	15.29
5	23	2.21
6	5	0.48
7	250	24.04
8	241	23.17
9	56	5.38
10	34	3.27
11	7	0.67
12	20	1.92
13	9	0.87
14	7	0.67
15	22	2.12
Total	1040	100.00

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

d. PRESTACIONES SOCIALES

En cuanto a las prestaciones sociales, un poco menos de la mitad refirió tener Asignación Universal, mientras que solo un 5 %, Ciudadanía Porteña.

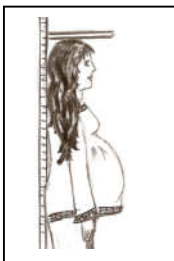
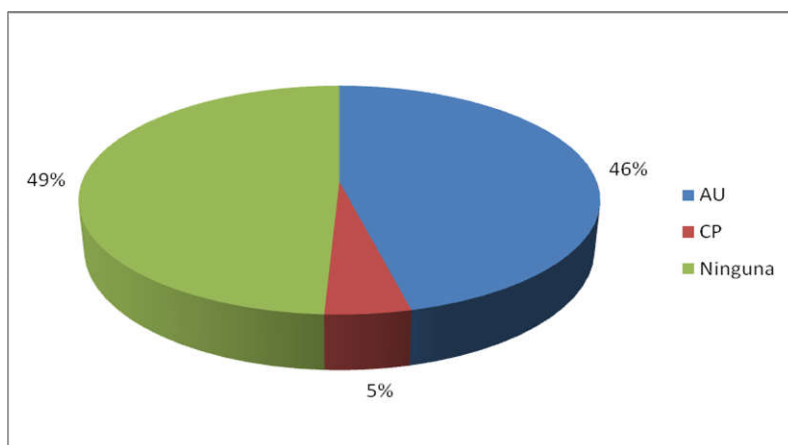


Gráfico 6. .Distribución de la muestra según recepción de prestaciones sociales. (n=2124)



C. ANTECEDENTES

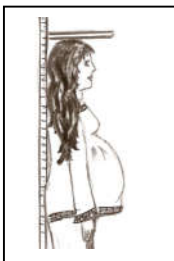
a. Diagnóstico nutricional previo al embarazo

Se destaca la alta prevalencia de exceso de peso en la población adulta. Entre las adolescentes, cuyo IMC/edad se analizó con las referencias OMS 2007, se observó que la obesidad es significativamente menor y no se halló bajo peso.

Para ambos grupos de edad, la talla baja (< de 2 DE de talla para la edad) se encuentra en valor superior a lo esperable.

Tabla 6. Diagnóstico nutricional según grupo etario

DIAGNÓSTICO	N	%	N	%
Grupo etario	Adultas		Adolescentes	
Bajo Peso	70	3,6%	0	0%
Normo Peso	980	51,5%	155	70,8%
Sobrepeso	558	29,4%	48	21,9%
Obesidad	295	15,5%	16	7,3%
Total	1903	100%	219	100%
Baja talla	168	8,8 %	19	8,67%



En relación al IMC previo al embarazo en el total de la población encuestada, la mediana es de $24,2\text{kg/m}^2$. Alrededor del 50% de la muestra se encuentra con exceso de peso o cerca de estarlo antes del embarazo.

En el caso de las **adolescentes el sobrepeso** fue menor en relación al total de la muestra, con una mediana de IMC previo de $22,2\text{kg/m}^2$ ($Q1= 20,3\text{kg/m}^2$ - $Q2=24,9\text{kg/m}^2$).

b. Antecedentes gestacionales

Casi el 35% de toda la muestra estaba cursando su 1° embarazo, en tanto que alrededor del 10% eran grandes multíparas (4 y más embarazos previos).

Tabla 7. Antecedentes de gestas previas.

Embarazos	N	%	% acumulado
Primigesta	809	35,5	35,5
1	664	29,1	64,6
2	370	16,2	80,9
3	224	9,8	90,7
4	102	4,5	95,2
5	54	2,4	97,5
6	26	1,1	98,7
7	7	0,3	99,0
8	5	0,2	99,2
9ó más	4	0,2	99,4
Sin dato	14	0,6	100,0
Total	2279	100,0	-

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Discriminando por edad, se observa que entre las embarazadas adultas un 30% es primigesta, mientras que entre las adolescentes, ese porcentaje se eleva a un 80%. Es de destacar que en este último grupo el 19% habían tenido uno o dos embarazos previos.

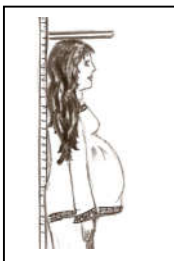


Tabla 8. Antecedentes de gestas previas en adolescentes.

Embarazos	N	%	% acumulado
Primigesta	194	80,5%	80,5%
1	41	17,0%	97,5%
2	4	1,7%	99,2%
s/d	2	0,8%	100,0%
Total	241	100,0%	-

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

En el total de la muestra, el 9,4% (n=134) refirió haber tenido un recién nacido de bajo peso (< 2500 g) en un embarazo previo.

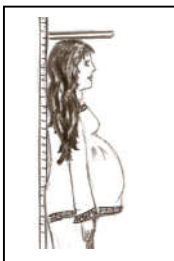
Se observa que la proporción de nacidos con bajo peso se incrementó en relación al número de gestas, siendo más del doble entre las grandes multíparas en relación a las que habían tenido sólo 1 gesta previa, resultando estadísticamente significativo (p=0,003).

Tabla 9. Prevalencia de antecedente de RN con peso < 2500 gramos, según número de gestas previas (n=1418*)

**Considerando solo a las que refirieron embarazo previo y descartando datos faltantes*

Embarazos previos	Antecedente RN < 2500g		Total según gestas previas
	NO	SI	
1	93,0% (600)	7,0% (45)	100,0% (645)
2	90,3% (327)	9,7% (35)	100,0% (362)
3	89,1% (196)	10,9% (24)	100,0% (220)
4 ó mas	84,3% (161)	15,7% (30)	100,0% (191)
TOTAL	90,6% (1284)	9,4% (134)	100,0% (1418)

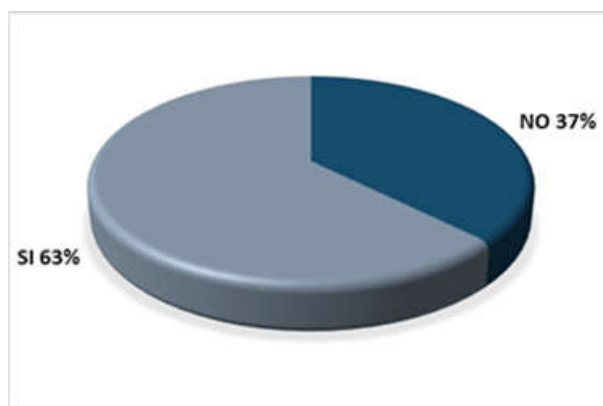
Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



D – PRÁCTICAS PREVENTIVAS

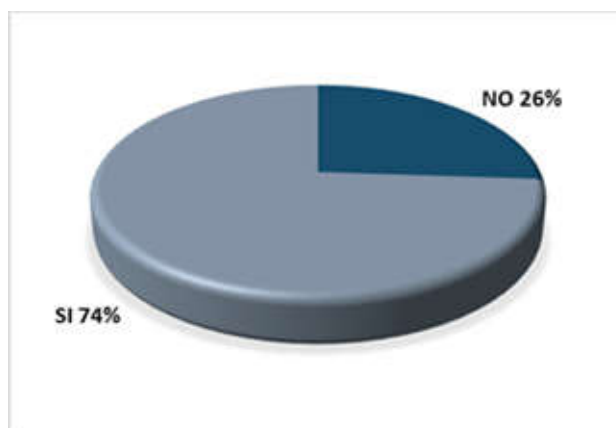
Casi el 60% de las mujeres se encontraban consumiendo suplemento de hierro, a diferencia de la encuesta anterior en la que el porcentaje era del 50%. Esta proporción aumenta entre las embarazadas adolescentes, en donde esto ocurre en 7 de cada 10 (lo cual también representa una mejora respecto a la encuesta anterior, en la que era de un 56%)

Gráfico 6. Suplementación con hierro en el total de la muestra (N=2201)

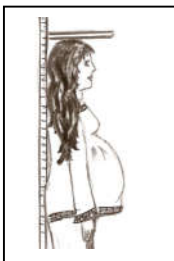


Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Gráfico 7. Suplementación con hierro, adolescentes (n=234)

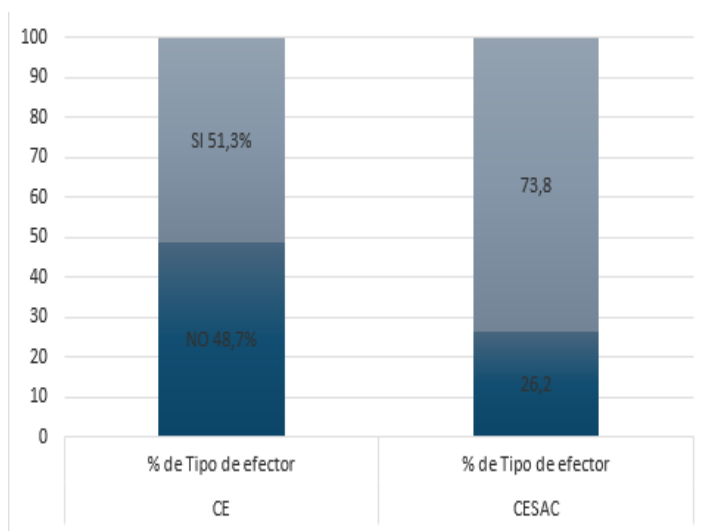


Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



Al considerar las embarazadas atendidas en CESACs en comparación con los consultorios externos (CE) hospitalarios, el porcentaje que recibe sulfato ferroso es significativamente mayor en CESACs ($p < 0,000$).

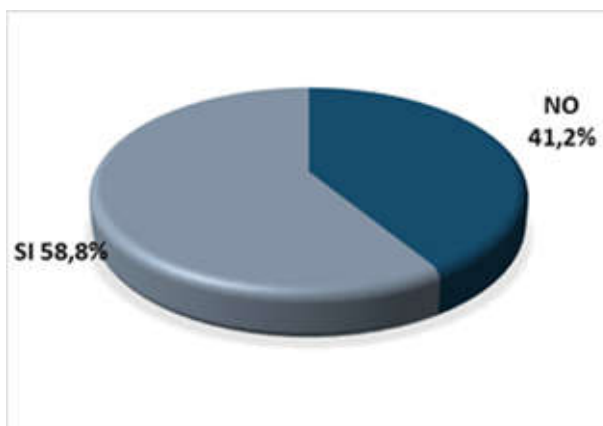
Gráfico 8. Suplementación con hierro, según tipo de efector.



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

De manera similar al consumo de sulfato ferroso, casi un 60% de las mujeres, se encontraba recibiendo suplemento de ácido fólico al momento de la encuesta. Entre las adolescentes, la proporción fue mayor, en donde cerca de 7 de cada 10 se hallaban consumiendo dicho suplemento (68%).

Gráfico 9. Suplementación con ácido fólico (n= 2187)



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

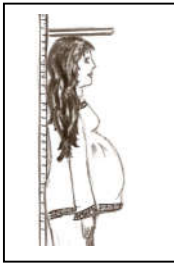
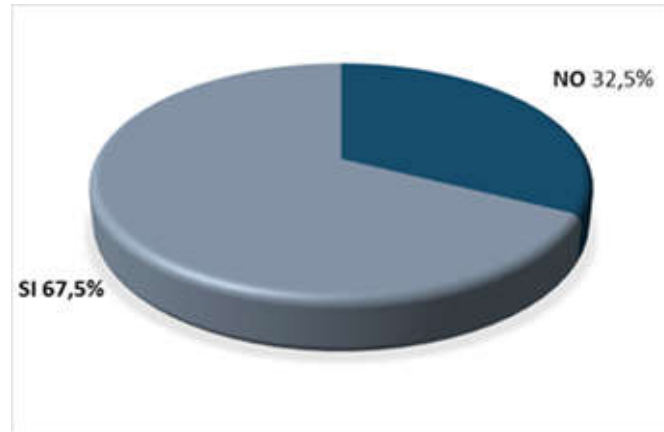


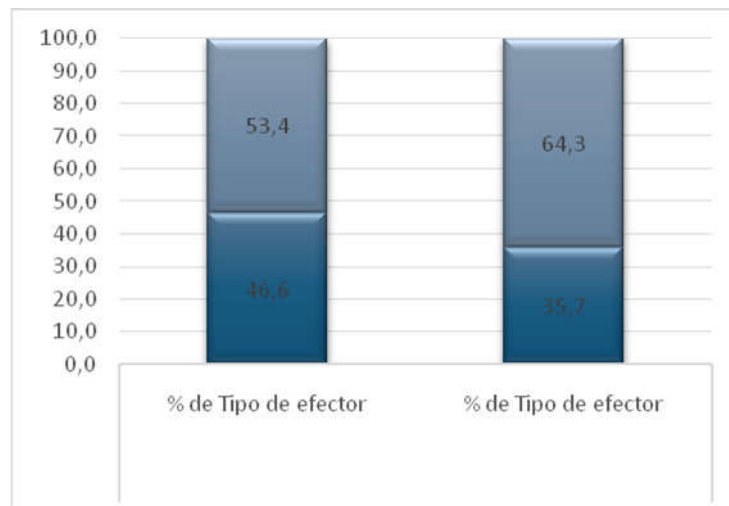
Gráfico 10. Suplementación con ácido fólico, adolescentes (n=234)



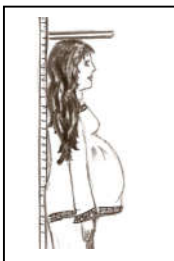
Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

Al igual que el consumo de suplementación con hierro, entre las embarazadas atendidas en CESACs el porcentaje que toma suplemento de folatos es significativamente mayor ($p < 0,000$).

Gráfico 11. Suplementación con ácido fólico, según tipo de efector.

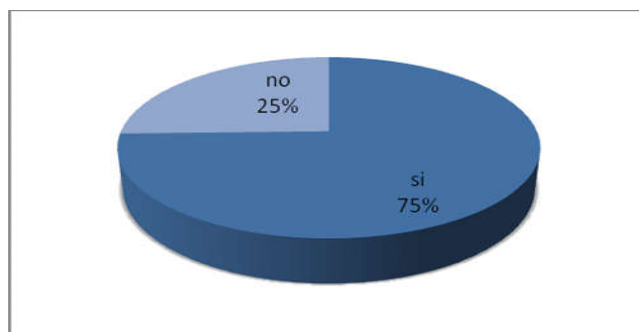


Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



En relación a la recepción de leche del Programa Materno Infantil en el ámbito de los CESACs, el 75% de las mujeres refirió recibirla.

Gráfico 12. Recepción de Leche del PMI en CESACs (n=890).



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

E - INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

a. Diagnóstico nutricional de la embarazada

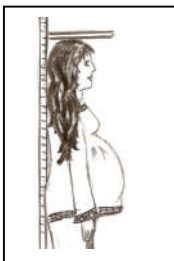
La alteración del estado nutricional más importante a partir de la evaluación antropométrica, lo constituye el exceso de peso (Sobrepeso y Obesidad) representando el 31,7% para el total de la muestra.

El porcentaje de mujeres con bajo peso, del 8%, se encuentra por debajo de lo esperable. Se destaca que, debido a que el embarazo se considera un período de vulnerabilidad biológica, el punto de corte que se toma para este parámetro es muy sensible (de <-1.0 DE).

Tabla 10. Distribución del diagnóstico antropométrico en el total de la muestra.

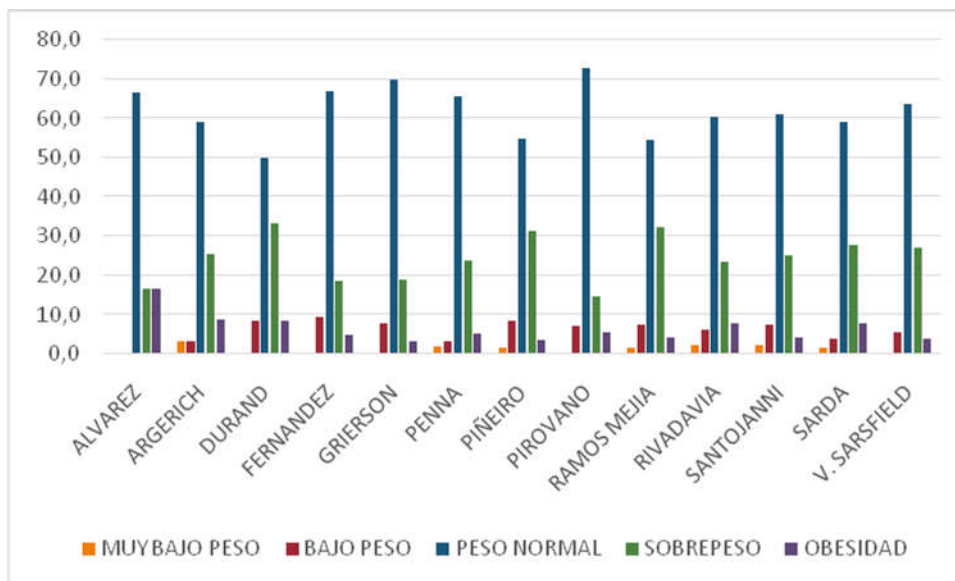
DIAGNÓSTICO	N	%	% acumulado
Muy Bajo Peso	36	1,6	1,6
Bajo Peso	145	6,4	8,0
Normo Peso	1374	60,3	68,3
Sobrepeso	598	26,2	94,5
Obesidad	126	5,5	100,0
Total	2279	100,0	-

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



Se presenta la distribución del diagnóstico nutricional según hospital de base, no hallándose diferencias significativas entre éstos.

Gráfico 13. Distribución del diagnóstico antropométrico según hospital base (%).



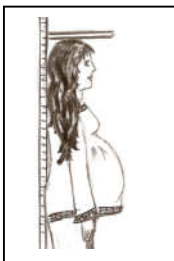
Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

En las adultas tanto el sobrepeso como la obesidad duplica los valores encontrados en adolescentes.

Tabla 11. Distribución del diagnóstico antropométrico en adolescentes en comparación con las adultas.

DIAGNÓSTICO	Adolescentes (<19 años)			Adultas		
	N	%	% acumulado	N	%	% acumulado
Muy Bajo Peso	6	2,5	2,5	30	1,5	1,5
Bajo Peso	18	7,5	10,0	127	6,2	7,7
Normo Peso	177	73,4	83,4	1195	58,7	66,4
Sobrepeso	33	13,7	87,1	598	27,8	94,2
Obesidad	6	2,9	100,0	118	5,8	100,0
Total	241	100,0	-	2068	100,0	-

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



F - RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO ANTROPOMÉTRICO E INDICADORES CONTEXTUALES

a. PAÍS DE ORIGEN

Se encuentran diferencias en el estado nutricional de la embarazada según país de origen.

Se puede observar que, si consideramos el sector por debajo de -1 desvío estándar de la referencia, las embarazadas argentinas presentan el mayor componente de bajo peso (10,6%), seguido de las peruanas (8,1%), las paraguayas (5,9%) y finalmente las bolivianas (3,6%). En tanto, para el sobrepeso y obesidad (>+1 desvío estándar) las mujeres paraguayas registraron el mayor porcentaje (35,0%), seguidos de las bolivianas (33,8%), las argentinas (31,8%) y, por último, las peruanas (26,5%).

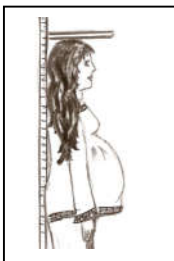
En la encuesta anterior, del año 2010, los porcentajes para el bajo peso se distribuían según el país de origen de manera similar. En cambio, para el sobrepeso y la obesidad, las embarazadas argentinas eran quienes presentaban el mayor porcentaje.

Es evidente que la distribución de IMC independientemente del país de origen muestra un sesgo a la derecha, reflejando un sobrepeso importante en relación al estadísticamente esperado.

Tabla 12. Distribución de diagnóstico (IMC/EG) según país de nacimiento.

PAIS DE NACIMIENTO		Muy Bajo Peso	Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	Total
ARGENTINA	N	27	96	675	275	80	1153
	%	2,3%	8,3%	58,5%	23,9%	6,9%	100,0%
BOLIVIA	N	5	15	346	166	21	553
	%	0,9%	2,7%	62,6%	30,0%	3,8%	100,0%
PARAGUAY	N	3	19	221	113	18	374
	%	0,8%	5,1%	59,1%	30,2%	4,8%	100,0%
PERU	N	0	11	89	33	3	136
	%	0,0%	8,1%	65,4%	24,3%	2,2%	100,0%

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015



b. NIVEL EDUCATIVO

Los porcentajes son similares tanto para el diagnóstico de bajo peso como para el de exceso de peso en relación al nivel educativo de la gestante, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 13. Distribución de categorías de IMC según nivel educativo de la gestante (N=2110).

Nivel educativo		DIAGNOSTICO					Total
		Muy Bajo Peso	Bajo Peso	Peso Normal	Sobrepeso	Obesidad	
Hasta Primario incompleto	N	2	9	87	53	6	157
	%	1,3%	5,7%	55,4%	33,7%	3,8%	100,0%
Primario completo	N	6	24	233	107	19	389
	%	1,5%	6,1%	59,9%	27,5%	4,9%	100,0%
Secundario incompleto	N	14	55	495	203	40	807
	%	1,7%	6,8%	61,3%	25,1%	4,9%	100,0%
Secundario completo y más	N	11	44	459	196	47	757
	%	1,4%	5,8%	60,6%	25,9%	6,2%	100,0%
Total	N	33	132	1274	559	112	2110
	%	1,6%	6,3%	60,4%	26,5%	5,3%	100,0%

Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

c. LUGAR DE RESIDENCIA

Al considerar el lugar de residencia de la embarazada, no hubo diferencias significativas entre los porcentajes del diagnóstico según IMC/EG y esta variable.

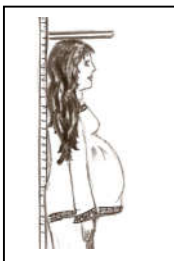
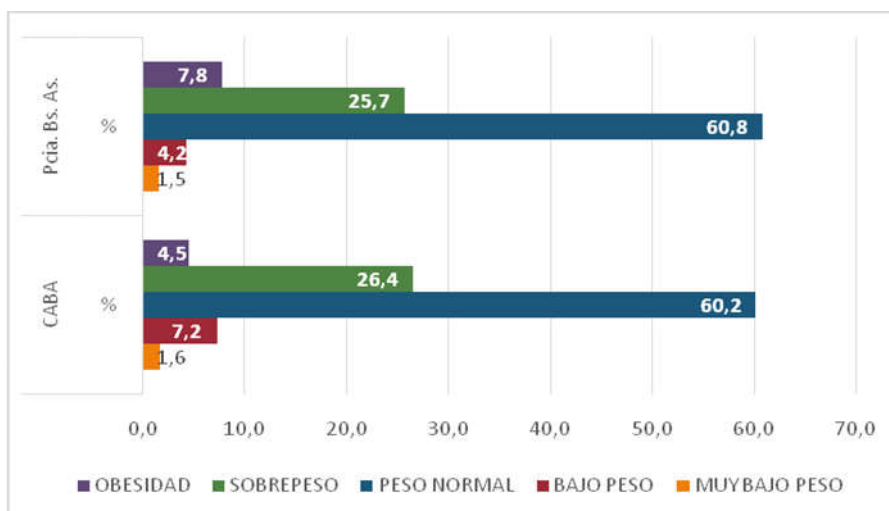


Gráfico 14. Distribución del IMC según lugar de residencia (n=2246).



Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2015

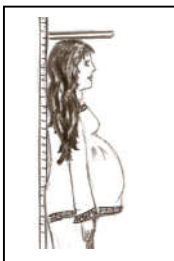
d. PRESTACIONES SOCIALES

Analizando los diagnósticos nutricionales según percepción o no de algún programa de transferencia de ingresos, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14. Diagnóstico nutricional según percepción de prestaciones sociales

DIAGNÓSTICO	Asignación Universal / Ciudadanía Porteña N (%)	Ninguna prestación N (%)
Déficit de Peso *	81 (7,2)	95 (9,1)
Normo Peso	668 (59,6)	639 (61,3)
Exceso de peso**	372 (33,2)	309 (29,6)
TOTAL	1121 (100)	1043 (100)

* Suma de Bajo peso y muy bajo peso **Suma de sobrepeso y obesidad



G - COMPARACIÓN CON LAS ENCUESTAS ANTERIORES

Tabla 15. Descripción de la población estudiada en las I, II y III Encuestas.

	2006/07	2010	2015
Población estudiada (n)			
Consultorios Externos	1741	1539	1144
Área Programática	1338	1272	1135
Total	3079	2811	2279
Media de edad			
Consultorios Externos	25.8± 6.3	25.0 ±6.5	26.6 ±6,3
Área Programática	24.7±6.1	25.0±6.8	25,4±6,4
Adolescentes			
Consultorios Externos	16.80%	14.40%	7.9%
Área Programática	22.10%	19.30%	13.3%

I, II y III Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2006/07, 2010 y 2015

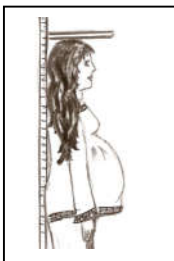
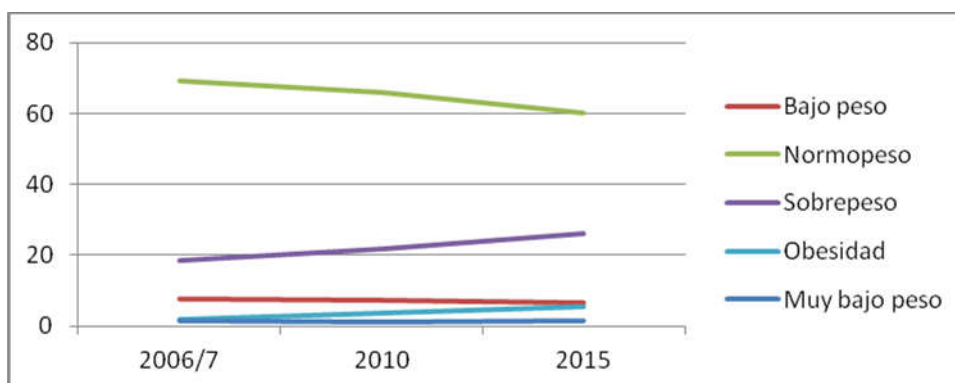


Tabla 16. Diagnóstico comparativo de las I, II y III Encuestas

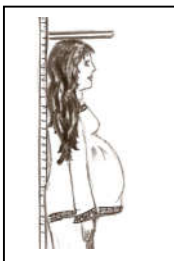
Diagnóstico	2006/7 (N=3079)	2010 (N=2760)	2015 (N=2279)
Muy bajo peso	1,45 %	1,2%	1,6%
Bajo peso	7,55%	7,4%	6,4%
Normopeso	69,35%	66%	60,3%
Sobrepeso	18,5%	21,7%	26,2%
Obesidad	1,8%	3,7%	5,5%
Total	100%	100%	100%

I, II y III Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2006/07, 2010 y 2015

Gráfico 15. Línea histórica de diagnósticos nutricionales en las tres Encuestas



I, II y III Encuesta antropométrica a embarazadas, CABA 2006/07, 2010 y 2015



VII – COMENTARIOS FINALES

Esta tercera encuesta antropométrica a embarazadas brinda valiosa información acerca del perfil demográfico y nutricional de las mujeres gestantes que concurren a los servicios públicos de salud del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires. Nos permite dimensionar la presencia de problemas nutricionales en este grupo poblacional que requiere la mayor atención y cuidados por parte de los equipos de salud, dado que el embarazo implica una vulnerabilidad biológica tanto para la mujer como para el bebé en gestación.

En relación al total de mujeres evaluadas, la edad media es de 26 años (DE=6,4). Las embarazadas adolescentes (menores de 19 años) constituyen un 10,6% de la muestra con una media de 16,9 años.

Según el país de nacimiento, la muestra se ha dividido en dos partes prácticamente iguales: nacidas en la Argentina y en países latinoamericanos (Bolivia, Paraguay y Perú). Entre las embarazadas adolescentes, el primer grupo se eleva al 67%.

En relación al nivel educativo alcanzado, observamos que un 7% de las mujeres evaluadas son analfabetas funcionales, es decir que no terminaron la escuela primaria, siendo casi el doble que el promedio para la ciudad (3,6%),³. Esto evidencia una mayor vulnerabilidad en la población que asiste al Sistema Público de Salud.

En cuanto al perfil nutricional, las prevalencias encontradas siguen la tendencia evidenciada en la primera encuesta (2006/2007) y la segunda (2010).

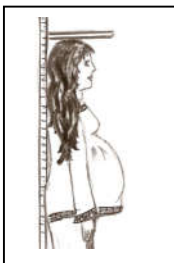
En esta encuesta también el problema nutricional más importante lo constituye el exceso de peso con una prevalencia de 31,7%. Se observa un incremento sostenido en la categoría obesidad triplicándose los valores porcentuales entre la primera y tercera encuesta (1,8 % a 5,5%).

El Bajo Peso y Muy Bajo Peso (se considera con un punto de corte muy sensible <-1.0 DE), se encuentra en un 8 %, o sea por debajo de lo esperable en una distribución poblacional normal.

En cuanto a la edad materna, adolescentes y adultas presentan perfiles claramente diferenciados. El déficit de peso aparece en un porcentaje ligeramente superior en las adolescentes respecto a las adultas (10% y 7.7% respectivamente), mientras que el exceso de peso se presenta de manera inversa: 33,6% en mujeres adultas frente a un 16,6 entre las adolescentes. Es importante tomar en consideración que la referencia utilizada para la evaluación antropométrica del IMC según edad gestacional fue desarrollada para mujeres adultas (mayores de 19 años). Sin embargo, se la ha utilizado para evaluar a las adolescentes, dada la inexistencia al momento de referencias específicas para la valoración nutricional mediante antropometría de embarazadas de ese grupo de edad.

En cuanto al diagnóstico nutricional previo al embarazo, se observa el mismo patrón, partiendo de un IMC para la edad normal en un 71% en las adolescentes mientras que las adultas presentaban normopeso en un 51%. Las diferencias porcentuales entre ambas poblaciones se

³ Dirección General de Estadísticas y Censos (GGBA) 2014. Encuesta Anual de Hogares.



mantienen para el exceso de peso, siendo de aproximadamente 28% la frecuencia en adolescentes y de un 45% en adultas.

Se describe que la obesidad materna aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, tanto para la gestante como para el recién nacido. La diabetes gestacional, la hipertensión arterial, el nacimiento por cesárea, la infección post parto, y la muerte fetal fueron asociadas a esta condición nutricional. También se relaciona a recién nacidos de alto peso (peso al nacer mayor a 4 kg), y retención de peso post parto. Esto conlleva a la persistencia de obesidad de la mujer en edad reproductiva que, en caso de no ser atendida con los cuidados necesarios, conduce a un alto peso pre gestacional lo cual reproduce la situación, ya que estas mujeres presentan a su vez riesgo a ganancia de peso superior a las recomendaciones⁴.

No se registraron diferencias significativas en el estado nutricional de las embarazadas de acuerdo al lugar de residencia de las mujeres (Ciudad de Bs.As. o Conurbano).

Tampoco se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de sobrepeso de acuerdo al país de nacimiento de la mujer, su nivel de escolaridad ni según la percepción de prestaciones sociales.

Respecto a la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico, cerca del 60% de las mujeres la estaba recibiendo, siendo este porcentaje menor entre las embarazadas atendidas en consultorios externos de hospitales en comparación con las que concurren a CESACs.

El consumo de suplementos en adolescentes del 70%, mostró la misma tendencia según el efector en el que fueron encuestadas. En este grupo de edad a los requerimientos de hierro aumentados por el embarazo, se deben sumar las necesidades de hierro para el crecimiento rápido que caracteriza a la adolescencia, por lo que resulta aun más importante la suplementación.

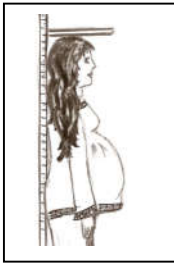
La anemia tiene consecuencias adversas en la salud de la mujer embarazada, aumenta el riesgo de complicaciones adicionales durante el parto (como la hemorragia posparto), incrementa la incidencia de problemas en el bebé (por ejemplo, bajo peso al nacer y prematuridad) y también tiene un impacto negativo sobre el hierro corporal del lactante⁵.

Dada la alta prevalencia de anemia en embarazadas⁶ y las consecuencias de esta deficiencia nutricional en la salud de éstas y la de sus bebés, la normativa nacional propone la suplementación en forma preventiva a todas las mujeres gestantes. Si bien el porcentaje de cumplimiento de esta normativa mejoró con respecto a los resultados de la encuesta anterior, sigue siendo preocupante que 4 de cada 10 embarazadas no lo reciban.

4 Calvo E, López I, coordinadoras. Ganancia de peso y pautas de selección de alimentos durante la gestación y su impacto en el recién nacido. Premios Salud Investiga 2013, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

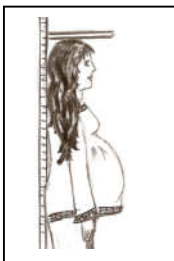
⁵Organización Panamericana de la Salud, 2009. "La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe". Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20\(2\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/AdolescentAnemiaSpan%20(2).pdf)

⁶ La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005) en mujeres embarazadas, las prevalencias de anemia y de deficiencia de hierro ascienden a 30,5 % y 36,7%, respectivamente.



El perfil de problemas nutricionales de la población de embarazadas estudiadas que coincide con lo evidenciado en otros estudios (como la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud⁷ nos plantea la necesidad de realizar acciones preventivas basadas en la promoción de prácticas saludables de alimentación y de actividad física, tanto en la asesoría en consultorio como en actividades grupales.

⁷ Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (2005)



ANEXO

INSTRUCTIVO

DATOS A RELEVAR

Fecha Actual:

Llenar con el día / mes/ año

Efector:

Establecimiento donde se realiza la encuesta

Encuestador:

Nombre del profesional a cargo de la implementación de la encuesta

Edad:

Consignar la edad actual en años, sin fracción de meses.

Número de embarazo:

Consignar que número de embarazo es el actual.

Peso anterior al embarazo:

Peso en Kg. con un decimal. Tomarlo del Carnet Perinatal o preguntar a la encuestada.

Peso actual:

Consignar el peso en Kg. con un decimal.

Talla:

Consignar la talla en centímetros.

Edad Gestacional :

Consignar la EG en semanas según Carnet Perinatal.

Algún recién nacido a término < de 2500 gr.:

Tomar el dato del Carnet Perinatal u otro registro.

Suplementos:

Consignar si efectivamente está tomando Hierro y/o Ácido fólico.

Leche fortificada con Fe

Consignar si recibe: si-no

Escolaridad:

Consignar nivel de escolaridad:

Hasta Primario Incompleto	PI
Primario Completo	PC
Secundario Incompleto	SI
Secundario Completo o mas	SC

Lugar de Nacimiento:

Consignar país.

Residencia:

Consignar barrio

Prestaciones Sociales

Asignación familiar - Cobertura Porteña: si-no

TECNICAS DE MEDICION

Medida: Peso

Instrumento: Balanza mecánica de Palanca (no de resorte)

Técnica:

- Controlar la Balanza al inicio de la jornada (sin peso debe estar en 0)
- Pesar a las mujeres sin calzado y con ropa liviana

Medida: Talla

Instrumento: Balanza de pie con tallímetro o altímetro de pared

Técnica:

- De pie en la balanza y de espaldas al tallímetro. Sin calzado.
- Manteniendo los pies juntos, los brazos al costado del cuerpo y la cabeza mirando al frente.
- La barra transversal debe deslizarse con suavidad.
- Efectuar la lectura en centímetros completos.

NOTA: Se sugiere efectuar con los encuestadores, un repaso previo de estas técnicas de medición.



Ilustración: Marina Rolón

Programa Nutricional

(Dirección General de Planificación Operativa)

Hospital de Niños "Pedro de Elizalde"

Montes de Oca 40

5° piso (Pabellón Cardiología)

programanutricional@buenosaires.gob.ar

Dirección General de Planificación
Operativa

Ministerio de Salud - GCBA