

Asociación entre calidad de vida y obesidad en pacientes embarazadas en unidad de primer nivel

Valdivieso Ruiz Gloria Isabel¹, Pérez Juárez Alonso Daniel², Xochipa Osorio José Antonio¹, Juárez Mendoza Rafael Ignacio¹

¹ Unidad de Medicina Familias No 9 Tehuacán, Puebla

² Clínica hospital ISSSTE Tehuacán, Puebla

Resumen

INTRODUCCIÓN: Calidad de vida permite conocer la percepción de las personas acerca de una buena vida con la finalidad de la investigación en salud, para medir la felicidad y satisfacción con la vida. La mala calidad de vida conlleva a un malestar general, depresión o ansiedad. Embarazadas con obesidad aumentan riesgo de cesárea. **OBJETIVO:** Determinar asociación entre calidad de vida y obesidad en pacientes embarazadas de la Unidad de Medicina Familiar No 9. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, unicéntrico. Realizado en la UMF No 9 Tehuacán, Puebla en pacientes embarazadas. Tamaño de muestra n=100 de un universo de trabajo n=146. Dos inventarios calidad de vida y salud y cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad, durante 20 minutos. Con el programa SPSS Statistics Editor de Datos se realizó asociación chi cuadrada. **RESULTADOS:** De 100 pacientes embarazadas, 83% con obesidad y 17% con sobrepeso, edad mínima 19, máxima 39, media 28.64; La mayoría mostró calidad de vida normal con 78% y 22% calidad de vida alta; pacientes con sobrepeso 2% presentaron calidad de vida alta, y 15% calidad de vida normal, paciente con obesidad 20% presentaron calidad de vida alta y 63% con obesidad calidad de vida normal. **CONCLUSIONES:** En el presente estudio no existe asociación entre calidad de vida y obesidad en pacientes embarazadas. Es necesario reforzar la educación a embarazadas, para que conozcan las consecuencias de la obesidad en el embarazo, mostrando desconocer complicaciones que conlleva a su salud.

Abstract

Introduction: Quality of life allows to know the perception of people about a good life with the purpose of health research, to measure happiness and satisfaction with life. The poor quality of life leads to a general malaise, depression or anxiety. Pregnant women with obesity increase risk of caesarean section. **Objective:** To determine the association between quality of life and obesity in pregnant patients of the Family Medicine Unit No. 9. **Material and methods:** An observational, descriptive, cross-sectional, prospective, single-center study was carried out. Carried out at FMU No 9 Tehuacán, Puebla in pregnant patients. Sample size n=100 from a universe of work n=146. Two quality of life and health inventories and a questionnaire on eating habits for overweight and obese patients, for 20 minutes. Chi-square association was performed with the SPSS Statistics Data Editor program. **Results:** Of 100 pregnant patients, 83% obese and 17% overweight, minimum age 19, maximum 39, average 28.64; The majority showed normal quality of life with 78% and 22% high quality of life; Overweight patients 2% presented high quality of life, and 15% normal quality of life, obese patients 20% presented high quality of life and 63% with obesity normal quality of life. **Conclusions:** In the present study there is no association between quality of life and obesity in pregnant patients. It is necessary to reinforce education for pregnant women, so that they know the consequences of obesity in pregnancy, showing that they are unaware of the complications that it entails for their health.

Palabras Clave: Asociación, calidad de vida, obesidad.

Keywords: Association, quality of life, obesity.

1. INTRODUCCIÓN

En la calidad de vida uno de los componentes principales es la salud, ya que contribuye al grado de bienestar de una persona, la salud manifiesta una relación entre el impacto de la salud-enfermedad y la calidad de vida.

Al inicio del estudio de la calidad de vida se relacionaba las limitaciones de la persona con respecto al área biológica, psicológica y social como efecto de una enfermedad determinada [1].

El estado de ánimo (depresión, tristeza, alegría, enojo, etc.) y el afrontamiento a las situaciones están relacionados con el estado de salud, por lo tanto, se debe destacar que en la calidad de vida influyen los aspectos físicos y mentales, así como las situaciones externas con las que se relacionan y puedan verse afectadas. Los estudios de la calidad de vida que se enfocan al área de la salud buscan los trasfondos de salud o enfermedad en las personas [1].

La journals.openedition.org publicó en el 2019 que, en la Unión Europea, en la última década, se sufrió una crisis económica y aun así el resultado de la encuesta europea de calidad de vida es positivo. Sin embargo, en el periodo de los años entre 2011 y 2016 en países como España, Grecia o Italia disminuyó la respuesta positiva, mientras que en Portugal mejoró en ese mismo periodo. En España y Portugal el resultado negativo de una satisfacción con la vida fue consecuencia de una disminución en la salud; la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico, de acuerdo a su índice para una vida mejor entre los años 2011 y 2017 la salud era la preocupación más importante para los españoles con un 10.8%, la segunda preocupación era la educación con 10.1% y con un 9.7% la tercera en importancia era el equilibrio vida-trabajo. Mientras que en Portugal la salud y la satisfacción con la vida están empatadas con un 10.3%, en un 9.8% preocupa la seguridad. En estos dos países un pequeño porcentaje de la población indica que su mala o muy mala salud está asociado a limitaciones de la enfermedad casi seguidas a síntomas depresivos [2].

La Revista Odontológica Mexicana publicó en 2019 Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer escamocelular bucal, en la ciudad de Medellín, Colombia; en éste se menciona que la calidad de vida y su relación con la salud es de importancia en los determinantes sociales y su relación con el bienestar de las personas. La Organización Mundial de la Salud tiene como definición de calidad de vida: “la percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”. Es importante considerar que la calidad de vida se va modificando conforme transcurre el tiempo y que se debe tomar en cuenta el panorama de la vivencia del paciente, así como su entorno [3].

La Federación Mundial de Obesidad (World Obesity Federation -WOF-) menciona que aparte de ser una enfermedad crónica, recurrente y que va en progreso, es importante actuar inmediatamente para prevenirla y controlarla, porque conforma una epidemia global. Hasta el 2016 se reportaron por arriba de 1,9 billones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso, entre ellos 650 millones eran obesos, lo que corresponde al 13% mundial. En la realidad las personas han aumentado su IMC en 1kg/m² cada 10 años [4-7].

La población mundial se encuentra en sobrepeso en más de un 50% del total de personas adultas. En Chile hubo un incremento de la población con sobrepeso entre los años 2003 y 2009 – 2010, con una alza del 61 al 67% de sobrepeso y obesidad, de acuerdo a la primera Encuesta Nacional de Salud, mostrando también que en 2009 – 2010 las mujeres de 15 a 44 años de edad tenían un IMC igual o mayor a 25 en 51% de ellas; como se puede ver de acuerdo a éstas cifras, más de la mitad de mujeres chilenas que se encuentran en su edad fértil tienen un estado nutricional en sobrepeso u obesidad [4-7].

Existen dos factores de riesgo independientes que pueden generar complicaciones maternas y fetales durante el embarazo. Uno es la obesidad materna y otro la excesiva ganancia de peso ponderal. Éstos conforman la asociación entre morbilidad y mortalidad materna y los resultados perinatales adversos [4-7].

En Estados Unidos se desencadenó un aumento de peso antes del embarazo en un 70% de los casos, y en Chile ha aumentado el sobrepeso y la obesidad progresivamente desde 1987 hasta 2011, La población de mujeres chilenas que presentan sobrepeso y obesidad a los 6 meses post-parto es mayor que en el embarazo, comportándose como un factor fundamental reproductivo en el aumento de peso de la población femenina que se encuentra en edad reproductiva [4-7].

La diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las enfermedades de mayor importancia en relación con la muerte fetal. La obesidad, al igual que la diabetes mellitus tipo 2 subirán de importancia con respecto a los riesgos de muerte fetal. La relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de muerte fetal se anunció por primera ocasión en 1993; actualmente el 60% de mujeres que presentaron un óbito tenían un IMC por arriba de 25kg/m² [4-7].

El Índice de Masa Corporal se representa con la proporción de peso y talla. De acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud se puede decir que una persona con sobrepeso tiene un IMC entre 25 a 29.9 kg/m² y tiene obesidad cuando su IMC es de 30 kg/m² o superior y es cuando surgen enfermedades relacionadas con el estado nutricional. Los resultados perinatales con mal pronóstico son los que están relacionados con sobrepeso y obesidad; las embarazadas con obesidad tienen un factor de riesgo mayor en relación con trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes, patología biliar, cáncer, infecciones del tracto urinario, hemorragia posparto, enfermedad tromboembólica del embarazo, parto pretérmino, aborto, muerte fetal temprana y tardía, así como un mayor índice en la tasa de cesáreas. [4-7].

Las recomendaciones actuales con respecto a la ganancia de peso en una paciente gestante con obesidad son de 5 a 9 kilogramos; mientras que una gestante con embarazo múltiple y obesidad debe estar comprendida entre 11 y 19 kilogramos. Algunos investigadores concuerdan que aumentar menos de 5 kilogramos o incluso bajar de peso durante la gestación inhibe el riesgo de macrosomía; uno de los factores de riesgo que también conlleva el disminuir de peso o aumentar poco es desencadenar un parto prematuro. La Organización Mundial de la salud aconseja que la ingesta energética extra debe ser de 150 kcal diarios en los 3 primeros meses del embarazo y 350 kcal por día en el resto de los meses, todo ello para el requerimiento energético del binomio materno – fetal, viendo la mejoría en el aumento de peso [4-7].

En la actualización del 2009 del Instituto de Medicina de Estados Unidos el incremento de peso acorde con el índice de masa corporal antes de la gestación es: embarazadas de bajo peso, 12.5 – 18 kg; embarazadas en sobrepeso 7 - 11.5 kg; embarazadas con obesidad 5-9 kg [4-7].

Algunas personas cuando se les diagnostica obesidad, no manifiestan enfermedades crónicas asociadas, y se les conoce como pacientes obesos metabólicamente sanos, en ellos es necesario indagar en un perfil completo y no únicamente por su índice de masa corporal. Se hace común relacionarse con una “sociedad obesogénica”, sin olvidar las acciones de promover la salud y la interacción de alimentación y nutrición, para así prevenir ésta epidemia [8].

El apoyo individualizado al paciente obeso consta de actitudes enfocadas a la disminución de peso corporal con la finalidad de mejorar su calidad de vida y prevenir morbimortalidad [8].

Percibir la obesidad como una enfermedad proporcionará materiales para prevenirla, tratarla e investigarla, de ésta forma se aportará el beneficio de disminuir el rechazo de individuos con obesidad; con la finalidad de que

acepten que es una enfermedad crónica a nivel mundial, para así erradicar la idea de que es una elección de vida [8].

Es notorio que la alimentación y el estado nutricional antes del embarazo y durante el mismo es de gran importancia. El estado nutricional establece la vitalidad del feto y en los siguientes 1000 días que continúan a la concepción; está demostrado que la talla y el aumento de peso en la gestación están relacionadas estrechamente con el peso del producto al nacimiento. Un aumento de peso exagerado en la gestación y la obesidad pre-gestacional también complican el binomio materno-fetal considerándose factores de riesgo [8].

En América y en el Caribe la mayor incidencia en mujeres mayores respecto a sobrepeso y obesidad es de 70% [8].

En el 2014 de acuerdo al censo de población de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 1 900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso y 600 millones eran obesos, con aumento en mujeres con sobrepeso (40%) y menos obesas (15%); 10.2% relacionó la aparición de complicaciones infecciosas en pacientes obesas [9].

Las pacientes obesas requieren una atención prenatal y un manejo del parto y el puerperio que difieren de la gestante con peso ideal correspondiente, de igual forma tienen más riesgo de ser sometidas a inducción del parto y de intervenciones obstétricas en, especialmente la realización de cesáreas [9].

Se realizó un estudio donde refleja que la escolaridad de secundaria es lo más inferior para el logro de oportunidades considerables, mostrándose como su estado nutricional y su calidad de vida [9].

Utilidad de calidad de vida

La utilidad de la calidad de vida en el área de la salud es para examinar el poder de la participación al considerar la combatividad de enfermedades y tratamientos, siendo éstos efectos adversos, dolencias e incapacidad. Los indicadores objetivos de la Calidad de Vida se utilizan como marcadores en gran medida y los indicadores subjetivos por ejemplo la satisfacción con relaciones interpersonales, apoyo percibido y habilidades funcionales y las habilidades funcionales se utilizan para examinar el impacto de situaciones específicas. Son 3 puntos de vista los conocidos en el ámbito subjetivo para evaluar la calidad de vida: 1) general, 2) salud, 3) enfermedades específicas; las relacionadas al área de la salud califican las condiciones que se dañan con motivo de la enfermedad. La calidad de vida con la salud valora la satisfacción personal. La mejor evaluación de la calidad de vida es la propia. En el 2003 Shwartzmann expuso que la calidad de vida de califica con la apreciación subjetiva de cada persona, y González-Celis en el 2002 argumentan que la calidad de vida es una inconstante psicológica, mientras que González-Ballesteros en 1998 argumenta que la calidad de vida es la misma persona porque es quien decide qué aspectos son los más importante antes o después de una atención médica [10].

Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) se elaboró con el objetivo de medir la calidad de vida en personas en un rango que lo incluya en cualquier padecimiento. El InCaViSa examina lo siguiente: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico. Los reactivos se califican cuantificable (de 0-100%), semántico (nunca-siempre), visual (0% nunca-100% siempre),

los reactivos se califican de 0-5 puntos. El valor de cada pregunta es sumatoria: nunca = 0, casi nunca = 1, pocas veces = 2, frecuentemente = 3, casi siempre = 4, siempre = 5. Es un inventario autoaplicable de 15 a 20 minutos [10].

Cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad

El “Cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad”, Las respuestas se recaban en una escala de 5 puntos sobre la frecuencia de ciertos hábitos alimenticios: 1) nunca, 2) pocas veces, 3) con alguna frecuencia, 4) muchas veces y 5) siempre (10). Consta de 8 factores en los que se agrupan 36 preguntas. El primer factor contiene las preguntas relacionadas con el consumo de azúcar en la dieta, el segundo factor hace referencia al cumplimiento de normas dietéticas relacionadas con una alimentación saludable, el tercer factor se refiere a la práctica habitual o sistemática de ejercicio físico, el cuarto factor engloba las preguntas que se refieren al contenido calórico de la propia dieta, el quinto factor contiene preguntas relativas al hecho de ingerir alimentos por bienestar psicológico, el sexto factor engloba las preguntas relacionadas con el tipo de alimentos que consumen más frecuentemente, el séptimo factor contiene preguntas que indagan sobre el conocimiento y control de los sujetos sobre qué y cuánto comen, por último, el octavo factor engloba las preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Junto con el cuestionario los participantes debían realizar una valoración subjetiva de su propia dieta, como muy buena o excelente, buena, regular, mala [11].

María Aguilar cordero y colaboradores realizaron estudios en los que calificaron la influencia del IMC y la edad materna en los resultados del embarazo, en ellos notaron que las complicaciones eran mayores con un índice de masa corporal elevado, y agregándole la edad materna avanzada, las complicaciones aumentaba más a preeclampsia, cesárea, parto pretérmino y abortos [12].

Los estudios Lucovnik y col, así como el de Obaidly y col., corroboraron el impacto del peso materno en las complicaciones de mujeres con gesta múltiple, notando que la diabetes gestacional, la preeclampsia y el parto pretérmino aumentaban de acuerdo al aumento del IMC. Sin embargo, en los embarazos simples de mujeres obesas fue notorio el aumento de partos por cesárea [12].

De acuerdo a un estudio nutricional en Chile la obesidad en el embarazo ha incrementado en comparación con las pacientes embarazadas de bajo peso que se mantienen en una misma constante; de la misma forma en Ecuador la obesidad y el bajo peso se obtuvieron de las principales consecuencias diabetes gestacional, anemia e hipertensión teniendo asociación con distintas mortalidades maternas [13].

Actualmente se ha propuesto el uso de guías para evaluar la ganancia de peso durante el embarazo útiles para mujeres habitantes de países de desarrollo; el uso de éstas establece la ganancia de peso en el embarazo, ya sea en forma absoluta o proporcional a la estatura [14].

El peso corporal adecuado a la talla es un importante factor que afecta a la salud en general y las alteraciones fetales que se han mostrado con ellos son crecimiento fetal y estado nutricional infantil en el crecimiento [14].

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000-2018 fue realizado un estudio observacional, analítico, de cohorte, retrospectivo incluyendo a todas las embarazadas con índice de masa corporal de 40 o más antes de su gestación. En el período de ese año fueron atendidos 59459 partos, de ellos 524 fueron de pacientes con obesidad previa al embarazo [15].

Las mujeres con obesidad mórbida oscilaban entre los 20-34 años en un 73.09%, escolaridad secundaria en 66.6%, ama de casa 66.41%. se mostró una relación entre obesidad mórbida en mayores de 35 años o más [15].

Las consecuencias de las madres con obesidad mórbida fueron multiparidad en 54.01%, control prenatal adecuado 61.83%, cesárea 57.63%, y relación con pacientes en obesidad mórbida y multigestas [15].

Las enfermedades maternas relacionadas con la obesidad fueron anemia con 45.58%, infecciones de vías urinarias con 57.95%, enfermedad hipertensiva del embarazo con 14.84%, amenaza de parto pretérmino con 9.54% [15].

Las enfermedades neonatales de madres con obesidad mórbida fueron alteraciones metabólicas con 9.89%, hiperbilirrubinemia 4.95%, síndrome de dificultad respiratoria con 3.53%. Las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo en un 3.1 veces de desarrollar obesidad mórbida que las mujeres con peso normal [15].

En el 2016 se realizó un estudio en el Hospital Regional Docente de Trujillo, con 1491 embarazadas, con índice de masa corporal elevado antes de su embarazo. En las embarazadas con índice de masa corporal elevado el 40.8% desencadenó preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta con 1.4%, y hemorragia postparto presentaron el 11.6%, siendo menor el porcentaje en las pacientes con peso normal [16].

En el Hospital Central “Dr. Luis Díaz Soto” de Habana del Este, La Habana Cuba se realizó un estudio entre el 2013 – 2016 donde se involucraron a todas las embarazadas del Hospital, se les clasificó de acuerdo a su índice de masa corporal en los 3 primeros meses de gestación, peso normal, sobrepeso y obesidad. Con un total de 2074 embarazadas, en peso normal estuvieron 57.18%, sobrepeso en 23.96% y en obesidad en 18.85% [17].

En el 2015 realizaron una investigación en las unidades de medicina familiar del IMSS de la Delegación Baja California, involucrando a las pacientes en gestación de más de 20 años desde el inicio al término del embarazo [18].

Desde el inicio del embarazo hasta la semana 10 de gestación se calculó el diagnóstico nutricional de acuerdo al IMC, haciendo una subclasificación de la obesidad en grado 1, grado 2, grado 3. Evaluaron el aumento de peso con respecto a la diferencia del peso de la primera consulta a la última, para describir si fue más o menos a la recomendación de ingesta diaria [18].

Fueron 2439 mujeres embarazadas en estudio, englobando Tijuana, Mexicali, Ensenada, Rosarito y Tecate; en bajo peso estaba el 2.5%, normopeso el 39.25%, sobrepeso 33.25%, y obesidad el 25%. Con rangos a la par de acuerdo a investigaciones realizadas en Australia con 21.2% y Reino Unido con 26.4%. En Estados Unidos las pacientes iniciaban su gestación con obesidad en un 20%, y en Latinoamérica es aproximadamente del 27%. Se diagnosticó que más de un 50% de las pacientes presentan cambio de peso en el embarazo [18].

La asociación entre embarazo y obesidad provocan cambios no benéficos al embarazo; la obesidad en el embarazo desencadena estrés oxidativo que conlleva a una respuesta inflamatoria elevada en la placenta, esto conlleva a resoluciones perinatales adversos causados por la obesidad. Demostrando que una embarazada con obesidad mórbida corría riesgo de solucionarse en cesárea [19].

También se ha realizado estudios con pacientes embarazadas con IMC $>25\text{kg}/\text{m}^2$ y embarazo único, con la finalidad de identificar y resumir la evidencia de la efectividad de la actividad física intervenciones para

embarazadas con sobrepeso y obesidad; Currie y colaboradores en 2013 publicaron que durante el embarazo la actividad física es menor, aun así, es eficaz para el control de peso en mujeres con sobrepeso y obesidad [20].

En nuestro país más del 40 % de las mujeres inician su embarazo con sobrepeso u obesidad, éstos, así como la desnutrición crónica, son un problema en las regiones rurales, o de bajos recursos. Además, si la madre tiene obesidad con mayor adiposidad a nivel abdominal o visceral, existe un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedades de índole metabólico y, para el recién nacido, un mayor riesgo de retraso del crecimiento infantil [21].

El Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Pública en México (CONEVAL) reporta una mayor población con pobreza alimentaria (25,5 %) en México para el año 2018 principalmente en mujeres [21].

El embarazo con obesidad en la actualidad es reflexionado como parte principal de factores de riesgo de más incidencia y aumento en continuidad en gineco-obstetricia. Paralelo con las femeninas con adecuado peso antes de la gestación, las pacientes con obesidad tienen aumento de riesgo de aborto espontáneo, diabetes gestacional, preeclampsia, tromboembolismo venoso, trabajo de parto inducido, cesárea, complicaciones anestésicas e infecciones de heridas, siendo disminuida la incidencia que comiencen o continúen la lactancia [22].

Los hijos de embarazadas con obesidad incrementan el riesgo de muerte fetal, anomalías congénitas, prematuridad, macrosomía y muerte neonatal. La exposición intrauterina a la obesidad es relacionada al incremento de riesgo de desencadenar obesidad y trastornos metabólicos en la infancia [22].

La diabetes mellitus gestacional y el sobrepeso / obesidad antes del embarazo se ven seriamente relacionadas negativamente a la salud cardiometabólica de las generaciones siguientes. Es necesario examinar las asociaciones de diabetes gestacional y el sobrepeso o la obesidad previo a la gestación con factores de riesgo cardiometabólico de la esterpie adulta [23].

En los hijos de mujeres con Diabetes gestacional son notorios el incremento de los marcadores de resistencia a la insulina y un perfil lipídico más aterogénico. El sobrepeso y la obesidad materna previo a la gestación está estrechamente relacionado con una alteración de la regulación de la glucosa en la descendencia, reflejado por factores de confusión y tejido adiposo en la actualidad [23].

A pesar de las referencias con respecto al sobrepeso/obesidad materna antes del embarazo, aún no es precisa la relación entre los antecedentes heredofamiliares y las actividades diarias en el ámbito familiar para mostrar las afectaciones de los factores modificables, y las consecuencias desde la infancia hasta la etapa adulta [23].

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, unicéntrico.

Realizado en la UMF No 9 Tehuacán, Puebla en pacientes embarazadas. Tamaño de muestra n=100 de un universo de trabajo n=146.

Dos inventarios calidad de vida y salud y cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. Previa autorización de las autoridades correspondientes de la UMF No 9, se solicitó el consentimiento informado a las pacientes embarazadas y se realizó su autoevaluación con los instrumentos validados en la sala de espera mientras esperaban a su turno a pasar a consulta en dicha Unidad, identificando su IMC en Cartilla Nacional de Salud. La utilidad de la calidad de vida en el área de la salud fue para examinar el poder de la participación al considerar la combatividad de enfermedades y tratamientos, siendo éstos efectos adversos, dolencias e incapacidad. Los indicadores objetivos de la Calidad de Vida se utilizaron como marcadores en gran medida y los indicadores subjetivos por ejemplo la satisfacción con relaciones interpersonales, apoyo percibido y habilidades funcionales y las habilidades funcionales se utilizaron para examinar el impacto de situaciones específicas. Son 3 puntos de vista los conocidos en el ámbito subjetivo para evaluar la calidad de vida: 1) general, 2) salud, 3) enfermedades específicas; las relacionadas al área de la salud califican las condiciones que se dañan con motivo de la enfermedad. La calidad de vida con la salud valoró la satisfacción personal. La mejor evaluación de la calidad de vida es la propia. En el 2003 Shwartzmann expuso que la calidad de vida se califica con la apreciación subjetiva de cada persona, y González-Celis en el 2002 argumentan que la calidad de vida es una inconstante psicológica, mientras que González-Ballesteros en 1998 argumenta que la calidad de vida es la misma persona porque es quien decide qué aspectos son los más importantes antes o después de una atención médica.

El Inventario de Calidad de vida y Salud (InCaViSa) se elaboró con el objetivo de medir la calidad de vida en personas en un rango que lo incluya en cualquier padecimiento. El InCaViSa examinó lo siguiente: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico. Los reactivos se calificaron cuantificable (de 0-100%), semántico (nunca-siempre), visual (0% nunca-100% siempre), los reactivos se calificaron de 0-5 puntos. El valor de cada pregunta es sumatoria: nunca = 0, casi nunca = 1, pocas veces = 2, frecuentemente = 3, casi siempre = 4, siempre = 5. Es un inventario autoaplicable de 15 a 20 minutos (10).

El “Cuestionario de hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad”, Las respuestas se recabaron en una escala de 5 puntos sobre la frecuencia de ciertos hábitos alimenticios: 1) nunca, 2) pocas veces, 3) con alguna frecuencia, 4) muchas veces y 5) siempre (10). Consta de 8 factores en los que se agrupan 36 preguntas. El primer factor presentó las preguntas relacionadas con el consumo de azúcar en la dieta, el segundo factor hizo referencia al cumplimiento de normas dietéticas relacionadas con una alimentación saludable, el tercer factor se refirió a la práctica habitual o sistemática de ejercicio físico, el cuarto factor englobó las preguntas que se refieren al contenido calórico de la propia dieta, el quinto factor fueron preguntas relativas al hecho de ingerir alimentos por bienestar psicológico, el sexto factor englobó las preguntas relacionadas con el tipo de alimentos que consumen más frecuentemente, el séptimo factor contiene preguntas que indagaron sobre el conocimiento y control de los sujetos sobre qué y cuánto comen, por último, el octavo factor englobó las preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Junto con el cuestionario los participantes realizaron una valoración subjetiva de su propia dieta, como muy buena o excelente, buena, regular, mala.

Se analizó la asociación entre calidad de vida y obesidad en pacientes embarazadas, para ello incluimos variables sociodemográficas, posterior se recolectaron de las encuestas, los datos se registraron en una base de datos.

Las variables cuantitativas se evaluaron con dispersión: moda, media, mediana y desviación estándar. Las variables cualitativas se evaluaron por porcentajes.

Se realizó todo esto, se evaluaron los datos para poder realizar tablas y gráficas que nos llevaron a discusión y conclusiones.

Se realizó una asociación entre ambas variables cualitativas con el test estadístico X^2 con un rango de significancia de $p < 0.05$.

Se recabó la información y se utilizó el programa SPSS Statics versión 22 para análisis y medición. Para concluir, los resultados fueron representados en cuadros y gráficas para mostrar los resultados de las variables.

3. RESULTADOS

El presente trabajo de investigación se realizó en una población adulta de embarazadas derechohabientes del I.M.S.S. de la U.M.F. No 9, donde la muestra de estudio fue de 100 pacientes embarazadas 83 con obesidad y 17 con sobrepeso, quienes fueron encuestadas con el fin de asociar calidad de vida y obesidad. Para obtener la información necesaria se realizaron encuestas para determinar las características sociodemográficas y antropométricas, así como la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud y el Cuestionario de Hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad.

Tabla 1. Estadígrafo de Edad

Edad	n
Media	28.64
Mediana	29.00
Moda	29
Desviación estándar	5.025
Varianza	25.263
Mínimo	19
Máximo	39
Total	100

En cuanto a la edad la media que se encontró en el estudio fue de 28.64.

Con respecto a la escolaridad el nivel de bachillerato es la que se encontró en mayor porcentaje con un 43% del total.

Tabla 2. Distribución de la escolaridad

Escolaridad	n	%
Primaria	10	10.00
Secundaria	20	20.00
Bachillerato	43	43.00
Carrera técnica	3	3.00
Licenciatura	20	20.00
Posgrado	4	4.00
Total	100	100

Tabla 3. Distribución del estado civil

Estado civil	n	%
Soltera	28	28.00
Casada	48	48.00
Unión libre	24	24.00
Separada	0	0.00
Divorciada	0	0.00
Viuda	0	0.00
Total	100	100

Para el estado civil se encontró que el 48.00% del total se encuentran casados

Tabla 4. Distribución de la ocupación

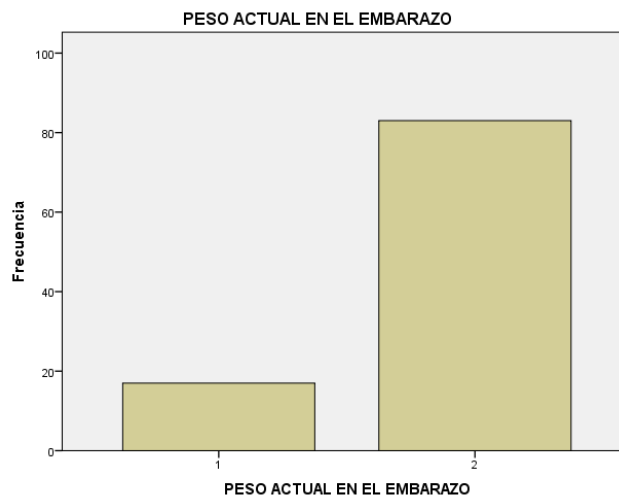
Ocupación	n	%
Ama de casa	17	17.00
Empleada	76	76.00
Otro	7	7.00
Total	100	100

En cuanto a la ocupación la mayoría de la población es ama de casa.

Tabla 5. Distribución de peso actual en el embarazo

Peso actual en el embarazo	n	%
Sobrepeso	17	17.00
Obesidad	83	83.00
Total	100	100

Con respecto al peso actual casi el total de la población se encuentra en obesidad.

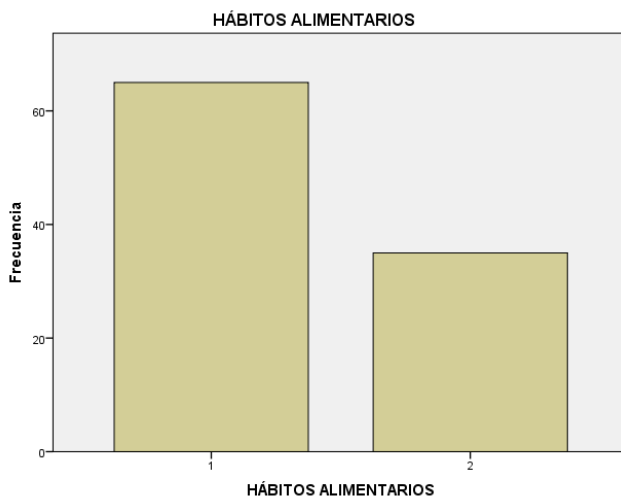


Gráfica 1. Peso actual en el embarazo

Tabla 6. Distribución de hábitos alimentarios

Hábitos alimentarios	n	%
Bien	65	65.00
Mal	35	35.00
Total	100	100

Con respecto a los hábitos alimentarios más de la mitad tiene bien sus hábitos alimentarios.

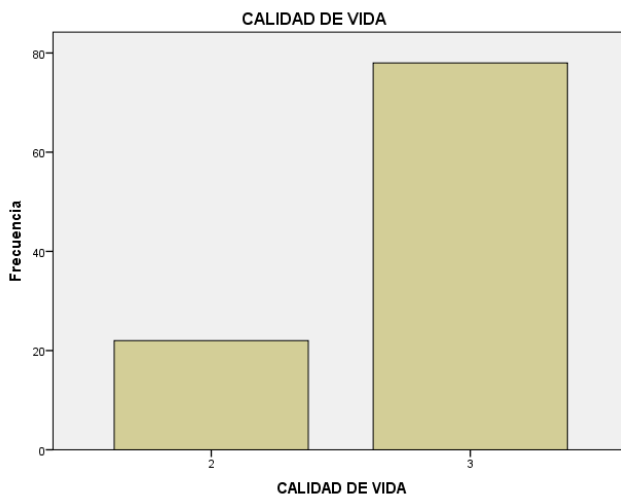


Gráfica 2. Hábitos alimentarios

Tabla 7. Distribución de calidad de vida

Calidad de vida	n	%
Muy alta	0	0.00
Alta	22	22.00
Normal	78	78.00
Baja	0	0
Muy baja	0	0
Total	100	100

La mayoría de la población tiene una calidad de vida normal.



Gráfica 3. Calidad de vida

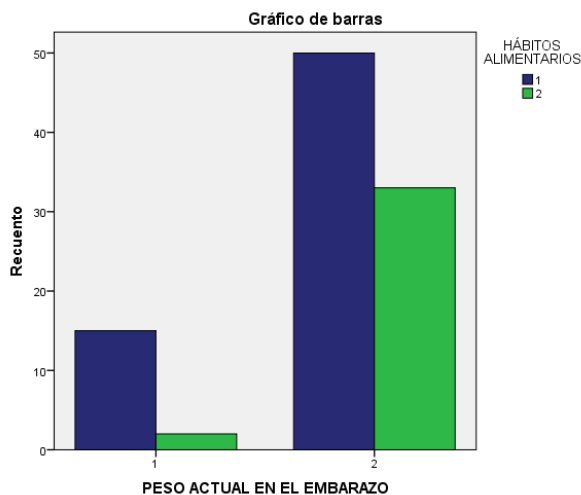
Las pacientes con sobrepeso 15% presentaron hábitos alimentarios bien, 2% hábitos alimentarios mal, las pacientes con obesidad presentaron 50% hábitos alimentarios bien y 33% hábitos alimentarios mal.

Tabla 8. Asociación entre peso actual y hábitos alimentarios

PESO ACTUAL EN EL EMBARAZO*HÁBITOS ALIMENTARIOS tabulación cruzada

Recuento

				HÁBITOS ALIMENTARIOS		Total
				1	2	
PESO ACTUAL EN EL EMBARAZO	1	2		15	2	17
			2	50	33	83
Total				65	35	100



Gráfica 4. Asociación entre peso actual y hábitos alimentarios

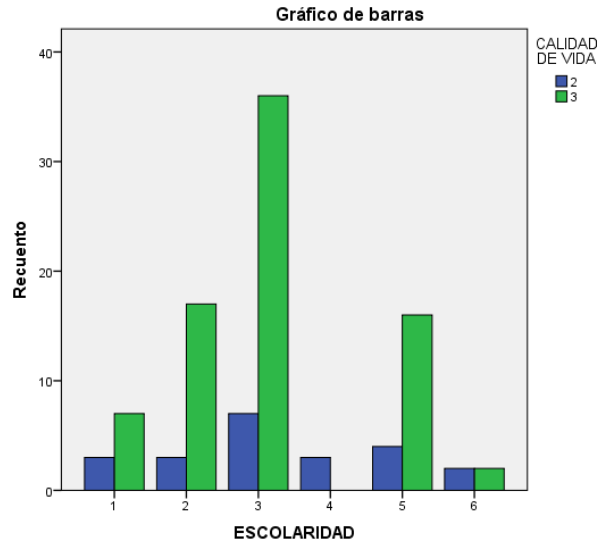
Las pacientes con escolaridad bachillerato resultaron con calidad de vida alta, mientras que otras con la misma escolaridad resultaron con calidad de vida normal.

Tabla 9. Asociación de escolaridad y calidad de vida

ESCOLARIDAD*CALIDAD DE VIDA tabulación cruzada

Recuento

			CALIDAD DE VIDA		Total
			2	3	
ESCOLARIDAD	1	3	7	10	
	2	3	17	20	
	3	7	36	43	
	4	3	0	3	
	5	4	16	20	
	6	2	2	4	
Total		22	78	100	



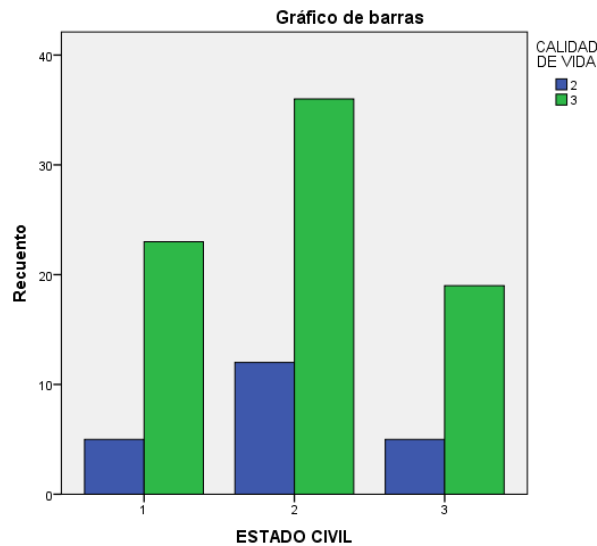
Gráfica 5. Asociación de escolaridad y calidad de vida

Las pacientes casadas 12% resultaron con calidad de vida alta, mientras que en la calidad de vida normal 36% resultaron casadas y 19% de pacientes en unión libre.

Tabla 10. Asociación de estado civil con calidad de vida

Tabla cruzada
Recuento

		CALIDAD DE VIDA		Total
		2	3	
ESTADO CIVIL	1	5	23	28
	2	12	36	48
	3	5	19	24
Total		22	78	100



Gráfica 6. Asociación de estado civil con calidad de vida

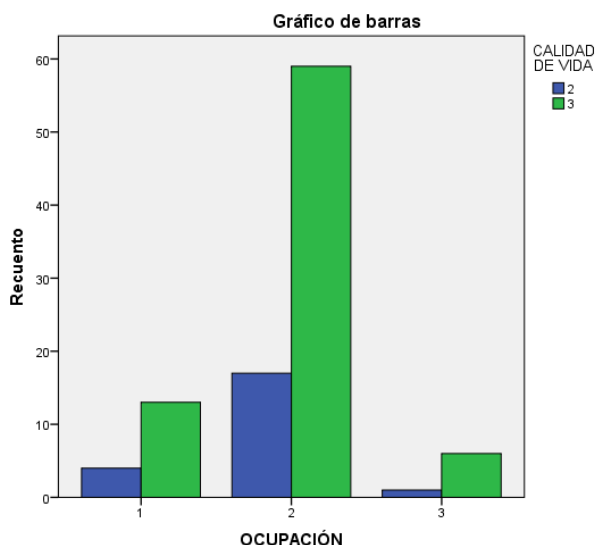
En ocupación empleada 17% resultaron con calidad de vida alta, mientras que 19% resultaron con calidad de vida normal.

Tabla 11. Asociación entre ocupación y calidad de vida.

Tabla cruzada

Recuento

		CALIDAD DE VIDA		Total
		2	3	
OCUPACIÓN	1	4	13	17
	2	17	59	76
	3	1	6	7
Total		22	78	100



Gráfica 7. Asociación entre ocupación y calidad de vida

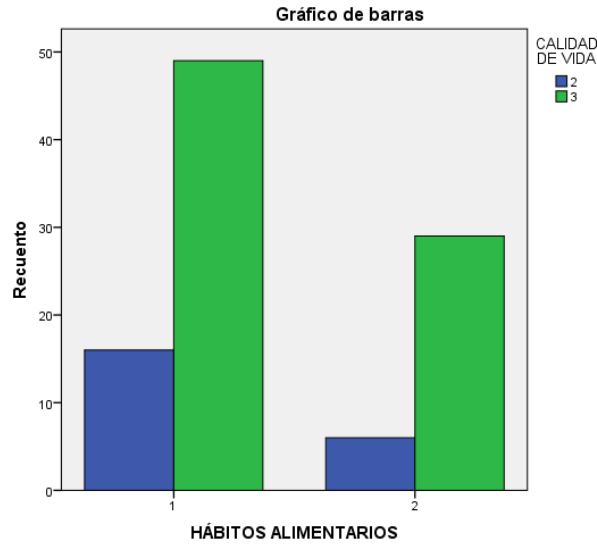
Las pacientes con hábitos alimentarios bien resultaron 16% con calidad de vida alta, mientras que 29% resultaron con calidad de vida normal.

Tabla 12. Asociación entre hábitos alimentarios y calidad de vida

Tabla cruzada

Recuento

		CALIDAD DE VIDA		Total
		2	3	
HÁBITOS ALIMENTARIOS	1	16	49	65
	2	6	29	35
Total		22	78	100



Gráfica 8. Asociación entre hábitos alimentarios y calidad de vida

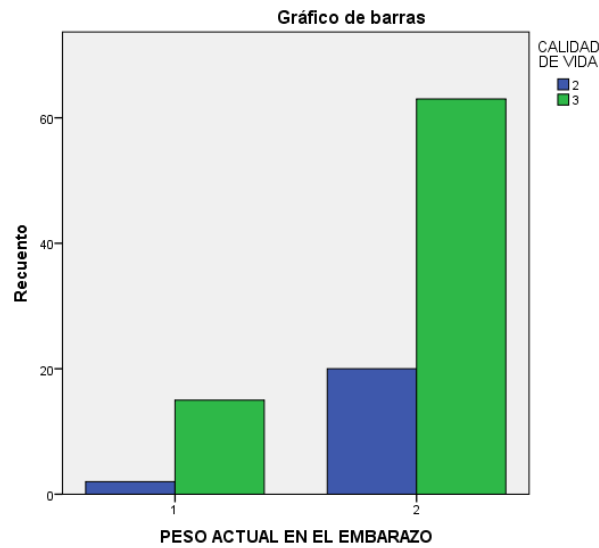
En el peso actual en el embarazo 20% de las pacientes con obesidad resultaron con calidad de vida alta, mientras que el 63% resultaron con calidad de vida normal.

Tabla 13. Asociación entre peso actual en el embarazo y calidad de vida

Tabla cruzada

Recuento

		CALIDAD DE VIDA		Total
		2	3	
PESO ACTUAL EN EL1	2	2	15	17
EMBARAZO	2	20	63	83
Total		22	78	100



Gráfica 9 . Asociación entre peso actual en el embarazo y calidad de vida

Calidad de vida es la impresión de cómo un individuo ve su vida desde su propio punto de vista en cuanto a metas, expectativas e intereses, en nuestro resultado calidad de vida normal representó el 78%, mientras que en hábitos alimentarios el resultado fue de 65% de los pacientes tienen alimentación saludable, incluyen todo tipo de alimentos, frutas, verduras, sin embargo, desconocen el alto contenido calórico y el alto consumo de azúcar, pudiendo ser la causa de la obesidad. De acuerdo al resultado 0.263 y considerando $p < 0.05$ podemos decidir, que contamos con la suficiente evidencia estadística para aceptar que no existe asociación entre calidad de vida y obesidad en pacientes embarazadas de la UMF No 9.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio de embarazadas la edad mínima fue de 19 años y la máxima de 39 años, el promedio de edad fue de 28.64 años; la escolaridad bachillerato tuvo un 43%, secundaria y licenciatura tuvieron un 20%, mientras que primaria un 10%, se obtuvo posgrado 4% y carrera técnica 3%; el estado civil casada 48% fue el predominante, soltera 28% y unión libre 24%, no se obtuvieron resultados de pacientes separadas, divorciadas o viudas; en ocupación, más de la mitad de la población es empleada 76%, ama de casa 17% y otros 7%; en cuanto a la calidad de vida, 22% presentan calidad de vida alta, 78% calidad de vida normal, no se obtuvieron resultados de calidad de vida muy alta, baja o muy baja; en peso actual en el embarazo sobrepeso 17%, y obesidad 83%; en hábitos alimentarios 65% tuvieron hábitos bien, 35% hábitos alimentarios mal. En el artículo obesidad y embarazo Vol 23 Núm2 páginas 154-158 (Marzo 2012) Barrera H. Garlos, Germain A. Alfredo Centro Especializado en Vigilancia Materno Fetal (GEVIM), Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Las Condes menciona La última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 del MINSAL, con altas tasas de sobrepeso y obesidad, el diagnóstico nutricional de pacientes embarazadas y en el periodo postparto (DEIS MINSAL 2009), insertas en el programa de intervención Nutricional del MINSAL, evidencia al grupo de gestantes como particularmente afectadas, Según estos reportes, la prevalencia observada de prevalencia % ENS 2003 sobrepeso 37.8% y obesidad 23.2, prevalencia % ENS 2009-2010 sobrepeso 39.3% y obesidad 25.1%. En el artículo Prevalencia de sobrepeso y obesidad en embarazadas de una zona básica de salud de Huesca, Isabel María Paúles Cuesta, María Pilar Sánchez Molina, Manuel Lahoz Gimeno, Miguel Montoro Huguet, Medicina Clínica Práctica, Volumen 4, Issue 1, 2021, 100152, ISSN 2603-9249, menciona la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres entre 20 y 39 años va en aumento duplicando las cifras en los últimos 30 años, mostrando ahora en la actualidad que de la población total sobrepeso representa dos tercios y el tercio restante representa la obesidad. Desde los años recientes en España sus habitantes incrementaron notablemente el consumo de productos industriales, aumentando su consumo diario de sal, grasas saturadas y azúcares, mostrando malos hábitos alimentarios. La obesidad en pacientes embarazadas es de suma importancia en salud pública en países occidentales, 40% de las pacientes embarazadas reflejaron aumento de peso excesivo durante la gestación. Se replantea a largo plazo el impacto a de la obesidad en el embarazo, el aumento de peso en pacientes gestantes involucra tejido adiposo, enfermedades cardiovasculares y el aparato respiratorio de sus hijos. Se puede observar el aumento del estado nutricional en nuestro estudio, de 100 pacientes sobrepeso ha disminuido en 17% y en aumento la obesidad a 83%.

La muestra total del estudio presentado fue de 100 pacientes con una edad promedio de 28.64.

Del total de la población estudiada fue enfocada en pacientes embarazadas con obesidad.

En cuanto al nivel de escolaridad aproximadamente la mitad de la población concluyó el nivel bachillerato.

Predominó el estado civil casada con 48%.

En la calidad de vida encontramos que, de 83 pacientes con obesidad, n=63 presentaron calidad de vida normal, mientras que n=17 presentaron calidad de vida alta.

Respecto a los hábitos alimentarios de n=100, 65% presentaron hábitos alimentarios bien y el 35% presentaron hábitos alimentarios mal.

REFERENCIAS

- [1] Cordero ML, Cesani MF. Sobrepeso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza de Tucumán, Argentina [Overweight, obesity and perceived health in contexts of poverty in Tucumán, Argentina]. *Salud Colect.* 2018 Jul-Sep;14(3):563-578.
- [2] Cachón González E. Crisis, salud y calidad de vida. Algunas evidencias en España y Portugal. *e-cadernos CES.* 15 de junio 2019(31):93-115.
- [3] Posada-López A/Palacio-Correa M/Agudelo-Suárez A. Cambios en la situación nutricional, anemia y diabetes en embarazadas del área semirural hondureña / Changes in the nutritional situation, anemia and diabetes in pregnant from Honduran semi-rural área. *Rev. fac. cienc. méd. (Impr.)* ; 2019;16(1): 19-27.
- [4] Sanchez Gaitan E. Factores para un embarazo de riesgo. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 7 de julio de 2021];4(9): e319
- [5] Hernández A; Di Iorio A; Espinal R; Tejada O. Cambios en la situación nutricional, anemia y diabetes en embarazadas del área semirural hondureña / Changes in the nutritional situation, anemia and diabetes in pregnant from Honduran semi-rural area. *Rev. fac. cienc. méd. (Impr.)* ; 2019;16(1): 19-27.
- [6] Zongjian Y, Hai P, Louise Freebairn, Rosalind Sexton, Alexandra Raulli and Paul Kelly. Contribution of maternal overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019; 59: 367–374.
- [7] Ruiz-Cota P, Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. Long-term outcomes of metabolic and bariatric surgery in adolescents with severe obesity with a follow-up of at least 5 years: A systematic review. *Surg Obes Relat Dis.* 2019 Jan;15 (1):133-144
- [8] Aguilera C, Labbé T, Busquets J, Venegas P, Neira C, Valenzuela Á. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? [Obesity: risk factor or primary disease?]. *Rev Med Chil.* 2019 Apr;147(4):470-474
- [9] Digournay Piedra C, Digournay NS, Perera ML. Influencia del sobrepeso y obesidad en el embarazo. *Panorama. Cuba y Salud* [Internet]. 2019 [citado 9 Jul 2021]; 14(1 (37)):28-32.
- [10] Riveros A; Sánchez Sosa J; Groves M. Inventario de calidad de vida y salud. México: el manual moderno. México: Editorial El Manual Moderno:2009.
- [11] Castro Rodríguez P, Bellido Guerrero D, Pertega Díaz S; Grupo Colaborativo del Estudio. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad [Design and validation of a new dietary habits questionnaire for the overweight and obese]. *Endocrinol Nutr.* 2010 Apr;57(4):130-9.
- [12] Aguilar-Cordero, M. J., León-Rios, X. A., Ruiz Moreno, S., & Mur-Villar, N. Relación entre el índice de masa corporal materno y los resultados adversos en el embarazo: Revisión sistemática de la literatura. / Relationship between the maternal body mass index and adverse pregnancy outcome: Systematic review of the literature. *Investigación Clínica*, 2020;61(2), 149-164
- [13] Mardones F, Espinosa M, Vaca V, Maldonado R, Gutiérrez E. Situación de nutrición de la mujer y su asociación con la vía de nacimiento Situation of nutrition of women and its relationship with the route of birth. *Rev. Latin. Perinat*, 2018;22 (1), 47-53.
- [14] Mardones F, Espinosa M, Vaca V, Maldonado R, Gutiérrez E. Evaluación nutricional de la embarazada mediante antropometría Nutritional evaluation of the pregnant woman by anthropometry. *Rev. Latin. Perinat.*, 2019; 22 (2), 110-115.
- [15] Cusi Chambi A. Obesidad mórbida pregestacional y sus complicaciones maternas y perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2000 – 2018. *Revista Médica Hospital Hipólito Unanue de Tacna.* 2019;12 (1), 19-26.
- [16] Silva Vejarano M, Manta Carrillo Y, Vargas Gonzales R. Índice de masa corporal pregestacional como factor asociado a enfermedades hipertensivas y hemorrágicas maternas Index of pregestatic body mass as a factor associated to hypertensive and hemorrhagic maternal diseases. *PuebloCont*, 2019;30(2), 369 - 377.
- [17] Segura Fernández AB, León Cid I, Sotolongo Xiquez D, Guillén Segura E. Impacto del sobrepeso y la obesidad sobre la morbilidad materna y perinatal. *Rev cubana Med Milit* [revista en Internet]. 2019;48(3):546-559
- [18] Cervantes Ramírez D, Haro Acosta M, Ayala Figueroa R, Haro Estrada I, Fausto Pérez J. Prevalencia de obesidad y ganancia de peso en mujeres embarazadas Prevalence of Obesity and Weight Gain in Pregnant women. *revistas unam*, 2019;26(2), 43-47.
- [19] Rodríguez-Vidal C, Álvarez-Silvares E, Rodríguez-Núñez R, Pérez-Adán M, Alves-Pérez M. Obesidad mórbida y desenlaces materno-fetales. *Ginecol Obstet.Mex.* 2019 octubre; 87(10): 647-659.

- [20] Flannery C, Fredrix M, Olander EK, McAuliffe FM, Byrne M, Kearney PM. Effectiveness of physical activity interventions for overweight and obesity during pregnancy: a systematic review of the content of behaviour change interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019 Nov 1;16(1):97.
- [21] Monroy Torres R, Castillo-Chávez AM, Ruíz-González S. Inseguridad alimentaria y su asociación con la obesidad y los riesgos cardiometabólicos en mujeres mexicanas [Food insecurity and its association with obesity and cardiometabolic risks in Mexican women]. *Nutr Hosp.* 2021 Apr 19;38(2):388-395.
- [22] Fitzsimons KJ, Modder J, Greer IA. Obesity in pregnancy: risks and management. *Obstet Med.* 2009 Jun;2(2):52-62.
- [23] Kaseva N, Väärämäki M, Sundvall J, Matinolli HM, Sipola M, Tikanmäki M, Heinonen K, Lano A, Wehkalampi K, Wolke D, Ruokonen A, Andersson S, Järvelin MR, Rääkkönen K, Eriksson JG, Kajantie E. Gestational Diabetes but Not Prepregnancy Overweight Predicts for Cardiometabolic Markers in Offspring Twenty Years Later. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Jul 1;104(7):2785-2795.

Correo de autor de correspondencia: gloriaisabel2004@gmail.com