

# **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

## **FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**



### **RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO CON PESO DEL RECIÉN NACIDO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.**

**Tesis presentada por:**

**Lic. en Obst. Giovanna Rocío  
Rodríguez Meza**

**Para obtener el Título de:**

**Segunda Especialidad en Salud  
Sexual y Reproductiva del Escolar y  
Adolescente**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2014**

A Dios, por su inmensurable amor  
A mis hijas, por la fe ciega en su madre,  
A mi amor, por su apoyo incondicional.





“El investigador sufre las decepciones, los largos meses pasados en una dirección equivocada, los fracasos. Pero los fracasos son también útiles, porque, bien analizados, pueden conducir al éxito”.

**Alexander Fleming**

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

### CAPÍTULO I

#### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION .....	11
1.1. Enunciado .....	11
1.2. Descripción .....	11
1.3. Justificación .....	13
2. OBJETIVOS.....	13
3. MARCO TEÓRICO .....	14
3.1. Marco conceptual: .....	14
3.1.1 La adolescencia y sus etapas .....	14
3.1.2 El embarazo en la adolescencia.....	15
3.1.3 .Valoración nutricional e incremento de peso en el embarazo.....	19
3.1.4 Nutrición en la adolescencia.....	25
3.1.5 Nutrición en la adolescente embarazada.....	26
3.1.6 Recién nacido de bajo peso.....	27
3.2. Análisis de antecedentes investigativos: .....	33
4. HIPÓTESIS .....	38

### CAPÍTULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	39
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN: .....	40
2.1. Ubicación espacial.....	40
2.1.1. Precisión del lugar .....	40
2.1.2. Caracterización del lugar.....	40
2.2. Ubicación temporal.....	40

2.2.1.	Cronología.....	40
2.2.2.	Visión temporal .....	40
2.2.3.	Corte temporal .....	41
2.3.	Unidades de estudio: .....	41
2.3.1.	Universo Cualitativo .....	41
2.3.2.	Universo Cuantitativo: .....	41
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	43
3.1.	Recursos.....	43
3.2.	Criterios para el manejo de resultados .....	43
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:.....	44
4.1.	Plan de procesamiento.....	44
4.2.	Plan de análisis de datos.....	45
<b>CAPÍTULO III</b>		
<b>RESULTADOS</b>		
	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>644</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>666</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>687</b>
	<b>ANEXO 1: FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL.....</b>	<b>721</b>
	<b>ANEXO 2: CURVA PATRÓN INCREMENTO PESO EMBARAZADAS .....</b>	<b>743</b>
	<b>ANEXO 3: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....</b>	<b>754</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar diferencias en el estado nutricional de las madres adolescentes tempranas (10-13), intermedias (14-16) y tardías (17-19), valorado por el índice de masa corporal (IMC) pregestacional y el incremento de peso durante el embarazo y asimismo, determinar la asociación con el peso del recién nacido en cada grupo de adolescentes comparado con un grupo de adultas.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo transversal descriptivo. Se tomó datos de la Historia Clínica de todas las gestantes de la muestra, acerca de la antropometría en el Hospital Regional Honorio Delgado en el ámbito de la Región de Salud Arequipa durante el primer semestre del año 2013 según criterios de inclusión y exclusión. Se consideró el Índice de Masa Corporal pregestacional y se categorizó en cuatro grupos de acuerdo a la clasificación normada, (Anexo 2), calculado con la talla y peso del primer control tomados de la Historia Clínica (< 20 semanas). Asimismo el último peso (> 36 semanas) del control prenatal fue utilizado para determinar la ganancia de peso durante la gestación. El dato del peso del Recién Nacido (RN) recogido de la misma Historia, fue registrado en la primera hora de vida. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18.0, se procedió al análisis bivariado de todas las variables para caracterizar a la población de estudio mediante frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Posteriormente se realizó el análisis estadístico para determinar si existía relación entre las variables antropométricas que determinaron el IMC materno con el peso del recién nacido. La asociación entre el incremento de peso materno durante el embarazo, con el peso del recién nacido demostró significancia estadística ( $p < 0.05$ ).

**Resultados:** Este estudio se realizó en los meses de enero a junio del año 2013 donde se encontraron 437 madres adolescentes, luego de aplicar la fórmula para el tamaño de muestra, se determinó que deberían ser 209 unidades de estudio, de las cuales sólo 166 cumplieron con los criterios de inclusión, grupo del cual sólo 2 (1.2%) fueron adolescentes precoces (10-13), 26 (15.6%) adolescentes

intermedias (14-16) y 138 (83.2%) adolescentes tardías (17-19); el 96.4% de adolescentes fueron primíparas frente al 44.6% de primíparas adultas; el 48.2% de adolescentes fueron convivientes frente al 72.9% de adultas, el 41% de adolescentes fueron solteras frente al 12% de adultas; el 64.5% de adolescentes fueron amas de casa frente al 84.9% en el grupo de adultas. El IMC Pregestacional fue normal para el 77.7% de adolescentes frente a 65.1% de adultas; 18.7% de adolescentes tuvieron sobrepeso frente al 15.1% de adultas; el 1.8% tuvieron IMC bajo frente al 2.4% de adultas y el 1.8% tuvieron IMC obesa, frente al 15.1% de adultas. En el Incremento de peso durante la gestación el 44% de adolescentes tuvo un bajo incremento, frente al 40% de gestantes adultas, el 27.7% de adolescentes tuvo un incremento adecuado, frente al 36.1% de gestantes adultas y 28.3% de adolescentes tuvo un alto incremento de peso, frente al 23.5% de gestantes adultas. El peso promedio del recién nacido fue 3254g en madres adolescentes y 3420g en madres adultas; siendo mayor el porcentaje de RN pequeños para la edad gestacional en madres adolescentes 6%, frente al 2.4% de RN pequeños para la edad gestacional en madres adultas; 91.0% de RN con peso adecuado en madres adolescentes, frente al 89.2% en madres adultas y 3% de RN grandes para la edad gestacional en madres adolescentes, frente al 8.4% en madres adultas.

**Conclusión:** **No existe correlación** entre el IMC Pregestacional y el peso del Recién Nacido en madres adolescentes; pero **si existe correlación** en madres adultas. Asimismo, **No existe correlación** entre el Incremento de peso materno durante la gestación en madres adolescentes precoces e intermedias; pero **si existe correlación** en madres adolescentes tardías y en madres adultas.

**PALABRAS CLAVE:** Nutrición, embarazo, Índice de Masa Corporal, incremento de peso materno, peso al nacer.

## ABSTRACT

**Objective:** Was to identify differences in weight Newborn from their nutritional status of pregnant mothers early adolescents (10-13), middle (14-16) and late (17-19), assessed by pre-pregnancy BMI and weight gain during pregnancy and to determine its association with fetal weight in each group of adolescents compared with a group of adults.

**Material and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was designed. 332 of the 166 mothers who were teenagers an anthropometric study all units of study addressed in the field of Health Arequipa Region in 2013 according to inclusion and exclusion criteria were selected was performed . The pre-pregnancy body mass index were considered and categorized into four groups according to the classification normed calculated with the height and weight taken on the first control ( <20 weeks) and the last weight (> 36 weeks) of antenatal care was used to determine weight gain during pregnancy. Just the weight of the acid was taken in the first hour of life. SPSS version 18.0 was used , we proceeded to the bivariate analysis of all variables to characterize the study population as frequencies , measures of central tendency and dispersion . Subsequently, statistical analysis was performed to determine whether there was a relationship between anthropometric variables that determined maternal BMI with weight of child. The association between maternal weight gain with birth weight was considered at the level of statistical significance ( $p < 0.05$ ).

**Results:** The highest percentage was late adolescents (17-19) 83.2%; . 96.4% of adolescents were primiparous compared with 44.6% of adults; 48.2% were cohabiting, 41% were single; 64.5% were homemakers compared with 84.9% of adults. Prepregnancy BMI was adequate for 77.7% of adolescents from 65.1% to 18.7% of adults were overweight adolescents compared to 15.1% for adult women, 1.8% had low BMI compared with 2.4% of adults and 1.8% were obese BMI, 15.1% against adult. The increase in weight during pregnancy 44% had a low increase, compared with 40% of adults, 27.7% of adolescents had adequate increase, compared with 36.1% of adults and 28.3% of adolescents had a higher

weight gain compared to 23.5% of adults. The average weight of the RN was 3254g and 3420g adolescents in adult RN percentage of underweight adolescent mothers being 6% higher, compared with 2.4% for adults mothers; 91.0% of infants with adequate weight in adolescents mothers, compared to 89.2% in adults and 3% of RN large for gestational age in adolescents mothers, compared to 8.4% in adults mothers. As for the influence of BMI on the weight of the newborn, there is no statistical correlation between prepregnancy BMI and weight of newborns of adolescent mothers, while adult self. Regarding the influence of the increase in weight during pregnancy on the weight of the newborn, there is no statistical correlation in the early and middle adolescents, however in late adolescent and adult self.

**Conclusion:** There is not correlation between pre-pregnancy BMI and weight Newborn to teen mothers, but there is correlation in the adult. There is also not correlation between maternal weight increase during pregnancy in early or mid-teens mothers; but there is correlation in late mothers and adult mothers.

**KEY WORDS:** Nutrition, pregnancy, body mass index, maternal weight gain, birth weight.

## INTRODUCCIÓN

La edad materna es considerada una variable de riesgo obstétrico y neonatal en las Normas Perinatales de uso habitual (4, 18), particularmente la adolescencia (10-19 años) con riesgo aumentado de bajo peso al nacer y prematuridad. El concepto de grupo de riesgo perinatal de la embarazada adolescente se apoya, en gran parte, en que muestran tasas más altas de morbi-mortalidad perinatal (3, 5).

Sin embargo, los estudios controlados no parecen sugerir evidencias que apoyen la asociación entre edad materna muy baja y la mayoría de las complicaciones perinatales (9), y sí en cambio una dependencia entre estado nutricional y riesgo aumentado de bajo peso al nacer y una restricción de crecimiento intrauterino (1,6). El crecimiento físico de la propia madre adolescente impone necesidades nutricionales que se suman a las del embarazo (21). Este concepto introdujo la hipótesis de la competencia entre madre y feto por los nutrientes, sobre todo en adolescentes tempranas (< 14 años) y medias (< 17 años) debido al corto lapso entre embarazo y menarca (edad ginecológica) (12).

Por otro lado se ha cuestionado el abordaje de este grupo de edad como homogéneo desde los 10 a los 19 años (7), proponiéndose la diferenciación social y biológica en dos o tres subgrupos. Una mujer embarazada de 12 años es diferente a una mujer embarazada de 18 años, como ésta lo es a su vez de la mujer adulta. (7).

Es importante dedicar especial importancia en la atención prenatal del embarazo en adolescentes, además de estar capacitados en el manejo de este grupo atareo y tener conocimiento del estado nutricional real de la futura madre antes del inicio de la gestación, a través, del indicador del IMC. Asimismo, en la atención prenatal realizar el monitoreo de la ganancia de peso, con la finalidad de lograr un correcto incremento de peso durante la gestación, con un adecuado aporte de nutrientes que sumen el requerimiento para el feto y la madre adolescente ya que ambos organismos están en crecimiento.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado

**RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO CON PESO DEL RECIÉN NACIDO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS - HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013**

#### 1.2. Descripción

##### a. Área del conocimiento:

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Especialidad:** Salud Sexual y Reproductiva del Escolar y Adolescente
- **Línea:** Relación del estado nutricional materno con el peso del Recién Nacido en gestantes adolescentes y adultas.

**b. Análisis u operacionalización de variables**

Tipo de variable	Variables	Indicadores	Sub-indicadores
Variable independiente	Estado nutricional materno	IMC Pregestacional en gestantes adolescentes	Bajo Normal
		IMC Pregestacional en gestantes adultas	Sobrepeso Obesa
		Incremento de peso en gestantes adolescentes	Bajo Adecuado
		Incremento de peso en gestantes adultas	Alto
Variable dependiente	Peso del recién nacido	Peso del recién nacido de madres adolescentes	Pequeño Adecuado
		Peso del recién nacido de madres adultas	Grande

**c. Interrogantes básicas:**

- ¿Cómo es el estado nutricional de la gestante adolescente precoz, intermedia y tardía comparado con un grupo de madres adultas?
- ¿Cuántos casos de Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional se presentaron en madres adolescentes precoces, intermedias y tardías, comparado con un grupo de madres adultas?
- ¿Existe relación entre el estado nutricional de la gestante adolescente y de la gestante adulta y el peso del Recién Nacido?

d. **Tipo de investigación:** La investigación fue de tipo Documental.

e. **Nivel de investigación:** Relacional - Comparativo.

### 1.3. Justificación

El problema que se pretende estudiar se encuentra justificable en primer lugar, por su *parcial originalidad*, pues se han desarrollado temas similares en el Perú pero no iguales; y en la región Sur de nuestro país no hay ninguno semejante.

La necesidad de conocer la real prevalencia de Recién Nacidos de Bajo Peso o pequeños para la edad gestacional en gestantes adolescentes en sus tres etapas, no sólo por conocer su incidencia y sus causas sino también por prevenir sus consecuencias, despertó un *interés personal*, que también fue un motor pilar importante para la realización del presente estudio.

La *factibilidad*, para la obtención de datos que ofrece el centro de trabajo que cuenta con una gran gama de unidades de estudio para diversos procesos investigativos, incluso para continuar el presente.

El presente estudio se constituirá en la base de investigaciones futuras acerca del recién nacido de madres adolescentes y sus complicaciones, de modo que es portador de una *contribución académica* para los investigadores, tanto para el planteamiento como para los datos estadísticos.

## 2. OBJETIVOS

- Conocer el estado nutricional de la gestante adolescente precoz, intermedia y tardía comparado con un grupo de madres adultas.

- Identificar los casos de Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional en madres adolescentes precoces, intermedias y tardías comparado con un grupo de madres adultas.
- Establecer la relación del estado nutricional de gestantes adolescentes precoces, intermedias, tardías y gestantes adultas con el peso del Recién Nacido.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Marco conceptual:

##### 3.1.1 La adolescencia y sus etapas

Definir la palabra adolescente en la sociedad es muy difícil ya que no existe un consenso sobre su significado; se admite la definición propuesta por la OMS que la precisa como “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”; sin embargo, es importante considerar que no se puede hablar de los adolescentes como un grupo homogéneo ya que este concepto también está influenciado por la cultura, clase social e historia familiar.

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (26).

La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 13 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 14 a 16 años, y corresponde a un periodo caracterizado por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano, son frecuentes en este período. La adolescencia avanzada o tardía se considera entre los 17 y 19 años de vida;

esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico (18).

A nivel biológico, en una investigación neurocientífica reciente se descubrió que en la adolescencia temprana se inicia el desarrollo del lóbulo frontal en el cerebro (15), encargado de funciones que se relacionan con la planificación, la coordinación, el control y ejecución de conductas, y de esta manera, es el encargado de intervenir con el control de los impulsos, la memoria funcional, el juicio, el comportamiento sexual, la socialización y la espontaneidad entre otras. Es indiscutible entonces, la importancia para el individuo el lograr durante esta etapa un adecuado desarrollo.

Se considera que a nivel mundial existen aproximadamente mil trescientos millones de adolescentes, es decir, que una de cada cinco personas está entre los 10 y 19 años de edad y que de este grupo, alrededor de quinientos quince millones son niñas (6).

Teniendo en cuenta estos informes, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), plantea la necesidad de buscar un manejo adecuado frente a las situaciones que generan dificultad o riesgo para este grupo etario y afirmó que es trascendental invertir en los adolescentes ya que considera que esta es la manera más efectiva para el progreso mundial (24).

### **3.1.2 El embarazo en la adolescencia**

Los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares a nosotros y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental. En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático de porcentaje de mujeres adolescentes, que mantienen vida sexual activa. El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas.

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado, el 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales. Además debemos añadir que alrededor del 35% de las madres adolescentes son solteras y que el 50% de las madres solteras son adolescentes; si añadimos que entre el 60 y el 70% de estos embarazos no son deseados, podemos comprender los efectos psicosociales de este fenómeno(14). En nuestro medio específicamente en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa la tasa de embarazos en adolescentes es del 14.8%

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la enfermedad hipertensiva del embarazo, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y complicaciones puerperales en estas pacientes. (17)

Hoy la adolescencia es considerada una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejas modificaciones biológicas, psicológicas y sociales que conducen hacia la adultez, pero este proceso evolutivo de maduración biológica, psicológica y social se ha ido separando de manera progresiva con el paso de los años. En lo biológico se observa un claro descenso en la edad de la menarca, lo que le permite a la joven ser madre en edad cada vez más temprana. La madurez psicológica y social, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas y se vincula al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser maduro en ambos sentidos.

Experiencias al respecto en diferentes grupos, vienen señalando que el embarazo adolescente es un hecho que sobrepasa los factores meramente biológicos y que requiere una atención médica integral, en un ambiente adaptado a la psicología y problemática de la joven embarazada, enfoque que se expresa en la disminución de las complicaciones obstétricas y peri natales.(6)

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis propia de la edad, con diferentes vivencias al respecto, según ocurra en la adolescencia temprana, mediana o tardía. Las actitudes se manifiestan de distintas maneras y dependen de las influencias culturales, temperamentales, de clase social y del estado de salud (6). En la actualidad, el embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo.

Según un estudio realizado por James E. Rosen encargado de la investigación del Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 16 millones de niñas entre los 15 y 19 años son madres cada año y de ellas el 95% viven en países en vías de desarrollo. En América Latina, según el informe “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe” este es un llamado a la reflexión y a la acción” (22).

Dentro de los problemas más relevantes que se presentan en la adolescencia, se puede mencionar el embarazo, considerado actualmente como un problema de salud pública a nivel mundial. Esta situación se asocia con varios factores como la cultura, religión, etnia, acceso a la educación, servicios de salud y sitio de residencia (rural o urbana) (7). Uno de los factores pre disponentes para el embarazo en la adolescencia es el inicio temprano de la vida sexual, siendo la región de América Latina y el Caribe un área donde se estima que aproximadamente el 22% de las niñas inician su vida sexual antes de cumplir los quince años (16).

- **Complicaciones del embarazo en adolescentes**

Como ya es conocido, el embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones. La madre adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pretérmino, lesiones durante el parto secundario a la desproporción cefalopélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros (26). Además es frecuente que los embarazos precoces se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío o insuficiente. Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad.

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud (10)

Autores como Ruoti (21) vienen planteando que el embarazo en cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial importante. Por lo tanto, cuando sucede en la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, constituyéndose en

un problema, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que puede acarrear.

Por otro lado el embarazo durante la adolescencia puede provocar desórdenes nutricionales debido a la inmadurez del cuerpo femenino en esta etapa. Las adolescentes embarazadas tienen mayores necesidades nutricionales que las embarazadas adultas (Rosso y Lederman, 1982) debido a que son dos los organismos que están en crecimiento, el de la madre y el del futuro bebé.

El embarazo durante la adolescencia, obliga a suplementar la dieta en algunos nutrientes para cubrir las necesidades tanto del feto como de la madre.

Se recomienda una ración energética que oscile entre 2.450-2.650 kcal por día para compensar todos los gastos.(Blackburn *et al.*, 1974).

Sin embargo, existen controversias en algunos campos referidos al embarazo en este grupo de edad, por ejemplo un trabajo desarrollado en Madrid en el 2010, donde se concluye que: Las adolescentes presentan un parto eutócico a término, con progresión rápida y con escasas complicaciones gestacionales, puerperales y perinatales. Es más una gestación de riesgo socioeconómico que de riesgo médico, que el proceso se lleva a cabo con resultados similares al de las mujeres adultas.(principalmente en las adolescentes tardías) y se concluye que la falta de control prenatal, habitual en la adolescente, es lo que incrementa el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el niño.(13), algo que nos induce a hacer una progresión de este trabajo e investigar el tema.

### **3.1.3 .Valoración nutricional e incremento de peso en el embarazo**

Durante el embarazo, numerosos factores genéticos, ambientales, sociales y alimentario-nutricionales juegan un rol fundamental en el producto final de la gestación. Debido a esta compleja interacción, cada día aumenta el interés científico y de entes gubernamentales en la nutrición materna, no sólo

considerando al neonato, sino también las condiciones sociales y de salud de la mujer en edad reproductiva.

La Asociación Dietética Americana sostiene que la mujer potencialmente reproductiva, (esto incluye también a la adolescente) debe mantener un buen estado nutricional, a través de estilos de vida que optimicen la salud materna y reduzcan el riesgo de defectos en el nacimiento, sub óptimo desarrollo fetal y problemas de salud crónicos en sus niños.

Los componentes esenciales que promueven estilos de vida saludables durante el embarazo, incluyen: *apropiada ganancia de peso*, consumo de una variedad de alimentos en concordancia con la pirámide alimentaria; suplementación con vitaminas y minerales apropiados y oportunos, evitar el alcohol, tabaco y otras sustancias nocivas; seguridad en el manejo de alimentos.

La valoración del estado nutricional es fundamental, debido a que permite conocer la situación nutricional de la madre y predecir como afrontará las exigencias de la gestación. En términos antropométricos, las mediciones reflejan el estado nutricional de la mujer e indirectamente, el crecimiento del feto y posteriormente, la cantidad y la calidad de la leche materna. Comúnmente se basa en la talla, el peso, el perímetro de la parte media del brazo y diversas mediciones del espesor de pliegues cutáneos. Además el aumento de peso materno puede reflejar el estado de crecimiento del feto (3). Para una evaluación integral del estado nutricional también es necesario el estudio del consumo y hábitos alimentarios y una valoración bioquímica de la mujer.

Últimamente la salud pública, resalta la necesidad de la evaluación integral del estado nutricional materno, lo cual implica insumos y recursos humanos no disponibles en todos los niveles de atención en salud en países en desarrollo. De esta manera resulta imperante la necesidad de diseñar, validar métodos y/o herramientas efectivas, de bajo costo y de fácil y rápida aplicación para la evaluación nutricional diagnóstica, con el objeto de considerar acciones

tempranas para la solución de la problemática alimentario-nutricional de esta población vulnerable. Hasta el momento el documento más utilizado es el que incluye los índices de masa corporal (IMC), propuesto y aceptado por las organizaciones internacionales de salud. **Tabla 1.**

**Tabla 1.** Ganancias de peso total y tasas de ganancia de peso recomendadas para mujeres con embarazos simples en las normas del IOM de 2009

Situación del peso antes del embarazo (Categoría de índice de masa corporal)	Intervalos recomendados de ganancia de peso total, kg	Tasas recomendadas de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestres <sup>1</sup> kg/semana
Peso inferior al normal (<18,5)	12,5–18	0,51 (0,44–0,58)
Normal (18,5–24,9)	11,5–16	0,42 (0,35–0,50)
Sobrepeso (25–29,9)	7–11,5	0,28 (0,23–0,33)
Obesidad (≥30)	5–9	0,22 (0,17–0,27)

Adaptado del IOM [1].

<sup>1</sup> Los cálculos suponen una ganancia de peso de 0,5 a 2 kg en el primer trimestre.

Asimismo, las gráficas con curvas de desarrollo normal en el embarazo referidas a la ganancia de peso, que se muestran en los anexos. (Anexo 2)

La ganancia de peso gestacional es un predictor importante de los desenlaces del lactante en el momento del nacimiento (27). Se ha confirmado que la ganancia de peso gestacional se asocia directamente al crecimiento intrauterino y, de este modo, es menos probable que los lactantes nacidos de mujeres que ganan más peso durante el embarazo nazcan con tamaño pequeño para la edad gestacional o con bajo peso al nacer (27). Tanto las ganancias de peso gestacional muy bajas como las muy elevadas se asocian a un mayor riesgo de parto prematuro y mortalidad del lactante. En un intento de mejorar los desenlaces neonatales, las recomendaciones para la ganancia de peso durante el embarazo han aumentado desde el periodo inicial del siglo XX, de 7 kg en la década de 1930 a 11,5 a 16 kg en mujeres con peso normal en 1990 (23). Las ganancias de peso gestacional actuales han aumentado por encima de las normas (23) y, en los últimos años, casi la mitad de las mujeres en EE.UU. ganaron más peso del recomendado sin embargo, no siempre es preferible una mayor ganancia de peso.

En estudios recientes se han destacado algunos de los desenlaces negativos de salud asociados a mayores ganancias durante el embarazo, entre los que destacan complicaciones del parto, sobrepeso infantil y mayor retención del peso postparto, lo que predispone a un riesgo posterior de obesidad en la madre (23). En un intento de optimizar los desenlaces maternos e infantiles, en 2009 el Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos revisó las normas de ganancia de peso gestacional por vez primera desde 1990 (tabla 1) (23). Estas normas recomiendan ganancias menores en mujeres con mayores índices de masa corporal (IMC) antes del embarazo, especialmente mujeres que inician el embarazo con un IMC de 30 como mínimo. En función de estas recomendaciones más estrictas, es probable que aumente la proporción de mujeres que ganen peso por encima de los niveles sugeridos, a menos de que intervenciones satisfactorias puedan interrumpir las tendencias hacia ganancias mayores.

***¿Quién presenta el mayor riesgo de insuficiente o excesiva ganancia en el embarazo?-***

Una interacción compleja entre factores contextuales biológicos, psicológicos y sociales influye sobre la magnitud del peso que gana una mujer en el embarazo. A pesar de la relación inversa uniforme observada entre la ganancia de peso gestacional total y la categoría de IMC pregrávido, las mujeres con sobrepeso y obesas presentan una probabilidad casi dos veces mayor de superar las ganancias recomendadas por el Institute Of Medicine en 1990 en comparación con las mujeres con peso normal. Por otra parte, es más probable que las mujeres con peso inferior al normal ganen peso por debajo de las recomendaciones del Institute Of Medicine de 1990. Además, la multiparidad, el consumo de tabaco durante el embarazo, la mayor edad, los bajos ingresos, la raza/etnia negra o hispana, las mujeres solteras y la educación limitada se asocian a una ganancia insuficiente (27). Un cierto número de las mismas características sociodemográficas se han erigido en factores de riesgo para una ganancia superior a las recomendaciones del Institute Of Medicine. No

obstante, algunos factores de riesgo han sido mal estudiados. Aunque la ingestión alimentaria, la inactividad física, la televisión y la insuficiencia de sueño se asocian a ganancia de peso en mujeres no gestantes y en hombres, los datos disponibles sobre estos factores durante el embarazo son limitados (27). Tampoco se conocen todavía a ciencia cierta las contribuciones de genes específicos y variantes secuenciales a las ganancias de peso gestacional mayores y menores.

### *Ganancia de peso gestacional y estado de salud de los lactantes*

#### **Crecimiento fetal**

La asociación directa entre ganancia de peso gestacional materno y peso del lactante al nacer ha sido admitida durante décadas y ha sido uno de los impulsores fundamentales para que el Institute Of Medicine impartiese recomendaciones para mayores ganancias de peso en 1990 . En una revisión reciente de datos de publicaciones desde 1990 hasta 2007, Viswanathan y cols. (23) hallaron pruebas de moderadas a sólidas que permitían suponer una asociación de la ganancia de peso por debajo de las recomendaciones del Institute Of Medicine con el bajo peso al nacer y los nacimientos de bebés de tamaño pequeño para la edad gestacional (PEG), así como pruebas fehacientes a favor de la relación entre la ganancia de peso por encima de las recomendaciones del Institute Of Medicine y peso elevado al nacer, macrosomía y nacimientos de bebés de tamaño grande para la edad gestacional (GEG) Con respecto a los desenlaces del lactante, la mayoría de los estudios examinaron el peso, o el peso para la edad gestacional. No obstante, el peso tiende a alinearse con el crecimiento lineal.

En algunos estudios se hallaron asociaciones similares entre la ganancia de peso materno y las mediciones del peso del lactante ajustado para la longitud La asociación de la ganancia de peso gestacional con un mayor peso del lactante al nacer son en general independientes del IMC materno previo al embarazo, si bien algunos datos dan a entender que las asociaciones pueden

ser especialmente importantes en mujeres con peso normal o inferior al normal que inician un embarazo. En mujeres obesas, la ganancia de peso gestacional es un factor pronóstico menos importante del crecimiento fetal (31). Aunque algunos grupos de madres presentan un mayor riesgo de dar a luz un lactante PEG, en estas madres, que son negras, adolescentes, de corta estatura o que fuman durante el embarazo, las mayores ganancias no parecen igualar los riesgos para ellas. Las mayores pruebas que vinculan la ganancia de peso gestacional con el crecimiento fetal proceden de estudios basados en la observación. Dado que la investigación basada en la observación no puede determinar la causalidad, es posible que otros factores sustenten la relación entre mayores ganancias de peso materno y de peso del lactante.

Más obviamente, dado que el peso ganado por la madre incluye el peso ganado por el lactante, el mayor peso al nacer resulta en una mayor ganancia de peso gestacional total.

No obstante, las asociaciones persisten en estudios que han utilizado como exposición la ganancia de peso gestacional neto (es decir, el peso al nacer restado de la ganancia de peso total). Además, es posible que los genes compartidos sustenten la mayor ganancia de peso materna y fetal. Sin embargo, en un estudio realizado en 90 pares de hermanos, la mayor ganancia de peso gestacional se asociaba a un mayor peso al nacer en un análisis intramaterno (31). Además, el peso medio al nacer en lactantes a término aumentó durante la segunda mitad del siglo XX en EE.UU., Canadá y otros países, tendencia que probablemente no pueda ser atribuible a desviaciones en los genes, sino que parecía estar causada por incrementos paralelos de la ganancia de peso gestacional y otras características maternas (32).

En consecuencia, es probable que las asociaciones de mayores ganancias de peso gestacional con un mayor crecimiento fetal sean causales. Se recomiendan ganancias moderadas para minimizar el riesgo de que el niño/a sea pequeño para la edad gestacional o grande para la edad gestacional.

### 3.1.4 Nutrición en la adolescencia

La adolescencia es una edad con unos requerimientos dietéticos y nutricionales concretos e importantes, en la que no pocas veces comienzan a presentarse desórdenes alimenticios, a veces imbuidos por modas y corrientes sociales, otras por excesivas exigencias internas y externas, y a menudo por una mezcla de ambas. Informar sobre los requerimientos nutricionales de tan difícil edad es objetivo prioritario de estas páginas (29)

La adolescencia es una etapa de la vida con unas connotaciones fisiológicas muy importantes y con unos cambios en la maduración emocional y social tan importantes que casi siempre la hacen "inolvidable". Spranger (1948) resume estos cambios como el descubrimiento del yo, formación progresiva del "plan" para la vida e incorporación a nuevas esferas de la vida. El adolescente tiene que aceptar sus cambios morfológicos; tiene que buscar un nuevo concepto de sí mismo y desarrollar su autoafirmación por su necesidad de autonomía. Este periodo supone, en definitiva, el paso de niño/a a hombre/mujer, transformación que, a priori, es una de las más intensas de la vida. Todos estos cambios pueden influir favorable o desfavorablemente en la conducta alimentaria del adolescente.(30)

- **¿Qué papel juega la alimentación?**

El papel de la alimentación es siempre el mismo: dotar al organismo de la energía suficiente y aportar los nutrientes necesarios para que funcione correctamente. Durante la adolescencia, dado que la mayor parte de los cambios que se producen son fisiológicos (maduración sexual, aumento del peso, aumento de la talla, etc.), los requerimientos nutricionales son muy elevados, por lo que es necesario un adecuado control de la alimentación e imprescindible asegurar el aporte suficiente, para no caer en déficit ni en carencias que puedan ser origen de alteraciones y trastornos de la salud.

Para hacer frente a las exigencias de alimentación en la adolescencia es necesario conocer los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en esta etapa y cómo modifican las necesidades energéticas y nutricionales. Es importante, también, saber cómo afectan estos cambios al comportamiento alimentario de los adolescentes. Por último, y quizás lo más importante, asegurarnos de que los adolescentes conocen cómo y por qué deben alimentarse bien y los riesgos que corren cuando modifican, con criterio meramente personal, las pautas y hábitos alimentarios.

Probablemente será la adolescencia la última oportunidad de aplicar normas dietéticas y consejos de promoción de la salud antes de la instauración de hábitos de la edad adulta, que (en muchos casos) ya serán definitivos (31).

### **3.1.5 Nutrición en la adolescente embarazada**

El hombre, como ser vivo es termodinámicamente inestable, por lo que necesita un suministro continuo de energía que le va a ser proporcionada por los alimentos (25). Esta condición es particularmente significativa durante el embarazo, cuando se producen numerosos cambios profundos en el metabolismo materno que sirven para proporcionar sustratos adecuados para el crecimiento y desarrollo del feto (3). El costo calórico acumulativo del embarazo se ha calculado en aproximadamente 85.000 Kcal más de la ingestión usual (20). El Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de Estados Unidos (*Institute of Medicine*) en 1990 estima los requerimientos totales de energía durante el embarazo (21) y constituye la base de la recomendación actual de que la embarazada consuma 300 Kcal adicionales por día durante el segundo y tercer trimestres (1). La adolescente embarazada (5 años postmenarquia) debe ganar entre 14 – 15 Kg. a una velocidad de 500 g/semana. Esta paciente debe ganar casi 4 gr por cada gramo de peso fetal debido a las necesidades de su propio crecimiento (11). Durante el embarazo, la proteína adicional se requiere para el desarrollo fetal y placentario y extensión de los tejidos maternos (1). Es necesaria una ingesta de proteínas

incrementada a 60 gr/día, un incremento inadecuado de proteínas lleva a anemia materna y restricción del crecimiento fetal (8). Estos requerimientos se ven aumentados en la adolescencia por las razones expuestas anteriormente(9)

Estos cuidados alimentarios son más importantes en las adolescentes embarazadas ya que deben sumar a las necesidades propias del embarazo, las originadas por no haber completado su desarrollo y el feto en desarrollo puede competir con la adolescente en crecimiento. (11,19) El factor de riesgo nutricional materno es elevado en países en desarrollo, contribuyendo significativamente a los altos índices de riesgo obstétrico.

### 3.1.6 Recién nacido de bajo peso

- **Definición**

El niño pequeño para su edad gestacional (PEG) o SGA (Small for gestational age), se define como un recién nacido que presenta una longitud y/o peso al nacimiento  $< -2$  DE o P3 para su edad gestacional (5).

Es importante disponer de tablas de referencia adecuadas para cada población y sexo, y determinar adecuadamente la edad gestacional (mediante ecografía en primer trimestre y F.U.R.- fecha de última regla) (8), ya que el diagnóstico de Pequeño para la Edad Gestacional implica en algunos casos un tratamiento determinado y un seguimiento a lo largo de toda su vida.

Los conceptos Pequeño para la Edad Gestacional y Restricción del Crecimiento Intrauterino se intercalan con facilidad en la práctica diaria. A pesar de que la mayoría de los Pequeño para la Edad Gestacional ( $> 90\%$ ) han sufrido un retraso en el crecimiento intrauterino y de que los factores implicados en ambos son similares, no deben confundirse ambos términos. Pequeño para la Edad Gestacional y Restricción del Crecimiento Intrauterino no son sinónimos el crecimiento intrauterino retardado (CIR) es un concepto dinámico cuya detección exige un seguimiento en el tiempo mediante

ecografía y que implica una disminución en la velocidad de crecimiento del feto, no alcanzando su potencial desarrollo genético, con independencia de que el peso al nacer esté o no por debajo de los límites de la normalidad para sus estándares poblacionales. Pequeño para la Edad Gestacional es un concepto estático que utiliza el peso y/o talla en el momento del nacimiento.

Queda más clara la diferencia con el niño pretérmino (neonato nacido antes de la semana 37 de gestación) y con el recién nacido de bajo peso (peso al nacimiento menor a 2.500 g). Es interesante diferenciar si el niño Pequeño para la Edad Gestacional es simétrico o armónico (peso y talla afectados) ó asimétrico o disarmónico (peso ó talla afectados), es decir que sea un niño corto y delgado ó sólo delgado. Se puede utilizar el índice ponderal:  $IP = [(peso/longitud^3) \times 100]$ , de manera que si se encuentra por debajo del P10 para su edad gestacional se consideraría como asimétrico.

Clásicamente el factor que determina la falta de crecimiento comienza en el primer trimestre en el simétrico y en el tercero en el asimétrico. El Pequeño para la Edad Gestacional delgado es más susceptible a la hipoglucemia en el periodo neonatal, mientras que el Pequeño para la Edad Gestacional delgado y corto presentará con mayor frecuencia talla baja en la edad adulta; además, pertenecer a un grupo u otro podría implicar una respuesta diferente a la terapia con Growth Hormone (12).

- **Epidemiología**

Los niños pequeños para su edad gestacional representan un 3-5% de la población (3,8). El grupo más numeroso dentro de ellos es el que sólo se ve afectada la talla (2,4%), 1,6% son los que tienen afectado únicamente el peso y el 1,5% es el grupo de peso y talla bajos (12).

- **Etiología**

El aporte de nutrientes en el feto depende entre otros del estado nutricional y salud de la madre, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario. En nuestro medio se estima que 1 de cada 10 gestaciones puede cursar con retraso en el crecimiento fetal. Se han descrito como factores implicados en la patogenia del Pequeño para la Edad Gestacional causas maternas, placentarias y fetales pero en la mayoría de las ocasiones la causa no está clara.

En la mitad de los casos parecen verse implicados factores maternos destacando en los países desarrollados la importancia de la Hipertensión Arterial grave gestacional y el antecedente de hijo previo Pequeño para la Edad Gestacional. Destacamos como causa prevenible y evitable en la que se puede incidir en atención primaria el tabaquismo materno. Las causas fetales suponen un 15% del total y en general suelen ser más graves y de peor pronóstico (a destacar las causas genéticas) (12).

#### **Causas Fetales:**

- Cromosomopatías: Trisomía 13, 18, 21, Síndrome de Turner, deleciones autonómicas, cromosomas en anillo.
- Anomalías congénitas: Síndrome de Potter, anomalías cardíacas.
- Enfermedades genéticas: acondroplasia, Síndrome de Bloom.

#### **Causas maternas:**

- Enfermedades médicas: Hipertensión Arterial, enfermedad renal, diabetes mellitus, enf del colágeno, hipoxemia materna (enf. Cardíaca cianósante, anemia crónica, enf pulmonar crónica).
- Infecciones: toxoplasma, rubéola, Citomegalovirus, herpes virus, malaria, tripanosomiasis, Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- Estado nutricional: peso bajo antes del embarazo, poca ganancia ponderal-desnutrición durante el embarazo.
- Abuso de sustancias-drogas: tabaco, alcohol, drogas ilegales, drogas terapéuticas (warfarina, anticonvulsivantes, antineoplásicos, antagonistas del ácido fólico).

#### **Causas útero-placentarias:**

- Alteraciones en la implantación placentaria: placenta baja, placenta previa.
- Alteraciones de la estructura placentaria: inserción anómala del cordón, arteria umbilical única, inserción velamentosa umbilical, placenta bilobular, hemangiomas, infartos o lesiones focales.

#### **Causas demográficas:**

- Talla baja familiar.
- Edad materna extrema.
- Etnia.
- Paridad.
- Hijo previo Pequeño para la Edad Gestacional.

- **Fisiopatología**

La hipótesis que se postula es que en periodos críticos del desarrollo fetal condiciones desfavorables que implicarían un estado de desnutrición en el feto, inducen una “programación adaptativa”(4) preservando el desarrollo cerebral a expensas de otros órganos o tejidos, como hígado, músculo y tejido adiposo que son los principales reguladores del metabolismo hidrocarbonado.

Se produce un estado de resistencia hormonal múltiple destacando la resistencia en los ejes somatotropos, insulina/IGF-1 en la etapa prenatal y GH/IGF-1 en la vida postnatal (5).

- **Evolución de los niños PEG**

**Efectos en el periodo neonatal:**

La mortalidad perinatal en los niños Pequeño para la Edad Gestacional es de 10-20 veces mayor que en los niños con un peso adecuado para su edad gestacional.

Las causas de esta morbimortalidad se deben principalmente a las consecuencias de la hipoxia y anomalías congénitas. Presentan con mayor frecuencia policitemia, hiperbilirrubinemia e hipoglucemia.

Los Pequeño para la Edad Gestacional como consecuencia de la hipoxia y secundario incremento de eritropoyetina, presenta un mayor volumen de plasma y masa de glóbulos rojos circulante, produciendo mayor viscosidad sanguínea, lo cual exacerba la hipoxia, favorece la hipoglucemia y aumenta el riesgo de enterocolitis necrosante.

Los niños PEG son más propensos a presentar hipoglucemia en ayuno, sobre todo los primeros días de vida; en estos niños el depósito hepático de glucógeno está agotado, no puede suceder la glucogenolisis, principal fuente de glucosa para el niño recién nacido.

Diversos estudios además han demostrado que estos niños tienen deteriorada la capacidad de gluconeogénesis, más probablemente por inactivación de enzimas y cofactores que por falta de sustrato. Otro factor que favorece la hipoglucemia es la disminución del uso y la oxidación de ácidos grasos libres y triglicéridos en lactantes Pequeño para la Edad Gestacional, ello tiene consecuencias porque la oxidación de ácidos grasos libres ahorra el uso de glucosa por tejidos periféricos (20).

**2. Efectos sobre el crecimiento:**

La mayoría de los Pequeño para la Edad Gestacional presentan el denominado crecimiento recuperador o “catch-up”, que se define como una velocidad de crecimiento mayor que la media para la edad cronológica y sexo durante un periodo definido de tiempo, después de una etapa de inhibición del crecimiento. Este fenómeno favorece que el niño alcance su canal de crecimiento determinado genéticamente. Esto implica que > 85% de los niños PEG adquieren este crecimiento en los dos primeros años de la vida (siendo más importante los primeros 2-6 meses) (4).

Entre los factores que favorecen la recuperación postnatal del crecimiento destacan el ser Pequeño para la Edad Gestacional asimétrico por restricción del desarrollo al final de la gestación, con mayor afectación del peso que de la talla y con un perímetro cefálico prácticamente conservado. En el caso del Pequeño para la Edad Gestacional simétrico en el que la inhibición del crecimiento se presupone se ha producido ya desde el primer trimestre de la gestación, la recuperación de la talla es infrecuente y las secuelas neurológicas suelen ser mayores (5).

El niño Pequeño para la Edad Gestacional que persiste bajo con más de dos años de vida tiene un riesgo aumentado de presentar talla baja en la edad adulta, de manera que el riesgo es 5 veces mayor en el que ha presentado peso bajo y 7 veces mayor si ha presentado talla baja (5,12).

Aproximadamente el 20% de la población adulta con talla baja fueron niños nacidos pequeños para su edad gestacional, representando un 8-10% de los niños Pequeño para la Edad Gestacional. Parece que en los niños PEG que no presentan crecimiento recuperador existe una alteración persistente del eje Grow Hormone - IGF- (12, 4, 20).

Es necesario evaluar correctamente por parte del pediatra de atención primaria la longitud de estos niños de manera que si confirma que a los dos años no ha presentado el “catch-up” lo debe derivar al endocrinólogo pediatra (12).

### **3. Efectos sobre el desarrollo neurológico y de la conducta:**

La talla corta en la edad adulta se asocia con desventajas psicosociales y problemas del comportamiento, por ello es importante el soporte psicológico de estos pacientes (12).

### **4. Efectos sobre el metabolismo hidrocarbonado y sistema cardiovascular:**

Estos niños presentan unos niveles elevados de colesterol total y LDL-col, así como una resistencia aumentada a la insulina. Además sus cifras de tensión arterial sistólica son más altas que los niños sin este problema. Por lo tanto el niño Pequeño para la Edad Gestacional tiene un riesgo aumentado de presentar el Síndrome X (Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, hiperlipidemia) en el adulto a una edad relativamente joven (5,12).

Este riesgo es mayor en el niño con rápida ganancia de peso en los primeros años de la vida sobre todo si presenta una distribución centralizada de la grasa. Es importante la monitorización del peso, talla e índice ponderal en el niño y adolescente PEG para prevenir o intervenir precozmente en la obesidad, favoreciendo una alimentación sana, la realización de ejercicio físico y hábitos de vida cardiosaludables.

### **3.2. Análisis de antecedentes investigativos:**

#### **1.- Influencia combinada del índice de masa corporal pregestacional y de la ganancia de peso en el embarazo sobre el crecimiento fetal**

FRANCISCO MARDONES, TRINIDAD GARCÍA-HUIDOBRO  
CONSTANZA RALPH, MARCELO FARÍAS, ANGÉLICA  
DOMÍNGUEZ, IVÁN ROJAS, M. TERESA URRUTIA

Revista Médica Chile 2011; 139: 710-716

Revista Médica Chile 2011; 139: 710-716

**OBJETIVO:** El objetivo principal de este estudio fue conocer la influencia combinada del índice de masa corporal pregestacional (IMC-PG) y de la ganancia de peso gestacional (GPG) sobre el peso al nacer extremo ( $< 3.000$  g y  $\geq 4.000$  g) y el parto por cesárea, cuando se usan criterios no utilizados hasta ahora en Chile para clasificar Índice de Masa Corporal-Pre gestacional y Ganancia de Peso en la Gestación.

**DISEÑO.** Una cohorte de 11 465 mujeres embarazadas sanas se siguió de forma prospectiva hasta el término. Su estado nutricional pregestacional se clasificó mediante el índice de masa corporal cortes en uso en los Estados Unidos (EE.UU.). Su aumento de peso gestacional se clasificó utilizando categorías propuestas en un estudio danés.

**RESULTADOS** Los resultados perinatales fueron arriesgado peso al nacer, es decir,  $<$ , y  $\geq 3000$  g y  $4000$  g parto por cesárea Los riesgos relativos para los resultados perinatales fueron calculados para todas las combinaciones de las categorías pre-gestacional gestacional estado nutricional y ganancia de peso. Resultados:.

Los riesgos relativos de casi todos los resultados ganancia de peso gestacional fueron estadísticamente significativas para las mujeres - No se puede tener una pre-gestacional en tanto estado nutricional de todos ellos no fueron significativas en relación con el bajo peso las mujeres. Mujeres con sobrepeso y obesidad fueron similares riesgos relativos valores como mujeres normales. Sin embargo, muchos de ellos no fueron significativos, especialmente en las mujeres obesas.

**CONCLUSIÓN** Existe un independiente y combinado de influencia estado nutricional preconcepcional y gestacional aumento de peso en los resultados perinatales, cuando utilizar las normas para clasificar los

parámetros desarrollados en los ESTADOS UNIDOS y Dinamarca, respectivamente.

## **2.- Bajo peso de nacimiento en adolescentes embarazadas. Chile 1995-2004.**

MERINO PAULINA GONZÁLEZ CAROLINA, MOLINA  
TEMISTOCLES, MOLINA RAMIRO

Revista de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología infantil y de la adolescencia volumen 16 año 2009 núm.3.

**RESUMEN:** El embarazo en adolescentes se ha considerado un factor de riesgo para morbi-mortalidad perinatal, con mayores tasas de parto prematuro (PPT) y bajo peso de nacimiento (BPN).

El Bajo Peso de Nacimiento es un índice del estado de la salud de un país. En Chile no existen reportes de Bajo Peso de Nacimiento en madres adolescentes. El objetivo es describir la incidencia de Bajo Peso de Nacimiento en madres adolescentes.

**MÉTODOS:** Adquisición de datos nacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile, años 1995-2004. Información estratificada por grupos de edad, edad gestacional (EG) al parto y pesos de nacimiento. Se definió como EA a todo embarazo de madre menor de 20 años y como bajo peso de nacimiento a aquellos recién nacidos menores de 2500 gramos. Adolescencia temprana son aquellas menores de 15 años y adolescentes tardías a aquellas entre 15 y 19 años. El grupo de referencia se definió a aquellas madres entre 20 y 24 años. El análisis estadístico correspondió a: Comparación de promedio tasas (test diferencia de medias), Modelo serie de tiempo utilizando software Stata 10.0.

**RESULTADOS:** En el período de estudio el Bajo Peso de Nacimiento ha mostrado una tendencia al aumento en todos los grupos etáreos,

alcanzando un 6% del total de partos. El grupo de adolescentes menores de 15 años presenta 1,5 veces más BPN (8,0%) que el grupo de referencia (4,94%). Al analizar el subgrupo de adolescentes tempranas, la tasa de BPN respecto al total de partos es 10,9%, 9,4%, 7,64% para las madres de 11-12 años, 13 y 14 años, respectivamente. El Bajo Peso de Nacimiento en partos de término alcanzó un promedio de 2,09%, con un 1,9% en el grupo de referencia y un 2,36% y 2,28% en las adolescentes tempranas y tardías respectivamente. El Bajo Peso de Nacimiento de término respecto del total de BPN fue de un 32,7%. La tasa promedio del Bajo Peso de Nacimiento en adolescentes tempranas (26,5%) es mayor que la tasa promedio del grupo de referencia (36,4%), diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.00$ ). A través de los años, en grupo El Bajo Peso de Nacimiento de referencia, la tasa promedio de BPN disminuye 1,13 % por año de diferencia ( $p=0.00$ ). En cambio en el grupo El Bajo Peso de Nacimiento en adolescentes tempranas no presenta una tendencia clara.

**CONCLUSIÓN:** Si bien el Embarazo en Adolescentes se ha mantenido estable con una leve tendencia a la disminución, el Bajo Peso de Nacimiento sigue siendo un problema de salud pública en el grupo de adolescentes, tanto tempranas como tardías. El menor número de Bajo Peso de Nacimiento respecto al total de BPN en adolescentes, podría explicarse por un mayor número de Partos Pretérmino en este grupo. Esto plantea la necesidad de crear un sistema que asegure un buen control prenatal destinado a reducir las posibles causas de este Bajo Peso al Nacer, mejorar el estado nutricional de la embarazada y diagnosticar precozmente enfermedades determinantes de Parto Pre Término y Bajo Peso de Nacimiento.

### **3.- Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá**

JAIRO AMAYA, M.D., CLAUDIA BORRERO, M.D., SANTIAGO UCRÓS, M.D.

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 56 No. 3 • 2005 • (216-224)

**OBJETIVO:** Investigar la asociación del embarazo en la mujer adolescente con un resultado adverso en la morbilidad materna y del recién nacido.

**MÉTODOS:** Estudio poblacional de cohorte. Se tomó la base de datos de la Red Perinatal de la Secretaría de Salud de Bogotá, en la cual están registrados los datos de atención del embarazo y parto de los hospitales públicos adscritos. Se incluyeron mujeres nulíparas entre 10 y 29 años atendidas entre el 1 de septiembre de 1998 al 31 de diciembre de 1999 en la red de hospitales adscritos a la Secretaría de Salud de Bogotá (n=8.045). En el análisis de cohorte se estableció si había asociación de la edad con cada una de las variables analizadas, mediante el cálculo de riesgo relativo (RR). Se reportan los RR con sus respectivos intervalos de confianza (IC). Los desenlaces evaluados fueron la vía de terminación del parto, ruptura prematura de membranas, pre-eclampsia, peso del recién nacido, prematurez, peso para la edad gestacional, enfermedad de la membrana hialina y puntaje de Apgar a los 5 minutos.

**RESULTADOS:** El ser adolescente es un factor protector que disminuye el riesgo de terminación del parto por cesárea (RR 0,85 IC95% 0,78- 0,93) y de presentar preeclampsia (RR 0,65; IC95% 0,46-0,91). No se observó ninguna asociación respecto a la ruptura prematura de membranas. Se observó un incremento significativo de la morbilidad neonatal en las madres menores de 15 años. Variables que demostraron relación con la edad materna fueron prematurez (RR 1,88 IC95% 1,14 – 3,11), pequeño para la edad gestacional (RR 2,09; IC95% 1,24 – 3,52) y bajo peso (RR 1,61 IC95% 1,12 – 2,32).

**CONCLUSIONES:** En el análisis por grupos de edad las adolescentes de 10 a 19 años tienen una menor probabilidad de requerir cesárea y de presentar hipertensión inducida por el embarazo, que las mujeres entre 20 a 29 años. Los recién nacidos de adolescentes menores de 15 años tienen riesgos significativamente mayores de presentar prematurez, bajo peso y de ser pequeños para la edad gestacional, en comparación con los neonatos de madres de 15 a 29 años.

#### 4. HIPÓTESIS

*Dado que*, la adolescencia es una etapa de crecimiento y desarrollo físico, psicológico, social y emocional y, que durante el embarazo el requerimiento nutricional aumenta para el adecuado crecimiento y desarrollo fetal,

*Es probable que*, exista una relación directamente significativa entre el estado nutricional pregestacional de la madre adolescente y adulta, con el peso del recién nacido en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, en el período de enero a junio del 2013.

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Variables	Indicadores	Sub-indicadores	Instrmento	Técnica	
Estado nutrcional materno	IMC Pregestacional en adolescentes	Bajo	1.1	Ficha de observación documental	Observación documental
		Normal	1.2		
	IMC Pregestacional en adultass	Sobrepeso	1.3		
		Obesa	1.4		
	Incremento de peso en adolescentes	Bajo	2.1		
		Adecuado	2.2		
Incremento de peso en adultas	Alto	2.3			
	Peso del recién nacido de madres adolescentes	Pequeño	3.1	Ficha de observación documental	Observación documental
Adecuado		3.2			
Peso del recién nacido de madres adultas	Grande	3.3			

**Técnica:** Se utilizó la Observación Documental, mediante el Sistema Informático Perinatal (SIP) y de Historia Clínicas Perinatales de las unidades de estudio para recoger información de las variables: Estado nutricional de la gestante y Peso del Recién Nacido y sus respectivos indicadores.

**Instrumento:** Se utilizó una: Ficha de Observación documental de tipo elaborado. (Anexo 1).

**Materiales de verificación:**

- ✓ Material bibliográfico

- ✓ Tinta de impresora
- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Material de escritorio

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

### 2.1. Ubicación espacial

#### 2.1.1. Precisión del lugar

La investigación se realizó en el ámbito general de:

- País: Perú.
- Región: Arequipa.
- Provincia: Arequipa.
- Distrito: Cercado.

Y en el ámbito específico del Hospital Regional Honorio Delgado.

#### 2.1.2. Caracterización del lugar

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el cual se caracteriza por ser un recinto al que asisten mujeres embarazadas de todas las edades, para la atención prenatal y de su parto.

### 2.2. Ubicación temporal

#### 2.2.1. Cronología

La investigación corresponde al primer semestre, es decir, de enero a junio del año 2013.

#### 2.2.2. Visión temporal

Retrospectivo.

### 2.2.3. Corte temporal

Transversal.

## 2.3. Unidades de estudio:

### 2.3.1. Universo Cualitativo

- **Criterios de inclusión**
  - ❖ Mujeres de 10 a 34 que tuvieron su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado, con ficha de datos completa.
- **Criterios de exclusión**
  - ❖ Madres con embarazo gemelar.
  - ❖ Madres con enfermedades concomitantes.
  - ❖ Madres o fetos con anomalías congénitas.

### 2.3.2. Universo Cuantitativo:

El universo de esta investigación es 437 adolescentes que tuvieron su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el primer semestre del año 2013.

#### A. Criterios estadísticos

##### a. Confiabilidad

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con 95.5% de confiabilidad.

**b. Margen de error**

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con +/- 5% de margen de error.

**c. Probabilidad**

La probabilidad del presente trabajo de investigación es 50%.

**B. Tamaño de muestra:**

$$M = \frac{400}{1 + \frac{400}{N}}$$

$$N = 437$$

$$M = \frac{400}{1 + \frac{400}{437}}$$

$$M = 208,8$$

**M = 209- 43 (no cumplieron los criterios de inclusión)**

$$M = 166$$

**Tipo de muestreo:**

No probabilístico intencional

### 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Recursos

##### a. Humanos:

Autora: Giovanna Rocío Rodríguez Meza.

##### b. Físicos:

En cuanto a recursos físicos se utilizó:

- ✓ Fichas elaboradas para la recolección de datos que fueron utilizadas como fuente para la elaboración de las tablas y gráficos del presente trabajo de investigación.
- ✓ Materiales de escritorio (lapiceros, lápices, borradores, engrapador)
- ✓ Computadora.
- ✓ Historias Clínicas Perinatal Base (HCPB).

##### c. Institucionales

- ✓ Se utilizaron las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado - Arequipa. Áreas de sala de partos, estadística y archivo.

#### 3.2. Criterios para el manejo de resultados

##### A nivel de recolección:

Vaciado manual de la Ficha de recolección de datos a la matriz de datos en el programa SPSS 20.0.

**A nivel de sistematización:**

Para el procesamiento de los datos se procedió a convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico, en el programa Estadístico SPSS 20.0 for Windows.

**A nivel de estudio de datos:**

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS y el análisis estadístico correspondiente.

**4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:****4.1. Plan de procesamiento****a. Tipo de procesamiento**

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento netamente electrónico.

**b. Operaciones de la sistematización**

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó cuadros de doble entrada, estos además serán numéricos y literales; y en el plan de graficación se utilizó gráficos de barras.

Los datos registrados en la Ficha de recolección de datos, fueron calificados, tabulados para su análisis e interpretación empleando cuadros y gráficos.

## 4.2. Plan de análisis de datos

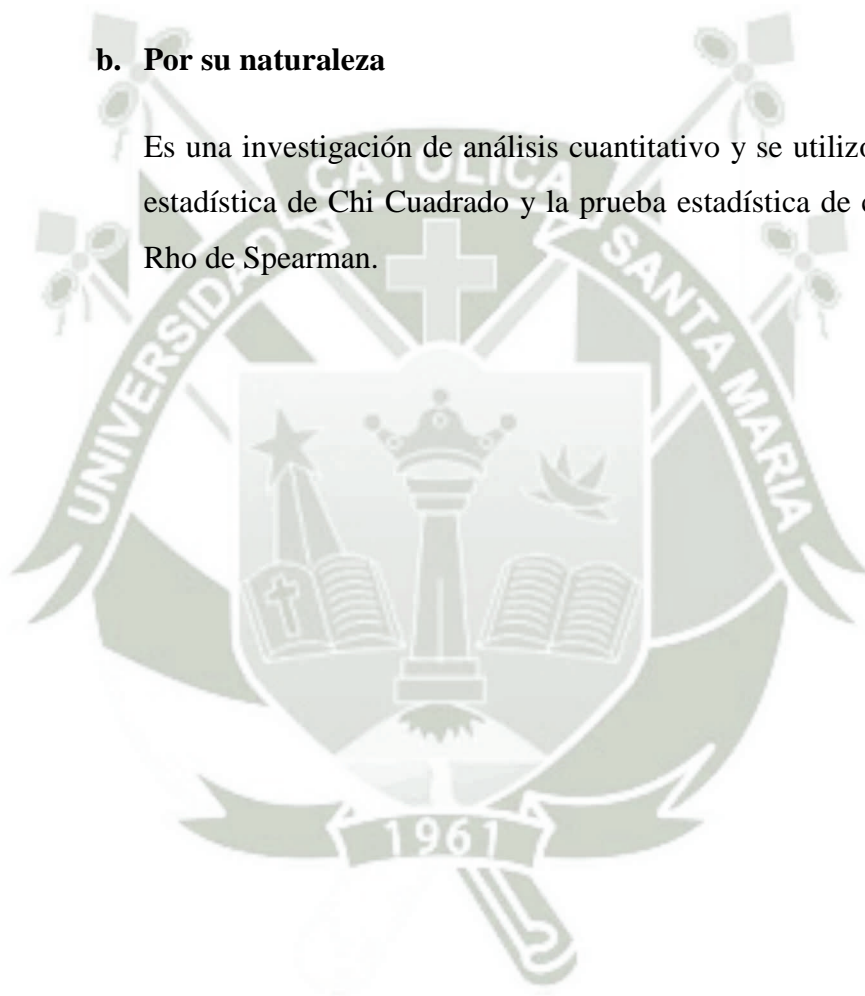
### A. Tipo de análisis

#### a. Por el número de variables

Es una investigación de análisis bivariable y en algunos casos juegan tres variables.

#### b. Por su naturaleza

Es una investigación de análisis cuantitativo y se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado y la prueba estadística de correlación Rho de Spearman.



## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

**RELACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO CON EL PESO  
DEL RECIEN NACIDO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS  
- HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A  
JUNIO 2013.**

**TABLA N°. 1**

**DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A  
JUNIO 2013.**

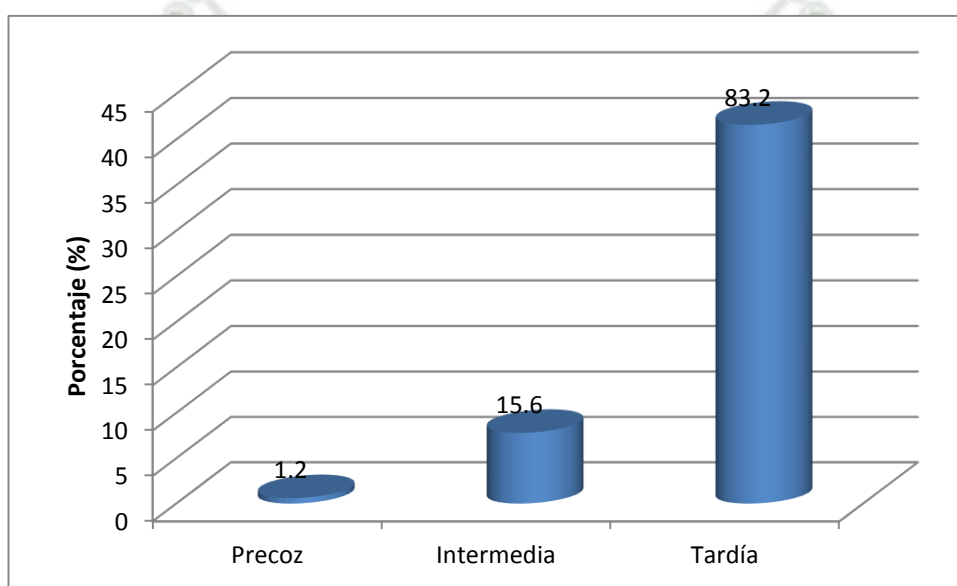
ADOLESCENTES	N°.	%
Precoz (10-13)	2	1.2
Intermedia (14-16)	26	15.6
Tardía (17-19)	138	83.2
<b>TOTAL</b>	166	100

Fuente: Elaboración personal

En la tabla N°. 1, se aprecia que la mayoría, el 83.2% de las pacientes en estudio pertenecen al grupo de las adolescentes tardías, seguido por el 15.6% pertenecientes al grupo de las adolescentes intermedias y por último el 1.2% fueron adolescentes precoces.

### GRÁFICO N°. 1

#### DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.



**TABLA N°. 2**

**PARIDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A  
JUNIO 2013.**

PARIDAD	ADOLESCENTE		ADULTA	
	N°.	%	N°.	%
1	160	96.4	74	44.6
2	5	3.0	54	32.5
3	1	0.6	28	16.9
4	0	0.0	9	5.4
5	0	0.0	1	0.6
<b>TOTAL</b>	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal

$X^2=107.44$

$P<0.05$

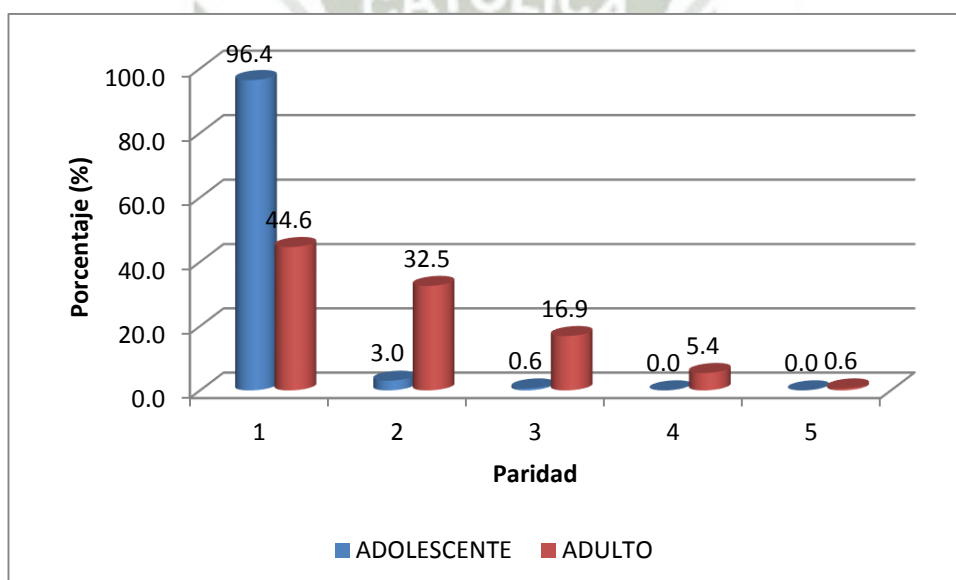
La tabla N°. 2, Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=107.44$ ) se muestra que la paridad en las adolescentes y adultas **presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 96.4% de las gestantes adolescentes son primíparas frente al 44.6% de primíparas adultas.

Por otro lado, se tiene que hubo una adolescente que tuvo el tercer hijo que representa el 0.6 % frente al 16.9% en las adultas.

## GRÁFICO N.º 2

### PARIDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.



**TABLA N° 3**

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A  
JUNIO 2013.**

ESTADO CIVIL	ADOLESCENTE		ADULTA	
	N°.	%	N°.	%
Soltera	68	41.0	20	12.0
Casada	18	10.8	25	15.1
Conviviente	80	48.2	121	72.9
<b>TOTAL</b>	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal

$X^2=35.69$

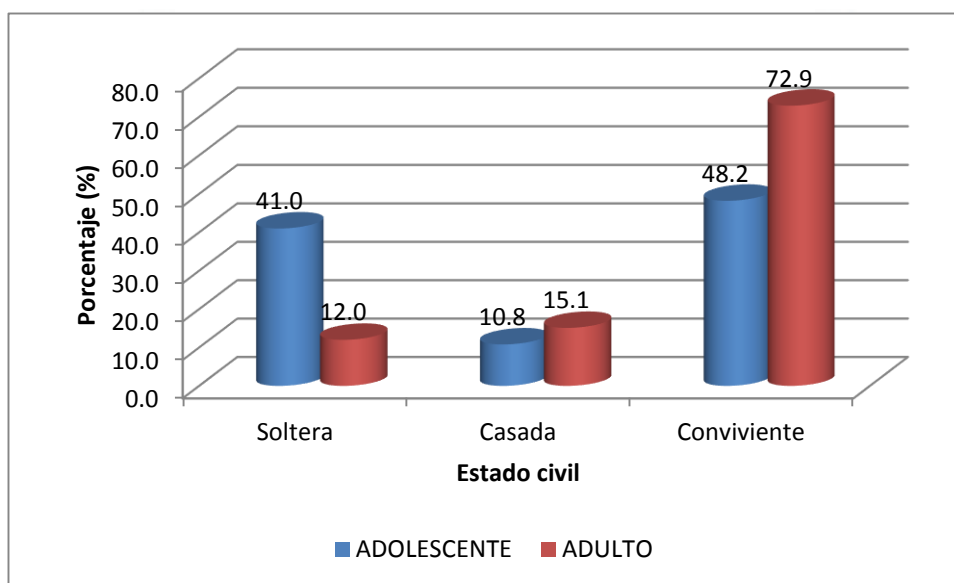
$P<0.05$

En la tabla N° 3, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=35.69$ ) se muestra que el estado civil en las adolescentes y adultas **presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se observa que el 41% de adolescentes son solteras frente al 12 % de adultas y que el 48.2% de las gestantes adolescentes son convivientes o con relación estable, frente al 72.9% de las gestantes adultas con este mismo estado civil.

### GRÁFICO N.º 3

#### ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.



**TABLA N° 4**

**OCUPACION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS  
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A  
JUNIO 2013.**

OCUPACION	ADOLESCENTE		ADULTO	
	N°.	%	N°.	%
Ama de casa	107	64.5	141	84.9
Otro	59	35.5	25	15.1
<b>TOTAL</b>	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal

$X^2=18.43$

$P<0.05$

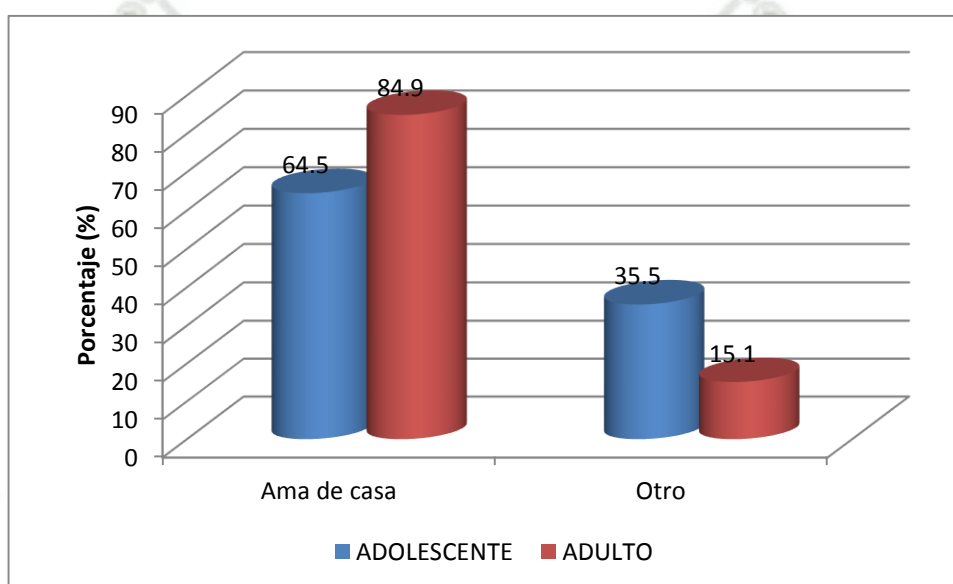
En la tabla N° 4, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=18.43$ ) se muestra que la ocupación en las gestantes adolescentes y adultas **presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo, se observa que el 64.5% de las gestantes adolescentes son amas de casa frente al 84.9% de las gestantes adultas con esta misma ocupación.

Se observa que el 35% de adolescentes tienen otra ocupación, frente a un 15.1% de las adultas en este mismo rubro.

#### GRÁFICO N°. 4

### OCUPACION DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.



**TABLA N°. 5**

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL  
PREGESTACIONAL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
PRECOCES, INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA – ENERO A JUNIO 2013.**

IMC PREGESTACIONAL	Precoz		Intermedia		Tardía		Total		Adultas	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Bajo	0	0.0	0	0.0	3	2.2	3	1.8	4	2.4
Normal	2	100	19	73.1	108	78.3	129	77.7	108	65.1
Sobrepeso	0	0.0	6	23.1	25	18.1	31	18.7	29	17.4
Obeso	0	0.0	1	3.8	2	1.4	3	1.8	25	15.1
<b>TOTAL</b>	2	100	26	100	138	100	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal

$X^2=20.95$

$P<0.05$

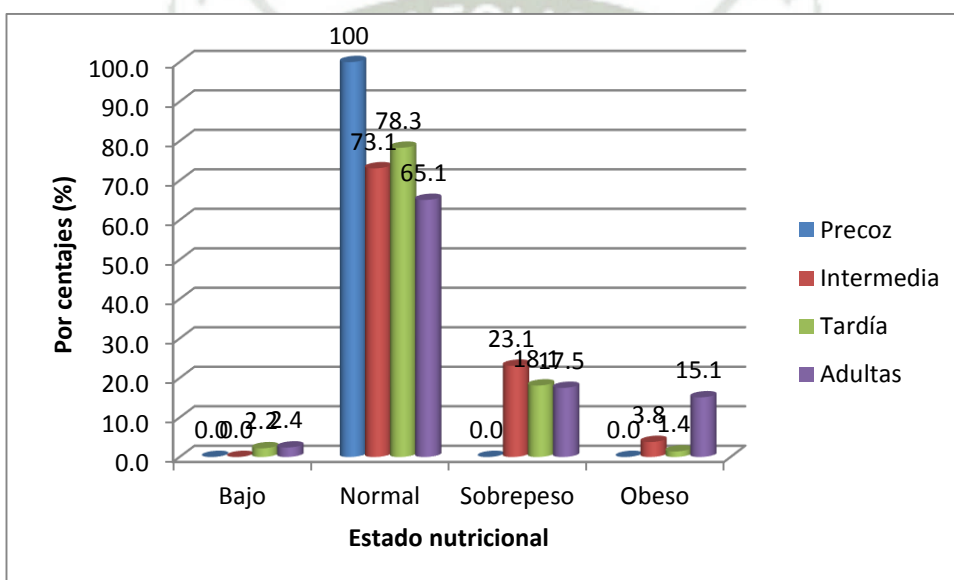
En la tabla N°. 5, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=20.95$ ) se aprecia que el estado nutricional en las gestantes precoz, intermedias, tardía y adultas **presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se muestra que en los grupos de adolescentes precoces e intermedias no se encontró ningún caso de bajo peso, la mayoría de las gestantes adolescentes, el 77.7%, tienen un estado nutricional normal, frente al 65.1% de gestantes adultas que pertenecen a este mismo grupo.

Se observa que el 1.8% de las adolescentes son obesas, frente al 15.1% de gestantes adultas.

**GRÁFICO N.º 5**

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL  
PREGESTACIONAL EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
PRECOCES, INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA – ENERO A JUNIO 2013.**



**TABLA N°. 6**

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL INCREMENTO DE PESO  
MATERNO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES PRECOCES,  
INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO AREQUIPA-ENERO A JUNIO 2013.**

INCREMENTO	Precoz		Intermedia		Tardía		Total		Adultas	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Bajo	1	50.0	11	42.3	61	44.2	73	44.0	67	40.4
Adecuado	0	0.0	6	23.1	40	29.0	46	27.7	60	36.1
Alto	1	50.0	9	34.6	37	26.8	47	28.3	39	23.5
<b>TOTAL</b>	2	100	26	100	138	100	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal

$X^2=4.49$

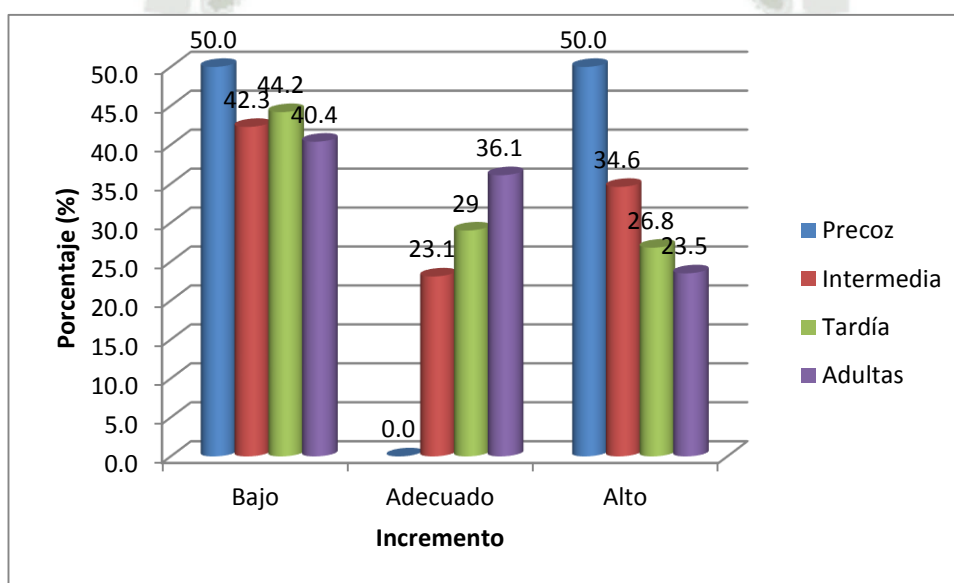
$P>0.05$

En la tabla N°. 6, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=4.49$ ) se muestra que el incremento del peso materno durante el embarazo en pacientes precoz, intermedia, tardía y adulta **no presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P>0.05$ ).

Asimismo se muestra que el incremento de peso al final del embarazo en la mujeres adolescentes fue bajo en el 44.0%, alto en el 28.3% y adecuado sólo en el 27.7%, frente al 36.1% de gestantes adultas pertenecen al mismo grupo.

**GRÁFICO N.º 6**

**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL INCREMENTO DE PESO  
MATERNO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES PRECOCES,  
INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL REGIONAL  
HONORIO DELGADO AREQUIPA-ENERO A JUNIO 2013.**



**TABLA N°. 7**

**PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
PRECOCES, INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA –ENERO A JUNIO 2013**

PESO DEL RECIÉN NACIDO	Precoz		Intermedia		Tardía		Total		Adultas	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Pequeño	0	0.0	3	11.5	7	5.1	10	6.0	4	2.4
Adecuado	2	100	23	88.5	126	91.3	151	91.0	148	89.2
Grande	0	0.0	0	0.0	5	3.6	5	3.0	14	8.4
<b>TOTAL</b>	2	100	26	100	138	100	166	100	166	100

Fuente: Elaboración personal.

$$X^2=33.39$$

$$P<0.05$$

En la tabla N°. 7, según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=33.39$ ) se aprecia que el peso del recién nacido en las gestantes precoz, intermedias, tardía y adultas **presentó** diferencias estadísticas significativas ( $P<0.05$ ).

Asimismo se muestra que el 91.0% de las gestantes adolescentes, tienen hijos con peso adecuado al nacer, frente a un similar 89.2% de las adultas.

Del mismo modo se aprecia que el 6.0% de adolescentes tuvieron recién nacidos con bajo peso frente al 2.4% de estos pesos en madres adultas.

También se aprecia que el 3.0% de gestantes adolescentes, tuvieron recién nacidos grandes para la edad gestacional, que para el caso todos corresponden a hijos de adolescentes tardías, frente al 8.4% de pesos grandes de recién nacidos de madres adultas.

**GRÁFICO N.º 7**

**PESO DEL RECIÉN NACIDO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES  
PRECOCES, INTERMEDIAS, TARDÍAS Y ADULTAS - HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA –ENERO A JUNIO 2013**

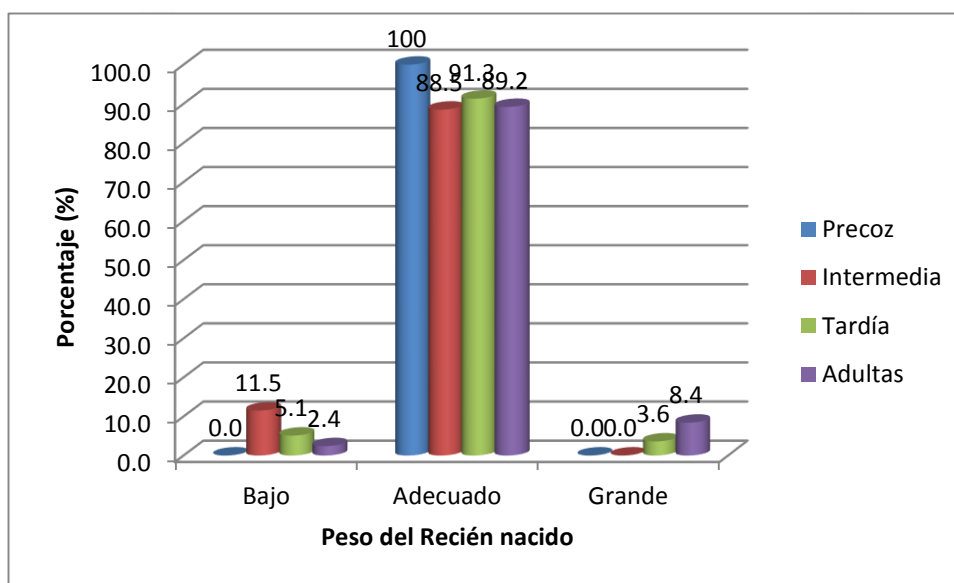


TABLA N° 8

**INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO EN EL PESO FETAL DE MADRES ADOLESCENTES Y ADULTAS- HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - ENERO A JUNIO 2013.**

Estado nutricional materno	PESO DEL RECIEN NACIDO								Total	
	Precoz		Intermedia		Tardía		Adulta			
	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P	Rho	P
IMC Prgestacional	-	-	-0.158	0.442	0.152	0.076	0.327	0.00*	0.251	0.00*
Incremento de peso	-	-	0.223	0.273	0.178	0.036*	0.239	0.002*	0.189	0.001*

\* Correlación estadística significativa (P<0.05)

Fuente: Elaboración personal.

La tabla N° 8, muestra que el IMC pregestacional en las gestantes adolescentes y el peso del recién nacido (Rho 0.251) **no presentó correlación estadística significativa** (P<0.05); es decir, no existe una influencia del IMC pregestacional con el peso del recién nacido.

Se muestra también que el IMC pregestacional en las pacientes adultas y el peso del recién nacido (Rho 0.327) **presentó correlación estadística significativa** (P<0.05); es decir, existe una influencia del IMC pregestacional con el peso del recién nacido.

En cuanto al incremento del peso se encontró que incremento del peso en las pacientes adolescentes **tardía y adultas**, y con el peso del recién nacido (Rho 0.178 y Rho 0.239 respectivamente) **presentó correlación estadística significativa**, es decir, existe influencia del incremento de peso materno durante el embarazo sobre el peso de producto.

## DISCUSIÓN

Se estudiaron 166 madres adolescentes, de las cuales en cuanto a la distribución de la edad vemos que no hay muestra representativa en el grupo de adolescentes precoces, pues sólo fueron dos casos (1.2%), seguidas por las intermedias (15.6%) y el grupo más numeroso (83.2%) fueron adolescentes tardías. En cuanto a la paridad, fueron primíparas, el 96% de adolescentes frente al 44.6% del grupo de las adultas. En la distribución del estado civil, fueron solteras el 41% de las adolescentes, frente al 12% del grupo de las adultas, esto constituye un problema social, por otro lado fueron convivientes, el 48.2% de adolescentes frente al 72.9% de adultas, este apreciable porcentaje de adolescentes que conviven incluye aquellos casos en los que se trata de evitar problemas legales a los padres responsables de los embarazos. Se aprecia también que los mínimos porcentajes corresponden a las gestantes casadas en ambos grupos (10.8% y 15.1% respectivamente). En la distribución de la ocupación, fueron amas de casa, el 64.5% de adolescentes frente al 84.9% de adultas, mientras el 35.5% de adolescentes tienen otra ocupación, frente 15.1% de las adultas, considerando que la mayoría de los casos de adolescentes que figuran con otra ocupación son estudiantes que lamentablemente abandonan sus estudios.

El estado nutricional valorado por el índice de masa corporal (IMC) pregestacional **presentó diferencia estadística significativa**, fue adecuado en el 77.7% de gestantes adolescentes frente al 65.1% de gestantes adultas, seguido de los casos con sobrepeso 18.7% de gestantes adolescentes frente al 17.4% de gestantes adultas, la categoría que siguió en frecuencia de casos fue la de obesa, 1.8% de gestantes adolescentes frente al 15.1% de gestantes adultas y por último, bajo peso pregestacional fue 1.8% de gestantes adolescentes frente al 2.4% de gestantes adultas

El estado nutricional valorado por el incremento de peso materno al final del embarazo **no presentó diferencia estadística significativa** entre los subgrupos; el 44.0% de gestantes adolescentes tuvo un incremento bajo frente al 40.4% de

gestantes adultas; 28.3% de gestantes adolescentes tuvo un incremento alto frente al 23.5% de gestantes adultas y sólo el 27.7% tuvo un incremento adecuado frente al 36.1% de gestantes adultas.

El peso promedio del recién nacido fue de 3254 g, debe considerarse que el mayor porcentaje de bajo peso al nacer corresponde al subgrupo de las adolescentes intermedias, 11.5%; así como que el mayor porcentaje de peso grande para la edad gestacional corresponde al subgrupo de las adultas, 8.4%; de modo que **presentó diferencia estadística significativa.**

No existe correlación entre el índice de masa corporal pregestacional en las gestantes adolescentes y el peso del recién nacido, contrariamente con lo que sucede en las gestantes adultas en las que sí existe correlación.

En cuanto al incremento del peso gestacional se encontró un comportamiento similar entre las adolescentes tardías y las adultas en las que existe correlación entre el incremento de peso materno durante el embarazo y el peso de producto; es decir; existe influencia del incremento de peso de la madre durante el embarazo, sobre el peso del recién nacido.

En un estudio realizado por Andrés Bolzan y colaboradores (5), donde se relacionó el estado nutricional de la embarazada adolescente y el crecimiento fetal se concluyó, que el estado nutricional materno de las adolescentes valorado con el índice de masa corporal, en el grupo de 13-17 años de edad fue: bajo 21.9%, normal 65.9%, sobrepeso 9.6% y obesa 2.6%; en el grupo de 18-19 años: bajo 18.2%, normal 67.9%, sobrepeso 8.2% y obesa 5.7%, datos que difieren en este trabajo donde, las adolescentes con IMC bajo son: 1.8%, normal 77.7%, sobrepeso 18.7% y obesa 1.8; según estos resultados se puede apreciar que en nuestro país ha mejorado notablemente el estado nutricional. En cuanto al peso del recién nacido, el peso promedio fue de 3127g para el grupo de 13-17 años y de 3154g para el de 18-19 años, que relacionados con el peso promedio de este estudio (3215g) son más bajos, situación que confirma mejor estado de nutrición.

En otro estudio realizado por la Dra. Liudmila Yumar Rodríguez, (32) cuyo objetivo fue implantar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia en la sociedad de Majagua Colombia, se concluyó que el estado nutricional fue normal 62.5%, seguido de sobrepeso y obesa en 25% y por último desnutridas el 12.5%, frente al 77.7%, 20.5% y 1.8% respectivamente en el presente estudio. En cuanto a la ganancia de peso fue bajo el 50%, adecuado el 37.5% y alta en el 12.5% a diferencia de 44.0%, 27.7% y 28.3% en el presente estudio.

Asimismo en otro estudio publicado por la Rev. Chilena de Ginecología y Obstetricia en el 2012, realizado por Diana Wuanco y col.(28), cuyo objetivo fue medir la frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú en el año 2008, donde se concluyó, que el estado nutricional valorado por índice de masa corporal pregestacional fue: bajo en el 7.2% de adolescentes y 3.8% de adultas e IMCPG adecuado o alto en el 92.8% de adolescentes y el 96.2% de adultas, valores similares a los del presente estudio. En cuanto al peso del recién nacido en el mismo estudio fue bajo en el 10% de adolescentes y 8.0% de adultas, asimismo el peso normal y sobrepeso del RN fue 89.5% de adolescentes y 92.0% de adultas; mientras que en nuestro estudio el peso del RN fue bajo en 6.0% de adolescentes y 2.4% de adultas, asimismo el peso normal y sobrepeso en el 94.0% de adolescentes y 97.6% de adultas.

El peso del Recién Nacido es de mayor interés en la especialidad, pues constituye el indicador más importante de morbimortalidad perinatal, y depende evidentemente de la edad gestacional y del crecimiento fetal.

## CONCLUSIONES

### PRIMERA

Se encontró que el 77.7% de gestantes adolescentes precoces intermedias y tardías y el 65.1% de gestantes adultas presentaron un índice de masa corporal normal y sólo el 1.8% de las gestantes adolescentes y el 2.4% de gestantes adultas mostraron un índice de masa corporal bajo. Asimismo, se encontró que aprox. el 40% de ambos grupos de estudio presentaron un incremento de peso bajo durante el embarazo.

### SEGUNDA

La frecuencia de recién nacidos pequeños para la edad gestacional en las madres adolescentes fue del 6% mientras que en las madres adultas fue del 2.4%. El bajo peso del Recién Nacido (RN), fue más frecuente en el subgrupo de adolescentes intermedias 11.5%

### TERCERA

Se encontró correlación estadística significativa entre el índice de masa corporal pregestacional y el peso del recién nacido en las gestantes adultas. Asimismo se evidenció una correlación estadística significativa entre el incremento de peso materno y el peso del recién nacido en adolescentes tardías y adultas.

### CUARTA

Luego de obtener los resultados, se comprueba parcialmente la hipótesis de este estudio, ya que **no existe** relación entre el IMC pregestacional y el peso del RN en ningún grupo de madres adolescentes, mientras que en las madres adultas, **sí existe** esta relación. Asimismo, **sí existe** relación entre el estado nutricional

materno, (valorado por la ganancia de peso durante la gestación), y el peso del RN de madres adolescentes tardías y de madres adultas.



## RECOMENDACIONES

### **Primera**

Considerando los resultados y conclusiones del presente estudio, se recomienda continuar explorando con otras investigaciones que ahonden sobre el tema, de preferencia de corte longitudinal y de visión prospectiva, para evitar problemas de sesgo en los datos y en la recolección de los mismos; como ocurre en los trabajos de visión retrospectiva como este, dónde se desconoce el método de toma de datos y por ello resulten poco confiables.

### **Segunda**

El enfoque preventivo es esencial en adolescentes pues el embarazo debería ser una exclusividad de la edad adulta. El sistema educativo secundario debe implementarse con programa de educación sexual con participación activa de los adolescentes llevado a cabo por profesionales especialistas en esta etapa de la vida, con la finalidad de postergar el inicio de relaciones coitales y el embarazo por consiguiente a edades conscientes y responsables.

### **Tercera**

Dado que el estado nutricional es un factor determinante en el crecimiento y desarrollo del adolescente y considerando el incremento del requerimiento nutricional en la etapa del embarazo; es que se recomienda la intervención oportuna de apoyo nutricional como gestante y como adolescente, que asume el rol prematuro de ser gestante y madre.

### **Cuarta**

Implementar en los hospitales de la zona un área específica para la atención de la adolescente embarazada en todas las áreas: psicológica, nutricional, atención prenatal, psicoprofilaxis y estimulación prenatal; atención de parto y puerperio; con personal de salud que tenga la especialidad en adolescentes para garantizar

una monitorización correcta de la ganancia de peso durante el embarazo de acuerdo al estado nutricional por índice de masa corporal pregestacional y de esta prevenir los casos, tanto de desnutrición como de sobrepeso y obesidad.



## BIBLIOGRAFÍA

1.- Abrams B, Pickett KE. Maternal nutrition. In: Creasy RK, Resnik R. Maternal-fetal medicine. 4 ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999

2.- Manual de ginecología infanto-juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología-Infanto Juvenil. Buenos Aires: Editorial Ascurre Hnos;1997.

3.- Resnik R, Brace RA. Fisiología del embarazo. En: West JB. Best y Taylor. Bases fisiológicas de la práctica médica. 12 ed. Buenos Aires: Edit. Médica panamericana ; 1993

### Hemerografía

4.- ALBERTSSON-WIKLAND K, BOGUSZEWSKI M, KARLBERG J. “Children born small-for-gestational age: postnatal growth and hormonal status”. Horm Res 1998; 49 (2): 7-13.

5.- BOLZAN ANDRES, GUIMAREY LUIS, NORRY MARCOS. “Relación entre el estado nutricional de embarazadas adolescentes y el crecimiento fetal”. Medicina Bs As. 1999, 59(3):254-8.

6.- BURGOS, L., CARREÑO Rimaudo, S. “Comparaciones de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas”. Revista del Hospital Maternidad Ramón Sarda 1997,XVI, N° 3

7.- CLIMENT G. “Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos”. Rev. Argent. Sociol. 2009; 7 (13): 186-213.

8.- FOWLES ER. “Comparing pregnant women’s nutritional knowledge to their actual dietary intake”. Am J Matern Child Nurs 2002;27:171-7

9.- GONZÁLEZ DE AGÜERO R, FABRE E, SOBREVIELA M, MOROLLON I. “Recomendaciones dietéticas durante el embarazo y la

lactancia”. En: González de Agüero R; Fabre E. Nutrición y dietética durante el embarazo. Barcelona: Masson; 1996.

10.- GONZÁLEZ ML. Aborto en edad peligrosa. Juventud Rebelde 1999;10(31):4.

11.- HAMAOU E, HAMAOU M. “Nutritional assessment and support during pregnancy”. Gastroenterol Clin North Am 2003;32:59-121.

12.- LEE PA, CHERNAUSEK S, HOKKEN-KOELEGA A, CZERNICHOW P. “International small for gestational age advisory board consensus development conference statement: management of short children born small for gestational age”, april 24-october 1, 2001. Pediatrics 2003; 111: 1253-61.

13.- LÓPEZ N, FRANCO C, MUÑOZ M, GONZÁLEZ A “¿Es el embarazo en adolescentes una gestación de riesgo médico?” Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de La Paz. Madrid Toko - Gin Pract, 2010; 69 (6): 177-181

14.- LÓPEZ Nodarse M, FLORES Madan L, Roche Pérez C. “Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex” Soc 1996;2(4):12-6.

15.- OLIVA A. “Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia”. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología. 2007; 25 (3):243.

16.- Organización Mundial de la Salud - OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”. Publicado junio 2009.

17.- PELÁEZ MENDOZA J, SARMIENTO BARCELÓ J, OZ CORNESA R de la, ZAMBRANO CÁRDENAS A. “Cesárea en la adolescencia:

Morbilidad materna y perinatal”. Rev Cubana Obstet Ginecol 1996;22(1):45-52.

18.- PÉREZ I, BASTARDO D, CERMEÑO T, DÍAZ L.”Incidencia de embarazo precoz según las etapas de la adolescencia”. Informed. 2008; 10 (4): 6.

19.- REIFSNIDER E, GILL SL. “Nutrition for the childbearing years”. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000;29:43-55

20.- ROGOL AD. “Growth hormone treatment for children born small for gestational age”. Up- ToDate 28 de enero 2008.

21.- RUOTI M, RUOTI A, “Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud”. Paraguay:Universidad de Asunción, 1992.

22.- Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe SEMLAC. “América Latina: preocupa incremento del embarazo adolescente”. 15 de febrero de 2010.

23.- SIEGA-RIZ AM, VISWANATHAN M, MOOS MK, DEIERLEIN A, MUMFORD S, KNAACK J, THIEDA P, LUX LJ, LOHR KN: “A systematic review of outcomes of maternal weight gain according to the Institute of Medicine recommendations: birth weight, fetal growth, and postpartum weight retention”. Am J Obstet Gynecol 2009; 201: 339.e1–339.e14.

24.- UNICEF. “La adolescencia, una época de oportunidades”. Estado Mundial de la Infancia. 11 febrero 2011

25.- VARELA G. “Nutrición. En: Tresguerres” JAF. Fisiología humana. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1992

26.- VIGNOLI J. “Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción” Marzo 2007.

27.- VISWANATHAN M, SIEGA-RIZ AM, MOOS MK, DEIERLEIN A, MUMFORD S, KNAACK J, THIEDA P, LUX LJ, LOHR KN: “Outcomes of maternal weight gain. Evid Rep Technol Assess” 2008: 1–223.

28.- WUANCO DIANA A, MANUEL TICONA R, MARICARMEN TICONA V., FLOR HUANCO A. “Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008”. Rev chil obstet ginecol 2012; 77(2): 122 - 128

#### **Informatografía**

29.- <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%20Adolescencia.pdf>

30.- <http://www.adolescenthealth.org//AM/Template.cfm?Section=Home>

31. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/nutricion.html>

32.- [http://www.nestlenutrition-institute.org/intl/es/resources/library/Free/anales/a68\\_1/Documents/04%20GananciadesopoduranteelembarazoSuimportanciaparaelestadodesaludmaterno-infantil.pdf](http://www.nestlenutrition-institute.org/intl/es/resources/library/Free/anales/a68_1/Documents/04%20GananciadesopoduranteelembarazoSuimportanciaparaelestadodesaludmaterno-infantil.pdf)

33.- <http://www.slideshare.net/110486/embarazo-en-adolescencia>

## ANEXO 1 FICHA DE OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

N° \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ N° H CI: \_\_\_\_\_

**Edad:**

1.-	<b>PRECOZ</b>	<b>(10-13)</b>
2.-	<b>INTERMEDIA</b>	<b>(14-16)</b>
3.-	<b>TARDIA</b>	<b>(17-19)</b>
4.-	<b>ADULTA</b>	<b>(20-34)</b>

**Paridad:**

1.-	<b>1</b>
2.-	<b>2</b>
3.-	<b>3 ó más</b>

**Estado Civil:**

1.-	<b>S</b>
2.-	<b>C</b>
3.-	<b>Cv</b>

**Ocupación:**

1.-	<b>S/C</b>
2.-	<b>Trabaja</b>

**Peso Pregestacional:** \_\_\_\_\_

**Talla:** \_\_\_\_\_

**Peso materno último control:** \_\_\_\_\_

**IMC Pregestacional:**

1.-	<b>BAJO</b>	<b>B</b>
2.-	<b>NORMAL</b>	<b>N</b>

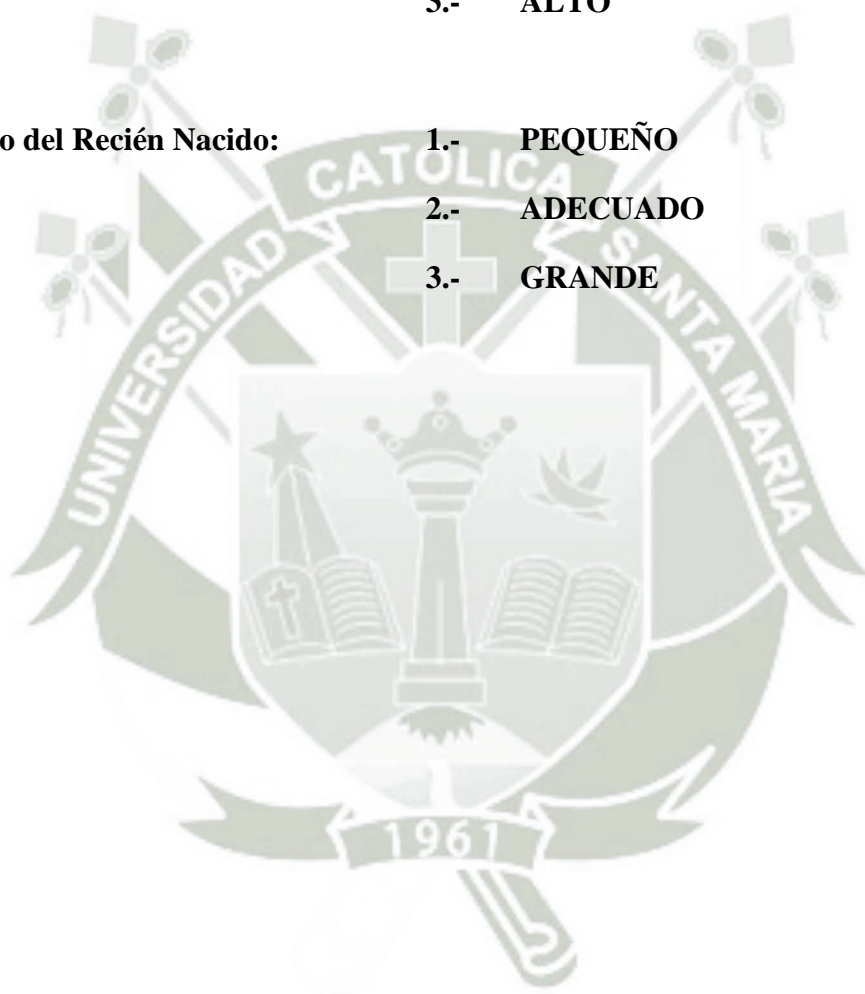
- 3.- SOBREPESO S
- 4.- OBESA O

**Ganancia de peso materno:**

- 1.- BAJO
- 2.- ADECUADO
- 3.- ALTO

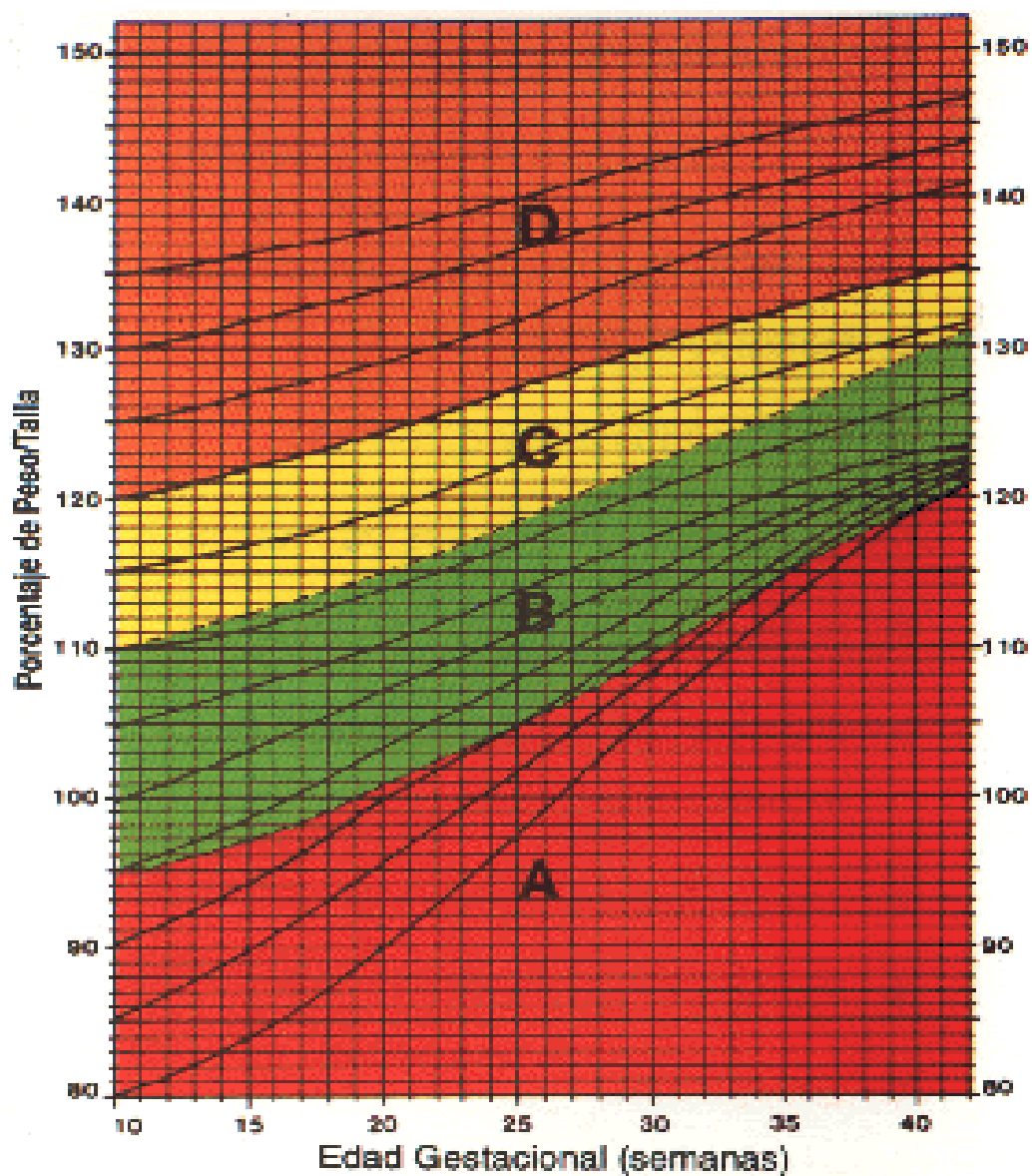
**Peso del Recién Nacido:**

- 1.- PEQUEÑO
- 2.- ADECUADO
- 3.- GRANDE



## ANEXO 2

### CURVA PATRÓN INCREMENTO PESO EMBARAZADAS



#### CATEGORIAS DE ESTADO NUTRICIONAL

<b>A</b>	Bajo Peso	<b>C</b>	Sobrepeso
<b>B</b>	Normal	<b>D</b>	Obesidad

**ANEXO 3**  
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS**

id	EDAD	EIadcod	grupo	PARIDAD	ECIVIL	OCUPACION	PESOINICIAL	TALLA	PESOFINAL	PESORN	IMCpre	Gananciadespo	IMCpreCOD	Incremento	IMCpostCOD	PRNcod
1	12	Adolescentes	Precoz	1	Soltera	Otro	54	1.56	62	3150	22.19	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
2	13	Adolescentes	Precoz	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.54	69	3130	20.66	20	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
3	14	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	53	1.54	78.5	3800	22.35	25.5	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
4	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	47	1.4	57	3620	23.98	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
5	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	60	1.55	62	3110	24.97	2	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
6	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	47	1.48	70	3000	21.46	23	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
7	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	46	1.5	55.5	3150	20.44	9.5	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
8	15	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	58	1.57	72.8	3760	23.53	14.8	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
9	14	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Otro	52	1.52	60.2	3630	22.51	8.2	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
10	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	48	1.45	63.5	2910	22.83	15.5	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
11	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	52	1.52	60.9	3230	22.51	8.9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
12	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.51	68.8	3100	23.68	14.8	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
13	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	57	1.58	61.6	3410	22.83	4.6	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
14	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Otro	50	1.54	67	3700	21.08	17	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
15	15	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Otro	56	1.52	63	3240	24.24	7	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
16	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Otro	45	1.46	62.8	3570	21.11	17.8	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
17	15	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Otro	61	1.64	83	3900	22.68	22	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
18	14	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	58	1.6	62	3400	22.66	4	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
19	14	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	52	1.45	69	3330	24.73	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
20	14	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	57	1.57	65	3320	23.12	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
21	15	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	58	1.57	72	3760	23.53	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado

22	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	57	1.5	70	2330	25.33	13	Sobrepeso	Alto	Obeso	Bajo
23	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Ama de casa	65	1.59	81	1740	25.71	16	Sobrepeso	Alto	Obeso	Bajo
24	16	Adolescentes	Intermedia	1	Casada	Ama de casa	58	1.48	70	3570	26.48	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
25	15	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Otro	72	1.58	83	3450	28.84	11	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
26	16	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	60	1.48	63	2410	27.39	3	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Bajo
27	14	Adolescentes	Intermedia	1	Soltera	Ama de casa	67	1.57	67	3320	27.18	0	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
28	16	Adolescentes	Intermedia	1	Conviviente	Otro	78	1.61	88	3920	30.09	10	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
29	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	40	1.55	52	3030	16.65	12	Bajo	Bajo	Normal	Adecuado
30	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	39	1.56	48	2760	16.03	9	Bajo	Bajo	Normal	Adecuado
31	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	46	1.59	59	3200	18.2	13	Bajo	Adecuado	Normal	Adecuado
32	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	56	1.64	58.5	3020	20.82	2.5	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
33	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	56	1.58	76	3540	22.43	20	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
34	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	51	1.58	57	3340	20.43	6	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
35	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	51	1.52	64	3580	22.07	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
36	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.44	64	3830	24.11	14	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
37	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	57	1.57	78	2040	23.12	21	Normal	Alto	Obeso	Bajo
38	18	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Otro	61	1.61	71	2870	23.53	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
39	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	52	1.58	62	2850	20.83	10	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
40	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	55	1.52	88	3100	23.81	33	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
41	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	55	1.54	60	3330	23.19	5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
42	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	46	1.57	62	2390	18.66	16	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Bajo
43	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	55	1.51	70	3070	24.12	15	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
44	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	62	1.61	78.5	4050	23.92	16.5	Normal	Alto	Obeso	Grande
45	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	50	1.64	64	3290	18.59	14	Normal	Adecuado	Normal	Adecuado
46	19	Adolescentes	Tardía	2	Conviviente	Ama de casa	42	1.48	49.8	2670	19.17	7.8	Normal	Bajo	Normal	Adecuado

47	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	52	1.58	66	4260	20.83	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Grande
48	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	42	1.49	47.5	3160	18.92	5.5	Normal	Bejo	Normal	Adecuado
49	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	54	1.52	65.5	3640	23.37	11.5	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
50	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	60	1.55	80	3970	24.97	20	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
51	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	55	1.51	71.8	3630	24.12	16.8	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
52	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	53	1.56	63.7	3530	21.78	10.7	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
53	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	46	1.5	56	3370	20.44	10	Normal	Bejo	Normal	Adecuado
54	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	41	1.41	45	2830	20.62	4	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
55	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.55	60	3360	20.4	11	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
56	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	50	1.5	61	3070	22.22	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
57	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	43	1.45	54	2620	20.45	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
58	17	Adolescentes	Tardía	2	Conviviente	Ama de casa	49	1.5	63	2800	21.78	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
59	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.45	55	2690	23.78	5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
60	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	58	1.56	68	3520	23.83	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
61	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	50	1.43	61	2620	24.45	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
62	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	55	1.56	63	3720	22.6	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
63	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	49	1.54	71	3120	20.66	22	Normal	Alto	Normal	Adecuado
64	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.51	68	3900	23.68	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
65	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	60	1.58	68	3800	24.03	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
66	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	62	1.64	65	1160	23.05	3	Normal	Bajo	Normal	Bajo
67	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	52	1.47	65.5	3560	24.06	13.5	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
68	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Otro	56	1.54	74	2710	23.61	18	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
69	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	53	1.63	66	2970	19.95	13	Normal	Adecuado	Normal	Adecuado
70	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	55	1.52	67	3650	23.81	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
71	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	56	1.59	72	3040	22.15	16	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado

72	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	50	1.58	67	3400	20.03	17	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
73	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	46	1.46	56	3450	21.58	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
74	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	52	1.47	54	3690	24.06	2	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
75	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	57	1.52	76	3000	24.67	19	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
76	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	50	1.52	58.5	3000	21.64	8.5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
77	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Amo de casa	45	1.5	63	3160	20	18	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
78	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	52	1.59	70	3450	20.57	18	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
79	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	45	1.53	60	2820	19.22	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
80	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	51	1.53	64	3730	21.79	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
81	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Amo de casa	57	1.55	68	2900	23.73	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
82	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	51	1.5	60.4	2700	22.67	9.4	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
83	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	48	1.54	61	3850	20.24	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
84	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Amo de casa	49	1.5	64	3690	21.78	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
85	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	52	1.45	75	3610	24.73	23	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
86	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	52	1.53	64	2880	22.21	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
87	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Amo de casa	48	1.49	62	3280	21.62	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
88	17	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	60	1.56	69.5	3220	24.65	9.5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
89	18	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	55	1.51	73.1	3400	24.12	18.1	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
90	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	54	1.55	65	2650	22.48	11	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
91	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Amo de casa	60	1.58	66	3000	24.03	6	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
92	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	51	1.51	75	3800	22.37	24	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
93	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	60	1.6	68	3260	23.44	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
94	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	50	1.46	63	3260	23.46	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
95	17	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	52	1.47	65	3750	24.06	13	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
96	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	56	1.57	71	3200	22.72	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado

97	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	51	1.59	64	3300	20.17	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
98	17	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	50	1.56	60	3300	20.55	10	Normal	Bejo	Normal	Adecuado
99	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	48	1.42	56	3160	23.8	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
100	18	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	49	1.46	54	3120	22.99	5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
101	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	59	1.68	67	2700	20.9	8	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
102	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.51	67	3880	23.68	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
103	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	57	1.55	69	3150	23.73	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
104	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	56	1.51	65	3030	24.56	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
105	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.57	65	3830	21.91	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
106	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	53	1.55	73	3140	22.06	20	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
107	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	52	1.56	57	2900	21.37	5	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
108	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	54	1.47	71	3600	24.99	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
109	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.45	66	3500	23.31	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
110	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	50	1.59	61.8	2820	19.78	11.8	Normal	Adecuado	Normal	Adecuado
111	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	50	1.49	58	3220	22.52	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
112	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Ama de casa	58	1.58	72.5	3950	23.23	14.5	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
113	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.55	61	3760	20.81	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
114	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	43	1.51	52	3020	18.86	9	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
115	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	56	1.55	65.4	3620	23.31	9.4	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
116	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	50	1.55	60	3590	20.81	10	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
117	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	40	1.42	51	3100	19.84	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
118	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	40	1.41	52	3420	20.12	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
119	17	Adolescentes	Tardía	2	Conviviente	Ama de casa	50	1.44	60	3100	24.11	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
120	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	48	1.48	56	3250	21.91	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
121	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	47	1.56	60	1830	19.31	13	Normal	Adecuado	Normal	Bajo

122	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Orro	43	1.47	57	3570	19.9	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
123	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	44	1.47	56	3650	20.36	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
124	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	45	1.42	59.6	3100	22.32	14.6	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
125	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	56	1.52	71	4000	24.24	15	Normal	Adecuado	Obeso	Grande
126	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	47	1.51	52	3130	20.61	5	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
127	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Orro	40	1.42	51	3100	19.84	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
128	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	56	1.56	78	3300	23.01	22	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
129	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	55	1.51	66	3650	24.12	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
130	17	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Orro	52	1.47	55	3690	24.06	3	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
131	19	Adolescentes	Tardía	3	Conviviente	Ama de casa	44	1.37	52	2710	23.44	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
132	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	48	1.42	57	3160	23.8	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
133	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	56	1.52	71	4000	24.24	15	Normal	Adecuado	Obeso	Grande
134	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.54	71	3120	20.66	22	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
135	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	58	1.55	65	3340	24.14	7	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
136	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	44	1.52	54	3510	19.04	10	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
137	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	48	1.48	65	3970	21.91	17	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
138	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	60	1.57	76	2040	24.34	16	Normal	Adecuado	Obeso	Bajo
139	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.46	54	3120	22.99	5	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
140	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Orro	56	1.48	69	4170	25.57	13	Sobrepeso	Alto	Obeso	Grande
141	18	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	64	1.48	64.5	3080	29.22	0.5	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
142	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Orro	65	1.61	84	3480	25.08	19	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
143	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Ama de casa	65	1.48	92	3290	29.67	27	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
144	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	68	1.57	89	2670	27.59	21	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
145	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Orro	57	1.5	62	3000	25.33	5	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
146	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Ama de casa	60	1.52	73	2780	25.97	13	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado

147	18	Adolescentes	Tardía	2	Conviviente	Amo de casa	60	1.46	74.2	3780	28.15	14.2	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
148	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	64	1.55	76	2240	26.64	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Bajo
149	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	65	1.56	63.4	3220	26.71	-1.6	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
150	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	59	1.5	69	2090	26.22	10	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Bajo
151	18	Adolescentes	Tardía	2	Conviviente	Amo de casa	55	1.45	67.3	3690	26.16	12.3	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
152	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	58	1.47	64	3430	26.84	6	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
153	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	60	1.53	63	3180	25.63	3	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
154	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	62	1.55	70	3680	25.81	8	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
155	18	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	58	1.51	70	3550	25.44	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
156	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	60	1.49	77	3220	27.03	17	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
157	19	Adolescentes	Tardía	1	Casada	Amo de casa	67	1.57	79	3830	27.18	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
158	17	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	56	1.45	57	2980	26.63	1	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
159	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	64	1.58	77	3140	25.64	13	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
160	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	68	1.6	74	3860	26.56	6	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
161	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	62	1.52	78	3400	26.84	16	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
162	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	60	1.52	77	3140	25.97	17	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
163	18	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	66	1.55	73	2950	27.47	7	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
164	19	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Otro	71	1.63	57	3880	26.72	-14	Sobrepeso	Bajo	Normal	Adecuado
165	17	Adolescentes	Tardía	1	Conviviente	Amo de casa	70	1.51	84	3210	30.7	14	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
166	19	Adolescentes	Tardía	1	Soltera	Otro	97	1.67	107.3	3070	34.78	10.3	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
167	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	44	1.55	45	1180	18.31	1	Bajo	Bajo	Normal	Bajo
168	20	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amo de casa	45	1.58	59	2470	18.03	14	Bajo	Adecuado	Normal	Bajo
169	29	Adultas	Adultas	2	Casada	Amo de casa	39	1.47	45	2730	18.05	6	Bajo	Bajo	Normal	Adecuado
170	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amo de casa	46	1.59	55	2610	18.2	9	Bajo	Bajo	Normal	Adecuado
171	22	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amo de casa	49	1.47	63	3570	22.68	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado

172	24	Adultas	Adultas	1	Casada	Ama de casa	60	1.57	70	4270	24.34	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Grande
173	23	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.55	58	2620	20.4	9	Normal	Bejo	Normal	Adecuado
174	24	Adultas	Adultas	2	Casada	Ama de casa	55	1.51	64	3620	24.12	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
175	24	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	56	1.52	65	3550	24.24	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
176	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	55	1.56	71	3100	22.6	16	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
177	22	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Ama de casa	48	1.53	63	3640	20.5	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
178	23	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.54	67	2200	22.77	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
179	32	Adultas	Adultas	2	Casada	Ama de casa	62	1.58	69	3650	24.84	7	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
180	32	Adultas	Adultas	3	Casada	Ama de casa	45	1.48	62.3	3850	20.54	17.3	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
181	25	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	49	1.48	59	3520	22.37	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
182	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.49	65.6	3380	22.52	15.6	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
183	27	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.65	68	3700	19.83	14	Normal	Adecuado	Normal	Adecuado
184	23	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	55	1.58	63	3230	22.03	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
185	25	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	55	1.6	62.2	3690	21.48	7.2	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
186	22	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.55	62	3480	22.48	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
187	20	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	57	1.69	68	3280	19.96	11	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
188	29	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Otro	60	1.58	73	3470	24.03	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
189	31	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	60	1.56	77	3230	24.65	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
190	29	Adultas	Adultas	1	Soltera	Ama de casa	56	1.55	70.4	3100	23.31	14.4	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
191	25	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	55	1.51	66.2	3720	24.12	11.2	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
192	24	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.54	66	3040	22.77	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
193	22	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	53	1.48	61	3780	24.2	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
194	31	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	58	1.53	66	3110	24.78	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
195	29	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	49	1.45	60	3460	23.31	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
196	28	Adultas	Adultas	2	Casada	Ama de casa	54	1.62	76	3430	20.58	22	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado

197	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amo de casa	52	1.51	61	3420	22.81	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
198	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	50	1.5	65	3200	22.22	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
199	25	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amo de casa	40	1.42	50	3060	19.84	10	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
200	25	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	50	1.49	60.2	3530	22.52	10.2	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
201	29	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amo de casa	55	1.5	66	3800	24.44	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
202	24	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	48	1.48	57	2780	21.91	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
203	24	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	54	1.5	63	3000	24	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
204	24	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	45	1.52	60	3410	19.48	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
205	26	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Otro	54	1.51	63	3580	23.68	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
206	28	Adultas	Adultas	1	Casada	Amo de casa	50	1.56	58	3190	20.55	8	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
207	23	Adultas	Adultas	1	Casada	Amo de casa	53	1.48	64	4020	24.2	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Grande
208	22	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Otro	48	1.54	63	3590	20.24	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
209	21	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	43	1.52	52	2930	18.61	9	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
210	29	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	43	1.48	55	3230	19.63	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
211	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	58	1.54	74.4	3290	24.46	16.4	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
212	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	50	1.47	58	3100	23.14	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
213	22	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amo de casa	54	1.5	66	3750	24	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
214	32	Adultas	Adultas	1	Casada	Otro	59	1.58	80	3450	23.63	21	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
215	30	Adultas	Adultas	2	Casada	Amo de casa	58	1.53	75	3910	24.78	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
216	30	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amo de casa	63	1.63	76	3670	23.71	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
217	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amo de casa	65	1.63	77	3880	24.46	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
218	22	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amo de casa	67	1.68	67	2900	23.74	0	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
219	25	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amo de casa	49	1.59	60	3480	19.38	11	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
220	30	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amo de casa	52	1.47	68	3620	24.06	16	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
221	20	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amo de casa	53	1.55	65	3410	22.06	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado

222	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	44	1.45	60	3190	20.93	16	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
223	22	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	59	1.61	70	3600	22.76	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
224	23	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	55	1.53	66	3550	23.5	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
225	20	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	54	1.52	66	3120	23.37	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
226	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amma de casa	50	1.5	58	3160	22.22	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
227	23	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	55	1.58	63	3230	22.03	8	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
228	30	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	56	1.59	64.4	2950	22.15	8.4	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
229	23	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amma de casa	50	1.51	59	3570	21.93	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
230	20	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	58	1.55	67	3400	24.14	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
231	27	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	53	1.55	59	2990	22.06	6	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
232	31	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	46	1.48	58	3330	21	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
233	20	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	56	1.5	68	3840	24.89	12	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
234	22	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	53	1.47	66	3740	24.53	13	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
235	24	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	57	1.57	67	3110	23.12	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
236	26	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	55	1.54	59	3030	23.19	4	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
237	27	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	60	1.56	72	3570	24.65	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
238	28	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	49	1.53	83	3820	20.93	34	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
239	25	Adultas	Adultas	1	Casada	Otro	47	1.5	58	3060	20.89	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
240	31	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	47	1.51	62	3720	20.61	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
241	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	49	1.5	65	4540	21.78	16	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Grande
242	27	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amma de casa	62	1.59	77	2850	24.52	15	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
243	34	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	56	1.51	66	3380	24.56	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
244	25	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	59	1.58	70	3670	23.63	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
245	28	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	47	1.43	61	2740	22.98	14	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
246	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	48	1.56	56	2960	19.72	8	Normal	Bajo	Normal	Adecuado

247	24	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	59	1.59	74	4240	23.34	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Grande
248	27	Adultas	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	57	1.52	69	3850	24.67	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
249	23	Adultas	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	62	1.58	75	3720	24.84	13	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
250	21	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	58	1.53	78	3880	24.78	20	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
251	28	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	53	1.6	68	3080	20.7	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
252	24	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	58	1.54	61	2800	24.46	3	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
253	27	Adultas	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	53	1.48	64.4	3500	24.2	11.4	Normal	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
254	24	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	54	1.54	66	3040	22.77	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
255	20	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	51	1.45	61	3610	24.26	10	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
256	20	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	48	1.44	59	3040	23.15	11	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
257	31	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	58	1.53	67	3110	24.78	9	Normal	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
258	29	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	49	1.45	60	3460	23.31	11	Normal	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
259	28	Adultas	Adultas	Adultas	2	Casada	Ama de casa	54	1.62	77	3430	20.58	23	Normal	Alto	Sobrepeso	Adecuado
260	20	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.5	65	3200	22.22	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
261	20	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	50	1.47	80	3100	23.14	30	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
262	26	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	46	1.45	61	3370	21.88	15	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
263	32	Adultas	Adultas	Adultas	4	Casada	Ama de casa	53	1.55	80	3480	22.06	27	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
264	25	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	60	1.58	72	3540	24.03	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
265	22	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	54	1.5	66	3750	24	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
266	32	Adultas	Adultas	Adultas	1	Casada	Otro	59	1.58	62	3450	23.63	3	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
267	30	Adultas	Adultas	Adultas	2	Casada	Ama de casa	58	1.53	75	3910	24.78	17	Normal	Alto	Obeso	Adecuado
268	26	Adultas	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	65	1.69	68	4060	22.76	3	Normal	Bajo	Normal	Grande
269	30	Adultas	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Otro	63	1.63	76	3570	23.71	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
270	22	Adultas	Adultas	Adultas	1	Soltera	Ama de casa	65	1.63	78	3880	24.46	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
271	22	Adultas	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	67	1.68	67	2900	23.74	0	Normal	Bajo	Normal	Adecuado

272	25	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	49	1.59	60	3480	19.38	11	Normal	Bajo	Normal	Adecuado
273	24	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	50	1.44	59	3400	24.11	9	Normal	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
274	30	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	52	1.47	66	3620	24.06	14	Normal	Adecuado	Obeso	Adecuado
275	20	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	53	1.55	65	3410	22.06	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
276	27	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	55	1.58	68	3080	22.03	13	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
277	31	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Ama de casa	49	1.56	61	2080	20.13	12	Normal	Adecuado	Sobrepeso	Bajo
278	25	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Otro	54	1.48	61	3250	24.65	7	Normal	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
279	25	Adultas	Adultas	1	Casada	Ama de casa	60	1.53	75	4080	25.63	15	Sobrepeso	Alto	Obeso	Grande
280	21	Adultas	Adultas	2	Soltera	Ama de casa	71	1.6	77	3290	27.73	6	Sobrepeso	Bajo	Obeso	Adecuado
281	29	Adultas	Adultas	3	Casada	Otro	58	1.5	75.8	3650	25.78	17.8	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
282	29	Adultas	Adultas	1	Casada	Ama de casa	60	1.5	75	3670	26.67	15	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
283	20	Adultas	Adultas	1	Soltera	Ama de casa	60	1.43	61	2620	29.34	1	Sobrepeso	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
284	26	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	59	1.48	67	2860	26.94	8	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
285	34	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	52	1.44	64	3950	25.08	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
286	21	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	55	1.47	63.2	3090	25.45	8.2	Sobrepeso	Alto	Sobrepeso	Adecuado
287	25	Adultas	Adultas	1	Casada	Ama de casa	63	1.58	77	4030	25.24	14	Sobrepeso	Alto	Obeso	Grande
288	30	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	67	1.5	67	3370	29.78	0	Sobrepeso	Bejo	Sobrepeso	Adecuado
289	28	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	60	1.48	68	4100	27.39	8	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Grande
290	28	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Ama de casa	64	1.52	74	3920	27.7	10	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
291	22	Adultas	Adultas	2	Soltera	Ama de casa	70	1.55	85	4250	29.14	15	Sobrepeso	Alto	Obeso	Grande
292	24	Adultas	Adultas	1	Soltera	Ama de casa	56	1.47	63	3310	25.92	7	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
293	33	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	66	1.54	78	3410	27.83	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
294	32	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	64	1.56	71	3540	26.3	7	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
295	25	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Ama de casa	62	1.51	71	3210	27.19	9	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
296	25	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Ama de casa	65	1.61	77	3650	25.08	12	Sobrepeso	Alto	Sobrepeso	Adecuado

297	24	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	63	1.53	78	3570	26.91	15	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
298	31	Adultas	Adultas	1	Casada	Otro	65	1.58	74	3690	26.04	9	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
299	21	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Otro	58	1.52	72	3760	25.1	14	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
300	24	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	67	1.52	75	3000	29	8	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
301	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amma de casa	58	1.52	73	2940	25.1	15	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
302	20	Adultas	Adultas	1	Conviviente	Amma de casa	60	1.52	68	3200	25.97	8	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
303	34	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	52	1.44	64	3950	25.08	12	Sobrepeso	Alto	Obeso	Adecuado
304	27	Adultas	Adultas	2	Casada	Amma de casa	62	1.57	70	3060	25.15	8	Sobrepeso	Adecuado	Sobrepeso	Adecuado
305	25	Adultas	Adultas	1	Casada	Amma de casa	63	1.58	77	4030	25.24	14	Sobrepeso	Alto	Obeso	Grande
306	30	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	67	1.5	67	3370	29.78	0	Sobrepeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
307	30	Adultas	Adultas	1	Soltera	Amma de casa	65	1.56	76	3450	26.71	11	Sobrepeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
308	28	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	68	1.5	81	3320	30.22	13	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
309	26	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	71	1.52	75	4140	30.73	4	Obeso	Bajo	Obeso	Grande
310	30	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	72.5	1.47	89	2970	33.55	16.5	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
311	32	Adultas	Adultas	3	Casada	Amma de casa	75	1.55	87	3900	31.22	12	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
312	33	Adultas	Adultas	2	Casada	Amma de casa	72	1.5	83	3500	32	11	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
313	29	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Otro	85	1.56	97	3600	34.93	12	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
314	24	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	75	1.5	94	4070	33.33	19	Obeso	Alto	Obeso	Grande
315	31	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	83	1.6	87	3810	32.42	4	Obeso	Bajo	Obeso	Adecuado
316	20	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	98	1.44	59	3040	47.26	-39	Obeso	Bajo	Sobrepeso	Adecuado
317	27	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amma de casa	83	1.65	88	3760	30.49	5	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
318	31	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amma de casa	64	1.43	65	3170	31.3	1	Obeso	Bajo	Obeso	Adecuado
319	31	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amma de casa	73	1.47	83	3610	33.78	10	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
320	26	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	69	1.51	85	3420	30.26	16	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
321	31	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amma de casa	80	1.6	86	2760	31.25	6	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado

322	34	Adultas	Adultas	5	Casada	Amas de casa	68	1.46	75	3690	31.9	7	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
323	22	Adultas	Adultas	1	Soltera	Otro	85	1.55	100	3600	35.38	15	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
324	30	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amas de casa	74	1.54	77	3500	31.2	3	Obeso	Bajo	Obeso	Adecuado
325	24	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amas de casa	75	1.5	96	4070	33.33	21	Obeso	Alto	Obeso	Grande
326	31	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amas de casa	83	1.6	87	3810	32.42	4	Obeso	Bajo	Obeso	Adecuado
327	26	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amas de casa	72	1.47	78	3680	33.32	6	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado
328	25	Adultas	Adultas	2	Conviviente	Amas de casa	74	1.51	76	4060	32.45	2	Obeso	Bajo	Obeso	Grande
329	31	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amas de casa	64	1.43	66	3170	31.3	2	Obeso	Bajo	Obeso	Adecuado
330	31	Adultas	Adultas	4	Conviviente	Amas de casa	73	1.47	83	3610	33.78	10	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
331	26	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amas de casa	69	1.51	85	3420	30.26	16	Obeso	Alto	Obeso	Adecuado
332	27	Adultas	Adultas	3	Conviviente	Amas de casa	83	1.65	89	3760	30.49	6	Obeso	Adecuado	Obeso	Adecuado