INVESTIGACIÓN

Prácticas y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. Medellín-Colombia 2015

DOI: 10.17533/udea.penh.v19n2a05

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA
ISSN 0124-4108
Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia
Vol. 19, N.° 2, julio-diciembre de 2017, p. 181-193.

Artículo recibido: 27 de noviembre de 2017
Aprobado: 10 de marzo de 2018

Juan Guillermo Barrientos Gómez[1]; Luz Estella Torres Trujillo[2]*; Francy Edith López Herrera[3]

Resumen

Antecedentes: la morbilidad y mortalidad maternas son multicausales. La adherencia al control prenatal, la edad, las condiciones socioculturales individuales y familiares inciden en la gestación. **Objetivo:** identificar factores sociodemográficos, antecedentes, prácticas alimentarias, hábitos y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad, en Medellín, Colombia, 2015. **Materiales y métodos:** estudio transversal retrospectivo en 346 mujeres posparto, seleccionadas por conveniencia y con participación voluntaria. Se indagaron características sociodemográficas, antecedentes ginecológicos, prácticas alimentarias y estilos de vida. **Resultados:** se destaca que la poca frecuencia en el consumo de alimentos fuente de hierro y folato se relacionó con el bajo nivel de escolaridad (2,35 IC95 % 1,00-5,49) y con el hecho de estar sin empleo (1,70 IC95 % 1,03-2,82). Con respecto al alto riesgo obstétrico, la edad > 25 años (1,71 IC95 % 1,11-2,66) y el consumo de sustancias ilegales (1,89 IC95 % 1,01-3,51) aumentaron el riesgo; mientras que estar empleada (0,64 IC95 % 0,42-0,99) y residir en zona urbana (OR 0,54; IC95 % 0,29-1,00) lo disminuyeron (p<0,04). **Conclusiones:** las condiciones socioeconómicas y demográficas influyeron en las prácticas alimentarias, en el alto riesgo obstétrico y en el ingreso al control prenatal. La determinación social e individual de la salud del binomio madre-hijo, así como las prácticas alimentarias, deben considerarse durante la asistencia pre y posnatal.

Palabras clave: nutrición prenatal, embarazo de alto riesgo, estilo de vida, embarazo, determinantes sociales de la salud.

1 Magíster en Investigación Socio Sanitaria. Médico cirujano. Escuela de Ciencias de la Salud, Clínica Universitaria Bolivariana, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín-Colombia. juan.barrientos@upb.edu.co

2* Autor de correspondencia. Magíster en Epidemiología. Odontóloga. Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín-Colombia. luz.torres@upb.edu.co

3 Magíster en Salud Pública. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Enfermera. Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín-Colombia. francy.lopez@upb.edu.co

Cómo citar este artículo: Barrientos JG, Torres LE, López FE. Prácticas y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. Medellín-Colombia 2015. Perspect Nutr Humana. 2017;19:181-93. DOI: 10.17533/udea.penh.v19n2a05

Practices and Lifestyles in Pregnant Women from a High Complexity Institution. Medellin-Colombia 2015

Abstract

Background: Maternal morbidity and mortality are multicausal. Adherence to antenatal care, age, and individual and family socio-cultural conditions affect the pregnancy. **Objective:** The aim of this study was to identify socio-demographic, antenatal factors, dietary practices, behaviors and lifestyles in pregnant women from a high complexity institution. Medellin-Colombia 2015. **Materials and Methods:** Cross-sectional retrospective study in 346 postpartum women, selected by convenience and voluntary participation. Socio-demographic characteristics, gynecological history, food practices, and behaviors and lifestyles practices were investigated. **Results:** Low frequency of consumption of iron and folate food sources were related to low-level education (2.35 IC95% 1.00-5.49) and unemployment (1.70 IC95% 1.03-2.82), respectively. For high risk obstetrics, age >25 years (1.71 IC95%1.11-2.66) and illegal substance consumption (1.89 IC95% 1.01-3.51) increased risk; while being employed (0.64 IC95% 0.42-0.99) and residing in urban areas (OR 0.54; IC95% 0.29-1.00) decreased risk (p<0,04). **Conclusions:** The socioeconomic and demographic conditions influenced food practices, high-risk obstetrics, and antenatal care practices. Determining social and individual characteristics of mother-child health, as well as dietary practices, should be considered during pre and postnatal care.

Keywords: Prenatal nutrition, pregnancy high-risk, lifestyle, pregnancy, social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

En el contexto colombiano, la mortalidad materna sigue siendo alta (1,2). El inicio tardío del control prenatal, la falta de apoyo social, familiar o del compañero, la tensión emocional y las dificultades para acceder a los servicios de salud son factores de riesgo atribuibles a resultados adversos de la gestación (3). En el ámbito hospitalario y en el contexto local, sería importante reconocer factores sociodemográficos, antecedentes, prácticas alimentarias, hábitos y estilos de vida para orientar la atención de la gestante, propiciando la interacción entre ella, su familia y su entorno, con el fin de proteger la salud del binomio madre-hijo.

Los determinantes en salud, tales como los hábitos saludables o estilos de vida, influyen en la disminución de la mortalidad poblacional, por lo que es necesario intervenirlos. La vulnerabilidad de las personas se desarrolla mediante relaciones de poder existentes en la sociedad, en relación con patrones de trabajo y consumo, falencias de los soportes sociales, formas culturales que conducen a maneras malsanas de vivir y llevan a las personas a enfermarse de forma diferencial, según clase social, género o etnia. Por lo tanto, los entornos que promuevan la salud y las estrategias de promoción son claves para apoyar la motivación de cambio de hábitos nocivos (4,5).

Cuando se habla de estilo de vida, se hace referencia al cómo o por qué las gestantes se comportan de cierta manera respecto al cuidado y mantenimiento de su salud y la de su bebé; toda vez que la manera de vivir e interactuar durante el embarazo, sumado a las pautas individuales de conducta y a factores socioculturales, puede incidir en la salud del binomio madre-hijo (6).

Por décadas, se han identificado los hábitos predictores de mejores condiciones de salud y menor riesgo de enfermedad, tales como dormir siete u

ocho horas diarias, tomar desayuno diariamente, no tomar alimentos entre comidas, mantener un peso adecuado, no fumar, tomar alcohol moderado o no hacerlo y realizar actividad física regularmente. La ausencia de dichos hábitos o la presencia de sus contrarios constituyen factores precursores de riesgo para la salud y son aplicables al desarrollo de la gestación (7).

Las prácticas alimentarias hacen parte del conjunto de costumbres que determinan el comportamiento humano en relación con los alimentos y la alimentación, influenciadas por el medio ambiente y trasmitidas de una generación a otra (8). Se ha determinado que durante el embarazo y la lactancia no se satisfacen por completo las necesidades nutricionales incrementadas de la madre y no existe variación alguna en la alimentación, debido a la pobreza o por falta de conocimientos nutricionales. Así, la variedad de alimentos que consumen las madres depende del acceso a ellos, y de las creencias que estas tienen sobre la alimentación (9).

La práctica de actividad física está asociada con el bienestar sicológico, mejora los niveles de ansiedad y depresión e incide beneficiosamente sobre otras emociones. Del mismo modo, el ejercicio físico durante los periodos de ocio en el embarazo se ha vinculado a desenlaces mejores; se recomienda realizar 30 minutos diarios de ejercicio físico moderado en mujeres sanas con un embarazo no complicado; se señala, además, que el ejercicio físico ayudaría a prevenir la diabetes gestacional (10,11). Así mismo, la relación entre el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco o los sicoactivos y los efectos sobre la salud está ampliamente evidenciada; se ha estimado que fumar durante la gestación aumenta la probabilidad de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y accidentes cerebro-vasculares (12).

Este estudio se realizó para identificar factores sociodemográficos, antecedentes, prácticas alimentarias, hábitos y estilos de vida en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad de la ciudad de Medellín, en el año 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal retrospectivo en una muestra no probabilística de 346 mujeres posparto, atendidas en una institución de alta complejidad, en el periodo 2014-2015. Se incluyeron mujeres mayores de 18 años, residentes en Medellín-Colombia, en condiciones físicas y mentales adecuadas. Se aplicó una encuesta semiestructurada dirigida, que indagó sobre características sociodemográficas (zona de residencia, edad, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad, régimen de aseguramiento en salud y ocupación), antecedentes ginecológicos (clasificación de paridad, inicio de control prenatal, planeación del embarazo y diagnóstico del riesgo obstétrico al ingreso), consumo de sustancias sicoactivas de origen legal e ilegal, frecuencia de actividad e inactividad física (actividad: días por semana en los que se hicieron caminatas, mínimo de 30 minutos consecutivos. Inactividad: días por semana en los que permaneció sentada/ acostada) y prácticas alimentarias durante la gestación. La información sobre el estrato socioeconómico la suministró directamente la madre, con base en la estratificación de Medellín establecida por las Empresas Públicas, la cual consta de seis categorías según la ubicación de la vivienda, siendo el estrato 1 el más bajo.

El alto riesgo obstétrico (ARO) se clasificó según CIE10 décima revisión y de acuerdo con la *Guía Colombiana de Práctica Clínica* para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio (13,14). Las prácticas alimentarias se indagaron mediante un cuestionario cualitativo sobre consumo de alimentos (CFA), que relacionó la frecuencia de consumo semanal

(sin definir porciones, falta, exceso o aporte nutricional específico) de alimentos importantes para el desarrollo de la gestación, tales como lácteos, alimentos fuente de hierro (carnes rojas y vísceras de res), frutas, verduras y alimentos fuente de folato (verduras de hojas verdes como acelga, col, espinaca), huevo y frutas (15,16). Además, se indagó sobre el consumo de otros alimentos como mecatos (chitos, papitas y otros empacados), comidas rápidas (perro, hamburguesa, pizza, etc.), grasas (mantequilla, manteca, aceite), dulces (confites, bombones, postres, helados) y bebidas azucaradas (gaseosas, jugos de caja).

Análisis estadístico

La información fue sistematizada en Excel y analizada en SPSS 22. De acuerdo con las características del estudio, se realizó un análisis univariado empleando distribuciones de frecuencias absolutas y relativas; y bivariado de tipo exploratorio, utilizando las pruebas ji al cuadrado de Pearson, valor p, OR e intervalo de confianza-IC del 95 %. Se indagaron las relaciones entre ingreso al control prenatal (tardío y temprano), ARO antes del parto (Sí/No), consumo de sustancias sicoactivas de origen ilegal (Sí/No); consumo de alimentos fuente de hierro tales como vísceras y carne de res, y consumo de alimentos fuente de folato como verduras de hojas verdes, entre ellas acelga, col, brócoli o espinacas (poco frecuente y frecuente) con variables de interés tales como la edad ($\leq$25 años / >25); estado civil (soltera / unión legal o consensual); escolaridad (estudios secundarios o menos / estudios técnicos o más); afiliación al Sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud (contributivo / subsidiado), estrato socioeconómico ($\leq$3 / >3), ocupación actual (empleada formal o informal / sin empleo); inicio del control prenatal (temprano- 1.er trimestre / tardío- 2.° y 3.er trimestre).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación fue voluntaria mediante consentimiento informado, con aprobación del Comité de Ética Institucional.

RESULTADOS

La mayoría de las mujeres participantes en el estudio habitaban en la zona urbana (86,1 %), el promedio de edad fue 27±6 años y el de embarazos 2±1. El 53 % tenía estudios secundarios o menos, más del 60 % habitaba en estrato socioeconómico 1 y 2 y el 80 % pertenecía al régimen contributivo, de acuerdo con el Sistema de Seguridad en Salud. Solo el 37,3 % tenía un empleo formal (Tabla 1).

Los antecedentes ginecológicos y obstétricos refirieron mayor frecuencia de mujeres primíparas (62,1 %), no planificación del embarazo (54,6 %), ARO (41,6 %) e ingreso tardío al control prenatal en el 24,3 % de los casos (Tabla 2). Los ARO más frecuentes fueron la ruptura prematura de membranas e hipertensión gestacional inducida por el embarazo. (Tabla 3).

Respecto a la actividad física, el 32,6 % de las madres caminaban mínimo 30 minutos, cinco días o más de la semana, pero un 22,8 % nunca o rara vez lo hacía. La inactividad física, considerando el tiempo en que la gestante permaneció sentada o acostada, fue infrecuente en el 76 % de los casos (Tabla 4).

El consumo ocasional de sustancias sicoactivas legales e ilegales se observó en el 41 % (Tabla 5). En prácticas alimentarias, el 66,5 % consumía lácteos cinco días o más, mientras que el 4,9 % nunca o rara vez lo hacía. El consumo de vísceras (hígado o bofe) fue infrecuente para el 65,6 %; mientras que el consumo de frutas, verduras y

hortalizas fue frecuente en más de la mitad de los casos. Las verduras de hojas verdes (col, brócoli, acelga o espinaca) nunca o rara vez se consumían. El 30,6 % de las participantes refirió consumir dulces y alimentos grasosos cinco días o más por semana (Tabla 6).

Tabla 1. Características socioculturales y familiares

Variables		n	%	IC95 %
Zona residencia (n=346)	Rural	48	13,9	13,3 - 14,5
	Urbana	298	86,1	85,5 - 86,7
Edad (n=346)	≤20	59	17,1	12,9 - 21,2
	21-25	92	26,6	21,8 - 31,4
	26-30	107	30,9	25,9 - 35,9
	>30	88	25,4	20,7 - 30,2
Estado civil (n=346)	Casada	94	27,2	26,6 - 27,8
	Soltera	90	26,0	25,4 - 26,6
	Unión libre	162	46,8	46,2 - 47,4
Estrato socioeconómico (n=346)	uno	60	17,4	16,8 - 18,0
	dos	152	43,9	43,3 - 44,5
	tres	110	31,8	31,2 - 32,4
	cuatro, cinco y seis	24	6,9	6,3 - 7,5
Escolaridad (n=346)	Básica primaria	10	2,9	2,3 - 3,5
	Básica secundaria	174	50,3	49,7 - 50,9
	Técnica/tecnológica	106	30,6	30,0 - 31,2
	Universitaria	56	16,2	15,6 - 16,8
Régimen de Aseguramiento en Salud (n=346)	R. Contributivo	279	80,6	80,0 - 81,2
	R. Subsidiado	67	19,4	18,8 - 20,0
Ocupación (n=346)	Ama de casa	146	42,2	41,6 - 42,8
	Con empleo formal	129	37,3	36,7 - 37,9
	Estudiante	30	8,7	8,1 - 9,3
	Independiente	41	11,8	11,2 - 12,4

Tabla 2. Antecedentes ginecológicos y obstétricos

Variables		n	%	IC95 %
Clasificación paridad (n=346)	Multípara	131	37,9	37,3 - 38,5
	Primípara	215	62,1	61,5 - 62,7
Inicio control prenatal (n=346)	Sin controles	8	2,3	1,7 - 2,9
	Trimestre I	254	73,4	72,8 - 74,0
	Trimestre II / III	84	24,3	23,7 - 24,9
Planeación del embarazo (n=346)	No	189	54,6	54,0 - 55,2
	Sí	157	45,4	44,8 - 46,0
Alto Riesgo Obstétrico (n=346)	No	204	58,9	58,3 - 59,5
	Sí	142	41,1	40,5 - 41,7

Tabla 3. Clasificación del ARO según los diagnósticos de ingreso-egreso de las mujeres posparto evaluadas

Clasificación ARO	n	%	IC95 %
Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo]	29	8,4	7,7 - 9,0
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y puerperio	23	6,6	6,0 - 7,3
Ruptura prematura de las membranas	15	4,3	3,7 - 5,0
Sufrimiento materno durante el trabajo de parto y el parto	15	4,3	3,7 - 5,0
Diabetes mellitus en el embarazo	12	3,5	2,8 - 4,1
Hemorragia precoz del embarazo	8	2,3	1,7 - 2,9
Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	7	2,0	1,4 - 2,7
Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos	7	2,0	1,4 - 2,7
Atención materna por anormalidades conocidas o presuntas de los órganos pelvianos de la madre	6	1,7	1,1 - 2,4
Preeclampsia / eclampsia	6	1,7	1,1 - 2,4
Otras complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto	14	4,0	3,4 - 4,7
Embarazo normal	204	59,0	58,3 - 59,6
Total	**346**	100,0	

Tabla 4. Actividad física durante la gestación

	Frecuencia en número de días a la semana (n=346)											
	1 a 2			3 a 4			5 o más			Nunca o rara vez		
	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Caminar 30’	77	22,0	21,7-22,9	77	22,0	21,7-22,9	113	33,0	32,0-33,2	79	23,0	22,2-23,4
Permanecer sentada o acostada	31	9,0	8,4-9,6	19	5,5	4,9-6,1	33	9,5	8,9-10,1	263	76,0	75,4-76,6

Tabla 5. Consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación

	Consumo sustancias sicoactivas (n=346)					
	No			Sí		
	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Legales (alcohol, tabaco)	204	59,0	58,4-59,6	142	41,0	40,4-41,6
Ilegales (marihuana, cocaína, etc.)	311	90,0	89,3-90,5	35	10,0	9,5-10,7

Tabla 6. Prácticas Alimentarias: frecuencia de consumo de alimentos seleccionados

	Frecuencia en número de días a la semana (n=346)											
	1 a 2			3 a 4			5 o más			Nunca o rara vez		
	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %	n	%	IC95 %
Lácteos	41	11,8	11,2-12,4	58	16,8	16,2-17,4	230	66,5	65,9-67,1	17	4,9	4,3-5,5
Vísceras	91	26,3	25,7-26,9	17	4,9	4,3-5,5	11	3,2	2,6-3,8	227	65,6	65,0-66,2
Carne de res	133	38,4	37,8-39,0	97	28	27,4-28,6	66	19,1	18,5-19,7	50	14,5	13,9-15,1
Huevo	59	17,1	16,5-17,7	88	25,4	24,8-26,0	171	49,4	48,8-50,0	28	8,1	7,5-8,7
Verduras de hojas verdes	70	20,2	19,6-20,8	40	11,6	11,0-12,2	41	11,8	11,2-12,4	195	56,4	55,8-57,0
Frutas	49	14,2	13,6-14,8	93	26,9	26,3-27,5	179	51,7	51,1-52,3	25	7,2	6,6-7,8
Mecatos	82	23,7	23,1-24,3	53	15,3	14,7-15,9	64	18,5	17,9-19,1	147	42,5	41,9-43,1
Comidas rápidas	106	30,6	30,0-31,2	21	6,1	5,5-6,7	16	4,6	4,0-5,2	203	58,7	58,1-59,3

En la estimación del riesgo, la edad < 25 años, estar soltera y un menor nivel educativo (estudios secundarios o menos) se comportaron como factores de riesgo para el ingreso tardío al control prenatal; mientras que no tener empleo favoreció un ingreso temprano. Para ARO, la edad > 25 años (1,71 IC95 % 1,11-2,66) y el consumo de sustancias ilegales (1,89 IC95 % 1,01-3,51) aumentaron el riesgo; mientras que estar empleada (0,64 IC95 % 0,42-0,99) y residir en la zona urbana (OR 0,54; IC95 % 0,29-1,00) lo disminuyeron. Un menor nivel de estudios y pertenecer al régimen subsidiado en salud estarían directamente asociados con un menor consumo de alimentos fuente de hierro (vísceras y carne de res); mientras que un mayor nivel de estudios y pertenecer a un estrato socioeconómico más alto favorecería el consumo de alimentos fuente de folato (acelgas, brócoli, espinacas, col), pero estar desempleada podría asociarse con un menor consumo de estos alimentos ($p<0,05$) (Tabla 7).

DISCUSIÓN

La evidencia sugiere que las intervenciones sobre ciertas condiciones sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de la vivienda, el mejoramiento de la educación y de los servicios públicos, contribuyen a mejorar el estado de salud de las personas, además, juegan un papel importante en el resultado del embarazo (17,18). Este estudio mostró ciertas condiciones de vulnerabilidad entre las mujeres evaluadas, tales como pertenecer a un estrato socioeconómico medio-bajo, contar con formación académica básica secundaria, convivir en unión libre, no tener empleo formal y pertenecer a una familia disfuncional; lo que influiría en el cuidado y desarrollo de su gestación. A nivel mundial, muchas mujeres fallecen por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio, en relación con condicionantes sociales, a pesar de que estas causas son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, en sistemas de salud eficientes. Lo anterior indica que las condiciones sociales de las gestantes deben considerarse en los ámbitos hospitalario o comunitario, a fin de fomentar estilos de vida saludables en esta etapa (19).

En países de ingreso medio-bajo, las mujeres tienen más probabilidades de morir que los hombres durante su periodo reproductivo. En Colombia, por ejemplo, durante 2015, el 60 % de la mortalidad materna se concentró en el 50 % de la población más pobre, lo que evidencia mayor desigualdad hacia las menos favorecidas socioeconómicamente. Las mujeres con bajos ingresos tienen nivel educativo bajo, menos acceso a servicios de salud y mayor mortalidad perinatal. Así, podría decirse que cuanto mayor sea el nivel educativo y las oportunidades sociales de las gestantes, mejor será la apropiación de la información recibida y de las conductas saludables; de modo que esto les permita identificar tempranamente alteraciones del embarazo, buscar alternativas de solución y minimizar el riesgo de enfermar o morir como consecuencia de afecciones prevenibles en este periodo (20).

Algunos antecedentes ginecológicos y obstétricos tales como el inicio tardío del control prenatal, la no planeación del embarazo y una situación de alto riesgo obstétrico fueron relevantes en la población de estudio. A estas condiciones individuales pueden asociarse los contextos culturales y sociales de las mujeres, y otros aspectos como la calidad de los servicios de salud, toda vez que la morbilidad y mortalidad maternas son complejas, multicausales e involucran la prestación de los servicios de salud, el ingreso tardío o el no tener control prenatal, la edad de la madre y las condiciones sociales de la misma, entre otros (21).

Debe considerarse la falta de planeación del embarazo y su posible relación con los embarazos no deseados, los cuales ocurren inoportunamente o en quienes no desean reproducirse, pero siguen expuestas al riesgo de embarazarse por estar en

Tabla 7. Estimación del riesgo entre variables sociodemográficas, antecedentes y prácticas

		Inicio CPN (temprano / tardío)		ARO (Sí / No)		Consumo alimentos fuente Hierro (frecuente / poco frecuente)		Consumo alimentos fuente Folato (frecuente / poco frecuente)	
		OR (IC95 %)	Valor de p	OR (IC95 %)	Valor de p	OR (IC95 %)	Valor de p	OR (IC95 %)	Valor de p
Zona de residencia (n=346)	Rural	1,03 (0,518-2,05)	0,93	1,00	**0,03**	**1,00**	**0,05**	1,01 (0,85-1,19)	0,56
	Urbana	1,00		**0,54 (0,29-1,00)**		**1,26(1,00-1,61)**		1,00	
Edad (n=346)	≤ 25 años	**1,80(1,12-2,92)**	**0,01**	**1,71(1,11-2,66)**	**0,02**	1,00	0,69	1,00	0,07
	> 25 años	1,00		**1,00**		1,09(0,71-1,67)		0,64 (0,39-1,09)	
Aseguramiento (n=346)	Contributivo	**1,29(1,04-1,58)**	**0,01**	1,00	0,33	**1,00**	**0,01**	1,00	0,15
	Subsidiado	**1,00**		1,18(0,83-1,67)		**2,09(1,19-3,67)**		1,51(0,76-2,98)	
Ocupación (n=346)	Empleada	**0,35(0,21-0,57)**	**0,00**	**0,64(0,42-0,99)**	**0,03**	1,00	0,68	1,00	**0,03**
	Sin empleo	1,00		1,00		1,09(0,72-1,67)		**1,70(1,03-2,82)**	
Escolaridad (n=346)	Estudios secundarios o menos	**2,12 (1,43-3,15)**	**0,00**	1,52(0,98-2,34)	0,06	**2,35 (1,00-5,49)**	**0,03**	1,00	**0,00**
	Estudios técnicos o más	1,00		1,00		1,00		**0,32(0,19-0,54)**	
Estrato (n=346)	≤3	1,58(0,95-2,62)	0,74	1,05(0,81-1,37)	0,68	1,00	0,16	1,00	**0,02**
	≥4	1,00		1,00		0,78 (0,51-1,21)		**0,53(0,32-0,87)**	
Estado civil (n=346)	Soltera	**1,45(1,01-2,07)**	**0,04**	1,03(0,63-1,69)	0,89	1,03(0,82-1,23)	0,46	1,10 (0,63-1,93)	0,42
	Unión legal/ consensual	1,00		1,00		1,00		1,00	
Consumo sustancias ilegales (n=346)	Sí	1,13 (0,88-1,45)	**0,04**	**1,89(1,01-3,51)**	**0,01**	1,09(0,77-1,57)	0,36	1,04 (0,84-1,23)	0,44
	No	1,00		**1,00**		1,00		1,00	

edad reproductiva y tener activad sexual sin anticoncepción. Esta condición es más frecuente entre mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque se da en todas las clases sociales. De esta manera, el no desear un embarazo puede influenciar los hábitos de la gestante, y por lo tanto el fomento de prácticas de autocuidado debe ser desde edades tempranas para contribuir a tomar decisiones planificadas (22).

Respecto al ingreso tardío al control prenatal, cabe decir que representó una condición desfavorable en las maternas evaluadas, por su implicación en la detección precoz y protección específica de problemas de salud del binomio madre-hijo. Algunos autores afirman que en la prevención del riesgo de enfermar y morir durante la gestación es fundamental la educación en salud antes y durante el control prenatal (23).

Se encontró una proporción importante de mujeres que nunca o rara vez caminaron o hicieron actividad física durante su embarazo. Al respecto, algunos autores refieren que no hay evidencia suficiente sobre los beneficios de la actividad física, en relación con la cantidad y frecuencia de la misma, durante la gestación; asunto de suma relevancia en los procesos educativos que se desarrollan en los programas de control prenatal, puesto que al no existir consenso se puede relegar la información al respecto, dejando al libre albedrío de la futura madre la decisión de hacer o no hacer actividad física (24).

Así mismo, se observó un número importante de madres que ha consumido alguna vez sustancias sicoactivas legales (alcohol, cigarrillo) e ilegales (marihuana o cocaína). La relación entre el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco o los sicoactivos y los efectos que generan en la salud está ampliamente evidenciada. Reducción de la irrigación uterina, placentaria y fetal, disminución del peso corporal, placenta previa y desprendimiento placentario y el bajo peso al nacer serían algunos ejemplos (25,26).

En cuanto a las prácticas alimentarias, el consumo de ciertos alimentos como lácteos, huevo, frutas, verduras, grasas y dulces fueron muy frecuentes entre las mujeres evaluadas; mientras que alimentos fuente de hierro y alimentos fuente de folato fueron los menos utilizados. Los hábitos alimentarios saludables son definidos como prácticas por las cuales las personas seleccionan su alimentación en función de mantener una buena salud. Durante el embarazo, es necesario alimentarse adecuadamente para disminuir resultados desfavorables. Esto supone la necesidad de acompañamiento para promover una nutrición adecuada en calidad, cantidad y de acuerdo con los requerimientos de las madres. Diferentes estudios han demostrado la importancia de realizar acciones educativas y consejería nutricional durante el control prenatal, acciones que logren despertar interés entre las embarazadas; estas deben formularse priorizando los conocimientos, intereses y creencias identificadas en cada gestante (27).

Este estudio mostró diferencias significativas entre algunas características como la edad, el estado civil y el nivel educativo con el ingreso tardío al control prenatal. Estos resultados son similares a los reportados en otros estudios, en los que algunos factores sociodemográficos serían los responsables de las bajas coberturas en los programas de control prenatal; lo anterior permite determinar la relación de la baja adherencia con edad, nivel educativo y un nivel socioeconómico bajo. Otros estudios han mostrado que las gestantes de clase alta y mejores ingresos tienen mejor adherencia al control prenatal e incluso llegan a tener cuidados médicos excesivos; en cambio, las mujeres de clase social baja presentan ingreso tardío y menor posibilidad de realizarse los exámenes necesarios, tomar micronutrientes y planificar su embarazo (28). Estos resultados interesan por cuanto un control prenatal adecuado, es

decir, la planificación, organización y seguimiento del preparto y posparto permiten identificar factores de riesgo para instaurar oportunamente acciones preventivas y terapéuticas durante el embarazo.

Diferentes estudios han aportado información sobre los aspectos que pueden llevar a feliz término la gestación, tales como la prevención y tratamiento de riesgos y la transición efectiva entre el trabajo de parto y el nacimiento (29). Aspectos como la autoestima y autonomía de las madres ayudarían a una maternidad segura. Así mismo, un cuidado prenatal de calidad debe involucrar prácticas clínicas eficientes; información pertinente, oportuna y apoyo emocional; los cuales deben suministrarse por profesionales con competencias clínicas e interpersonales altas, dentro de un sistema de salud de alta calidad (30,31).

En este estudio, la edad y y el hecho de reconocer el consumo de sustancias ilegales se relacionaron con ARO; mientras que estar empleada y residir en la zona urbana se comportaron como factores protectores. Al respecto, la evidencia ha mostrado que los comportamientos o conductas maternas y ciertas condiciones crónicas están asociados a resultados adversos en la gestación (32).

En cuanto a la dieta, la evidencia científica y las guías de práctica clínica reconocen que el estado nutricional incide en la gestación. Aspectos negativos como la obesidad y la ingesta insuficiente de micronutrientes, como ácido fólico, en relación con las condiciones sociales de las madres, se asocian a resultados adversos del embarazo (33). En este estudio, se observó baja frecuencia de consumo de alimentos fuente de hierro en relación con un menor nivel de estudios y con el hecho de pertenecer al régimen subsidiado en salud. Al contrario, un mayor nivel de estudios y un estrato socioeconómico medio-alto favorecieron una mayor frecuencia de consumo de alimentos ricos en folato. Al respecto, cabe resaltar que en una cohorte de mujeres gestantes noruegas, durante 2002-2007, se observó que el nivel educativo y los ingresos se relacionaron significativamente con la frecuencia de consumo de alimentos como leche, huevos, frutas, vegetales y carne; lo que reafirma que el nivel educativo y los ingresos altos se asocian con un mejor estado nutricional (34). Así mismo, un estudio sobre la calidad de la dieta en población alemana adulta mostró que el consumo de vitaminas y minerales en las mujeres se relacionó significativamente con factores tales como los ingresos, la diversidad en la alimentación, la ingesta energética diaria, el nivel de estudios y la actividad deportiva (35). Otros estudios realizados sobre prácticas alimentarias en gestantes han encontrado que las futuras madres reconocen la importancia de comer sano y hacer cambios saludables durante este periodo, sobre todo por las consecuencias positivas de estos cambios para el bebé (36,37). Consecuentemente, son necesarias las estrategias que impacten positivamente los hábitos de las mujeres antes, durante y después de la gestación. Es importante afianzar la cultura del cuidado alrededor de la maternidad, mediante acompañamiento efectivo y constante para procurar los mejores cuidados posibles a la madre, al niño y a la familia. Finalmente, cabe anotar que las prácticas identificadas en las madres participantes, en relación con la alimentación, la actividad física y el consumo de sustancias sicoactivas, conducen a la necesidad de realizar intervenciones educativas en estos aspectos (38,39).

CONCLUSIÓN

Este estudio proporciona la línea de base para caracterizar este tipo de población. Permite aportar información sobre la identificación de factores sociales y comportamentales que inciden en los estilos de vida y en las prácticas alimentarias de las gestantes en un contexto institucional, para orientar futuros proyectos de intervención.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que participaron en esta investigación y a la Clínica Universitaria Bolivariana.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Indicadores Básicos 2014. [Internet]. Bogotá D.C; 2015. [Citado agosto de 2017]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Indicadores-basicos-salud-2014.pdf.
2. República de Colombia, Alcaldía de Medellín, Colombia. Indicadores Básicos 2015. [Internet]. Medellín; 2015. [Internet]. Medellín; 2015. [Citado agosto de 2017]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared%20Content/Libros%20de%20indicadores/indicadores2015.pdf
3. Chamy PV, Cardemil MF, Betancour MP, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009;74(6):331-8. DOI: 10.4067/S0717-75262009000600003
4. White O, McCorry NK, Scott-Heyes G, Dempster M, Manderson J. Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. J Reprod Infant Psychol. 2008;26(2):74-85. DOI: 10.1080/02646830801918455
5. Redshaw M, Martin C. Babies, bonding and ideas about parental attachment. J Reprod Infant Psychol. 2013;31(3):219-21. DOI: 10.1080/02646838.2013.830383
6. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2008;37(3):315-28. DOI:10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x
7. Goldman N, Glei DA, Weinstein M. What Matters Most for Predicting Survival? A Multinational Population-Based Cohort Study. PLoS One. 2016;11(7):1-11. DOI: 10.1371/journal.pone.0159273
8. Busdiecker S, Castillo C, Salas I. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. Rev Chil Pediatr. 2000;71(1):5-11. DOI: 10.4067/S0370-41062000000100003
9. Pardo MP, Núñez NA. Estilo de vida y salud en la mujer adulta joven. Aquichan. 2008;8(2): 266-84. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n2/v8n2a13.pdf
10. Barakat R, Cordero Y, Rodríguez G, Stirling JR, Zakynthinaki M. Actividad física durante embarazo, su relación con la edad gestacional materna y el peso de nacimiento. Rev. int. cienc. 2010;6(20). DOI: 10.5332/ricyde2010.02003
11. Jimenez, M, Martinez P, Miro E, Sánchez A. Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. Int J Clin Health Psychol. 2008;8(1):185-202. Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33780113
12. Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani F, Nasiri N. History of perinatal loss and maternal–fetal attachment behaviors. Women Birth. 2013;26(3):185-9. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.04.005
13. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Ginebra; 1989.
14. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio Bogotá D.C: Ministerio de salud y protección social; 2013.
15. Lee R, Nieman DC. Nutritional Assessment: Meas uring Diet. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill; 2013.

16. OMS. Guideline: Daily iron and folic supplementation in pregnant women. Geneva; 2012.

17. Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p.177-97.

18. The World Bank. World Development Report 2012. Gender equality anddevelopment. Washington DC. The World Bank Press; 2012.

19. The World Bank. World Development Report 2015. Mind, Society, and Behavior. Washington DC. The World Bank Press; 2015.

20. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. [Internet]. Medellín; 2015. [Citado agosto de 2017]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/IndicadoresyEstadsticas/Shared%20Content/Libros%20de%20indicadores/indicadores2015.pdf

21. Rivas E. Vásquez D. Morbilidad materna extrema en una clínica obstétrica colombiana. Rev.cienc.biomed. 2016;7(1):54-61. Disponible en: http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1402

22. Morales Díaz, Solanelles AM, Mora SR, Miranda O. Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Rev Cub Med Mil. 2013;42(2):153-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n2/mil04213.pdf

23. Jiménez A, Samper MP, Marqueta A, Rodríguez G, Nerín I. Prevalencia de tabaquismo y exposición al humo ambiental de tabaco en las mujeres embarazadas: diferencias entre españolas e inmigrantes. Gac Sanit. 2012;26(2):138-44. Disponible en: DOI:10.1016/j.gaceta.2011.07.015

24. Saidman N, Raele MG, Basile M, Barreto L, Mackinonn MJ, Poy MS, et al. Conocimientos, intereses y creencias sobre alimentación y nutrición en gestantes. Diaeta. 2012;30(139):18-27. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v30n139/v30n139a04.pdf

25. Cáceres FM. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(2):165-70. Disponible: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf

26. Moya D, Guiza IJ, Mora MA. Ingreso Temprano al Control Prenatal en una Unidad Materno Infantil. Cuidarte. 2010;1(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v1n1/v1n1a07.pdf

27. Haddrill R, Jones GL, Mitchell CA, Anumba DO. Understanding delayed access to antenatal care: a qualitative interview study. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:207. DOI: 10.1186/1471-2393-14-207

28. Kapaya H, Mercer E, Boffey F, Jones G, Mitchell C, Anumba D. Deprivation and poor psychosocial support are key determinants of late antenatal presentation and poor fetal outcomes-a combined retrospective and prospective study. BMC Pregnancy and Childbirth.2015;15:309. DOI: 10.1186/s12884-015-0753-3

29. Downe S, Finlayson K, Tuncalp Ö, Metin Gulmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4):529-39. DOI:10.1111/1471-0528.13819

30. Robbins Ch, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger Ch, Morrow B, Ahluwalia et al. Core State Preconception Health Indicators — Pregnancy Risk Assessment Monitoring System and Behavioral Risk Factor Surveillance System. MMWR. 2014;63(3):1-61. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6303.pdf

31. Perry RJ, Keller PA, Fraser D, Fiore MC. Fax to quit: a model for delivery of tobacco cessation services to Wisconsin residents. WMJ. 2005;104(4):37-40. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16117232

32. Bish CL, Farr S, Johnson D, McAnally R. Preconception health of reproductive aged women of the Mississippi River Delta. Matern Child Health J. 2012;16(Spl 2): 250-7. DOI 10.1007/s10995-012-1166-9

33. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion Number 486, August 2011. At-risk drinking and alcohol dependence: obstetric and gynecologic implications. Obstet Gynecol. 2011;118(1):383-8. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31822c9906

34. Torjusen H, Brantsæter A, Haugen M, Lieblein G, Stigum H, Roos G, et al. Characteristics associated with organic food consumption during pregnancy; data from a large cohort of pregnant women in Norway. BMC Public Health. 2010;10:775. DOI: 10.1186/1471-2458-10-775

35. Thiele S, Mensink GB, Beitz R. Determinants of diet quality. Public Health Nutr. 2004; 7(1):29-37. DOI: 10.1079/PHN2003516

36. Torres LE, Ángel G, Calderón G, Fabra JC, López SC, Franco MA, et al. Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia. 2010. Perspect Nutr Humana. 2012;14:185-98.

37. Palombarini AF, Malta M, García CM, Barros MA, D'Aquino MH, Pamplona VL. Nutritional practices of expectant mothers supported by a Family Health Unit: an exploratory study. Braz J Nurs. 2014;13(2):186-97. DOI: 10.5935/1676-4285.20144227

38. Floyd RL, Johnson KA, Owens JR, Verbiest S, Moore CA, Boyle C. A national action plan for promoting preconception health and health care in the United States. J Womens Health. 2013; 22(10):797-802. DOI: 10.1089/jwh.2013.4505

39. Xaverius PK, Salas J. Surveillance of preconception health indicators in Behavioral Risk Factor Surveillance System: emerging trends in the 21st century. J Womens Health. 2013; 22(3):203-9. DOI: 10.1089/jwh.2012.3804