



Salus

ISSN: 1316-7138

ISSN: 2443-440X

salus@uc.edu.ve

Universidad de Carabobo

Venezuela

Hernández-Rojas, Pablo E.  
La Desnutrición materna en Venezuela  
Salus, vol. 22, núm. 3, 2018, Septiembre-, pp. 5-8  
Universidad de Carabobo  
Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375964054002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

LUENA  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

## La Desnutrición materna en Venezuela.

Maternal Malnutrition in Venezuela.

*Venezuela, uno de los países más ricos de las Américas, con mayores recursos hidrográficos, alimentarios, minerales, petroleros, ganaderos y con recursos humanos nacionales y extranjeros que encontraron en sus tierras área fértil para el progreso social e individual, en el año 2019 es catalogada como un país con necesidades que se asemejan a países en guerras de larga data o con desastres naturales de gran escala.*

*Este fenómeno destructivo se ha producido por múltiples factores, pero principalmente por las políticas económicas del Estado que basaron la economía en un modelo socialista en donde la producción industrial fue atacada por el gobierno nacional, así como la falta de estímulo al emprendimiento, al desarrollo económico, al progreso individual como base financiera primaria, y con promoción a la dependencia al Estado centralista para poder satisfacer las necesidades alimentarias de la población más vulnerable a través de programas sociales basados en regalos de comida, bonos y regulación de precios de productos, bienes y servicios que generaron en escasez de alimentos, bienes básicos.*

*En esta edición Salus ha seleccionado para el Tópico de Actualidad al Prof. Pablo Emilio Hernández Rojas, Investigador de la Unidad de Investigación en Perinatología "Dr. Pedro Faneite", Hospital Prince Lara, Universidad de Carabobo, Venezuela, para tratar este interesante tema.*

### Comité Editorial

La República Bolivariana de Venezuela tiene, en materia alimentaria, una dependencia del gobierno cada vez mayor cuanto más pobre es la población, donde el acceso a la comida se convierte en la pena de tener que realizar largas colas para obtener dinero en efectivo, luego otras colas para obtener productos con precios regulados o simplemente esperar la llegada a la comunidad de las cajas CLAP (Comité Local de Abastecimiento y Producción), con frecuencia de una o dos veces al mes. La dieta familiar de los estratos sociales más bajos (Graffar IV), se basan en tubérculos como yuca, plátano y los productos de la caja CLAP, que son de bajo contenido alimenticio y altos en carbohidratos. Las pocas proteínas disponibles son de origen vegetal (granos como la lenteja) y la disposición en baja frecuencia mensual de sardinas (la proteína más barata disponible).

Para la población más pobre la disponibilidad de alimentos definirá el consumo en el ambiente familiar, y las dietas altas en carbohidratos y bajas en proteínas son la constante, (1) a diferencia de la población de mayor ingreso económico, cuyas dietas son más balanceadas. La escasez de alimentos en los mercados hace que los venezolanos tengan que comprar sólo los productos de manera parcial y para poder hacer una compra completa, debe acudir al mercado negro con precios muy elevados para suplirse de algunos productos necesarios para el normal funcionamiento familiar.

La Fundación Bengoa publicó en 2017 que el 35% de la población tiene alimentación de sobrevivencia, (2) cifra que debe haberse incrementado en los años siguientes. En el año 2016, la Asamblea Nacional de Venezuela decretó la "Emergencia Alimentaria", (3) negada por el Gobierno Nacional, basada en "el modelo económico impuesto por el

Ejecutivo Nacional basado en el estatismo, expropiaciones arbitrarias, controles abusivos de precios, y en desprecio de la iniciativa privada en la economía que ha tenido como resultado el colapso a niveles históricos en la producción nacional". Para ese momento, la inflación en Venezuela era del 700% anual. Para el año 2018, la inflación acumulada sobrepasó el 1.000.000%. Con un sueldo mínimo que apenas se incrementó en 1933% en el 2018, ubicándose en 5 dólares americanos mensuales. Más de la mitad de la población venezolana tiene como ingreso un salario mínimo mensual, y con esa cantidad de dinero debe satisfacer todas las necesidades económicas familiares (3).

Ante esta situación oprobiosa, la Asamblea Nacional decreta la crisis humanitaria compleja, pues no es solo el aspecto económico el comprometido en el país, sino que al problema alimentario se agregan deficiencias en la disponibilidad de medicamentos, en la posibilidad de tener agua potable en las grandes ciudades, la baja calidad de la vialidad, la poca capacidad de la población para la adquisición de vivienda, transporte propio o público, escasez de gasolina, mal servicio eléctrico, todo esto empeorado por la inseguridad social, laboral, la deficiente asistencia en los hospitales con muy pocos recursos y la emigración del personal de salud bien capacitado hacia otros países huyendo de la crisis y la poca capacidad del pueblo en denunciar las fallas por miedo a la violencia, encarcelamiento y vilipendio por parte del Ejecutivo por el aparato represor civil, militar y judicial del Estado.

En este contexto, la salud sexual de la mujer venezolana se encuentra comprometida por los siguientes factores: bajo nivel educativo, lo que se evidencia presencia de

embarazos a edades precoces e incluso estimuladas por el Estado, con otorgamiento de bonificaciones económicas durante sus embarazos. Las maternidades del país cuentan en buena parte con programas de postgrado en ginecología y obstetricia que, en teoría, promueven la salud según sus planificaciones, pero en la práctica las deficiencias hospitalarias no permiten el correcto manejo obstétrico con parámetros de este siglo. La legislación vigente también promueve la humanización del nacimiento con instituciones hospitalarias que se alejan de este propósito, y dicho programa social es entendido por el Estado como una oportunidad de otorgar escasos beneficios económicos a la mujer embarazada por el tiempo que dure su gestación.

Humanizar al nacimiento implica un concepto holístico muy lejano a lo que una mujer vive durante el embarazo y parto en instituciones hospitalarias que no han sido adecuadas para tal fin, (4) donde incluso las mujeres hospitalizadas no reciben alimentación de ningún tipo, en muchos casos, con la excepción de lo que le traen sus familiares u otras pacientes. La merma en los medicamentos oxitócicos, anestésicos, tocolíticos, antibióticos, insumos médicos básicos como material para la atención correcta de los partos o cesáreas, intervenciones ginecológicas básicas, etc., son solo parte del gran problema que dista mucho de una atención humana a la embarazada.

Y desde el punto de vista alimentario, dichas mujeres se encuentran a nivel de supervivencia, no de discriminación de alimentos de calidad, orgánicos, amigables con el ambiente ni mucho menos con calidad nutritiva. Los suplementos nutricionales recomendados por la Organización Mundial de la Salud (hierro, ácido fólico, calcio, multivitamínicos) están lejos del presupuesto familiar y solo son otorgados de manera parcial a aquellas pacientes que acuden a algunos centros de salud de primer nivel y que tienen la suerte de obtener parcialmente alguno de los medicamentos.

Por supuesto, sin contar las necesidades de la embarazada con alguna patología de base, donde los costos de la atención médica y de los requerimientos de medicinas e insumos se incrementan exponencialmente.

En estas líneas se encuentra la desnutrición causada por el aspecto social venezolano, y no secundario a procesos patológicos.

La realidad es que la mujer embarazada acude al control prenatal en condiciones de salud afectadas por la situación económica y social y presenta las complicaciones del parto y puerperio propias del mayor de los problemas que nacen como consecuencia directa de la crisis:

La desnutrición materna: saber si una embarazada sufre de desnutrición no es fácil, pues es infrecuente encontrar déficit nutricional específico (proteico, calórico o mixto) en un adolescente o adulto. Y el aumento de su volumen corporal enmascara el cuadro a la simple inspección.

Para diagnosticarlo hay que sospecharlo. Muchas de las complicaciones obstétricas y postoperatorias son consecuencia de este problema, pero el registro de los casos pasa desapercibido por los médicos, por lo que se debe advertir que en período de crisis es mandatorio el diagnóstico para el correcto registro de los casos.

La mujer embarazada desnutrida tendrá signos clínicos dependiendo de la severidad de la afectación, por lo que el interrogatorio orientado a la situación nutricional es de suma importancia. Un recuento de las comidas ingeridas en las 24 horas previas a la consulta dará una idea al clínico de la calidad de alimentación de la embarazada.

En el contexto social venezolano, la presencia de desnutrición por privación proteica podría ser más frecuente que la calórica, pues la alimentación de la población está basada en alto consumo de carbohidratos y pobre ingesta de proteínas. Esto genera un desafío clínico, pues se puede presentar una embarazada incluso con sobrepeso y tener una desnutrición proteica, con las consecuencias patológicas para ella y su prole.

Es por esto que se debe insistir en tener mucho cuidado al tomar en cuenta solamente parámetros como el peso o índice de masa corporal para la evaluación nutricional.

**Desnutrición proteica:** se ve acompañada de los siguientes signos y síntomas:

*Edema.* Esta condición es difícil de contextualizar en la mujer embarazada por cuanto es parte de los cambios fisiológicos de la gestación. La característica es que el momento de su aparición es más temprana (antes de las 36 semanas) y que no se asocia a procesos patológicos subyacentes, como nefropatías, trastornos hipertensivos del embarazo entre otros. El edema es debido a hipoalbuminemia, lo cual extravasa los líquidos al espacio intersticial con el consecuente edema. Puede llegar a niveles de anasarca, situación ésta infrecuente en el edema fisiológico de final del embarazo.

*Disminución de la inmunidad humoral.* Secundario a la disminución de inmunoglobulinas que predisponen a la embarazada a infecciones. Más peligroso en puerperios quirúrgicos en las post-cesareadas y en las pacientes a quienes se realizó episiotomía. Es causa subyacente de mortalidad materna que difícilmente es reportada en la historia clínica.

*Seromas y abscesos de pared.* El edema y la disminución de la inmunidad son productoras de seroma y luego la infección de los mismos, por cuanto un absceso de pared en la cicatriz de la cesárea es muy frecuente en las desnutriciones proteicas.

*Síndrome anémico.* Lo más frecuente son anemias microcíticas e hipocrómicas, pero también pueden

encontrarse macrocíticas. La falta de proteínas disminuye los aportes de hierro y el edema intersticial intestinal disminuye aún más la absorción de este mineral, así como otros como el magnesio y el zinc, necesarios para la formación de la molécula de hemoglobina. Los niveles de transferrina también están disminuidos, y el déficit de oxigenación materna secundaria ofertará menos oxígeno al paso transplacentario, con los efectos fetales subsiguientes.

*Fetos pequeños para la edad gestacional (PEG).* El crecimiento fetal inadecuado tiene varios factores etiológicos en la desnutrida: Escaso aporte de oxígeno por tratarse de una madre anémica, lo cual ocasionará una redistribución de flujos sanguíneos que causarán fetos PEG. Disfunción placentaria por el acúmulo de solutos en la membrana de los capilares vellositarios, así como depósitos de colesterol y triglicéridos propios de las dietas altas en carbohidratos. Cambios en los capilares vellositarios pueden observarse en dietas hipercalóricas, hipoproteicas. (5) Es rara la aparición de insuficiencia placentaria por desnutrición, lo cual si ocasionaría restricción del crecimiento fetal (caracterizado por trastornos hemodinámicos evidenciables por Doppler). La calidad de la neuroformación, hepatoformación, así como otros segmentos de la economía fetal no son evidenciables desde el punto de vista clínico, pero están bien estudiados los efectos de la privación proteica en la programación fetal. (6)

*Mala calidad de pelo y uñas.* En general, la síntesis de colágeno y los signos clínicos en piel son muy sutiles, pero la paciente nota la mejoría al instalar el tratamiento. La piel suele estar más adelgazada, pero los cambios en el adulto son muy leves.

*Hepatomegalia leve.* Evidenciable principalmente en embarazadas adolescentes.

*Síntomas psiquiátricos leves.* Como depresión, apatía y desgano.

**Desnutrición calórica:** aunque no es frecuente en Venezuela, es la idea del desnutrido que tiene el vulgo médico. Es más fácil de diagnosticar por el aspecto emaciado de la embarazada por la delgadez extrema.

El síntoma típico es la pérdida de peso o la falta de ganancia de peso en los controles prenatales. Puede presentarse acompañado de déficit proteico y así presentar signos mixtos. (7) Es común encontrar deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos en estas pacientes. Las malformaciones fetales tales como defectos del tubo neural son causados principalmente por déficit de ácido fólico presente en falta de ingesta de frutas, verduras y proteínas, por lo que ante tal hallazgo fetal se debe realizar una evaluación nutricional exhaustiva.

El manejo correcto de la embarazada desnutrida comienza con su identificación y registro en la historia clínica. El

subregistro de los casos hace que las políticas de salud al respecto se realicen de manera inadecuada. Los directores médicos de los hospitales y los servicios de epidemiología deben instruir a todo el personal de salud para la sospecha, diagnóstico y manejo de cada caso de manera individual y colectiva.

Ante toda complicación materno fetal se impone el manejo multidisciplinario, por lo cual la embarazada con desnutrición debe ser referida a consulta de alto riesgo obstétrico para la correcta vigilancia materno fetal. El equipo de profesionales que debe citarse en estos casos, además del obstetra tratante, será con el nutrólogo o nutricionista para tratamiento dietético adecuado, medicina materno fetal para la vigilancia fetal y vigilancia del protocolo materno ante la anemia, hematólogo para descartar patología de la serie roja en la biometría hemática, neonatología para conocer y prepararse ante recién nacido de riesgo, psicología y trabajadores sociales para el correcto manejo personal y comunitario en cuanto a corrección de factores ambientales al respecto. El recién nacido hijo de madre desnutrida también debe ser manejado por un equipo multidisciplinario liderado por el neonatólogo tratante.

Una dieta que supla los requerimientos ante el déficit proteico y calórico es mandatoria. Las proteínas a elegir serán las de alto valor biológico y con bajo impacto renal y hepático. La dieta debe ser calculada según el peso ideal materno para su edad gestacional y debe ser hiperproteica, incluso en casos de desnutrición proteico-calórica. (7) Las recomendaciones dietéticas deben orientarse a evitar la sobrealimentación, en especial con comidas grasosas o de bajo valor nutritivo.

Ante complicaciones infecciosas, hepáticas, fetales se aplicará el tratamiento según el caso en particular sin dejar de realizar el manejo nutricional. Los suplementos nutricionales no son diferentes que los recomendados en los casos de las pacientes no desnutridas. Los suplementos de hierro, ácido fólico y calcio serán obligatorios, y los suplementos proteicos como la administración de L-Carnitina o batidos de proteínas pueden ser un buen complemento alimenticio. (8) En Venezuela, con el alto costo de las medicinas y suplementos nutricionales, se recomienda insistir con el hierro, ácido fólico y calcio pues cuentan con mayor nivel de evidencia para el tratamiento de sus déficits particulares.

Para concluir podríamos decir que el manejo de la embarazada con desnutrición es un asunto familiar. Se debe involucrar a la familia completa en función de proteger el bienestar de la mujer embarazada. El tratamiento de los déficits específicos de nutrientes debe ser monitoreado por nutricionistas y servicio social, lo cual debe comprender: tratar y prevenir hipocalcemia, hipotermia y deshidratación, corregir desbalances hidroelectrolíticos, tratar y prevenir infecciones, corregir déficit de micronutrientes y proveer seguimiento y estimulación sensorial y psicológico, así como hacer el seguimiento postparto en la familia por el alto

riesgo de que otros miembros de la familia estén en igual situación de privación. (9)

La mejoría de las condiciones sociales, lejos de depender del equipo médico, son necesarios para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal de las gestantes venezolanas, y la responsabilidad al respecto depende, en gran parte, de las medidas en materia económica del Poder Ejecutivo.

La inclusión de paciente desnutrida en la morbilidad hospitalaria dará mayores armas a los especialistas en salud pública para promover políticas que se orienten a mejorar la calidad de alimentación en las embarazadas, en especial en los ambientes sociales con menores recursos. Por lo tanto, es responsabilidad del equipo médico el registro adecuado de los casos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Celis Y, Gouveia G, Lezama H, Valbuena D, García M, Henríquez M, et al. Nutrición en gestantes y aumento de peso según estratos socioeconómicos, experiencia en Aragua, Venezuela. JONNPR. 2018 Jul; 3(7): p. 484-496.
2. Ramírez G, Vasquez M, Landaeta-Jiménez M, Herrera M, Hernandez P, et al.. Estudio Venezolano de Nutrición y Salud: Patrón de consumo de alimentos. Grupo del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud. An Venez Nutr. 2017; 30(1): p. 38-52.
3. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. www.asambleanacional.gob.ve. [Online].; 2019 [cited 2019 marzo 23. Available from: [http://www.asambleanacional.gob.ve/noticias/\\_julio-borges-este-jueves-declaremos-la-emergencia-alimentaria](http://www.asambleanacional.gob.ve/noticias/_julio-borges-este-jueves-declaremos-la-emergencia-alimentaria).
4. Hernández-Rojas PE. Humanizando al nacimiento. 1st ed. Castellanos H, editor. La Victoria: Vida Alternativa; 2007.
5. Hernández-Rojas PE, Antequera I, Hermoso J, Ruiz J, Castejón O, Infranco M. Estudio vascular de la vellosidad placentaria en pacientes con ganancia excesiva de peso durante la gestación. Electron J Biomed 2016;3:9. 2916; 3(9): p. 9-21.
6. Hernández-Rojas PE, Hernández A, García de YM. ¿Podemos los obstetras programar una sociedad más sana? Rev Obstet Ginecol Venez. 2017; 77(2): p. 133-142.
7. Lowensohn RI, Stadler DD, Naze. Current Concepts of Maternal Nutrition. Obstetrical and gynecological survey. 2016; 71(7): p. 413-426.
8. Da Silva Lopes K, Ota E, Shakya P, et al. Effects of nutrition interventions during pregnancy on low birth weight: an overview of systematic reviews. BMJ Glob Health. 2017; 2(e000389).
9. Benjamin Onecia LSL. Kwashiorkor. Treasure Island.: Statpearls Publishing; 2018.

**Pablo E. Hernández-Rojas**

*E-mail: pabloehr@gmail.com*

*Departamento Clínico Integral de La Victoria*

*Facultad de Ciencias de la Salud sede Aragua*

*Universidad de Carabobo. Venezuela.*

# Salus