

Factores de riesgo nutricionales y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo

Nutritional and cultural risk factors associated with anemia in pregnant women in Somotillo

Fatores de risco nutricionais e culturais associados à anemia em mulheres grávidas em Somotillo

Perla Indira Zeledón Zeledón¹, Lazo Marín Cristina Ceferina²,
Espinal Montoya Jennsi Hidalía³

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo nutricional y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo. **Método:** estudio de casos y controles anidados, con mujeres embarazadas entre agosto y noviembre de 2016 en centros de salud cabecera. Los factores se identificaron mediante el cálculo de odds ratio a través del programa estadístico SPSS versión 22. **Resultados:** la mayoría de las embarazadas se encuentran entre 14 a 24 años, con estado civil de unión libre, nivel académico universitario, en la ocupación amas de casa, con religión católica y procedencia urbana, con antecedente preconcepcional del IMC mayor de 23. **Conclusión:** se concluyó que de las variables nutricionales que se comportaron como factor de riesgo fue el no consumir los suplementos de ácido fólico y hierro, y de la variable de los factores culturales que se comportó como factor de riesgo fue el inapropiado consumo de tacos, pozol, chicha de maíz como alimentos de costumbre.

Descriptor: Salud Pública; Complicaciones del Embarazo; Anemia.

ABSTRACT

Objective: to identify nutritional and cultural risk factors associated with anemia in pregnant women in Somotillo. **Method:** study of nested cases and controls, with pregnant women between August and November of 2016 in health centers. Factors were identified by the calculation of odds ratio through the statistical program SPSS version 22. **Results:** the majority of pregnant women are between 14 and 24 years of age, with a marital status of free union, university academic level, occupation of housewives, with catholic religion and urban origin, with a preconceptional antecedent of the BMI greater than 23. **Conclusion:** it was concluded that of the nutritional variables that behaved as a risk factor was not to take supplements of folic acid and iron, and the

¹Enfermera. Profesora de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciências Médicas. Escuela de Enfermería. León - Nicaragua. E-mail: perlanov@gmail.com **Autor principal** - Dirección de envío: 5ta Av. SE, León - Nicaragua.

²Estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciências Médicas. Escuela de Enfermería. León - Nicaragua. E-mail: cristynlazo@gmail.com

³Estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León. Facultad de Ciências Médicas. Escuela de Enfermería. León - Nicaragua. E-mail: jensiespinal@gmail.com

variable of cultural factors that behaved as a risk factor was the inappropriate consumption of tacos, pozol, Corn chicha as usual food.

Descriptors: Public Health; Pregnancy Complications; Anemia.

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores de risco nutricional e culturais associados à anemia em mulheres grávidas em Somotillo. **Método:** estudo de caso-controle aninhado, com mulheres grávidas entre agosto e novembro de 2016, no centros primários de saúde. Os fatores foram identificados calculando odds ratio através SPSS 22. **Resultados:** a maioria das mulheres grávidas estão entre 14 e 24 anos, com estado civil de união livre, em nível acadêmico da universidade, na casa de ocupação amor com a religião católica e origem urbana, com a história de preconceito de IMC maior que 23. **Conclusão:** concluiu-se que as variáveis nutricionais que se comportaram como fator de risco foi o não consumo dos suplementos de ácido fólico e ferro, e da variável dos fatores culturais que se comportaram como um fator de risco foi o inapropriado consumo de tacos, pozol, chicha de milho como alimentos de costume.

Descritores: Saúde Pública; Complicações na Gravidez; Anemia.

INTRODUCCIÓN

El período del embarazo es una etapa en la cual la gestante es vulnerable a una serie de afecciones que alteran los niveles considerados normales de hemoglobina en ella, estas afecciones pueden alterarse a tal grado que podrían llegar a ocasionar en ellas cuadros patológicos, tales como anemia. La anemia durante el embarazo es generalmente aceptada como resultado de deficiencias nutricionales y actitudinales y constituye un problema mayor de salud pública¹.

Se considera como anemia durante la gestación cuando el valor de hemoglobina es inferior a 10 g/l y el hematocrito es de 33% o menos, sin embargo el concepto más aceptado es aquel que considera que existe anemia cuando los valores de hemoglobina se encuentran por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre de la gestación y por debajo de 10,5 g/dl en el segundo trimestre².

En cuanto a estadísticas internacionales se encontró que la anemia en el tercer trimestre del embarazo es el mayor indicador de salud reproductiva en mujeres de bajos recursos, la cual presenta alta prevalencia en afroamericanas 48,5%, seguidas por nativas americanas de 33,9%, hispanas y latinas con 30,1%, Asiáticas y otras islas del pacífico 29%, y europeas (27.5%)³.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojan que 20% de la población mundial y 30% de las mujeres padece de anemia en embarazadas de hasta el 42%. En América Latina y el Caribe existen 23 millones de mujeres en esta misma

situación. En Cuba se reporta que en un estudio llevado a cabo en área de salud en Santos Suárez del mismo país con una prevalencia de anemia de 43,1%⁴.

En México se ha documentado una prevalencia del 15% a 93% en este grupo poblacional. La más común es la anemia (aproximadamente un 75%), ha sido identificado el disminuido aporte de hierro como la carencia nutricional más difundida entre las embarazadas, en países subdesarrollados se atribuye a la ausencia de una correcta nutrición y la falta de diagnóstico durante la gestación⁵.

En estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones del mundo, se reporta que la anemia está presente entre el 30 y el 70% de las gestantes. En Cuba se reporta que el 35% de las gestantes padecen de anemia en el tercer trimestre del embarazo de las que en menos del 4% se presenta en su forma grave y en el 66,5 % se presenta como leve⁶. Entre el 10 y el 20% de las mujeres en edad fértil de los Estados Unidos, Japón y Europa, padecen de Anemia⁷. En Colombia, se muestra que el 7,6% de las mujeres presentan anemia, representando, según la OMS un problema de severidad moderada⁸.

Los resultados en relación con la anemia en las gestantes, muestran que la situación es similar a la de Guatemala, Bahamas, México y Barbados, solo son más altos que lo reportado en El Salvador^{9,10}.

Estudio sobre anemia en una muestra de 11.904 embarazadas con patologías nutricionales, obteniendo una prevalencia de 43.1%¹¹. Otro estudio realizado con mujeres embarazadas rurales, se encontró una prevalencia de anemia del 17.64%^{12,13}. En una investigación realizada en la Nicaragua, revelaron una prevalencia de anemia en la población gestante de 49.41%. Meses después en el mismo centro de salud se encontró también una prevalencia del 43.75%¹⁴.

Los factores de riesgo nutricionales y culturales fueron seleccionados puesto que han sido los mayores indicadores asociados a la anemia en mujeres embarazadas que además de hacerla más frecuente pone de manifiesto una anormalidad que puede tener repercusiones serias en el binomio materno fetal, relacionándose con nacimientos pre término, retraso del crecimiento intrauterino, menor desarrollo psicomotor y neuroconductual en el niño¹⁵.

Así, el presente estudio pretende identificar los factores de riesgo nutricional y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo. Los resultados ayudarán a médicos de base y enfermeras a implementar nuevas estrategias que permitan

mejorar o mantener buena calidad de atención y calidad de vida a estas mujeres en gestación.

MÉTODO

Estudio de casos y controles anidados, con 102 mujeres embarazadas. Desarrollado en el período comprendido entre agosto y noviembre de 2016 en centros de salud cabecera, Carlos Fonseca Amador y Augusto Cesar Sandino en el municipio de Somotillo, Nicaragua.

Definición de casos: mujeres embarazadas con diagnóstico de anemia ferropénica. Criterios de inclusión: que cumpla la definición de casos, que asista a control prenatal a los puestos de salud Carlos Fonseca Amador y Augusto Cesar Sandino, que tengan anemia, valorado por clínica, que estén en las edades comprendidas de 14 a 34 años y que quieran participar en el estudio.

Definición de controles: mujeres embarazadas sin diagnóstico de anemia ferropénica. Criterios de inclusión: que cumpla con la definición de controles, que asista a control prenatal de los puestos de salud Carlos Fonseca Amador y Augusto Cesar Sandino, que no tengan anemia valorado por clínica, que estén entre las edades de 14 a 34 años y que quieran participar en el estudio.

Se realizó prueba piloto a mujeres embarazadas con y sin el diagnóstico de anemia ferropénica el 10% que daría un total de 6 casos y 10% siendo un total de 12 controles, que no pertenezcan a la población de estudio, ni al periodo del estudio, esta se realizó con el fin de verificar la confiabilidad y validez de los instrumentos, mejorar la redacción de las preguntas y verificar el lenguaje utilizado para lograr mayor comprensión.

El método que se utilizó fue una encuesta previamente estructurada con preguntas cerradas, dando salida de esta manera a los objetivos propuestos, para obtener la información necesaria de las personas en estudio estableciendo contactos con la unidad de salud y su personal para obtener los permisos que permitan la aplicación de las encuestas.

Se usó el formulario para la medición de datos sociodemográficos, y los factores de riesgo nutricionales y culturales, estuvo estructurada por un título que explico el que y para que se realizó y como llenar el formulario, la cual conto con preguntas

cerradas previamente elaboradas por los autores, cada formulario fue llenado por cada una de las participantes que desearon participar, a quienes se realizó en su control prenatal, se les explico el objetivo del estudio, el llenado del instrumento tuvo una duración de 10 minutos por cada una de ellas.

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS versión 22, aplicándole estadística analítica y usando tablas 2x2 para calcular el OR que indico el riesgo que presentaron las variables en estudio, los limites naturales que indico la significancia estadística y el X^2 que revelo la asociación de las variables, se presentó de modo descriptivo.

Consideraciones éticas: para la realización de la encuesta se solicitó la participación voluntaria de las personas en estudio, explicándoles el objetivo de la encuesta y el beneficio de la misma. Se explicó a la embarazada que no se tomaron datos que puedan poner en riesgo la identidad e integridad de las personas que participaron en la investigación. La entrevista se realizaron en un lugar donde la entrevistada se sintieron cómodas y seguras, al momento del conversatorio. La participante tuvo la libertad de retirarse de esta cuando ella lo deseo, se le dio el derecho a decidir si la información que ella brindo se pudiera utilizar en el estudio. La información obtenida fue utilizada únicamente por los investigadores y con fines de estudio.

RESULTADOS

En el estudio de los 102 (100%) participantes en cuanto a datos socio demográfico se encontró; De las edades comprendidas de 14 a 24 años 63 (61.8%) pertenecen a esta y de 25 a 34 años resultaron 39 (38.2%) embarazadas. En relación al estado civil 6 (5.9%) son solteras, 46 (45.1%) casadas, 50 (49%) de unión libre.

En cuanto al nivel académico 6 (5.9%) de las embarazadas son de la primaria completa, 14 (13.7%) de la primaria incompleta, 19 (18.6%) embarazadas cursaron la secundaria completa, y 22 (21.6%) la secundaria incompleta, 16 (15.7%) de las embarazadas en técnico y 25 (24.5%) universidad. En la ocupación de cada una de ellas, se obtuvo: que 25 (24.5%) son estudiantes, 55 (53.9%) amas de casa y 22 (21.6%) tienen otra ocupación. En la religión los resultados fueron; 35 (34.3%) de las embarazadas profesan la religión católica, 24 (23.5%) la religión evangélica, 19 (18.6%) la religión

testigo de Jehová y 24, (23.5%) pertenecen a otra religión. Respecto a la procedencia 69 (67.6%) de estas embarazadas son de origen urbano y 33 (32.4%) de origen rural.

En cuanto a los antecedentes preconceptionales del IMC de cada una de las participantes. Se encontró que 14 de 34 casos y 23 de 68 controles tienen un IMC menor de 22, y 20 casos y 45 controles un IMC de 23 a más. Con un valor X^2 de 0.5, OR de 1.3 y Límite inferior de 0.5 y su Límite superior de 3.1.

En relación a las variables ginecobstétricas de las embarazadas en estudio se obtuvo que 24 de 34 casos y 15 de 68 controles tuvieron más de cuatro gestas, o sufrido algún aborto, o cesaria, o tenido un periodo intergenésico menor de dos años o uno mayor de cinco. Y 10 casos y 53 controles no han tenido ninguna de estas variables. Con un valor x^2 de 22.6 un OR de 8.4 y límite inferior de 3.3 y límite superior de 21.5.

En el consumo de alimentos formadores como carne, leche, huevo y miel; 15 casos y 22 controles solo consumían algunos de estos y 19 casos y 46 controles los consumían todos. Con un valor de x^2 de 1.3 y OR de 1.65, con límite inferior de 0.7 y límite superior de 3.8.

En el consumo de portadores de hierro (carnes, mariscos, embutidos, frutas frescas, legumbres, verduras, semillas y granos enteros) resulto; 14 de 34 casos y 14 de 68 controles consumen solo algunos de estos, mientras que 20 casos y 54 controles los consumían todos. Con un X^2 de 4.8, OR de 2.7, límite inferior 1 y límite superior de 6.6.

En relación a los suplementos, ácido fólico y hierro que consumían antes del embarazo resulto que 33 de 34 casos y 44 de 68 controles no los consumían, mientras que 1 casos y 24 controles si los consumían. Con un valor de X^2 de 12.8 OR de 18, límite inferior de 2.3 y límite superior de 139.9.

Respecto al consumo de los reductores de la absorción del Hierro, se obtuvo, 22 de 34 casos y 34 de 68 controles consumían té negro, café y gaseosa, mientras que 12 casos y 34 controles no consumían ninguno de ellos. Con un x^2 de 1.9, OR de 1.8, Límite inferior de 0.7 y superior de 4.24.

Por otro lado, en el uso de los favorecedores del hierro como las bebidas cítricas, se observa que 25 de 34 casos y 23 de 68 controles solo usaban solo algunas de estas bebidas, mientras que 9 casos y 45 controles las usaban todas para acompañar sus comidas. Con un x^2 de 14.3, OR de 5.4, limite inferior de 2.1 y superior de 13.5.

En las prácticas que las embarazadas consideran de mayor importancia, 7 de 34 casos y 15 de 68 controles, consideran que las enseñanzas aprendidas en el hogar son

más importantes. Mientras que 27 casos y 53 controles afirman que son más importantes las orientadas por el personal de salud. Con un χ^2 de 0.029 OR de 0.9 con Límite inferior de 0.3 y superior de 2.5.

En el consumo de alimentos de origen cultural (tacos, pozol, chicha de maíz, pinol) se encontró que 22 de 34 casos y 32 de 68 controles consumían solo algunos, mientras que los 12 casos y los 36 controles los consumían todos. Con un χ^2 de 2.8 OR de 2.06, Límite inferior 0.8 y superior de 4.8.

En cuanto a los cereales, pan sin levadura, pasta y tortilla de maíz, se obtuvo que 30 de 34 casos y 58 de 68 controles consideran que solo algunos de estos son beneficiosos para su salud, mientras que 4 de los casos y 10 de los controles afirman que todos ellos son benéficos. Con un χ^2 de 0.16, OR de 1.2 con límite inferior de 0.37 y superior de 4.4.

En relación al consumo de alimentos no nutritivos como; las comidas rápidas, chile y refrescos embotellados, resultó, que 27 de 34 casos y 51 de 68 controles los han consumidos todos, mientras que 7 casos y 17 controles afirman que no consumen ninguno de estos alimentos. Con un χ^2 de 0.24, OR de 1.29, límite inferior de 0.4, y superior de 3.4.

De la afectación que produce el ingreso económico a que las embarazadas consumen la alimentación adecuada, se observa que 27 de 34 casos y 47 de 68 controles si le afecta su ingreso para comprar los alimentos adecuados, mientras que 7 caso y 21 controles dicen no su ingreso económico no les afecta. Con χ^2 de 1.2 OR de 1.7, Con Límite inferior de 0.6 y superior de 4.5.

A sí mismo, en la afectación que produce un conflicto familiar a que las embarazadas consuman su alimentación, se obtuvo que 29 de 34 casos y 51 de 68 controles si les afecta, mientras que a 5 casos y a 17 controles no les afecta. Con χ^2 de 1.4, OR de 1.9, con Límite inferior de 0.6 y superior de 5.7.

DISCUSIÓN

En relación a la variable de los datos sociodemográficos se observa que la mayoría de las embarazadas se encuentran entre las edades de 14 a 24 años, con estado civil de unión libre, nivel académico universitario, en la ocupación amas de casa, con religión católica y procedencia urbana.

En relación a los antecedentes preconcepcionales, según su χ^2 no hay asociación de variables, y según su OR es un factor no asociado, en sus límites no hay significancia estadística porque contienen a la unidad. Lo cual no concuerda con teoría¹⁶ que tienen como problema nutricional principal a la anemia, el bajo peso.

En cuanto a las variables gineco-obstétricas, según su χ^2 no hay asociación de variables, con factor de riesgo de 8.4 veces más riesgo de padecer anemia las embarazadas que han tenido más de tres gestas o aborto, cesárea o periodo intergenésico menor de dos o mayor de cinco años que las que no han tenido ninguno de estas variables. Con significancia estadística porque no contiene a la unidad.

De esta manera concuerda con autores^{17,18}, quienes en su teoría afirman que el antecedente de haber tenido más de tres partos tienen significancia considerando que en cada parto la pérdida sanguínea es cerca de los 500ml, que al igual del aborto fisiológico o el aborto como método anticonceptivo resulta un factor de riesgo, también dice que un intervalo intergenésico menor de dos años o uno mayor de cinco años comportándose este último como igual que una nulípara generando tres veces mayor riesgo, Y tomando en cuenta que este permite a la madre recuperarse luego de un evento obstétrico.

En relación al consumo de los alimentos formadores, no hay asociación de variable según su χ^2 , con factor no asociado, no hay significancia estadística porque contiene a la unidad en sus intervalos, por lo tanto no concuerda con la teoría¹⁹ quienes nos dice que el consumo de estos formadores permitirá la expansión de la masa de glóbulos rojos, las pérdidas de sangre durante el parto, entre otros y que, para quienes que no los consumen tienen 2.8 veces más, de encontrarse con algún grado de anemia.

El resultado acerca de los portadores de Hierro no es concluyente según su χ^2 no hay asociación de variables, ni significancia estadística porque contiene a la unidad aunque en su OR de 2.7 veces mayor riesgo, por lo cual no es comprobada la teoría de Candido y Holmeyr¹⁹ quienes también aportaron que las fuentes alimenticias que brindan hierro que se encuentra en las carnes, embutidos, mariscos, frutas frescas, legumbres, verduras, semillas y granos enteros al igual que lo antes mencionado para quienes que no los consumen tienen 2.8 veces más, de encontrarse con algún grado de anemia.

Por otra parte es comprobada lo referido por este mismo autor, sobre el consumo de suplementos como el ácido fólico y Hierro, que es necesario tomarlos antes

de la concepción, para prevenir posibles complicaciones en el hematocrito al momento del desarrollo fetal. No hay asociación de variable con un OR de 18 veces más riesgo que las embarazadas que no consumen estos suplementos antes del embarazo lleguen a tener anemia que aquellas que los consumen. Con significancia estadística porque no contiene a la unidad.

Respecto a los reductores de la absorción del hierro, resulto que mayormente las embarazadas que consumen té negro, café y gaseosa no tengan la enfermedad, que los casos que los consumen. No hay asociación de variables según su χ^2 , ni significancia estadística, aunque en su OR de 1.8 factor no asociado. Tales resultados no son concluyentes a lo expuesto que la absorción del hierro es disminuida en presencia de sustancias alcalinas, fosfatos, lignina, como el café o el té, la soda, oxalatos¹⁹.

Un uso inadecuado de cítricos es responsable entre 75% a 90% de todas las anemias diagnosticadas durante el embarazo¹⁹. Esta teoría es comprobada, puesto que en los resultados de los favorecedores de la absorción del hierro, no hay asociación de variables, pero si encontramos significancia estadística porque no contiene a la unidad, con un OR de 5.4 veces mayor riesgo que las embarazadas que no utilizan las bebidas cítricas tengan anemia, que aquellas que si las consumen.

El χ^2 de las practicas que son consideradas más importantes, nos indica no hay asociación de variable, ni significancia estadística porque contienen a la unidad, con factor protector de 0.9 veces significativo. Puesto que tanto para casos como para controles las enseñanzas orientadas por el personal de salud son más importantes. Contrario a lo que refiere la OMS sobre la medicina tradicional. Pese a la existencia de los servicios de salud pública, las prácticas culturales de los sistemas indígenas aprendidas en el hogar tienen mayor importancia para ciertos grupos, que vienen desde la explicación de las causas de la enfermedad.

Los hábitos de alimentación son influidos por la cultura algunas embarazadas como costumbre de una expresión colectiva que forma parte de la cultura local consumen ciertos alimentos, como tacos, pozol, chicha de maíz, y otros, como mito de ideas creadas por la imaginación que no tiene realidad concreta^{15,20}. Es una teoría no concluyente, según su χ^2 no hay asociación de variable, con un OR de 2.06, un factor de riesgo, sin significancia estadística porque contiene a la unidad en sus intervalos.

En cuanto a los alimentos que las embarazadas consideran beneficiosos las variables no son asociativas según su χ^2 , ni estadísticamente significativas porque

contienen a la unidad en sus intervalos. Con factor no asociado según su OR. La mayoría de los casos como controles solo algunos de estos alimentos consideran benéficos para su salud, mientras que la minoría considera a todos ellos buenos. Negando de esta manera la teoría de estos autores antes mencionados. Que todas las embarazadas tienen ideales tratando de propiedades benéficas atribuidas a ciertos alimentos cuando en realidad éstos no los poseen. Los cereales como el bolillo, las pastas, el pan dulce y sobretodo la tortilla de maíz.

En relación a los alimentos no nutritivos consumidos por las mujeres embarazadas, no hay asociación de variables, ni significancia estadística porque contiene a la unidad en sus intervalos, con factor no asociado según su OR. Siendo este resultado no concluyente porque de 78 embarazadas que consumen comidas chatarras, chile y refrescos embotellados solo 27 tienen la enfermedad. Contrario a la teoría²¹ que refiere el tabú que ha sido visto presente, en la restricción que limitan algunas embarazadas al uso de alimentos que consideran como prohibidos, como chatarra, el chile y los refrescos embotellados.

El ingreso económico en ocasiones influye, de este depende la calidad, frecuencia de alimentos y el intervalo de las meriendas, entre menos salario tengan menos frecuente y de baja calidad son los alimentos²². Es una conclusión según su χ^2 , no hay asociación de variables, ni significancia estadística porque contiene a la unidad en sus intervalos, con un factor no asociado, OR de 1.7.

La disfunción familiar participa como factor negativo, aumentando tres veces el riesgo de las embarazadas en presentar anemia, considerando que el espacio familiar es en donde se conforman la conducta determinante de diversos hábitos y costumbres y cuando se ve afectado puede deteriorarse su función protectora de la salud²³. Fueron resultados no comprobados, no hay asociación de variables según su χ^2 , ni significancia estadística por contener a la unidad en sus intervalos, aunque presento un OR de 1.9 mayor riesgo que las embarazadas que afirmaron que un conflicto familiar si afecta el consumir sus alimentos, que aquellas que expresaron no ser afectadas por este.

CONCLUSIÓN

En cuanto a datos sociodemográficos en el estudio realizado sobre los factores de riesgo nutricionales y culturales asociados a Anemia en mujeres embarazadas de 14 a

34 años controladas en puestos de salud cabeceras. En Somotillo, la mayoría de las embarazadas se encuentran entre las edades de 14 a 24 años, con estado civil de unión libre, nivel académico universitario, en la ocupación amas de casa, con religión católica y procedencia urbana, con antecedente preconcepcional del IMC mayor de 23.

En relación a las variables ginecobstétricas se comportó como factor de riesgo de 8.4 veces más riesgo de padecer anemia las embarazadas que han tenido más de tres gestas o aborto, cesárea o periodo intergenésico menor de dos o mayor de cinco años que las que no han tenido ninguno de estas variables.

La variable del consumo de suplementos como el ácido fólico y Hierro se comportó como un factor de riesgo de 18 veces más que las embarazadas que no consumen estos suplementos antes del embarazo lleguen a tener anemia que aquellas que los consumen y la variable uso de cítricos para absorción del hierro también se comportó como factor de riesgo de 5.4 veces más que las embarazadas que no utilizan las bebidas cítricas tengan anemia, que aquellas que si las consumen.

La variable del consumo de ciertos alimentos culturales, como tacos, pozol, chicha de maíz, como mito de ideas creadas por la imaginación que no tiene realidad concreta comportándose como un factor de riesgo de 2 veces más las embarazadas que consumen solo algunos de estos padezcan Anemia que las que los consumen todos.

REFERENCIA

1. Núñez CN, Del Toro-Equihua C, Aguayo-Godinez A, Ochoa U, Gómez AM. Anemia en embarazadas residentes en área rural a 540 mts de altitud. *Ginecol Obstet Méx.* 2003; 71(2):124-30.
2. Rodríguez JO. Temas de Obstetricia. Libro de Autores Cubanos. Ciudad de la Habana: EcuRed; 2007.
3. Lee A, Okam MM. Anemia in pregnancy. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2011; 25(2):241-59.
4. Álvarez IV, Águila JDF, Martínez MA, Vicente OM, Alfonso TG. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2006; 32(1).
5. Romero Maciel M, Cuenca E, López G, Rosales C. Anemia y control de peso en embarazadas. *Medicina.* 2005; 143(4):6-8.

6. Villares, I., J. Fernández, M. Avilés, O. Mediaceja y T. Guerra. Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2006; 32(1).
7. Baldizón OLZ. Factores de riesgo asociados a prevalencia de anemia en las embarazadas que asisten al control prenatal del centro de salud Mantica Bério de la ciudad de León, en el periodo comprendido de junio a septiembre del 2003 [tese]. León: UNAN; 2006.
8. Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, Landon M, Galan H, Jauniaux E, et al. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies.* Philadelphia: Elsevier; 2007.
9. Bressani CC, Souza AI, Batista Filho M, Figueiroa JN. Anemia e ferropenia em gestantes: dissensos de resultados de um estudo transversa. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2007; 7(Supl.1):S15-S22.
10. Salazar FRS, Valdés RC, Aguabella ET, Hernández PP, Botell ML. Prevalencia de la anemia ferropénica en mujeres embarazadas. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2001; 17(1):5-9.
11. Munares-García O, Gómez-Guizado G, Carpio JB, Sánchez-Abanto J. Niveles de hemoglobina en gestantes atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2011. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2012; 29(3):329-36.
12. Gamboa LV, Duarte RQ, Martínez PG, Castillo GV. Prevalencia de Anemia Ferropénica en mujeres embarazadas rurales en Valladolid, Yucatán, México. *Ginecol Obstet Mex.* 2009; 77(12):544-9.
13. Barba-Oropeza F, Cabanillas-Gurrola JC. Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas. *Archiv med fam.* 2007; 9(4):170-17.
14. Salgado MJR. Factores de riesgo de Anemia en embarazadas que asisten al control prenatal del Centro de Salud Mantica Bério de la ciudad de León en el período comprendido de Enero- Abril 2005 [tese]. León: UNAN; 2005.
15. OMS. Embarazo, parto, posparto y neonatal: una guía para la práctica esencial. Ginebra: OMS; 2006.
16. De La Hoz FE, Santiago LO. Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. *Medicas UIS.* 2013; 26(3):45-50.
17. Nangle BE, Horan JM. Factores ginecobstetricos y la Anemia. *Engl J Med.* 2005; 340:589-94.

18. Morgan-Ortiz F, Muñoz-Acosta J. Efecto del intervalo intergenésico postaborto en los resultados obstétricos y perinatales. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(1):46-52
19. Candido F, Holmeyr GJ. Hierro, Inhibición y absorción del hierro y zinc en los humanos en el embarazo: Comentario de la BSR. Ginebra: OMS; 2007.
20. Martínez RC, Rodríguez CA. Influencia de la alimentación en el comportamiento humano a través de la historia. *Offarm.* 2006; 21(07):80-6.
21. Sánchez LSI, Ibarra LSV, Bernal VG, Guerrero FH. Transición Alimentaria en México. *Razón Palabra.* 2016; 20(3):166-82.
22. Hechavarría NO, Orozco SV, Tamayo OC. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medisan.* 2005; 9(2).
23. Herrera-Suárez CC, Vásquez-Garibay E, Romero-Velarde E, Romo-Huerta HP, García JGA, Troyo-Sanromán R. Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. *Arch Latinoam Nutr.* 2008; 58(1):19-26.

Conflicto de intereses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores: Os autores declaram que participaram de todas as etapas do estudo (concepção, desenvolvimento do estudo, redação e revisão).

Como citar este artigo: Zeledón PIZ, Ceferina LMC, Hídalía EMJ. Factores de riesgo nutricionales y culturales asociados a anemia en mujeres embarazadas en Somotillo. *Journal Health NPEPS.* 2017; 2(2):352-364.

Submissão: 28/05/2016
Aceito: 15/11/2017
Publicado: 30/12/2017