

Estudio socioeconómico y alimentación en las embarazadas. Análisis médico integral

Drs. Pedro Faneite, Clara Rivera, María González, Josmery Faneite, Ramón Gómez, Lila Álvarez, Milagros Linares

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela

RESUMEN

Objetivo: Estudiar las condiciones socioeconómicas de las embarazadas, hábitos alimenticios, composición de su ingesta nutricional para la orientación de una asistencia más adecuada.

Método: Estudio descriptivo epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista-encuesta de 400 pacientes en sala de partos año 2002. Se estudiaron seis estratos sociales y, se obtuvo la frecuencia alimenticia y composición de nutrientes.

Ambiente: Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Estado Carabobo.

Resultados: En factores epidemiológicos, predominó procedencia del Estado Carabobo (85%), residencia en barrios (52,25%), estado civil concubina (46,5%) y la edad menor de 34 años (69,5%). En estratificación social prevaleció la profesión del jefe de familia en obrero no especializado (52,25%). El estrato social mayoritario fue el IV, clase obrera (68,25%) y el V, clase marginal (19,75%). La frecuencia de ingesta alimenticia reveló que 285 embarazadas (71,25%) comen tres veces al día, y el resto dos veces o menos al día. La composición de los alimentos mostró que 46,75% ingieren leche menos de dos veces o nunca por semana. Los alimentos que más consumen son las pastas 51,5%, los granos 41% durante 5 días o más por semana.

Conclusión: Las embarazadas que acuden al hospital pertenecen a estratos socioeconómicos precarios, tienen baja frecuencia alimenticia, deficiencia en proteínas y tendencia a los carbohidratos. Se necesitan planes de apoyo para elevar su estándar de vida y orientación nutricional.

Palabras clave: Estudio socioeconómico. Alimentación. Embarazadas. Análisis.

SUMMARY

Objective: To study the socioeconomic conditions, alimentary habits and nutritional composition of the diet of the pregnant women, for orientation and appropriate care.

Method: Descriptive, epidemiological, analytical, cross section study, based on a interview-survey of 400 patients in delivery room during 2002. Six social layers were studied, and nutritional frequency and composition of nutrients were obtained.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Estado Carabobo.

Results: In epidemiological factors, origin of the Carabobo State predominated (85%), with residence in suburb (52.25%). The civil state concubine (46.5%). The smaller age was 34 years (69.5%). In social stratification predominated the profession of the head of family in no specialized worker (52.25%). The majority social layer was the IV, working class (68.25%) and the V, marginal class (19.75%). The frequency of nutritional ingestion revealed that 285 women (71.25%) eat three times a day, and the rest twice a the day or less. The composition of food showed that 46.75% drink milk twice a week or not at all. The more common food were: pasta 51.5%, beans 41% 5 days or more per week.

Conclusion: The pregnant women that assist to our hospital belong to precarious socioeconomic layers, nutritional frequency loss, a deficient protein composition, with tendency to carbohydrates. Plans are needed support to elevate their standard of life and nutritional orientation.

Key words: Socioeconomic study. Feeding. Pregnancy. Analysis.

Recibido: 21-02-03

Aceptado para publicación: 21-03-03

INTRODUCCIÓN

La vida es generada en el vientre materno, en este grandioso proceso intervienen factores de orden genético, condiciones maternas, ambientales y una contribución del material energético consumido. En nuestros países latinoamericanos se siente el peso de la deuda externa y las condiciones de administración de los recursos; todo esto lleva a una lamentable condición socio-económica. En Venezuela se ha incrementado la pobreza, las familias tienen que redistribuir sus presupuestos, incluyendo, el alimentario, lo que hace que deriven el consumo alimenticio hacia lo más económico y de menor calidad nutricional (1-5): Pero, ¿Esta situación afecta a la gestante y su producto?

En Venezuela el estudio del incremento de peso y la anemia durante el embarazo ha despertado el interés del obstetra desde hace tiempo (6-8), pero la investigación de la condición nutricional ha sido planteada posteriormente (9), también se ha analizado la situación en la obesa (10,11). Hay quienes relacionan la condición nutricional de la madre al estado deficiente de nutrición feto-neonatal (12-14). Más recientemente Viegas hizo una excelente revisión de la nutrición ideal para la embarazada (15).

En vista de la grave condición socio-económica del país en las últimas décadas, se ha alertado sobre las repercusiones de la crisis en la calidad de vida, salud, nutrición y pobreza, publicado a nivel de prensa, instituciones e investigadores (1-5,13,16,17).

Otros autores venezolanos en épocas previas estudiaron la condición socioeconómica de las pacientes atendidas (18-26).

De una manera específica en el año 2000 publicamos un análisis del impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal en nuestra región, concluimos que las tasas promedio eran altas, pero que se elevaban o disminuían con los altibajos socio-económicos del período 1969-1998 (27).

Por otra parte, se menciona con frecuencia que en nuestra población existen malos hábitos alimentarios, esto como consecuencia de costumbres que se transmiten en el tiempo, lo que conlleva a que la dieta sea afectada por condiciones socioculturales que dificultan aprovechar los nutrientes disponibles de forma adecuada y balanceada.

Son serias las consecuencias fetales producto de una mala nutrición, entre ellas tenemos el recién nacido de bajo peso, prematuridad, elevada morbi-mortalidad perinatal. En el período neonatal también

se cobran las secuelas, como es la conocida anemia del lactante (6,9,28,29).

Además, es conocido que los niños que nacen con bajo peso son más sensibles a contraer cualquier enfermedad, sobre todo procesos infecciosos y diarreicos, pues cuentan con menos mecanismos de defensa para hacerles frente (28,29).

En la mujer desnutrida puede asociarse una lactancia desprovista de valores nutricionales que repercute en una mala nutrición tardía. Por ejemplo, el déficit de ácido fólico puede aumentar la frecuencia de abortos, toxemia, desprendimiento prematuro de la placenta e incluso de malformaciones fetales (13,30).

La deficiencia alimenticia también tiene sus efectos negativos sobre el parto y puerperio, como son partos prolongados, atonía de las contracciones uterinas, crecimiento intrauterino retardado, hemorragia durante el alumbramiento y disminución de la resistencia a las infecciones, con el consiguiente aumento de la sepsis puerperal (17).

Por la importancia de este tema para la salud materno-infantil y lo poco que ha sido tratado en nuestro medio, decidimos llevar a cabo esta investigación, con la cual pretendemos conocer la realidad socioeconómica de la embarazada, conocer sus hábitos alimenticios, determinar la composición de esa ingesta nutricional a fin de afrontar su problemática con un sentido más cierto de su entorno, y de esta manera orientar acciones médicas más precisas y certeras a su verdadera realidad, y no una falsa verdad referida o desfasada en el tiempo o situación socio geográfica.

MATERIAL Y MÉTODO

El grupo de estudio estuvo constituido por 400 pacientes embarazadas que asistieron a Sala de Partos del hospital durante el segundo y tercer trimestre del año 2002.

Es un trabajo descriptivo prospectivo, epidemiológico, analítico de corte transversal, basado en una entrevista y encuesta, la cual tiene dos partes. En la primera se recabaron las variables socio-económicas como epidemiológicos, procedencia por estados geográficos, residencia, estado civil y su edad. Luego, las variables relativas a la estratificación social. En la segunda se obtuvo todo lo relativo a la alimentación.

La entrevista se inició con una motivación a la paciente, manifestándole que su objetivo era mejorar la atención a las embarazadas, agradeciéndole

sinceridad en su respuesta; a continuación se realizó la encuesta, explicándole lo pertinente a fin de facilitar la misma.

Para conocer la estratificación social se empleó el método desarrollado por Graffar (31) y modificado por Méndez Castellanos y Méndez (32), el cual ha sido suficientemente validado en nuestro país (33). Al aplicar este método se investigan cuatro variables de la familia como son: profesión del jefe, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento. A su vez, cada una presenta cinco posibilidades con carácter descendente en calidad. Una vez obtenida la información se marca el grado correspondiente a cada variable. Luego se suman los cuatro puntos marcados. El valor obtenido determina el estrato social de la familia según la siguiente ponderación: 4, 5 y 6, estrato I, llamada clase alta; 7, 8 y 9, estrato II, clase media alta; 10, 11 y 12, estrato III, clase media; 13, 14, 15 y 16, estrato IV; 17, 18, 19 y 20, estrato V. La ponderación primera reúne las máximas condiciones para una alta calidad de vida. La calidad descende progresivamente. Así encontramos lo que se clasifica como pobreza relativa en el estrato social IV, y la pobreza crítica estrato V.

En la alimentación, se recabaron los detalles de la frecuencia diaria de ingesta; luego se interrogó la frecuencia semanal de ingesta de los nutrientes, agrupados por sus contenidos predominantes, proteínas y grasas (carne, pollo, pescado, huevos), hidratos de carbono (pastas, harinas, granos, vegetales). En la elaboración del formato de encuesta se contó con la colaboración del Departamento de Nutrición del Hospital.

A cada encuesta se le hizo una revisión detallada. Los datos fueron recabados en fichas y vaciados en cuadros de distribución de frecuencia para el estudio respectivo. El análisis de los datos se realizó utilizando técnicas descriptivas univariantes. El proyecto de esta investigación fue presentado ante el Comité de Investigación del Hospital para su revisión y aprobación.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se resumen los datos epidemiológicos de las pacientes. Predominaron procedencia del Estado Carabobo (85 %), residencia en barrios (52,25 %), el estado civil concubina (46,5 %) y los menores de 34 años (69,5 %).

El Cuadro 2 muestra la estratificación social. Es de señalar que en ella prevaleció la profesión del

Cuadro 1

Factores

Procedencia No (%)	Residencia No (%)	Estado civil No (%)	Edad años (%)
Carabobo 340 (85,00)	Barrio 209 (52,25)	Concubina 186 (46,50)	≤19 142 (5,40)
Falcón 40 (10,00)	Rural 122 (30,50)	Soltera 132 (33,00)	20-24 136 (34,00)
Yaracuy 20 (5,00)	Urbanización 69 (17,25)	Casada 78 (19,50)	25-29 75 (18,75)
		Viuda 4 (1,00)	30-34 33 (8,25)
			35-39 13 (3,25)
			40 y más 40 (10,25)
			1 (0,25)

Cuadro 2
Estratificación social

Profesión del jefe familia N° (%)	Instrucción materna N° (%)	Fuente de ingreso N° (%)	Alojamiento N° (%)	Estrato social N° (%)
Universitaria 0 (00,00)	Universitaria 0 (00,00)	Fortuna 0 (00,00)	Vivienda óptima 0 (00,00)	I 0 (00,00)
Técnico 9 (2,25)	Secundaria 45 (11,25)	Ganancia 1 (0,25)	Óptima sin lujo 32 (8,00)	II 2 (0,50)
Empleado 53 (13,25)	Secund. incompl. 195 (48,75)	Sueldo mensual 124 (31,00)	Buenas condic. 70 (17,50)	III 46 (11,50)
Obrero especialista 129 (32,25)	Primaria/Alfabeta 142 (35,50)	Salario semanal 234 (58,50)	Deficiencias 238 (59,50)	IV 273 (68,25)
Obrero No esp. 209 (52,25)	Analfabeta 18 (4,50)	Desempleo/Donac. 41 (10,25)	Rancho 60 (15,00)	V 79 (19,75)

jefe de familia de obrero no especializado (52,25 %), seguido del obrero especializado (32,25 %); en el nivel de instrucción de la madre, la secundaria incompleta (48,75 %) y primaria (35,5 %); la fuente de ingreso: el salario semanal (58,5 %); en la calidad de alojamiento, el de deficiencias sanitarias (59,5 %) y rancho (15 %). En general el estrato social mayoritario fue el IV, clase obrera (68,25 %) y el V, clase marginal (19,75 %).

En el Cuadro 3 se presenta la frecuencia diaria de ingesta alimenticia. Como podemos observar del total de pacientes el 71,25 % (285/400) se alimentan tres veces al día; el resto de ellas lo hace en menor frecuencia.

La composición de los alimentos consumidos semanalmente es resumida en el Cuadro 4.

Cuadro 3
Frecuencia alimenticia diaria

Frecuencia	Nº	%
Tres	285	71,25
Dos	92	23,00
Una	14	3,50
Irregular	9	2,25
Total	400	

Cuadro 4
Composición de nutrientes

Alimento	Diario Nº %	6-5 Nº %	4-3 Nº (%)	2-1 Nº %	A veces Nº %	Nunca Nº %
Carnes	2 (0,5)	18 (4,5)	150 (37,5)	166 (41,5)	54 (13,5)	10 (2,5)
Leche	10 (2,5)	91 (22,79)	112 (28)	139 (34,75)	27 (6,75)	21 (5,25)
Huevos	28 (7)	71 (17,75)	130 (32,5)	102 (25,5)	22 (5,5)	47 (11,75)
Pastas	70 (17,5)	136 (34)	123 (30,75)	47 (11,75)	16 (4)	8 (2)
Granos	54 (13,5)	110 (27,5)	115 (28,75)	96 (24)	17 (4,25)	8 (2)
Vegetales	7 (1,75)	46 (11,5)	110 (27,5)	140 (35)	53 (13,25)	44 (11)

DISCUSIÓN

En este momento, a inicios del siglo XXI, plantear un estudio poblacional en un país en desarrollo donde se incluyen las variables socioeconómicas está por demás justificado, y si además el mismo es en el grupo poblacional responsable de la génesis de la vida, como son las embarazadas, esto cobra vital importancia y determinante utilidad.

Pero hay más. Este estudio lo hemos realizado en Latinoamérica, en una región del mundo donde existe un tremendo reto en la expansión ciudadana, y sitio donde se analizan de nuevo las realidades maltusianas.

¿Pero cuáles son las condiciones socioeconómicas donde se está generando ese hombre? Son conocidas las interdependencias ecológicas con la calidad del ser humano generado.

La población estudiada durante el año 2002 proviene fundamentalmente del Estado Carabobo, pero el Municipio Puerto Cabello está en una zona limítrofe con los Estados Falcón y Yaracuy, y no es extraño que un 15 % venga de esas regiones, estos aspectos deben ser tomados en cuenta por los planificadores de salud y la ubicación de centros de salud en zonas aledañas; son largas distancias a recorrer y horas que pueden salvar muchas vidas. Pertenecen a pueblos apartados, periféricos a las capitales de municipios, carentes de servicios y que se aproximan a la ciudad porteña buscando ayuda sanitaria.

El hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", está ubicado en la mejor zona urbana de la ciudad de Puerto Cabello, y sin embargo el 80 % de las pacientes

entrevistadas residen en barrios y zonas rurales; esto nos señala de alguna manera el nivel social de nuestras pacientes a la cual debemos adecuar la atención médica suministrada, que implica planes preventivos, educativos y sanitarios dirigidos a su condición humana.

Hay otros aspectos sociales que los consideramos determinantes al pretender conocer a las gestantes que asistimos. Nos referimos a su entorno familiar, estabilidad, apoyo o refugio psicológico o de pareja. Esto lo vemos con el estado civil de la madre; es alarmante que el 80 % sean concubinas o solteras. La inestabilidad del hogar, solidez de pareja, estabilidad conyugal está debilitada. Se ha señalado hasta la saciedad que en las mujeres venezolanas reposa la responsabilidad de la familia venezolana, que no sólo son madres sino padres. Esto es válido para muchos países latinos, y no es para tener un consuelo de tontos, es una realidad que afrontar y un reto a vencer.

Una variable crucial que ha jugado papel preponderante a través de todos los tiempos es la edad materna. Ella reúne todo un bagaje de virtudes que son plasmadas y transmitidas al futuro ser, y de cuya calidad dependerá en gran parte el pronóstico de vida. Hemos encontrado una vez más que una de cada tres gestantes tiene menos de 19 años. Se ha insistido que la madurez psicológica, física, responsabilidad materno-paternal, estabilidad emocional de parejas, educación y base laboral, son aspectos deseables para los que se inician en la procreación. Por supuesto que estos atributos todavía no han sido alcanzados por los grupos de jóvenes que pasan a convertirse en población de riesgo para nuestra sociedad, pues generalmente son dependientes en todos los sentidos.

Caracterizar la población asistida mediante la estratificación social nos aproxima a verla de una manera estandarizada. La metodología internacional de Graffar (31), ha sido modificada y adaptada al país por Méndez Castellanos y Méndez (32); ésta ha sido evaluada suficientemente, hasta el punto de ser implementada en el Proyecto Venezuela por parte de la Fundación "Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana", FUNDACREDESA (33).

Con estas bases sólidas hemos revelado en esta investigación que las gestantes estudiadas en una proporción determinante de casi un 70 % pertenecen al estrato social IV, y un 20 % al V. Es decir, que alrededor del 90 % son de clase social con recursos

deficientes o muy precarios, para algunos llamados con pobreza relativa o crítica.

La pobreza es la circunstancia económica en la que una o varias personas carecen de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación.

La pobreza relativa es la experimentada por personas cuyos ingresos se encuentran muy por debajo de la media o promedio en una sociedad determinada. La pobreza absoluta es la experimentada por aquellos que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos. Sin embargo, en el cálculo de la pobreza según los ingresos, hay que tener en cuenta otros elementos esenciales que contribuyen a una vida sana. Así, por ejemplo, los individuos que no pueden acceder a la educación o a los servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza.

Al revisar los cuatro componentes de la estratificación social, es de interés señalar que fundamentalmente y de forma típica estaríamos ante la presencia de una familia con un jefe de profesión obrero especializado o no, con una madre de nivel educativo de secundaria incompleta o primaria, que viven de un salario semanal, en una habitación con serias deficiencias sanitarias o un rancho.

Esta triste realidad tiene diversos orígenes. Históricamente, este grupo viene formado por personas mayores discapacitadas, madres solteras y miembros de algunas minorías. Esto quiere decir que en los países occidentales, un sector considerable de población en situación de pobreza está constituido por madres solteras con hijos. Esto no se debe únicamente a que las mujeres que trabajan fuera de casa suelen ganar menos que los hombres, sino fundamentalmente a que una madre soltera tiene dificultades para poder cuidar a sus hijos, ocuparse de su vivienda y obtener al mismo tiempo ingresos adecuados. Otros grupos son los discapacitados con personas a su cargo, familias numerosas y otras en las que la cabeza de familia está en situación de desempleo o tiene un salario mínimo. La falta de oportunidades educativas es otra fuente de pobreza, porque una formación insuficiente redundará en menos oportunidades de empleo.

Este trabajo nos plantea una realidad que atender. Nuestra responsabilidad directa es hacia una mejor salud reproductiva, y en particular luchar por un estándar de vida mejor para la madre y su hijo. No podemos cruzarnos de brazos y callar nuestra opinión.

El Informe del Banco Mundial sobre la Lucha Contra la Pobreza (34), afirma que se pueden realizar importantes reducciones en todas estas dimensiones de pobreza; que la interacción de los mercados, las instituciones del Estado y las sociedades civiles pueden controlar las fuerzas de la integración económica y el cambio tecnológico de modo de que sirvan a los intereses de los pobres y aumenten su participación en la prosperidad de toda la sociedad.

De acuerdo a estudios sobre el desarrollo humano en Venezuela realizados por El Fondo de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) (35), proponen diversas estrategias de superación de la pobreza. La educación puede ser considerada el factor más decisivo para combatir la desigualdad, así como la reducción de las disparidades regionales. Desde el punto de vista de la política económica y social, la eliminación de las diferencias en los niveles educativos y regionales contribuirá en forma significativa a la disminución de los niveles de desigualdad y pobreza.

Ahora bien, en este trabajo pretendemos hacer un análisis integral de la problemática de la ingesta alimenticia en la embarazada. Usualmente nos limitamos a realizar un enfoque médico de la situación, cuando en realidad las raíces de los problemas están en otras partes, y por supuesto que las soluciones a otros niveles. Pero es conveniente hacer un ejercicio más amplio que nos permita conocer mejor y profundamente lo planteado, esto sensibiliza y motiva la búsqueda de soluciones acordes a nuestro entorno, y salvaguardando de esta manera nuestro papel dentro de una sociedad que nos exige una participación más cercana a la comunidad, de cara a un futuro realista y práctico.

Los resultados de esta investigación han revelado que el 30 % de las pacientes embarazadas estudiadas, es decir, una de cada tres, no se alimenta tres veces al día y más de 20 %, una de cada cinco come dos veces diarias. Estas serias cifras nos muestran el riesgo a que están sometidos los futuros venezolanos.

Cuando disminuye el consumo de alimentos, es una situación alarmante para el país. El alimentarse es la última cosa que las personas dejan de hacer, e intentar comer tres veces al día es el paradigma de los desprotegidos, desempleados desde hace ya un tiempo, hasta para las personas que forman parte de la clase media en Venezuela.

Si el resultado anterior es preocupante, mayor es lo encontrado en relación a lo que están comiendo

semanalmente las gestantes. La ingesta de proteínas representada por las carnes y leche la comen sólo dos o menos veces por semana mientras que los huevos son consumidos durante 5 días o más por semana. Esta baja ingesta proteica durante la gestación pone a riesgo al producto de la gestación, pues ella es básica para la formación del futuro ser.

Aspecto significativo es el hecho del aumento en el consumo de hidratos de carbono como son las pastas y granos. Los vegetales sólo son consumidos a veces o nunca. Esto nos muestra la orientación hacia productos de alto contenido calórico, baja en proteínas, escaso contenido vitamínico y micronutrientes, y relativamente económicos.

Los malos hábitos alimenticios pueden estar relacionados con el desconocimiento o falta de orientación en qué comer; en este sentido la cultura hacia una alimentación no nutritiva y balanceada puede haber sido lo usual. Otro factor a tomar en cuenta es la accesibilidad al alimento, en este aspecto nos referimos a la ubicación del producto, y fundamentalmente al costo de los alimentos, y aquí entra en juego la compra de lo más económico para sobrevivir.

Los hallazgos anteriores coinciden con la Encuesta Condiciones de Vida de FUNDACREDESA y otras instituciones como Instituto Nacional de Nutrición (2,36-38), los cuales reportan la contracción en la compra de alimentos, así como también, algunas estrategias de sustitución de alimentos para mejorar la eficiencia del gasto. Según estas encuestas, en el estrato V el consumo aparente se incrementó en casi todos los alimentos a excepción de las leguminosas, aceites y grasas. La variación positiva más importante se encontró en los cereales, (maíz, arroz y pasta) principal fuente de calorías, y menos en hortalizas, frutas, carnes y pescado. Se ha mantenido una tendencia al déficit calórico que afecta con mayor intensidad a las familias del estrato más bajo.

Estos resultados señalan la necesidad pronta a acciones propias del ámbito médico, y en particular el obstétrico y pediátrico. En el primero, se hace necesaria la realización de planes educativos preconcepcionales, eso puede ser en consultas preventivas de los centros de salud, para padres, escuelas, centros docentes, mediante charlas, folletos, hojas informativas. Otra acción es la difusión educativa mediante órganos de comunicación social, como la radio, prensa, etc. Toda esta actividad debe ser planificada con la participación del servicio social, departamento de

nutrición, departamento de obstetricia y pediatría, enfermería, salud pública, epidemiología, y porqué no, la sociedad organizada, como son los grupos comunales, asociación de vecinos, etc. (39). Durante el embarazo, en la consulta prenatal, debe implementarse la entrevista rutinaria alimenticia y de orientación. En ella se incluirían temas alimentarios maternos de macro y micro-nutrientes, lactancia materna y del recién nacido; también se consideraría la posibilidad del suministro de suplementos alimenticios, y el apoyo a programas nacionales y regionales que se han debilitado (40).

La pobreza es hambre. La pobreza es falta de techo bajo el cual resguardarse. La pobreza es estar enfermo y no poder ser atendido por un médico. La pobreza es no poder ir a la escuela y no saber leer. La pobreza es no tener trabajo, tener miedo al futuro y vivir el día a día. La pobreza es perder a un hijo debido a enfermedades relacionadas con el agua impura. La pobreza es impotencia, falta de representación y libertad.

Es apremiante que las instituciones gubernamentales y del ámbito médico le den la prioridad que merecen estas carencias, las cuales consideramos, como la más perversa agresión humana y donde se pone en peligro a la madre y al venezolano del futuro.

REFERENCIAS

- Dehollam P, Pérez I. Venezuela desnutrida hacia el año 2000. Caracas: Alfadil Ediciones; 1991.
- FUNDACREDESA. Indicadores de condiciones de vida año 1999. Área Metropolitana de Caracas, Caracas. 2000.
- Méndez H. Trabajo de aproximación a la Salud de la Venezuela del siglo XXI. Caracas: Cuadernos Lagoven; 1985.
- Rebjiij C. Manual simplificado del niño desnutrido. Diagnóstico. Clínica y tratamiento. Caracas: Imprenta INN; 1994.
- Daives V. 41 % de embarazadas caraqueñas padece de anemia, Diario El Nacional 2000 septiembre 7; Cuerpo C, página 2. Caracas.
- Agüero O, Kízer S, Halfen A. Anemia y embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1980;40:111-114.
- Agüero O. El peso en las embarazadas normales. Rev Obstet Ginecol Venez 1946;6:95-101.
- Villalobos L, Llamozas JL, Perera JR. Evaluación del peso de la embarazada. Rev Obstet Ginecol Venez 1978;38:221-224.
- Contreras J, Essenfeld de Sekler E. Valoración de la evaluación nutricional de las embarazadas y posibles implicaciones. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:55-61.
- Vargas A, Garran de Teppa D, Mundarain A, Teppa P. Obesidad y embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1979;39:213-217.
- Borberg C, Gillmer M, Bruner E, Beard R. Obesidad, dieta y embarazo: efectos sobre el metabolismo de los carbohidratos. Rev Obstet Ginecol Venez 1986; 155:947-954.
- Abrams B, Laros R. Pre-pregnancy weight, weight gain and birth. Am J Obstet Gynecol 1986;154:503-509.
- Mora J. Nutrición maternal y crecimiento fetal. GEN 1983;37:1-15.
- Danieliam P, Llamán A, Steer P. Is obstetric and neonatal outcome worse in fetus who fail to reach their own growth potential? Br J Obstet Gynaecol 1992;99:452-454.
- Viegas D. Nutrición durante el embarazo. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. 1ª edición. Caracas: Editorial Disinlimed CA.; 2001.p.145-155.
- González X, Faneite P, Salazar G. Retardo de crecimiento: incidencia y repercusión perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez 1988;48:15-18.
- Faneite P. Retardo de crecimiento intra-uterino. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. Caracas: Editorial Disinlimed CA.; 2001.p.463-470.
- Primeros resultados de una encuesta en la Maternidad de Caracas. Rev Sanidad Asist Social 1939;4(5):77-83.
- Dao L. Contribución al estudio médico, sanitario y social de nuestra mujer embarazada. Rev Obstet Ginecol Venez 1941;1:19-44.
- Castellanos R. Encuesta económico social en la clientela de la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1962;22:267-280.
- Sosa Piñerúa A. La parasitosis intestinal en un grupo de gestantes y su relación con la vivienda, condición socio-económica y permanencia en Caracas. Acta Méd Venez 1967;14:22.
- Navarrete S, Castellanos R, Guzmán A, Sucheni J, Díaz A, Guensachadze N, et al. Estudio socio-económico de la consulta prenatal de la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1974;34:3-16.
- Grau A, Moreno Guarache L, Marcano G. Estudio socioeconómico de la embarazada que asiste a la consulta prenatal del Hospital "Antonio Patricio de Alcalá", en la ciudad de Cumaná. Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:235-241.
- Teppa P, Alfonso C, Bustamante R. Encuesta socio-económica. Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:243-245.
- Lee de Granadillo C, Castillo M de. Realidad social de la paciente que asiste a la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1981;41:211-215.
- Sturck A. Menarquia y primiparidad. Rev Obstet Ginecol Venez 1992;52:23-26.

27. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60:85-88.
28. Macías-Tomei C, Landaeta-Jiménez M, García Casal MN, Hevia P, Layrisse M, Méndez Castellano H. Crecimiento físico y estado nutricional antropométrico de hierro y vitamina A en escolares de Venezuela. *Arch Venez Puer Pediatr* 1999;62(4):168-179.
29. Landaeta Jiménez M, Macías-Tomei C, Fossi M, García M, Layrisse M, Méndez Castellano H. Tendencia en el crecimiento físico y estado nutricional del niño venezolano. *Arch Venez Puer Pediatr* 2002;65(1):13-20.
30. Daly L, Kirke P, Molloy. Folate levels and neural tube defects. *JAMA* 1995;274:1698-1702.
31. Graffar M. Une methode de clasification sociales D Echantillons de Population. *Counier* 1956;6(8):455-459.
32. Méndez Castellanos H, Méndez M. Las sociedades estratificadas. Método Graffar modificado. *Arch Venez Puer Pediatr* 1986;49(3,4):93-104.
33. Méndez Castellanos M, Blasco A. Manual de procedimientos. Proyecto Venezuela. Caracas: FUNDACREDESA. 1989.
34. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza. Washington, DC. 2001:1-16.
35. PNUD/OCEI. Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Capítulo IV. Estrategias de superación de la pobreza. 2000. Caracas. 2000:52-63.
36. Méndez Castellano H, Méndez MC, Mejías de RB, Fossi M, Landaeta de JM, Mijares A, et al. La situación agroalimentaria y la pobreza, su impacto en la nutrición de la familia y el niño en Venezuela. Caracas: FUNDACREDESA. 1995.
37. Dehollain P. Concepto y factores condicionantes de la seguridad alimentaria en hogares. *Agroalimentaria* 1995;1:55-57.
38. Hernández de Valera Y, Rivas S. Perfil nutricional de Venezuela. *Anal Venez Nutr* 1999;12(1):55-72.
39. Bengoa J. Nutrición y embarazo. *Arch Venez Nutr* 1951;2:261-282.
40. Páez Pumar E, Ruphael M, Suárez O, Graterol A. Suplementación nutricional a las embarazadas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1960;20:337-347.

Agradecimiento.

Al Dr. Miguel Piñero Jefe del Departamento de Pediatría, Dr. Rafael Tortolero, Jefe del Servicio de Neonatología y a las Licenciadas Leyda La Cruz y Cecilia Garrido del Departamento de Nutrición, Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, por su importante asesoría en el diseño de este trabajo.

Dirección: Urbanización Rancho Grande, Calle 45, Cruce Av. Bolívar. Puerto Cabello, Estado Carabobo. Correo electrónico: faneitep@telcel.net.ve. faneitep@cantv.net

Fe de errata

En el artículo: Placenta percreta, de los Drs. Carlos Briceño Pérez, Fredy Alaña, Liliana Briceño Sanabria, Juan Briceño Sanabria y Carlos Briceño Sanabria, publicado en la *Rev Obstet Ginecol Venez* 2002;62(4):273-277, la Figura 2 fue impresa invertida.

Reproducimos en este número la figura en su posición correcta y su leyenda.

Ofrecemos nuestras disculpas a los autores.

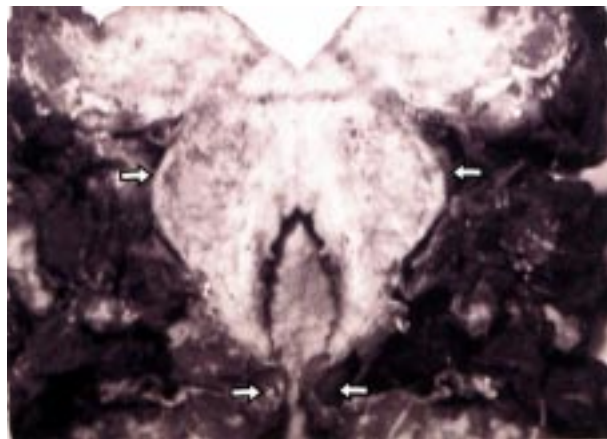


Figura 2. Aspecto macroscópico del útero al corte longitudinal. A nivel del miometrio se aprecia la infiltración placentaria (flechas superiores). En su parte inferior (flechas inferiores), se observa la rotura por donde emerge la placenta percreta en la Figura 1.