



Características de las gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe 2019 al 2023

Characteristics of pregnant women with overweight and gestational obesity attended at the Puerto Supe Health Center 2019 to 2023

Lesly Yadira Crespo Poma^{1*}, Joseph Hyrum Ibañez Verano¹,
María Martha Martínez Broncano¹

¹ Universidad Nacional de Barranca, Lima, Perú

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad gestacional contribuyen a la presencia de factores de riesgos para la salud materna y neonatal. La investigación tuvo como objetivo: determinar las características de las gestantes con sobrepeso y obesidad, atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe durante el periodo 2019 – 2023. Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal. Se recopiló información previa autorización institucional de 59 historias clínicas, mediante análisis documental y una ficha de recolección de datos; los cuales fueron procesados y analizados mediante la estadística descriptiva. Los resultados evidenciaron que, las gestantes con sobrepeso (67,5 %) y obesidad (75 %) tenía entre 15 y 35 años, y eran multigestas (53,5 % y 75 %, respectivamente), el 55,8 % de las gestantes con sobrepeso asistió a seis o más atenciones prenatales, mientras que en el grupo con obesidad predominó la asistencia entre 4 a 5 atenciones (50 %), las principales complicaciones fueron: infección del tracto urinario (48,8 % en sobrepeso y 56,2 % en obesidad), anemia (37,2 % y 6,2 %, respectivamente), enfermedad hipertensiva del embarazo (11,7 % y 25 %) y diabetes gestacional (2,3 % y 12,5 %). En conclusión, las gestantes con sobrepeso y obesidad fueron multigestas y presentaron complicaciones como: infección urinaria, anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y diabetes gestacional.

Palabras claves: características sociodemográficas, características gineco obstétricas, sobrepeso y obesidad gestacional.

Cómo citar / Citation: Crespo, L. Y., Ibañez, J. H. y Martínez, M. M. (2025). Características de las gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe 2019 al 2023. QuantUNAB,4(1), exx. <https://doi.org/10.52807/qunab.v4i1.95>

ABSTRACT

Gestational overweight and obesity contribute to the presence of risk factors for maternal and neonatal health. The research aimed to determine the characteristics of pregnant women with overweight and obesity treated at the Puerto Supe Health Center during the period 2019–2023. This was a quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional study. Information was collected from 59 medical records, with prior institutional authorization, through documentary analysis and a data collection form; the data were processed and analyzed using descriptive statistics. The results showed that overweight (67.5%) and obese (75%) pregnant women were between 15 and 35 years old, and were carrying multiple pregnancies (53.5% and 75%, respectively), 55.8% of overweight pregnant women attended six or more prenatal care, while in the obese group, attendance between 4 and 5 care predominated (50%), the main complications were: urinary tract infection (48.8% in overweight and 56.2% in obesity), anemia (37.2% and 6.2%, respectively), hypertensive disease of pregnancy (11.7% and 25%) and gestational diabetes (2.3% and 12.5%). In conclusion, overweight and obese pregnant women were carrying multiple pregnancies and presented complications such as: urinary tract infection, anemia, hypertensive disease of pregnancy and gestational diabetes.

Keywords: sociodemographic characteristics, gynecological-obstetric characteristics, gestational overweight and obesity.

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso gestacional constituyen condiciones prevalentes y preocupantes en salud pública, asociadas a un incremento en las complicaciones maternas y perinatales (Poston et al., 2016). Durante el embarazo, la presencia de un índice de masa corporal (IMC) elevado se ha relacionado con resultados adversos como la diabetes mellitus gestacional, preeclampsia, parto prematuro y macrosomía fetal (Endres et al., 2015; Marchi et al., 2015). Estas condiciones no solo comprometen la salud materna a corto y largo plazo, sino que también incrementan el riesgo de enfermedades metabólicas en el recién nacido, perpetuando así un ciclo intergeneracional de obesidad (Catalano & Shankar, 2017).

El diagnóstico de sobrepeso y obesidad en gestantes se basa principalmente en el IMC pregestacional (o del primer control prenatal), complementado en algunos casos por la medición de la circunferencia abdominal. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un IMC entre 25 y 29.9 kg/m² define sobrepeso, mientras que un IMC ≥ 30 kg/m² se considera obesidad (OMS, 2021).

A nivel global, la prevalencia de obesidad en el embarazo se ha triplicado desde 1990, estimándose en alrededor de 16% (aproximadamente 1 de cada 6 gestaciones) en la década de 2010–2019, mientras que el exceso de peso (sobrepeso u obesidad combinados) afecta a casi la mitad de los embarazos (Kent et al., 2024). En América Latina, el exceso de peso en el embarazo representa un problema creciente; se estima que más del 30 % de las gestantes inicia la gestación con sobrepeso u obesidad (Barros et al., 2021). En el Perú, los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) muestran una tendencia ascendente; por lo que, en el 2010 el 22 % de las gestantes tenía sobrepeso u obesidad, para el 2022 la cifra superaba el 35 % en algunas regiones (INEI, 2022). Este incremento es preocupante, ya que el exceso de peso materno se asocia significativamente con complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo, parto por cesárea, macrosomía fetal y mayor riesgo de mortalidad perinatal (Goldstein et al., 2017; Poston et al., 2016). Diversos estudios de alta evidencia han reconocido a la obesidad materna como un importante factor de riesgo obstétrico a nivel mundial (Kent et al., 2024; Poston et al., 2016).

En este contexto, resulta relevante caracterizar a las gestantes con sobrepeso y obesidad en entornos locales para orientar intervenciones. En el Centro de Salud de Puerto Supe, establecimiento de primer nivel (categoría I-3) ubicado en la provincia de Barranca, región Lima no se contaba con un estudio específico sobre este grupo de gestantes. Por ello, se planteó la presente investigación con el objetivo de determinar las de las gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional atendidas en dicho centro de salud durante el periodo comprendido entre el 2019 al 2023. Conocer su perfil sociodemográfico y obstétrico, así como las complicaciones presentadas, permitirá aportar evidencia local para el diseño de estrategias preventivas y de manejo clínico, contribuyendo a mejorar la salud materno-neonatal en la localidad. Siendo así el primer estudio en gestantes sobre obesidad y sobrepeso en el Centro de Salud de Puerto Supe.

2. METODOLOGÍA

El estudio fue de tipo observacional y básico, con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de alcance descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por las gestantes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe entre enero de 2019 a diciembre de 2023. Se trabajó con una muestra censal de 59 casos (43 gestantes con sobrepeso gestacional y 16 con obesidad gestacional), correspondiente a todas las gestantes con IMC elevado registradas en el período de estudio. La identificación de cada una de las unidades muestrales se realizó mediante el análisis documental del “Libro de registro diario de seguimiento de las gestantes y púerperas” del establecimiento, para luego pasar a las historias clínicas de gestantes que cumplían los criterios de inclusión (embarazo único, IMC pregestacional ≥ 25 kg/m² e historias clínicas completas) y criterios de exclusión (historias clínicas: borrosa, historias clínicas de gestantes que, iniciaron atención pre natal en otro establecimiento de salud).

Los datos fueron recopilados mediante una ficha de recolección diseñada específicamente para el estudio, validada por cinco expertos en salud materna. Dicha ficha permitió registrar variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, procedencia, ocupación), obstétricas (número de gestaciones, paridad, atenciones prenatales, complicaciones en el embarazo, tipo de parto) y neonatales (sexo neonatal, peso al nacer, edad gestacional por Capurro). Previamente, se obtuvo la autorización del médico jefe del centro de salud para acceder a las historias clínicas, asegurando la confidencialidad de la información y el uso anónimo de los datos con fines de investigación.

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos haciendo uso del programa Excel para Microsoft 365; para luego ser procesados y analizados mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24; se empleó estadística descriptiva para caracterizar a las gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional.

3. RESULTADOS

La muestra del estudio estuvo compuesta por 59 gestantes con exceso de peso durante el embarazo: 43 casos de sobrepeso gestacional (IMC 25 a 29.9 kg/m²) y 16 de obesidad gestacional (IMC ≥ 30 kg/m²). A continuación, se describen las características sociodemográficas y obstétricas, así como los principales datos neonatales, comparando ambos grupos.

Con respecto a las características sociodemográficas encontramos que, la edad de las gestantes osciló entre 16 y 42 años; la mayoría de las gestantes con sobrepeso (67,5 %) y con obesidad (75,0 %) tenían entre 15 y 34 años, mientras que una minoría en ambos grupos tenía 35 años o más; ninguna gestante era menor de 15 años. En cuanto al estado civil, en ambos grupos predominó la situación de conviviente (unión estable no matrimonial), especialmente en las obesas (81,3 % frente a 53,5 % en sobrepeso); aproximadamente un tercio (37,2 %) de las gestantes con sobrepeso eran solteras, proporción mayor que en las obesas (6,2 %); solo una minoría estuvo casada (9 % y 12 %) y ninguna refirió otra situación. Respecto al nivel educativo alcanzado, alrededor de la mitad de las gestantes presentaban educación secundaria como máximo nivel (35 % sobrepeso; 50 % obesidad); el resto contaba con algún nivel de educación superior (46,5 % en sobrepeso versus 18,7 % en obesidad), mientras que una fracción tenía solo primaria (16,2 % y 25 %, respectivamente) y muy pocas eran analfabetas (una gestante en cada grupo). En cuanto a la procedencia, la gran mayoría de las gestantes provenían de zonas urbanas (79,1 % sobrepeso; 87,5 % obesidad), frente a porcentajes menores de origen rural (9 % en sobrepeso; 6 % en obesidad) o periurbano (11,6 % y 6,2 %, respectivamente). La ocupación predominante fue ama de casa en ambos grupos (65 % en sobrepeso; 68,8 % en obesidad); un porcentaje menor se dedicaba a trabajos independientes (16,3 % y 18,8 %, respectivamente), y muy pocas eran estudiantes (solo 2 en sobrepeso) o trabajadoras dependientes/empleadas (14 % y 12,5 %) (Tabla 1).

Tabla 1.

Características Sociodemográficas de Gestantes con Sobrepeso y Obesidad Gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe (2019–2023).

Características sociodemográficas	Sobrepeso gestacional		Obesidad gestacional	
	Frecuencia (N°) N = 43	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°) N = 16	Porcentaje (%)
Edad				
Menor de 15 años	0	0	0	0
De 15 a 34 años	29	67,5	12	75
Mayor igual a 35 años	14	32,5	4	25
Estado civil				
Casada	4	9,3	2	12,5
Conviviente	23	53,5	13	81,3
Soltera	16	37,2	1	6,2
Otro	0	0	0	0
Grado de instrucción				
Analfabeta	1	2,3	1	6,3
Primaria	7	16,2	4	25
Secundaria	15	35	8	50
Superior no universitario	9	21	2	12,5
Superior universitario	11	25,5	1	6,2
Procedencia				
Rural	4	9,3	1	6,3
Urbana	34	79	14	87,5
Periurbana	5	11,7	1	6,2
Ocupación				
Ama de casa	28	65	11	68,8
Estudiante	2	5	0	0
Independiente	7	16	3	18,7
Dependiente	6	14	2	12,5

En cuanto a las características obstétricas, se observó un historial reproductivo considerable en muchas participantes. La mayoría de las gestantes tanto con sobrepeso como con obesidad eran multigestas (2 a 5 gestaciones previas): 53,5 % y 75 % respectivamente; los casos de primigestas (gestando por primera vez) fueron relativamente frecuentes en sobrepeso (37,2 %) pero menores en obesidad (25 %); las gestantes gran multigestas (≥ 6 gestaciones) estuvieron presentes solo en el grupo con sobrepeso (9,3 % de los casos), mientras que ninguna obesa tuvo ≥ 6 embarazos previos. Con relación a la paridad (número de partos previos), igualmente predominó la condición de múltipara (2 a 5 partos) en ambos grupos: 58,1 % en sobrepeso y 75,0 % en obesidad; no se registraron gestantes nulíparas (0 partos) en la muestra, lo que refuerza el perfil de gestantes con experiencia obstétrica previa; alrededor de un tercio fueron primíparas (un solo parto previo) en sobrepeso (37,2 %) y una cuarta parte en obesidad (25 %); solo se identificaron 2 casos de gran múltipara (≥ 6 partos) en el grupo con sobrepeso (4,7 %), mientras que ninguna gestante obesa tuvo más de 5 partos. En cuanto a la atención prenatal (APN), se evidenció una diferencia importante: las gestantes con sobrepeso mostraron mayor adhesión a la atención prenatal recomendado; el 55,8 % de las mujeres con sobrepeso asistió a 6 o más APN, cumpliendo con el mínimo sugerido por las guías nacionales (6 o más APN); adicionalmente ninguna tuvo menos de 2 APN, mientras que la mitad (50 %) acudió únicamente de 4 a 5 APN y el restante 12,5 % tuvo apenas 2 a 3 APN: de hecho, un tercio de las gestantes obesas no completaron 6 APN, lo cual resulta preocupante. Respecto a las complicaciones presentadas durante el embarazo, la infección del tracto urinario (ITU) fue la complicación más común en ambos grupos: afectó al 48,8 % de las gestantes con sobrepeso y al 56,3 % de las gestantes con obesidad. La anemia gestacional se registró en 16 casos (37,2 %) del grupo sobrepeso, mientras que solo 1 caso (6,3 %) en el grupo obeso presentó anemia. Otras complicaciones relevantes fueron la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), reportada en 11,6 % de sobrepeso versus 25,0 % de obesas. La diabetes mellitus gestacional (DMG) ocurrió en 1 caso de sobrepeso (2,3 %) frente a 2 casos en obesas (12,5 %). No se registraron otras complicaciones como ruptura prematura de membranas, polihidramnios u oligohidramnios en ninguno de los grupos (Tabla 2).

Tabla 2.

Características obstétricas de gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe (2019–2023).

Características gineco – obstétricas	Sobrepeso gestacional		Obesidad gestacional	
	Frecuencia (N°) N = 43	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°) N = 14	Porcentaje (%)
Número de gestaciones				
Primigesta (1)	16	37,2	4	25
Multigesta (de 2 a 5)	23	53,5	12	75
Gran multigesta (de 6 a más)	4	9,3	0	0
Paridad				
Nulípara (0)	0	0	0	0
Primípara (1)	16	37	4	25
Múltipara (2-5)	25	58	12	75
Gran Múltipara (+6)	2	5	0	0

Características gineco – obstétricas	Sobrepeso gestacional		Obesidad gestacional	
	Frecuencia (N°) N = 43	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°) N = 14	Porcentaje (%)
Número de APN				
1 APN	0	0	0	0
De 2 a 3 APN	5	11,6	2	12,5
De 4 a 5 APN	14	32,6	8	50
De 6 a más APN	24	55,8	6	37,5
Complicaciones en el embarazo				
Anemia	16	37,2	1	6,3
ITU	21	48,8	9	56,2
DBT	1	2,3	2	12,5
RPM	0	0	0	0
HIE	5	11,7	4	25
Polihidramnios	0	0	0	0
Oligohidramnios	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0
Tipo de parto				
Vaginal	39	90,7	9	56,3
Abdominal	4	9,3	7	43,7

En cuanto a la características neonatales en ambos grupos de gestantes (sobrepeso y obesidad), los recién nacidos de sexo masculino predominan un 60,5 % en gestantes con sobrepeso y un 68,7 % en gestantes con obesidad; aunque no se ha encontrado referencia científica que, el sexo del neonato no está determinado por el estado nutricional materno; con respecto al peso del recién nacido en el grupo con sobrepeso el 83,7 % de los recién nacidos tuvo un peso adecuado (2 500 a 3 999 g), y solo el 9,4 % presentó macrosomía (\geq 4 000 g) y en el grupo con obesidad, el 43,7 % presentó macrosomía, cifra casi cinco veces mayor que en el grupo con sobrepeso; con respecto a la edad gestacional al nacimiento por Capurro, el 18,6 % de los recién nacidos de las gestantes con sobrepeso fueron prematuros (<37 semanas) y un 31,3 % en las gestantes con obesidad (Tabla 3).

Tabla 3.

Características del recién nacido de gestantes con sobrepeso y obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe (2019–2023).

Características del recién nacido	Sobrepeso gestacional		Obesidad gestacional	
	Frecuencia (N°) N = 43	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°) N = 16	Porcentaje (%)
Sexo				
Femenino	17	39,5	5	31,3
Masculino	26	60,5	11	68,7
Total	43	100	16	100
Peso				
Menor a 2500 gramos	3	6,9	0	0
De 2500 a 3999 gramos	36	83,7	9	56,3
De 4000 a más gramos	4	9,4	7	43,7
Total	43	100	16	100

Características del recién nacido	Sobrepeso gestacional		Obesidad gestacional	
	Frecuencia (N°) N = 43	Porcentaje (%)	Frecuencia (N°) N = 16	Porcentaje (%)
Edad gestacional por Capurro				
Menor a 37 semanas	8	18,6	5	31,3
De 37 a 40 semanas	35	81,4	9	56,2
Mayor a 40 semanas	0	0	2	12,5
Total	43	100	16	100

4. DISCUSIÓN

Aspectos Sociodemográficos:

En relación con los aspectos sociodemográficos; nuestro estudio evidencia que las gestantes con sobrepeso y obesidad comparten un perfil sociodemográfico vulnerable: son mayoritariamente mujeres jóvenes-adultas, con nivel educativo medio-bajo, convivientes y dedicadas al hogar. Este perfil coincide con poblaciones de menor acceso a recursos, donde las tasas de sobrepeso y obesidad pueden coexistir con deficiencias nutricionales cualitativas. Desde la perspectiva de salud pública, estos resultados resaltan la necesidad de intervenciones preventivas específicas en el primer nivel de atención. Es prioritario implementar programas de evaluación nutricional preconcepcional y consejería en planificación familiar. Además, las gestantes identificadas con sobrepeso u obesidad deben recibir educación alimentaria personalizada y seguimiento nutricional durante la gestación, con control periódico del aumento de peso, para minimizar ganancias excesivas adicionales (Endres et al., 2015; Marchi et al., 2015).

Complicaciones Obstétricas:

Referente a las complicaciones obstétricas; un aspecto inesperado de nuestros resultados fue la diferencia en la incidencia de anemia gestacional entre ambos grupos: significativamente mayor en las gestantes con sobrepeso (37,2 %) que en las obesas (6,3 %). En principio, podría asumirse que las mujeres obesas tienen menor riesgo de anemia por tener, teóricamente, mejor estado nutricional calórico; sin embargo, estudios han mostrado que la obesidad también se asocia con deficiencias de micronutrientes (hierro, folatos) debido a dietas inadecuadas y al estado inflamatorio crónico que dificulta la absorción de hierro (Khan et al., 2023). No obstante, en nuestra cohorte las obesas tuvieron sorprendentemente menos anemia que las de sobrepeso. Una posible explicación radica en la multiparidad: el grupo de sobrepeso incluía a todas las gestantes gran múltiparas (hasta 7 gestaciones) y a más mujeres con 4 a 6 hijos, lo cual es un factor clásico de riesgo de anemia por depleción de reservas maternas tras embarazos repetidos y periodos intergenésicos cortos (Khan et al., 2023). De hecho, investigaciones reportan que las mujeres con ≥ 5 gestaciones tienen hasta 3 a 4 veces más riesgo de anemia en el embarazo que las primigestas (Khan et al., 2023). En cambio, ninguna gestante obesa de nuestro estudio tenía ≥ 6 gestaciones, y el número promedio de partos previos en ellas fue algo menor. Asimismo, es posible que las gestantes obesas hayan recibido más atención a la suplementación nutricional en controles (por su condición visible), o que algunas tuvieran dietas hipercalóricas, pero con mejor aporte de hierro de origen animal. Cualquiera sea el caso, este resultado subraya que el sobrepeso

u obesidad no excluye la presencia de desnutrición oculta en hierro, y que la evaluación hematológica debe hacerse a todas las gestantes independientemente de su IMC. También cabe precisar que las multigestas (especialmente con varios hijos) merecen especial vigilancia de anemia, aun cuando su IMC sea normal o elevado, fortaleciendo la indicación de suplementación con hierro y ácido fólico de forma oportuna.

Otro hallazgo importante fue la marcada diferencia en la tasa de partos por cesárea entre los grupos. Mientras alrededor de 9% de las gestantes con sobrepeso tuvo cesárea, en las obesas esta proporción se elevó a 43,7 %. La asociación entre obesidad gestacional y mayor probabilidad de cesárea está ampliamente documentada (Khan et al., 2023; Kent et al., 2024). Un estudio reciente en Cusco, Perú, encontró que la obesidad materna se asoció a un 41 % más riesgo de complicaciones maternas y 15 % más riesgo de complicaciones perinatales, incluyendo un aumento en cesáreas, en comparación con gestantes con IMC normal (Mendoza Follana, 2023). Las razones de la mayor frecuencia de cesáreas en mujeres obesas incluyen: mayor incidencia de macrosomía (que predispone a cesáreas electivas o de emergencia por falta de progreso), mayor tasa de preeclampsia y otras indicaciones médicas, y posibles dificultades mecánicas durante el trabajo de parto (menor contractilidad uterina efectiva, desproporción cefalopélvica relativa por adiposidad abdominal, etc.) (Khan et al., 2023). Además, es posible que consideraciones clínicas influyan a tomar una actitud más intervencionista en gestantes obesas, dada la percepción de mayor riesgo fetal intraparto. Desde el punto de vista de salud pública, el incremento de cesáreas asociado a la obesidad es preocupante, pues la cesárea conlleva mayor recuperación materna, mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas e impacto en futuros embarazos. Esto refuerza la necesidad de prevenir la obesidad desde antes de la gestación para reducir no solo complicaciones sino también intervenciones mayores.

Desenlaces Neonatales:

En cuanto al sexo del recién nacido, encontramos un predominio masculino en ambos grupos (especialmente en obesas, 68,7 %). Si bien el sexo fetal no tiene relación causal directa con el estado nutricional materno, algunos investigadores han observado que, en contextos de obesidad materna, los fetos masculinos pueden experimentar mayor crecimiento que las hembras, posiblemente por diferencias en la adaptación placentaria al exceso de nutrientes (Catalano & Shankar, 2017). Esto podría explicar en parte la ligera mayor proporción de varones macrosómicos en nuestro grupo obeso; sin embargo, es un hallazgo incidental que no puede generalizarse dada la muestra limitada.

Los hallazgos de este estudio muestran que la obesidad gestacional conlleva un impacto negativo notable en los desenlaces maternos y neonatales, en comparación con el sobrepeso gestacional. Una de las diferencias más relevantes fue la macrosomía fetal: 43,8 % de los recién nacidos de madres obesas presentaron peso $\geq 4\ 000$ g, proporción casi cinco veces mayor que el 9,3 % observado en las madres con sobrepeso. Esta brecha concuerda con lo reportado en la literatura internacional; por ejemplo, Goldstein et al. (2017) y Kent et al. (2024) evidenciaron mediante revisiones sistemáticas que un IMC materno elevado antes o durante el embarazo se asocia fuertemente con mayor riesgo de fetos grandes para la edad gestacional (LGA) o macrosómicos. Los mecanismos propuestos incluyen la hiperglicemia materna relativa, la resistencia a la insulina y un ambiente intrauterino con

exceso de nutrientes, que estimulan un crecimiento fetal desproporcionado (Goldstein et al., 2017). La macrosomía fetal acarrea múltiples complicaciones: incrementa el riesgo de parto distócico, traumatismo obstétrico (p. ej., distocia de hombros), hemorragia posparto y necesidad de cesárea (Khan et al., 2023). Nuestros resultados reflejan estas consecuencias, ya que las gestantes obesas mostraron simultáneamente mayor frecuencia de macrosomía y una tasa de cesáreas casi 5 veces superior a la del grupo sobrepeso. Por otro lado, la incidencia de parto prematuro fue mayor en las gestantes con obesidad (31,3 % versus 18,6 % en sobrepeso). Si bien la diferencia no alcanzó significancia estadística debido al tamaño muestral, esta tendencia es consistente con antecedentes. Estudios amplios han documentado que la obesidad materna puede aumentar el riesgo de prematuridad tanto espontánea como iatrogénica (Marchi et al., 2015; Poston et al., 2016). Las posibles causas incluyen un estado de inflamación sistémica y disfunción placentaria asociado a la obesidad, que eleva la probabilidad de parto pretérmino espontáneo, así como la mayor frecuencia de complicaciones (preeclampsia, diabetes) que llevan a decisiones de finalizar el embarazo anticipadamente por indicación médica (Marchi et al., 2015; Poston et al., 2016). En nuestro estudio, las gestantes obesas tuvieron más casos de hipertensión y diabetes gestacional (aunque no estadísticamente significativos), lo que concuerda con esa explicación. Además, cabe resaltar que solo 37,5 % de las obesas cumplió con ≥ 6 controles prenatales, a diferencia de 55,8% en sobrepeso; esta menor adherencia podría haber limitado la prevención de parto prematuro mediante intervenciones oportunas (cerclaje, progesterona, reposo, etc.) en el grupo obeso. La prematuridad tiene un enorme impacto en la morbimortalidad neonatal, siendo una de las principales causas de mortalidad neonatal en América Latina y el mundo (Marchi et al., 2015). Por ello, reforzar el seguimiento prenatal en gestantes obesas es crítico para mitigar este riesgo.

Finalmente, nuestros resultados se alinean con la evidencia existente de que el exceso de peso en el embarazo agrava los riesgos materno-perinatales (Kent et al., 2024; Poston et al., 2016). Las autoridades de salud y los profesionales clínicos deben tomar en cuenta el perfil identificado (gestantes jóvenes, multigestas, de nivel educativo medio-bajo) para focalizar intervenciones: por ejemplo, educación nutricional comunitaria dirigida a mujeres en edad reproductiva, promoción de ejercicio seguro durante el embarazo, control más estricto del peso gestacional y suplementación adecuada. Solo mediante un abordaje integral y preventivo se podrá romper el círculo vicioso de malnutrición y obesidad que afecta tanto a la madre como al niño por nacer.

Nuestros hallazgos, aunque concordantes con la literatura global, están limitados por el tamaño muestral relativamente pequeño (especialmente del grupo obeso, $n=16$) y el diseño transversal-descriptivo que impide inferir causalidad directa. Sin embargo, incluso con estas limitaciones, se observaron diferencias estadísticamente significativas en variables clave (macrosomía, anemia, cesáreas) que respaldan las tendencias esperadas. Sería conveniente en futuros estudios ampliar la muestra o realizar un diseño analítico que incluya gestantes de peso normal como comparación, para cuantificar con mayor precisión los riesgos atribuibles al sobrepeso y obesidad gestacional en nuestra población. Asimismo, incorporar variables socioeconómicas y hábitos alimentarios podría ayudar a entender mejor algunos resultados atípicos (como la distribución de anemia). No obstante, la información aportada por esta investigación resulta valiosa para el contexto local de Puerto Supe y otros similares,

pues confirma que la obesidad gestacional se asocia a mayores complicaciones obstétricas y neonatales, lo cual debe motivar acciones concretas en el sistema de salud local.

Por otro lado, la menor asistencia a controles observada en gestantes obesas sugiere posibles barreras o menor percepción de riesgo en este grupo. Es fundamental que los establecimientos de salud cuenten con protocolos diferenciados de vigilancia prenatal para gestantes con obesidad, incluyendo un tamizaje metabólico temprano (pruebas de tolerancia a la glucosa anticipadas, monitoreo de presión arterial desde el primer trimestre) y controles más frecuentes si es necesario. La incorporación de equipos multidisciplinarios como: nutricionistas, médicos, obstetras, enfermeros, psicólogos, con enfoque preventivo en las clínicas prenatales podría contribuir a mejorar la adherencia y la detección precoz de complicaciones. Asimismo, se deben reforzar las estrategias de derivación oportuna a centros de mayor complejidad en caso de identificarse complicaciones como preeclampsia severa o diabetes mal controlada, para garantizar desenlaces óptimos.

5. CONCLUSIONES

Las gestantes con sobrepeso u obesidad gestacional atendidas en el Centro de Salud de Puerto Supe comparten un perfil sociodemográfico común: son en su mayoría jóvenes (15–34 años), multigestas, convivientes, con nivel educativo secundario o menor y dedicadas al hogar. Este perfil debe ser prioritario en las estrategias de intervención prenatal y educación nutricional, para reducir riesgos obstétricos y neonatales asociados al exceso de peso.

La obesidad gestacional se asoció con una mayor frecuencia de complicaciones en comparación con el sobrepeso gestacional. Destacan la infección del tracto urinario, la hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia/hipertensión gestacional), la diabetes gestacional y la macrosomía fetal, todas más frecuentes en el grupo de gestantes obesas (aunque no todas alcanzaron significancia estadística, la tendencia es consistente con un mayor riesgo). En cambio, la anemia gestacional fue significativamente más común en las gestantes con sobrepeso que en las obesas.

Se observó que solo un 37,5% de las gestantes obesas cumplió con al menos 6 controles prenatales, comparado con 55,8% del grupo con sobrepeso. Este número reducido de controles en el grupo con obesidad se relacionó con peores desenlaces materno-perinatales, como una mayor incidencia de prematuridad y una tasa más alta de partos por cesárea. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer el seguimiento prenatal oportuno y personalizado en gestantes con obesidad, enfatizando la importancia de la adherencia a los controles para detectar y manejar tempranamente las complicaciones.

Los resultados del estudio respaldan la implementación de estrategias diferenciadas de atención prenatal dirigidas a gestantes con sobrepeso y obesidad. Dichas estrategias deben incluir: consejería y educación nutricional intensiva desde el primer trimestre (o idealmente antes de la concepción), control metabólico temprano (por ejemplo, tamizaje de diabetes gestacional en primer y segundo trimestre), monitoreo fetal riguroso en el tercer trimestre (ecografías de crecimiento, pruebas de bienestar fetal) y planes de parto individualizados que consideren el riesgo de macrosomía. El objetivo es reducir la morbimortalidad materna

y neonatal asociada al exceso de peso gestacional, mediante la prevención y el manejo precoz de las complicaciones.

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su agradecimiento al personal de salud del Centro de Salud de Puerto Supe por las facilidades brindadas durante la recolección de datos, así como a los expertos que participaron en la validación del instrumento de investigación. Se extiende también un reconocimiento a la Universidad Nacional de Barranca por el apoyo institucional para la publicación del presente artículo.

REFERENCIAS

- Barros, D. C., Victora, C. G., Wehrmeister, F. C., & Gonçalves, H. (2021). *Overweight in pregnancy and maternal and child health: a systematic review*. Revista Panamericana de Salud Pública, 45, e53. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.53>
- Catalano, P. M., & Shankar, K. (2017). *Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child*. BMJ, 356, j1. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Endres, L. K., Straub, H., McKinney, C., Plunkett, B., Minkovitz, C. S., Schetter, C. D., & Ramey, S. L. (2015). *Postpartum weight retention risk factors and relationship to obesity at one year*. Obstetrics and Gynecology, 125(1), 144–152. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000585>
- Goldstein, R. F., Abell, S. K., Ranasinha, S., Misso, M., Boyle, J. A., Black, M. H., ... & Teede, H. J. (2017). *Association of gestational weight gain with maternal and infant outcomes: a systematic review and meta-analysis*. JAMA, 317(21), 2207–2225. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3635>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2022). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022*. INEI. <https://www.inei.gob.pe>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Kent, L., McGirr, M., & Eastwood, K.-A. (2024). *Global trends in prevalence of maternal overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis of routinely collected data (retrospective cohorts)*. International Journal of Population Data Science, 9(2), 6. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v9i2.2401>
- Khan, F. H., Khalid, A. A., Alkwai, H. M., Alshammari, R. F., Alenazi, F., Alshammari, K. F., Sogeir, E. K. A., & Batool, A. (2023). *The effect of high parity on the occurrence of anaemia in pregnant women*. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 33(12), 1400–1404. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2023.12.1400>
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). *Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews*. Obesity Reviews, 16(8), 621–638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>

- Mendoza Follana, F. (2023). *Obesidad y complicaciones materno-perinatales en mujeres atendidas en el Hospital Regional del Cusco, en el periodo 2021-2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Institucional UAC. <https://hdl.handle.net/20.500.12557/5639>
- Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalan, C., Uauy, R., Herring, S., & Gillman, M. W. (2016). *Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences*. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), 1025–1036. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30217-0)