

OBESIDAD EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO CARDIOMETABOLICO

Autores: MSc Dr. Juan Antonio, Suárez González¹ y MSc Dr. Mario, Gutiérrez Machado¹

¹Ginecología y obstetricia, Hospital Provincial Universitario Ginecoobstetrico Mariana Grajales. Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

Correo electrónico: juansuarezg@infomed.sld.cu

Resumen:

Introducción: El incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad representa uno de los principales retos a los que se enfrenta la medicina en el presente siglo **Objetivo:** Caracterizar las variables antropométricas y analíticas para medir el grado de obesidad y su influencia en el riesgo cardiometabólicos. **Material y método:** estudio analítico de corte transversal en un grupo de gestantes que inician su gestación con un Índice de masa corporal por encima de 25% (sobrepeso y obesas) con una muestra intencional de 184 gestantes. Se evaluaron las variables: edad, talla, peso, estado nutricional y ganancia de peso; posteriormente se calculó la prevalencia de obesidad y se evaluó la ganancia de peso al final del embarazo. Se realizó estadística descriptiva para el análisis de las variables mediante el programa estadístico SPSS v. 20. **Resultados y discusión:** Las gestantes evaluadas como obesas clase I (134) representan un 72,8%, es el subgrupo que predomina. Los cuatro índices relacionados con el riesgo cardiometabólico se presentaron con una alta

frecuencia. Conclusiones: La prevalencia de obesidad abdominal en la muestra estudiada es elevada, las variables antropométricas y analíticas estudiadas se comportan con valores de riesgo cardiometabólico desde la captación del embarazo.

Palabras claves: embarazo; obesidad; riesgo.

Introducción: El incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad representa uno de los principales retos a los que se enfrenta la medicina en el presente siglo¹.

En mujeres en edad fértil, la prevalencia de sobrepeso y obesidad también está aumentando ² y, consecuentemente, lo mismo ocurre en mujeres embarazadas ^{3,4}. En los países industrializados, una de cada cinco mujeres es obesa antes de quedarse embarazada. La Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia mundial de obesidad en la mujer embarazada se encuentra en un rango comprendido entre el 1,8 y el 25,3%^{5,6}. En Estados Unidos, las tasas de obesidad en embarazadas varían entre el 18,5% y el 38,3%⁷.

La obesidad en los seres humanos se caracteriza por una gran variabilidad en la distribución corporal del exceso de grasa; estos depósitos pueden a su vez, establecer riesgos y determinar comorbilidades. Esto conlleva a un aumento no solo de la comorbilidad cardiovascular y metabólica, sino también de la mortalidad, resultado demostrado en múltiples investigaciones en torno al tema. En ese sentido, la obesidad se considera un factor de riesgo de gran trascendencia como promotor de enfermedades cardiovasculares.^{1,2}

Los depósitos centrales de grasa se asocian de forma significativa con alteraciones en varios sistemas y esta asociación es mayor a la que representa la grasa periférica. Esto resulta mucho más evidente cuando aumentan los depósitos de grasa intraabdominal y consecuentemente visceral.³

En la definición inicial de síndrome metabólico propuesta por *Reaven*, como Síndrome X, la piedra angular sobre la que se sustentaban todas las demás

alteraciones características del síndrome era la resistencia a la insulina, pero con el paso del tiempo ha ocurrido un viraje conceptual que evoluciona desde la perspectiva insulinocéntrica inicial a la obesocéntrica actual, como clave diagnóstica del síndrome metabólico (SM).^{4,5,8}

Para estimar el grado de obesidad, tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico, se utiliza la antropometría por ser un método fácil, económico y no invasivo. Las mediciones corporales del tipo peso y pliegues grasos, así como combinaciones de dimensiones corporales: índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura y el índice cintura/cadera (ICC), brindan información sobre la presencia de obesidad o no, y el consecuente riesgo que ello implica.^{9,10} Así, en los últimos años, ha crecido la reflexión acerca de cuál es el mejor parámetro antropométrico para la medición de sobrepeso y obesidad, que estratifique coherentemente el riesgo para eventos cardiovasculares y provoquen mortalidad.¹¹

El objetivo fundamental de la presente investigación es caracterizar los parámetros antropométricos y analíticos para medir el grado de obesidad y su asociación a los factores de riesgo cardiometabólicos.

Método: Se realizó un estudio analítico de corte transversal en el Hospital Universitario Gineco - Obstétrico Mariana Grajales de Santa Clara en el año 2019 con el objetivo de caracterizar los parámetros antropométricos y analíticos para medir el grado de obesidad y su asociación a los factores de riesgo cardiometabólicos en un grupo de gestantes que inician su gestación con un Índice de masa corporal por encima de 25% (sobrepeso y obesas) incluidas en la consulta municipal de embarazo de alto riesgo obstetrico. El universo estará constituido por 320 embarazadas que asistieron a la consulta de alto riesgo del municipio de Santa Clara, donde uno de los factores de riesgo para la misma es la desnutrición materna.

La muestra será intencional, incluyendo 184 gestantes que inician el embarazo con diagnostico de sobrepeso y obesas.

Se evaluaron las siguientes variables: edad, talla, peso, estado nutricional y ganancia de peso; posteriormente, se calculó la prevalencia de obesidad y se evaluó la ganancia de peso al final del embarazo. Se realizó estadística descriptiva para el análisis de las variables mediante el programa estadístico SPSS v. 20.

Para el tratamiento estadístico se utilizaron análisis de frecuencias, criterios de medianas y estimaciones de riesgos. Para la interpretación de los datos, la probabilidad asociada a los estadígrafos se interpretó de la siguiente manera:

$p < 0,01$: muy significativo. $0,01 < p < 0,05$: significativo. $p > 0,05$: no significativo.

Resultados: En el grafico 1 se muestra la evaluación nutricional de las 184 gestantes en la consulta de captación del embarazo, antes de las 14 semanas, porque en ese momento aun los cambios propios de la gestación no influyen en modificaciones de medidas antropométricas y se comparan con los resultados de la etapa preconcepcional. Con un total de gestantes evaluadas como obesas clase I (134) que representa un 72,8% es el subgrupo que predomina seguido de 40 gestantes sobrepeso 21,7%. Aunque aparecen en menor frecuencia el 4,9% y 0,5% del total se encuentran en las clases de obesidad II y III respectivamente.

En la tabla 1 se relacionan la media y la desviación standard de las variables estudiadas en las gestantes con sobrepeso y obesidad. Entre las variables generales se encuentra la edad con una media de 27,07 y una DS 7,110. Dentro de las variables antropométricas medidas en la captación esta el índice de masa corporal con una media de 31,253 DS 2,47 y la circunferencia abdominal en 102,37 DS 10,391. La ganancia total de peso en las pacientes estudiadas resulto con una media de 12,147 kgs DS 3,606.

Se calcularon variables combinadas antropométricas y analíticas resultando el índice cintura/cadera con una media de 0,92 DS 0,1146 y el índice cintura/talla 0,65 DS 0,072. Se calculo el LAP productos de acumulación de lípidos con

valores de 99,20 DS 76,840 y el IAC índice de adiposidad corporal con una media de 16,824 DS 2,5316.

Se calcularon cuatro índices relacionados con el riesgo cardiometabolico en estas gestantes obesas y como muestra la tabla 2 en todos se evidencio la alta frecuencia relacionada con este grupo de pacientes. El índice cintura/cadera tiene como valor de riesgo cardiovascular 0,85 en las mujeres y en este grupo el 71,2% presento un índice cintura/cadera con valor de riesgo mayor de 0,85 p 0,000. Altamente significativa.

El índice cintura/talla es otro indicador utilizado para el diagnostico de riesgo cuando sus valores son superiores a 0,50 y en este grupo de mujeres obesas el 68,4% tenía un índice cintura/talla mayor de 0,50. P 0,024

El LAP se interpreta como el producto de acumulación de lípidos y su valor de riesgo metabólico es considerado con cifras ≥ 34.2 cm/mmol/L que en este grupo la registraron el 95,7% de las gestantes obesas. P 0,000

El índice de adiposidad visceral VAI se considera riesgo con valores $\geq 1,91$ resultado que se calculo en el 21,7% de las gestantes p 0,000

Discusión: En los resultados de este estudio las gestantes con sobrepeso y obesidad tienen elementos clínicos, antropométricos y analíticos de riesgo cardiometabolico en su mayoría.

El período preconcepcional^{1,8-11} constituye el escenario ideal para desplegar intervenciones que mejorarán los resultados para las mujeres obesas en el embarazo y a lo largo de toda su vida y de sus hijos. El índice de masa corporal (IMC) pregestacional tiene relación directa con la salud materna y fetal independientemente de la ganancia de peso en el embarazo. Los valores medios de ambas variables en las pacientes estudiadas resultados con cifras de riesgo cardiometabolico.

Las mediciones corporales del tipo peso y pliegues grasos, así como combinaciones de dimensiones corporales: índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura y el índice cintura/cadera (ICC), brindan

información sobre la presencia de obesidad o no, y el consecuente riesgo que ello implica.⁴⁻⁶ Así, en los últimos años, ha crecido la reflexión acerca de cuál es el mejor parámetro antropométrico para la medición de sobrepeso y obesidad, que estratifique coherentemente el riesgo para eventos cardiovasculares y provoquen mortalidad.⁶

Desde hace años la medida de la cintura abdominal (CA) se ha establecido como estándar antropométrico de la obesidad abdominal e indicador clínico de riesgo cardiometabólico (RCM) debido a su simplicidad de medida y a su correlación con la grasa abdominal medida por tomografía computarizada. Sin embargo, últimamente se está cuestionando que la medida de la CA sea la más adecuada para expresar el RCM y que los puntos de corte, indicativos de riesgo, obtenidos con estos parámetros en poblaciones en su mayoría blancas caucásicas, sean aplicables a otras poblaciones.

El índice cintura-cadera (IC-C) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en cm) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular. Además la circunferencia abdominal mayor de 88 cm es uno de los elementos que identifican el síndrome metabólico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece unos niveles normales de 85 cm en mujeres y 100 cm en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado. Este parámetro es un buen indicativo para ir vigilando la salud cardiovascular de manera sencilla, si los niveles se salen de los valores normales se requiere empezar con una vida saludable.

Además esta medida es complementaria al índice de masa corporal (IMC), ya que este no distingue si el sobrepeso se debe a retención de líquidos, hipertrofia o similar. De este modo el medir el IMC y el índice cintura cadera nos aproximará mejor a conocer la situación respecto al peso y riesgo cardiovascular.¹⁰

El embarazo es uno de los períodos de mayor vulnerabilidad nutricional. El déficit de peso materno o de diversos nutrientes (calcio, ácidos grasos omega-3, hierro, zinc, ácido fólico, entre otros) influyen en forma significativa en la evolución del embarazo, parto y recién nacido.^{12,13}

En este momento se considera más importante la medición de la circunferencia de la cintura del paciente que la realización de análisis complementarios de laboratorio, pues ese valor es un factor de riesgo cardiovascular asociado de manera independiente con cada uno de los demás componentes del síndrome metabólico. Además, se correlaciona con la masa grasa abdominal, determinada por el método de medición de pliegues cutáneos de forma independiente en esta región anatómica.

La información reunida resultó compatible con el diagnóstico de síndrome metabólico, ya sea cuando se utilicen las definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) o la *International Diabetes Federation* o el *Adult Treatment Panel III*. Más allá de las pequeñas diferencias en los criterios diagnósticos, todas estas instituciones de referencia reconocen a la circunferencia de la cintura como un indicador de riesgo para la aparición de diabetes y de enfermedades cardiovasculares.

La medición de la CA no puede determinar si la relación con el riesgo está asociado al tejido adiposo intraabdominal, subcutáneo o ambos. El mecanismo no está aún develado, pero existen diversas hipótesis. Una de las más tempranas implicaba al tejido adiposo intraabdominal como factor de riesgo metabólico activando al eje sistema nervioso central-adrenal mediante activadores ambientales, causando tanto el depósito preferencial del tejido adiposo en el tronco, como los desórdenes metabólicos asociados a esos depósitos. Más recientemente se postuló que la grasa subcutánea puede almacenar una cantidad limitada de energía y el exceso iría a depósitos ectópicos en hígado y músculo esquelético. El exceso de la acumulación ectópica de grasa sería la causante de trastornos metabólicos en dichos órganos. De hecho, el aumento de la grasa intrahepática está fuertemente

asociado con dislipemia e insulinoresistencia hepática, y el incremento de la grasa intramiocelular se asocia con insulinoresistencia muscular esquelética. Las hipótesis no son mutuamente excluyentes y es posible que ambos caminos estén involucrados en la asociación entre grasa abdominal y consecuencias adversas metabólicas.

La CA constituye un marcador específico de la distribución de grasa corporal, que puede identificar pacientes con incremento del riesgo cardiometabólico relacionado con la obesidad, mejor que la determinación del IMC que no proporciona información acerca de la distribución de la grasa corporal. Esto es un aspecto de relevancia, ya que se ha establecido que el lugar de depósito y la distribución de la grasa en el cuerpo representa un riesgo diferente, correspondiendo al tejido adiposo abdominal y más específicamente al tejido adiposo perivisceral (mesenterio, omentos) el que se asocia con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2, y cáncer, entre otras.

Durante mucho tiempo, se consideró al tejido adiposo como un órgano más bien pasivo, cuya única función era almacenar energía en forma de triacilglicéridos para ser entregada en tiempos de deuda energética. El tejido adiposo, lejos de ser un conjunto de células inertes, es capaz de producir un número elevado de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva y las llamadas adipocitoquinas. Las más importantes son: la leptina, la adiponectina, la resistina, las interleucinas y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) entre otros.¹⁷

La presencia de estas adipocitoquinas asociadas a la obesidad, nos informa de la presencia de un componente inflamatorio crónico subyacente a esta, que se asocia a un aumento de la resistencia a la insulina, y representan importantes predictores de los eventos ateroscleróticos.

La gran mayoría de los sujetos obesos cursan con niveles plasmáticos elevados de leptina, que está condicionado por la sobreexpresión de genes relacionados

directamente con la obesidad (genes OB), que se relaciona proporcionalmente con las concentraciones de leptina circulantes.

El TNF- α participa en forma relevante en la generación de la resistencia insulínica, condición frecuentemente observada en los pacientes con obesidad abdominal, pues inhibe la actividad del receptor celular de la insulina, la actividad de la enzima tirosín quinasa sobre el propio receptor y sobre el sustrato IRS-1, además de que estimula la degradación del receptor de membrana del GLUT-4.

Por otro lado, la adiponectina ha emergido en los últimos años como un importante protector cardiovascular. Tiene un rol destacado en el metabolismo de los lípidos y de la glucosa. Se ha visto que, niveles bajos de adiponectina se asocian a resistencia insulínica. También se ha demostrado que la adiponectina tiene propiedades antiaterogénicas, a través de inhibición de la expresión de moléculas de adhesión, menor captación de moléculas de LDL oxidada, menor formación de células espumosas y por inhibición de la migración y proliferación de células musculares lisas, además se le atribuye potencialidad antidiabética a través de una mayor oxidación de ácidos grasos libres, mayor captación de glucosa y disminución de la gluconeogénesis hepática.

El exceso de la grasa intraabdominal se asocia a un aumento de la liberación de ácidos grasos libres, que drenan directamente al hígado a través del sistema venoso portal dificultando el metabolismo hepático de la insulina y potenciando la hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina. Estas alteraciones pueden compensarse temporalmente con un aumento de la secreción de insulina, aunque su presencia crónica puede llevar a una disfunción de estas células, provocando la diabetes tipo 2. Habitualmente en las consultas de Atención Prenatal solo se utiliza el IMC para detectar la evaluación nutricional. Sin embargo, las personas con un IMC considerado como obeso que tienen cantidad normal de grasa corporal y una gran masa muscular, no tienen un mayor riesgo de enfermedad coronaria, mientras que personas con un IMC

considerado como normal, y que tienen un exceso de grasa corporal y poca masa muscular, tienen un riesgo aumentado de enfermedad coronaria.

Conclusiones: La prevalencia de obesidad abdominal en la muestra estudiada es elevada, las variables antropométricas y analíticas estudiadas se comportan con valores de riesgo cardiometabolico desde la captación del embarazo.

Referencias bibliográficas:

- 1.- Pacheco Romero J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2017;78(2):207-14.
- 2.- Sánchez Carrillo V, Ávila Vergara MA, Peraza Garay F, Vadillo Ortega F, Palacios González B, García Benavente D. Complicaciones asociadas con la ganancia excesiva de peso durante el embarazo. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2017;85(2):64-70.
- 3.- Knight B, Shields B, Brook A, Hill A, Bhat D, Hattersley A et al. Lower Circulating B12 Is Associated with Higher Obesity and Insulin Resistance during Pregnancy in a Non-Diabetic White British Population. *plos one*. 2015;10(8)
- 4.- Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander E, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*. 2015;16(8):621-38.
- 5.- Fernández Alba JJ, Paublete MC, González Macías C, Carral F, Carnicer C, Vilar A, et al. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutr Hosp* 2016;33:1324-9.
- 6.- Li X, Tan H, Huang X, Zhou S, Hu S, Wang X, et al. Similarities and differences between the risk factors for gestational hypertension and preeclampsia: A population based cohort study in south China. *Pregnancy Hypertens* 2016;6:66-71.

- 7.- Carneiro Roriz AK, Santana Passos L, Cunha de Oliveira C, Eickemberg M, De Almeida Moreira P, Barbosa Ramos L. Anthropometric clinical indicators in the assessment of visceral obesity: an update. *Nutr. Clín. Diet. Hosp* 2016; 36(2):[aprox. 8 p.]. [citado 13 feb 2020] Disponible en: <https://www.ri.ufs.br/handle/riufs/2136>
- 8.- Ma CM, Lu N, Wang R, Liu XL, Lu Q, Yin FZ. Three novel obese indicators perform better in monitoring management of metabolic syndrome in type 2 diabetes. *Scientific Reports*. 2017;7(1):[aprox. 5 p.]. [citado 16 feb 2020] Disponible en: <https://europepmc.org/abstract/med/28852155>
- 9.- Siervo M, Lara J, Celis Morales C, Vacca M, Oggioni C, Battezzati A, et al. Age-related changes in basal substrate oxidation and visceral adiposity and their association with metabolic syndrome. *Eur J Nutr*. 2016;55(4):[aprox. 5 p.]. [citado 4 marz 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233884>
- 10.- Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, San Martín San Martín MG. Obesidad y riesgo cardiovascular. *An Fac Med*. 2017;78(2):[aprox. 3 p.]. [citado 6 marz 2020] Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/download/13218/12349>
- 11.- Molina de Salazar DI, Muñoz Gómez D. Síndrome metabólico en la mujer. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 29 Feb 2020];25(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-sindrome-metabolico-mujer-S0120563317302711>
- 12.- World Population Prospects. Population Division. World Prospects 2017. Data Query [Internet]. United Nations; 2017 [citado 3 Mar 2020]. Disponible en: https://www.moldstreet.com/bma_userfiles/file/World%20Population%20Prospects%20-%20Population%20Division%20-%20United%20Nations%201.pdf

- 13.- Ignell C, Ekelund M, Anderberg E, Berntorp K. Model for individual prediction of diabetes up to 5 years after gestational diabetes mellitus. SpringerPlus. 2016; [citado 20 feb 2020] 5(1):318. Disponible en: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-016-1953-7>
- 14.- Nielsen TRH, Lausten-Thomsen U, Fonvig CE, Bøjsøe C, Pedersen L, Bratholm PS, et al. Dyslipidemia and reference values for fasting plasmalipid concentrations in Danish/North-European White children and adolescents. BMC Pediatr. 2017;17(1):116.
- 15.- Lartey A, Marquis GS, Aryeetey R, Nti H. Lipid profile and dyslipidemia among school-age children in urban Ghana. BMC Public Health. 2018; 18(1): 320.
- 16.- Ninatanta Ortiz JA, Núñez Zambrano LA, GarcíaFlores SA, Romaní Romaní F. Factores asociados a sobrepeso y obesidad en estudiantes de educación secundaria. Pediatría Aten Primaria. 2017; 19(75):209-21.
- 17.- von Bibra H, Saha S, Hapfelmeier A, Müller G, Schwarz P. Impact of the Triglyceride/High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio and the Hypertriglyceremic-Waist Phenotype to Predict the Metabolic Syndrome and Insulin Resistance. Horm Metab Res. 2017; 49(07):542-9.
- 18.- Abbs ES, Viñoles J, Alarcón JO, Johnson HM, Zunt JR. High prevalence of cardiovascular risk factors in Peruvian adolescents living in a periurban shantytown: a cross-sectional study. J Health Popul Nutr. 2017; 36(1): 19.
- 19.- Ninatanta-Ortiz JA, Núñez-Zambrano LA, García-Flores SA, Romaní FR. Frecuencia de síndrome metabólico en residentes de una región andina del Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(4):640-50.
- 20.- Dhuper S, Bayoumi NS, Shah YD, Mehta S. Ethnic Differences in Lipid Profiles of Overweight, Obese, and Severely Obese Children and Adolescents 6-19 Years of Age. Child Obes Print. 2017;13(3):236-41.

Anexos:

Grafico 1. Distribución según evaluación nutricional pregestacional.

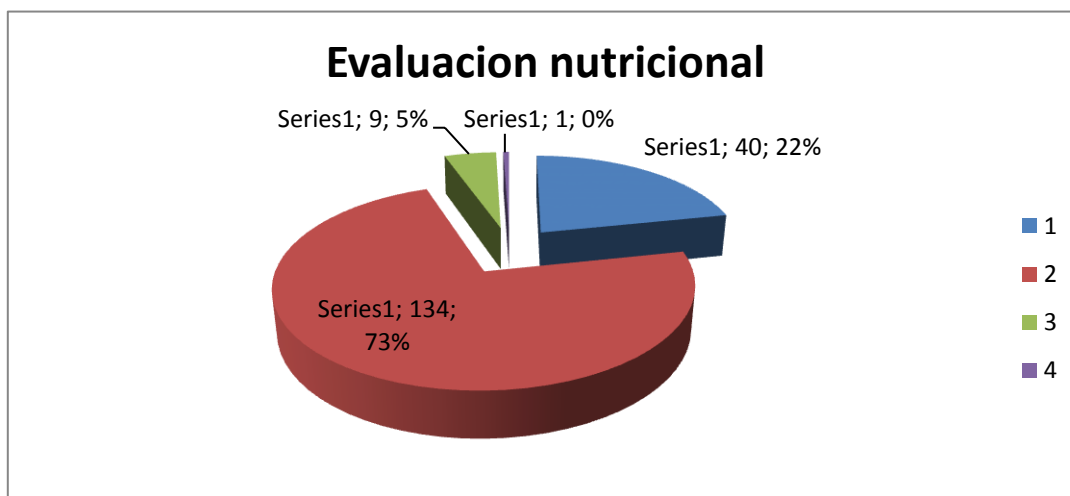


Tabla 1. Media y desviación standart de las variables antropométricas en gestantes con sobrepeso y obesidad.

Variables	Media	DS
Edad	27,07	7,110
Índice de masa corporal	31,253	2,47
Circunferencia abdominal	102,37	10,391
Índice cintura/cadera	0,92	0,1146
Ganancia de peso	12,147	3,606
Índice cintura/talla	0,65	0,072
LAP Productos de acumulación de lípidos	99,20	76,840
IAC Índice de adiposidad corporal	16,824	2,5316

Tabla 2.- Valores de riesgo cardiometabolico de los índices calculados en gestantes con sobrepeso y obesidad.

Índices calculados	Valores riesgo	N	%	p
Índice cintura/cadera	0,85	131	71,2	0,000
índice cintura/talla	0,50	126	68,4	0,024
LAP producto de acumulación de lipidos	\geq 34.2 cm/mmol/L	176	95,7	0,000
VAI índice de adiposidad visceral	\geq 1,91	40	21,7	0,000

LAP34.2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menos 34,2 sin riesgo	8	4.3	4.3	4.3
Valid 34,2 y mas con riesgo	176	95.7	95.7	100.0
Total	184	100.0	100.0	

VAI_1.91

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menor 1.91 no riesgo	144	78.3	78.3	78.3

1.91 y mascon	40	21.7	21.7	100.0
riesgo				
Total	184	100.0	100.0	

Test Statistics

	ICC_85	LAP34.2	VAI_1.91
Chi-Square	33.065 ^a	153.391 ^a	58.783 ^a
df	1	1	1
Asymp. Sig.	.000	.000	.000

a. 0 cells (0.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 92.0.