

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN H.A. BARCELÓ FACULTAD DE MEDICINA



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Carrera: Médico Especialista en Nutrición

Director de la carrera: Dr. Gustavo Frechtel

Tema: HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EMBARAZADAS DE LA
CIUDAD DE ROSARIO

Alumna: Dra. Flavia Elisabet Nardi

Tutora: Lic. Pilar Llanos

Año 2014

ÍNDICE

RESÚMEN.....	2
INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	10
OBJETIVOS.....	22
MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
CONCLUSIÓN	52
BIBLIOGRAFÍA.....	53
ANEXOS.....	56

RESÚMEN

Objetivo: El embarazo representa una etapa biológica de la mujer en la que existen características únicas desde el punto de vista nutricional: durante el mismo es imprescindible una alimentación balanceada y nutritiva. Por ello se considera importante analizar en una muestra la frecuencia de hábitos de consumo de los grupos básicos de alimentos (lácteos y derivados, carnes y huevos, frutas y verduras, almidones, cuerpos grasos), cada uno de los cuales contribuye a la alimentación con sustancias específicas para la salud de la mujer embarazada, y en conjunto aportan los nutrientes necesarios.

Además resulta interesante analizar en esta muestra algunos hábitos y características alimentarias susceptibles de acciones educativas, así como también evaluar ciertos datos referidos a la situación nutricional actual (ganancia de peso durante el embarazo en curso, forma en la que se produjo).

Diseño: Estudio transversal, observacional de tipo descriptivo realizado en mujeres embarazadas a través de encuestas de costumbres alimentarias y frecuencia de hábitos de consumo.

Población estudiada: Se evaluaron 100 embarazadas que asistieron a los cursos de Psicoprofilaxis Pre-Parto dictados en el Hospital Español de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre junio de 2012 a agosto de 2013.

Resultados: Se observó un 17% de sobrepeso, un 6% de obesidad, un 20% de tabaquismo, un 79% de sedentarismo. Al evaluar ganancia de peso, el 90% no superó los 16 kg, y se produjo en el 59% de los casos de manera gradual. El 60% mejoró sus hábitos alimentarios desde que comenzó el embarazo, pero el 54% no recibió consejos de alimentación por parte de profesionales de la salud.

En cuanto al consumo de los grupos básicos de alimentos se observó lo siguiente:

- Grupo de lácteos y derivados: Si bien la mayoría de las encuestadas consume lácteos, no lo hacen en cantidades suficientes; predominando en general la elección de lácteos enteros.

De esta observación se puede interpretar que probablemente las necesidades de calcio, y vitamina B2 y B3 no estén cubiertas como corresponde.

- Grupo de carnes: Se vio que sólo la mitad de la población en estudio consume algún tipo de carne diariamente. Debido a ello, el aporte de hierro será en este grupo insuficiente, así como también el de zinc y el de vitamina B12.

- Grupo de frutas y verduras: Sólo un poco más de la mitad de las encuestadas consume frutas y verduras a diario, y en cantidades apropiadas.

Estos datos se traducirán en un bajo aporte de fibras, de minerales (como el potasio, el sodio, el magnesio) y de vitaminas, en especial carotenos y vitamina C; alejándose así de la recomendación de la OMS de 400 gramos per cápita diarios de frutas y verduras.

- Grupo de almidones: Existe una muy mala selección dentro de este grupo, ya que predomina el consumo de productos amasados con harina blanca como pizzas, empanadas, tartas y sándwiches, y también de galletitas tanto dulces como saladas. En cambio hay un consume deficiente de hidratos de carbonos complejos representados por ejemplo por cereales y legumbres.

- Grupo de los cuerpos grasos: La mitad de la población en estudio lo utiliza a diario, predominando ampliamente el consumo de aceites de maíz y girasol. Este dato es positivo ya que esta variedad de aceites es fuente de ácidos grasos poliinsaturados omega 6, indispensables para el crecimiento fetal óptimo. En cambio, es probable que exista una carencia de ácidos grasos poliinsaturados omega 3 de cadena larga, cuyas fuentes alimentarias están presentes sobre todo en otra variedad de aceites(aceite de soja, de canola y de pescado), no consumidos por la población estudiada.

- Grupo de azúcares: Se observó un importante consumo de productos con azúcares simples: dulces, mermeladas, golosinas.

- Bebidas: Sólo un poco más de la mitad de las encuestadas consume agua en cantidad suficiente. Otras bebidas consumidas son gaseosas, principalmente comunes, y jugos, comunes y light: ambos son utilizados casi a diario por la mitad de las encuestadas.

Conclusión: La alimentación seguida en el conjunto de embarazadas en estudio no es la más adecuada para esta etapa biológica. Un incompleto aporte de los diferentes grupos básicos de alimentos así como también una incorrecta selección dentro de cada grupo ponen de manifiesto la escasa información nutricional recibida por la población observada.

Palabras claves: hábitos alimentarios, mujeres embarazadas, grupos básicos de alimentos, educación alimentaria.

SUMMARY

Objective: Pregnancy is a biological stage of women's life with unique nutritional characteristics. During this period, it is important to have a balanced and nutritious diet. For this reason, it is important to analyze in a sample group the frequency of consumption habits of the basic food groups (milk and derivatives, meat and eggs, fruits and vegetables, starch, lipids) each of which provides specific substances for pregnant woman's health.

In addition, it is interesting to analyze in this sample some eating habits that could be changed with educational actions, and to evaluate the information according to current nutritional situation (weight gain during pregnancy and the way it occurs).

Design: Cross-sectional descriptive observational study carried out on pregnant women through surveys about food habits and frequency of consumption.

Study population: 100 pregnant women were evaluated while they assisted to the 'Psycho-prophylaxis pre-parturition' course, taken at Español hospital in Rosario city, between June 2012 and August 2013.

Results: Among the polled women, 17% were overweight, 6% were obese, 20% were tobacco smokers and 79% had a sedentary lifestyle. Evaluating weight gain, 90% were under 16 kg, and it happened gradually in 59% of cases. 60% improved their alimentary habits since they got pregnant, but 54% didn't receive advice from a doctor.

Regarding consumption of basic food groups, it was observed the following:

- Milk and derivatives: Although most of the women eat dairy products, they don't do it in sufficient quantities, prevailing full-fat dairy products. It means that the needs of calcium, and B2 and B3 vitamins are probably not covered.
- Meats: only half of the polled group eats some kind of meat once a day. The conclusion is that iron intake would be inadequate, and so would be the zinc and B12 vitamin quantities.
- Fruits and vegetables: A little more than a half of the polled women eat fruits and vegetables once a day, in appropriate amounts. This means a

probably low contribution of fibers, minerals (like potassium, sodium, magnesium) and vitamins, especially carotene and C vitamin, staying away from recommendation of WHO that suggests 400 grams a day.

- Starches: in this group, women seem to make a very bad choice in foods, consuming principally products made from with flour like pizza, 'empanadas', pies and sandwiches, and both sweet and salad cookies. However, not many of them consume complex carbohydrates like those found in cereals and legumes.

- Lipids: half of the study population consumes them daily, prevailing widely corn oil and sunflower oil. On one hand, this is a good fact, because these oils contain omega-6 polyunsaturated fatty acids, essential to the fetus' growth. On the other hand, a lack of long chain omega-3 polyunsaturated fatty acids may exist, which are contained in other varieties of oils (like soybean, rapeseed and fish oils) that are not consumed by study population.

- Sugars: It was observed an important intake of products with simple sugars, like sweets and marmalade.

- Drinks: only a little more than half of the polled women drink enough water. Other common beverages are sparkling, juices (ordinary and light), both consumed daily by half of the women.

Conclusion: alimentation followed by study women overall is not the best for this biological stage. Incomplete intake of the different basic food groups as long as wrong choices within each group show up the lack of nutritional information received by the women.

Key words: alimentary habits, pregnant women, basic food groups, alimentary education.

RESUMO

Objetivo: A gravidez representa uma etapa biológica da mulher na qual existem características únicas desde o ponto de vista nutricional: durante a mesma é imprescindível uma alimentação balanceada e nutritiva. Pelo qual considera-se importante fazer um análise numa mostra, a frequência de hábitos de consumo dos grupos básicos de alimentos (lácteos e derivados, carnes e ovos, frutas e verduras, amidos, gorduras), cada um dos quais contribui à alimentação com substâncias específicas para a saúde da mulher grávida e em conjunto aportam os nutrientes necessários.

Ademais é interessante analisar nesta amostra alguns hábitos e características alimentar suscetíveis de ações educativas, assim como também avaliar certos dados referidos à situação nutricional atual (ganância de peso durante a gravidez em curso, jeito na que se produz).

Desenho: Estudo transversal, observância de tipo descritivo realizado em mulheres grávidas por meio da pesquisa de costumes alimentar e frequência de hábitos de consumo.

População estudada: Avaliaram-se 100 grávidas que assistiram aos cursos de Psicoprofilaxia Pre-parto ditado no Hospital Espanhol da cidade de Rosario, durante o período compreendido entre junho de 2012 a agosto de 2013.

Resultado: Observou-se um 17 % de sobrepeso, um 6 % de obesidade, um 20 % de tabagismo, um 79 % de sedentarismo. Ao avaliar ganância de peso o 90 % não superou os 16 kg e se produz no 59 % dos casos de maneira gradual. O 60 % melhorou seus hábitos alimentar desde que começar a gravidez, mas o 54 % não recebeu conselhos de alimentação de profissionais da saúde.

Enquanto ao consumo dos grupos básicos de alimentos se observou o seguinte:

- Grupo de lácteos e derivados: Se bem a maioria das pesquisadas consume lácteos, não o fazem em quantidades suficientes, predominando em geral a eleição de lácteos integrais.

Desta observação se pode entender que provavelmente as necessidades de cálcio e vitaminas B2 e B3 não estejam cobertas corretamente.

- Grupo de carnes: Viu-se que só a metade da população pesquisada consome algum tipo de carne todos os dias. Por isso o aporte de ferro será neste grupo insuficiente, assim como também o de zinco e o de vitamina B12.

- Grupo de frutas e verduras: Só um pouco mais da metade das pesquisadas consome frutas e verduras diariamente, e em quantidades apropriadas.

Estes dados se traduzirão num baixo aporte de fibras, de minerais (como o potássio, o sódio, o magnésio) e de vitaminas, em especial carotenos e vitaminas C, afastando-se assim da recomendação da OMS de ingerir 400 gramas per capita diariamente de frutas e verduras.

- Grupo de amidos: Existe uma muito má seleção dentro deste grupo, já que predomina o consumo de produtos amassados com farinha branca como pizzas, empadas, tortas e sanduíche, e também de biscoitos tanto quanto doces como salgados.

No entanto há um consumo pobre de hidratos de carbonos complexos representados por exemplo por cereais e legumes.

- Grupo de gorduras: A metade da população pesquisada utiliza-o sempre, predominando amplamente o consumo de óleos de milho e girassol. Este dado é positivo já que esta variedade de óleos é fonte de ácidos graxos poli-insaturados ômega 6, essencial para o crescimento fetal ótimo. Ao contrário, é provável que exista uma falta de ácidos graxos poli-insaturados ômega 3 de cadeia longa, cujas fontes alimentarias estão presentes, sobre tudo em outras variedades de óleos (de soja, de canola e de peixe), não consumidos pela população pesquisada.

- Grupo de açúcares: Observou-se um importante consumo de produtos com açúcares simples: doces, geléias, gulodices.

- Bebidas: Só um pouco mais de metade das pesquisadas consome água em quantidade suficiente. Outras bebidas consumidas são refrigerantes, principalmente comum e sucos, comum e light: consumidos os dois quase todos os dias pela metade das pesquisadas.

Conclusão: A alimentação seguida no conjunto das grávidas pesquisadas não é a mais adequada para esta etapa biológica. Um incompleto aporte dos diferentes grupos básicos da alimentação, assim como também uma errada seleção dentro de cada grupo põem em destaque a escassa informação nutricional recebida pela população observada.

Palavras-chave: hábitos alimentícios, mulheres grávidas, grupos básicos de alimentos, educação alimentar.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Durante el embarazo las necesidades nutricionales de la mujer son mayores que en otras etapas de su vida. La dieta debe suministrarle todos los elementos necesarios para que al crecer el óvulo o huevo fertilizado, se convierta en un feto viable y luego en un bebé a término. A medida que la mujer se nutre a sí misma también nutre al feto en crecimiento y a la placenta que se une al feto por el cordón umbilical en el útero. Al mismo tiempo su tejido mamario se prepara para la lactancia.⁽¹⁾

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto.⁽²⁾

La valoración del estado de nutrición de la embarazada es de capital importancia, no sólo para el buen desenlace de la gestación, sino también para la salud de la mujer y sus futuros embarazos.

La desnutrición de la madre produce un efecto esencial: la disminución del peso de nacimiento del niño. La malnutrición crónica que sufren muchas madres desde su infancia juega un rol esencial en esa insuficiencia de peso.⁽³⁾

La alimentación de la madre, insuficiente en energía durante el embarazo, puede generar el fenotipo ahorrador en el feto, una verdadera insulinoresistencia adaptativa. Estudios epidemiológicos en individuos adultos, nacidos de madres que sufrieron hambruna durante sus embarazos, muestran alta prevalencia de insulinoresistencia, síndrome metabólico y diabetes tipo II. Las madres sitiadas de Holanda durante la Segunda Guerra Mundial, expuestas a dietas pobres en calorías y en nutrientes durante sus embarazos, gestaron hijos que hoy, adultos mayores, muestran trastornos metabólicos con mayor frecuencia.⁽⁴⁾

La respuesta inmediata frente a una mala nutrición materna es el catabolismo de sustratos que proveen energía. Si la malnutrición es prolongada, el feto cambia su metabolismo alterando la producción de hormonas y la sensibilidad de los tejidos hacia ellas. Por ejemplo, una disminución del aporte materno de nutrientes produce una caída en la concentración fetal de insulina y glucosa, causando una transferencia reducida de aminoácidos y glucosa a través de la placenta, reduciendo entonces el índice de crecimiento fetal.

La hipótesis del fenotipo ahorrador propuesta por Hales y Baker en 1992 intenta explicar la relación entre el ambiente fetal intrauterino y la susceptibilidad de desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta. Esta propone que si el feto malnutrido, luego de su nacimiento, crece a lo largo de su vida en un medio donde hay también pobres condiciones nutricionales, entonces aquí las adaptaciones prenatales resultarán beneficiosas y su salud a largo plazo no se verá afectada.

Sin embargo, el problema ocurre si el feto malnutrido crece en un ambiente donde la alimentación es adecuada o excesiva. Las adaptaciones fetales adquiridas alteran permanentemente el metabolismo de la glucosa y de la insulina, incrementando la posibilidad de desarrollar DBT 2, obesidad y síndrome metabólico en la vida adulta.⁽⁵⁾

Las mujeres que comienzan la gestación con bajo peso tienen mayor riesgo de que el crecimiento fetal sea menor. Esto acarrea mayor riesgo de tener un recién nacido de bajo peso para la edad gestacional (BPEG), entidad asociada con complicaciones a corto y a largo plazo: mayor predisposición a desarrollar hipoglucemia neonatal, dificultad para mantener la temperatura corporal al nacer y policitemia. Además tienen más riesgo de desarrollar hipertensión, enfermedades coronarias y diabetes en el futuro.⁽⁴⁾

La prevalencia aumentada de obesidad en el embarazo es una consecuencia directa de la epidemia global de obesidad.

La obesidad materna en el embarazo incrementa el riesgo de: anormalidades en el crecimiento fetal, restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía,

DBT gestacional, pre-eclampsia y muerte fetal. En el ambiente metabólico de la obesidad materna, el intercambio fetoplacentario se desarrolla bajo condiciones de exceso de nutrientes e inflamación, favoreciendo la aparición de las complicaciones antes descritas. A pesar de que la información es todavía limitada, las evidencias sugieren que citoquinas inflamatorias pueden alterar el transporte materno de nutrientes.

La obesidad materna y un alto consumo de grasas saturadas impactan en el desarrollo de la placenta y el feto. Ambos experimentan un ambiente caracterizado por niveles elevados de glucosa, insulina, ácidos grasos, triglicéridos y citoquinas inflamatorias. Todo esto resulta en una inflamación fetal sistémica, daño oxidativo, hiperinsulinemia, hiperlipidemia y hepatotoxicidad.

Una dieta materna alta en grasas saturadas disminuye el flujo de sangre hacia el útero, y esto, sumado a obesidad, causa isquemia placentaria dando como resultado un incremento del riesgo de muerte fetal, así como también riesgo aumentado de padecer obesidad, DBT y disfunción vascular en la vida adulta, lo que contribuye a repetir el ciclo.⁽⁶⁾

En nuestro país, la proporción de mujeres embarazadas con sobrepeso y obesidad es elevada, con valores de 19,7% y 24,4% respectivamente. En el otro extremo, 24,9% presentó bajo peso.⁽⁷⁾

Las recomendaciones sobre aumento de peso durante el embarazo han ido variando considerablemente. La gran mayoría de los investigadores concuerdan en establecer el rango de incremento ideal según el índice de masa corporal (IMC) materno previo a la gestación.

Estado nutricional previo	Ganancia de peso recomendada
Bajo peso(IMC <18,5)	12,5 a 18 kg
Peso normal (IMC18,5 – 24,9)	11 a 16 kg
Sobrepeso (IMC 24,9 – 29,9)	7 a 11 kg
Obesidad (IMC >30)	7 kg

Se recomienda que durante el primer trimestre la ganancia de peso total no sea superior a 200 – 300 gramos. A partir del segundo trimestre, el incremento recomendado es de 400 gramos por semana. Un aumento mayor hace necesario establecer la presencia de edema, ya que la causa más frecuente de brusco ascenso de peso durante la gestación es la retención hídrica.⁽⁴⁾

La **ganancia de peso insuficiente** durante el embarazo se asocia con un riesgo aumentado de restricción del crecimiento fetal, incrementando además la morbilidad y mortalidad perinatal. Esta situación se agrava aún más si la madre presentaba bajo peso previo al embarazo.

Por otra parte, la **ganancia de peso excesiva** también es preocupante, ya que está asociada con macrosomía fetal y recién nacidos de alto peso para la edad gestacional, aumentando de esta manera el número de partos por cesárea. Otras complicaciones incluyen mayor riesgo de ventilación asistida, infecciones neonatales, hipoglicemia, distress respiratorio, estadias hospitalarias prolongadas. Además, una ganancia de peso excesiva repercute negativamente en la madre, dificultando el retorno al peso habitual y favoreciendo el desarrollo de obesidad, sobre todo en aquellas mujeres que han tenido una ganancia de peso predominante antes de las 20 semanas de gestación, y en aquellas con cortos intervalos intergenésicos.⁽⁸⁾

Requerimientos nutricionales promedio para el tercer trimestre de embarazo

- **VALOR CALÓRICO TOTAL (VCT):** Es importante recordar que las necesidades energéticas están mínimamente aumentadas durante el primer trimestre, pero se incrementan a partir del segundo trimestre.

Para mujeres normopeso o con un leve sobrepeso, con embarazo único se ha establecido:

El aumento del requerimiento de energía es aproximadamente 300 kCal/día durante el segundo y tercer trimestre.

Es interesante remarcar que el requerimiento de algunos nutrientes aumenta en mayor proporción incluso desde el primer trimestre lo cual genera la necesidad de mejorar la calidad de la alimentación para asegurar que con ese pequeño aporte extra de energía se cubra el requerimiento mayor de nutrientes. Para ello el consumo extra de energía deberá ser a expensas de alimentos ricos en nutrientes como cereales integrales o fortificados, frutas, vegetales, lácteos y carnes magras. ⁽²⁾

- En la madre que comienza el embarazo con bajo peso, se recomienda un aumento mínimo de 300 a 400 cal desde el primer trimestre.
- En la embarazada obesa se establece una reducción del 33% del VCT que le correspondería en la práctica. Se recomienda no dar menos de 1700 cal.

Los resultados de la ENNyS indican que la mediana de ingesta de energía en el grupo de mujeres embarazadas fue 1761 kCal. A partir de la comparación de la ingesta energética con el requerimiento considerado como referencia, la proporción de mujeres embarazadas con ingesta inadecuada fue 64,3%. ⁽⁷⁾

- HIDRATOS DE CARBONO (HC): Los hidratos de carbono son nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del feto. Es importante recordar que la distribución adecuada de HC a lo largo del día, reduciendo al mínimo los períodos de ayuno y de restricción de estos nutrientes, minimiza la cetosis de ayuno, situación muy beneficiosa para el correcto desarrollo del feto. Se recomienda cubrir 50-60% de VCT con HC. En la gestante obesa se recomienda un aporte mínimo de 180 gr de HC. ⁽⁴⁾
- PROTEÍNAS: Los aportes adicionales de proteínas calculados para el tercer trimestre son de 10,7gr/día. En la práctica se recomienda un aumento de 10gr/día a partir del segundo trimestre hasta el final del embarazo. Es importante que el 50% de la ingesta proteica diaria sea cubierto por proteínas de alto valor biológico. ⁽⁴⁾
- LÍPIDOS: Es importante el aporte adecuado de ácidos grasos esenciales dado que su deficiencia está relacionada con retardo del crecimiento

intrauterino. De hecho, se considera que el ácido linoleico y, en general, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la familia omega 6 tienen gran relevancia para el crecimiento fetal óptimo. ⁽⁴⁾

Durante el embarazo, la placenta selecciona ácido araquidónico y docosahexanoico (ADH) a expensas del ácido linoleico, linolénico y eicosapentanoico (AEP), resultando proporciones considerablemente elevadas de ácido araquidónico y ADH en la circulación fetal a medio plazo (Crawford *et al.*, 1976) y al final (Olegard y Svennerholm, 1970). Esto no les sucede a los niños nacidos prematuramente. Los bajos pesos al nacer y los nacimientos prematuros están relacionados con un alto riesgo de trastornos e incapacidades del desarrollo neurológico

Durante los nueve meses de gestación surgen nuevas necesidades que afectan el contenido de grasas de la alimentación para proporcionar el depósito de grasas durante el primer trimestre y favorecer el crecimiento de los demás compartimentos durante los siguientes trimestres. Durante el primer trimestre, el desarrollo embrionario requiere una cantidad insignificante de ácidos grasos esenciales adicionales, pero la acumulación materna normal de grasas y el crecimiento uterino, así como la preparación del desarrollo de las glándulas mamarias, representan una demanda considerable. En el segundo y, sobre todo, en el tercer trimestre, la expansión del volumen sanguíneo y el crecimiento placentar y fetal aumentan la demanda. Según datos fidedignos sobre estos compartimentos, una mujer bien nutrida adquiere en total durante un embarazo normal 600 g de ácidos grasos esenciales como media (aproximadamente 2,2 g/día).

Esto concuerda con la recomendación de aumentar el consumo de energías alimentarias (OMS, 1985a) y permite mantener la relación entre el ácido linoleico y el linolénico en unos valores comprendidos entre 1:5 y 1:10.

Sin embargo, los estudios recientes sugieren que durante el embarazo se produce una relativa carencia de los ácidos grasos poliinsaturados n-3 de cadena larga (Holman, Johnson y Ogburn, 1991).

Hay datos que indican la relación existente entre el consumo abundante de pescado con embarazos más largos, mayores pesos al nacer, e incidencia reducida de nacimientos prematuros.⁽⁹⁾

- FIBRA: La fibra es indispensable para una adecuada función intestinal que es un tema de especial interés durante el embarazo. Se recomienda el aporte de 20 a 25 gr por día entre soluble e insoluble.⁽⁴⁾

Según la ENNyS, en nuestro país, la mediana de ingesta de fibra es de 11,20g. Un 93,8% de las embarazadas no alcanzó la meta de ingesta de fibra, lo cual la transforma en un aspecto crítico de la alimentación.⁽⁷⁾

- VALOR VITAMÍNICO: Los alimentos constituyen el mejor vehículo para el aporte de vitaminas, y en la gran mayoría de las embarazadas se logra cubrir la recomendación con un plan alimentario adecuado. Sin embargo, esta afirmación no incluye al ácido fólico, cuya suplementación es necesaria desde el período preconcepcional hasta la lactancia.

- ÁCIDO FÓLICO: Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos.

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de:

- A) 0,4 mg/día de Acido Fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos del tubo neural.
- B) 4 mg/día de Acido Fólico para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural.

Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural.

En Argentina la harina de trigo es enriquecida en forma obligatoria por ley N° 25.630/02 con hierro, ácido fólico y otras vitaminas del grupo B para contribuir a una adecuada ingesta de estos nutrientes.⁽²⁾

A pesar de todo, a nivel nacional (ENNyS) se observó una ingesta inadecuada de esta vitamina en el 25,4% de las mujeres embarazadas.⁽⁷⁾

- VITAMINA B12: El correcto aporte de vitamina B12 es esencial para el cierre del tubo neural, y también se lo relaciona con defectos a nivel cardíaco y labio leporino. La recomendación pre- embarazo es de 2,4ug/día. Ésta vitamina puede cubrirse con los alimentos, pero se debe tener presente que es imprescindible la suplementación en vegetarianas.⁽⁴⁾

Según los resultados de la ENNyS, la mediana de ingesta de vitamina B12 es de 4,08ug para las embarazadas de todo el país. El porcentaje de embarazadas con ingesta menor al Requerimiento Medio Estimado es de 25,6%.⁽⁷⁾

- VITAMINA C: Es un micronutriente importante en el embarazo, ya que participa en el metabolismo del colágeno, que constituye las membranas corioamnióticas y la formación ósea. Se ha asociado el déficit de esta vitamina con la rotura prematura de membranas. Se debe recordar que es importante en la absorción del hierro. La recomendación es de 85 mg/día. Cubren el 100% de esta recomendación: 10 frutillas, 1 naranja grande, 1 kiwi grande, 200 g de brócoli, 50 g de morrón rojo.^{(2) (4)}

La situación en Argentina muestra que la mediana de ingesta de vitamina C es de 40,76 mg. En el 67% de las embarazadas, su ingesta de vitamina C es inferior al valor de requerimiento considerado.⁽⁷⁾

- VITAMINA D: La vitamina D materna pasa la barrera placentaria, por lo cual la carencia materna determina deficiencia fetal, que se manifiesta por hipocalcemia neonatal. La carencia de vitamina D es el resultado de bajo consumo materno combinado con escasa exposición solar. Debe suplementarse en:

- vegetarianas.

- embarazadas que no se exponen a la luz solar.⁽⁴⁾
- VALOR MINERAL:
 - CALCIO: La necesidad de calcio extra durante un embarazo con feto único es de 30 g, y puede ser cubierta con la mayor absorción de calcio de los alimentos que tiene lugar durante la gestación. Por lo tanto, en las embarazadas mayores de 18 años la recomendación de calcio no varía respecto de la recomendación en adultas no gestantes: 1000mg.⁽⁴⁾

En Argentina una elevada proporción de mujeres grávidas (88,5%) no consumen suficiente calcio según se observó en la ENNyS.⁽⁷⁾

- HIERRO: El hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropénica. En nuestro país el 30% de las mujeres embarazadas tienen anemia, situación que hacia el tercer trimestre se acentúa llegando a 35%. Una mujer que transita su embarazo anémica tiene más chances de sufrir un parto prematuro, de dar a luz un niño de bajo peso, de padecer anemia posparto y de tener menor respuesta frente a una crisis durante el parto.

La cantidad de hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en relación a la mujer no embarazada (IDR: para mujeres en edad fértil: 18 mg/día y 27 mg/día para mujeres embarazadas) y es casi imposible cubrir esa cantidad solo con alimentos.

Por ese motivo, y frente a la situación epidemiológica de Argentina en relación a la prevalencia de anemia y consumo de hierro, es indispensable que se suplemente (con hierro medicamentoso) a todas las mujeres embarazadas.

¿Cuándo comenzar a suplementar?

Precozmente en el primer trimestre si el hematocrito es inferior a 36%. Si es superior a este valor se puede iniciar la suplementación en el segundo trimestre.

La dosis farmacológica recomendada diaria es de 60mg de hierro elemental (como sulfato ferroso) más 0,5mg de ácido fólico durante el segundo y tercer trimestre.^{(2) (4)}

La mediana de ingesta de hierro a nivel nacional es de 17,61mg, en tanto que el porcentaje de mujeres embarazadas con ingesta por debajo del requerimiento medio estimado es de 59,3%. Por otra parte, la proporción de embarazadas que consume suplemento de hierro es de 24,4%, remarcando así la elevada prevalencia de anemia en este grupo biológico, estimada por la ENNyS en 30,5%.⁽⁷⁾

○ **SODIO:** Dado que el embarazo es una situación fisiológica en la cual hay pérdida urinaria de sodio, se recomienda un aporte mínimo de 2g/día. Sólo se restringirá en caso de hipertensión arterial crónica sal sensible o insuficiencia cardíaca.⁽⁴⁾

○ **ZINC:** Una alimentación con carnes rojas y cereales fortificados cubre perfectamente la recomendación durante el embarazo, que es de 11mg/día. La absorción de Zn se dificulta en vegetarianas, por lo cual es necesaria la suplementación.⁽⁴⁾

Según los resultados aportados por la ENNyS, en Argentina la mediana de la ingesta de zinc es de 9,25mg, y la proporción de mujeres embarazadas con ingesta de zinc menor al requerimiento medio estimado es del 52,15%.⁽⁷⁾

○ **MAGNESIO:** La recomendación es de 350mg en mayores de 18 años y de 400 mg en menores. Se cubre con la ingesta de vegetales de hoja verde, legumbres, soja, arroz integral, almendras y nueces.⁽⁴⁾

Cantidades diarias recomendadas de los distintos grupos de alimentos⁽¹⁰⁾

CEREALES, SUS DERIVADOS Y LEGUMBRES

- ½ plato de arroz, polenta u otros cereales cocidos. Más:
- 1/2 plato tamaño playo de legumbres por semana. Más:
- 3 pancitos chicos. Un pancito chico es igual a:

- 4 tostadas de pan francés
- 2 rebanadas de pan lacteado
- 2 rebanadas de pan integral

FRUTAS Y VERDURAS

- 1 plato de vegetales crudos de diferentes colores (lechuga, zanahoria o remolacha, ají, tomate, repollo, etc.) Más:
- 1 plato de vegetales cocidos de diferentes colores (chauchas, remolachas, zapallo, zapallito, papas, batatas, cebollas, etc.) Más:
- 2 frutas medianas o 4 chicas, si es posible incluir una fruta cítrica todos los días.

CARNES Y HUEVOS

- carnes: 150 a 200 g/día de carnes magras, pollo sin piel o pescado
- huevos: 3 a 4 unidades por semana.

LECHE, YOGUR Y QUESOS

- 3 tazas tamaño desayuno de leche líquida o alguno de sus reemplazos (siempre que sea posible consumir lácteos descremados). Una taza de leche líquida es igual a alguna de estas opciones:
 - 2 cucharadas de leche en polvo
 - 1 pote de yogur
 - 1 porción tamaño cajita de fósforo de queso fresco
 - 3 fetas de queso de máquina
 - 6 cucharadas soperas de queso untable
 - 3 cucharadas de queso de rallar

ACEITES Y GRASAS

- 4 cucharadas soperas de aceite

Dentro del grupo de los aceites y grasas es siempre recomendable priorizar el uso de aceites vegetales dejando el consumo de grasas animales (manteca, crema, grasa, etc.) para situaciones ocasionales.

AZÚCARES Y DULCES

- 7 cucharaditas de azúcar + 3 cucharaditas de dulce ó una feta fina de dulce compacto.

Si bien los azúcares y dulces No son indispensables desde el punto de vista nutricional, pequeñas cantidades consumidas dentro de una alimentación saludable contribuyen a brindar placer a la alimentación.

LIQUIDOS AGREGADOS:

Agua: 2litros/día

Alcohol: Su consumo está desaconsejado durante el embarazo. Los efectos adversos asociados a su ingesta se relacionan con malformaciones fetales. Debido a que se desconoce aún la dosis de etanol a partir de la cual tales efectos pueden producirse el consejo es evitar su consumo durante la gestación. ⁽¹¹⁾

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Conocer la ingesta habitual en el grupo encuestado para determinar déficit o exceso en la misma.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar si hay carencias en el consumo de alimentos fuente de hierro y calcio, minerales esenciales durante la gestación.
- Evaluar la presencia de factores de riesgo: alcohol, tabaco, drogas.
- Correlacionar nivel de instrucción materno con prácticas de alimentación saludable.
- Relacionar actividad laboral y/u hogareñas excesivas con déficits en la alimentación.
- Analizar costumbres y hábitos alimentarios, entre ellos: número de comidas diarias, persona(s) encargada(s) de su elaboración, cantidad de comensales en el hogar.
- Asociar la presencia de recomendaciones alimentarias durante el embarazo provenientes de profesionales de la salud (obstetra, médico especialista en nutrición, licenciado en nutrición) con manejo de conductas alimentarias saludables.

MATERIALES Y MÉTODOS

POBLACIÓN: Se evaluaron 100 embarazadas que asistieron a los cursos de psicoprofilaxis Pre-Parto dictados en el Hospital Español de la ciudad de Rosario, durante el período comprendido entre junio de 2012 a agosto 2013; las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y no fueron descartadas por los de exclusión.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio de investigación de tipo transversal, observacional de tipo descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Embarazadas sin patologías previas al embarazo ni en el transcurso del mismo.
- Embarazadas cursando el tercer trimestre.
- Embarazo único.
- Embarazadas que acepten voluntariamente participar del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Embarazadas con patologías concomitantes que determinen el cumplimiento de un plan alimentario específico.
- Embarazo múltiple.
- Embarazadas que no deseen participar del estudio.

RECOPIACIÓN DE DATOS:

Para la realización de este estudio se utilizó una encuesta validada sobre hábitos de consumo frecuencia y participación de porciones saludables de alimentos (anexo I) que permitió, a través de sus respuestas evaluar el porcentaje de participantes que comete errores significativos en las ingestas de alimentos fuente de nutrientes básicos durante esta etapa de la vida.

La encuesta consistió en los siguientes apartados:

A- Datos antropométricos: Se preguntó sobre peso y talla al inicio del embarazo, calculando a partir de esto el IMC.

Se correlaciono con la ganancia de peso durante el embarazo, así como también se evaluó de qué manera se produjo dicho incremento.

B- Datos sobre factores de riesgo: Factores de riesgo: alcohol, tabaco, drogas, obesidad, sedentarismo.

C- Datos sobre caracteres personales y socio-económicos: Características personales: peso al nacer, nivel de instrucción, número de personas que integran el grupo familiar, cantidad de horas que trabaja por día, número de hijos, aumento de su actividad laboral y hogareña durante el embarazo.

D- Datos sobre costumbres y hábitos alimentarios: Costumbres y hábitos alimentarios: número de comidas/día que habitualmente realiza, cantidad de hs/día que pasa sin comer, origen de las comidas que consume, persona(s) encargadas de su elaboración, cantidad de comensales en el hogar.

Se consultó también sobre mejoras de los hábitos alimentarios durante el embarazo y si recibió consejos de alimentación de algún profesional de la salud, y si toma suplementos de vitaminas o minerales y desde cuándo.

E- Datos sobre consumo de grupos de alimentos básicos: Frecuencia y cantidad estimada de consumo de alimentos teniendo en cuenta los grupos básicos de alimentos:

E-1 Lácteos y derivados: grupo aportador de proteínas de alto valor biológico y calcio de óptima biodisponibilidad y oligoelementos.

E-2 Carnes y huevos: grupo aportador de proteínas de alto valor biológico y hierro de alta biodisponibilidad y oligoelementos.

E-3 Verduras y frutas: grupo aportador de azúcares saludables, fibras, vitaminas antioxidantes, potasio y fitonutrientes.

E-4 Cereales, sus derivados y legumbres: grupo aportador de saludable energía, de proteínas complementarias, fibras, vitaminas del grupo B y oligoelementos

E-5 Aceites y grasas grupo que aporta ácidos grasos esenciales, vitaminas liposolubles y complementa una energía saludable.

E-6 Azúcares y dulces constituyen un grupo accesorio o complementario por aportar significativa energía sin aporte sustancial de otros nutrientes.

En todos los casos los tamaños usados para las porciones fueron tomados de las Guías Alimentarias para la población Argentina.

El almacenamiento y procesamiento de datos se realizó de forma computarizada, utilizando los programas informáticos Microsoft Office Excel y Word 2007.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A- DATOS ANTROPOMÉTRICOS:

Al observar el IMC previo a la gestación, el 2% (n=2) presentaba bajo peso (IMC<18), el 75% (n=75) normopeso (IMC 18-24,9), el 17% (n=17) sobrepeso (IMC 25-29,9), el 4% (n=4) obesidad grado I (IMC 30-34,9) y el 2% (n=2) obesidad grado II (IMC 35-39,9).

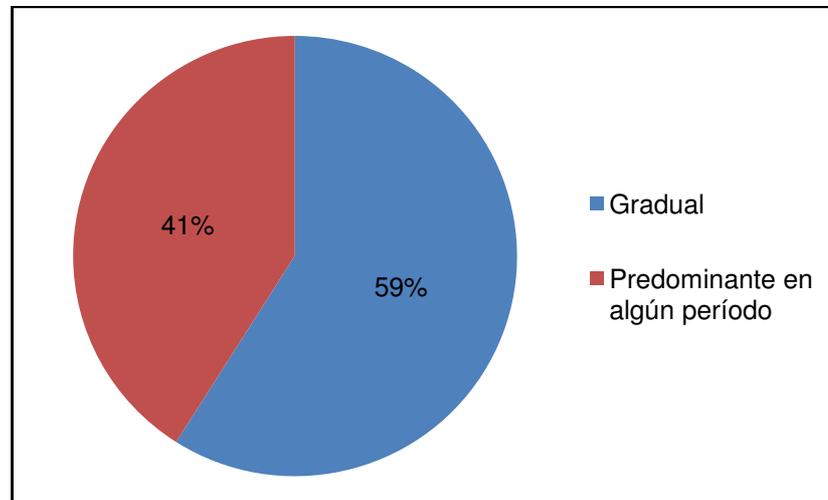
TABLA N° 1. Distribución de embarazadas según estado nutricional previo a la gestación.

Estado nutricional	%
Bajo peso (IMC menor a 18)	2
Normopeso (IMC 18-24,9)	75
Sobrepeso (IMC25-29,9)	17
Obesidad Grado I (IMC 30-34,9)	4
Obesidad grado II (IMC 35-39,9)	2

Al observar la ganancia de peso durante el embarazo, se vio que el 20% (n=20) ganó hasta 6,9 kg, el 70% (n=70) ganó entre 7 y 16 kg, y un 10% (n=10) ganó más de 16 kg.

Al evaluar como fue la ganancia de peso en el transcurso del embarazo, se encontró que en el 59%(n=59) fue gradual mientras que en el 41% (n=41) fue predominante en algún período, ocurriendo un 14,63% (n=6) durante el primer trimestre, un 51,22% (n=21) durante el segundo trimestre y un 34,15% (n=14) en el tercer trimestre.

GRÁFICO N° 1. Distribución de embarazadas según ganancia de peso durante el embarazo en curso.

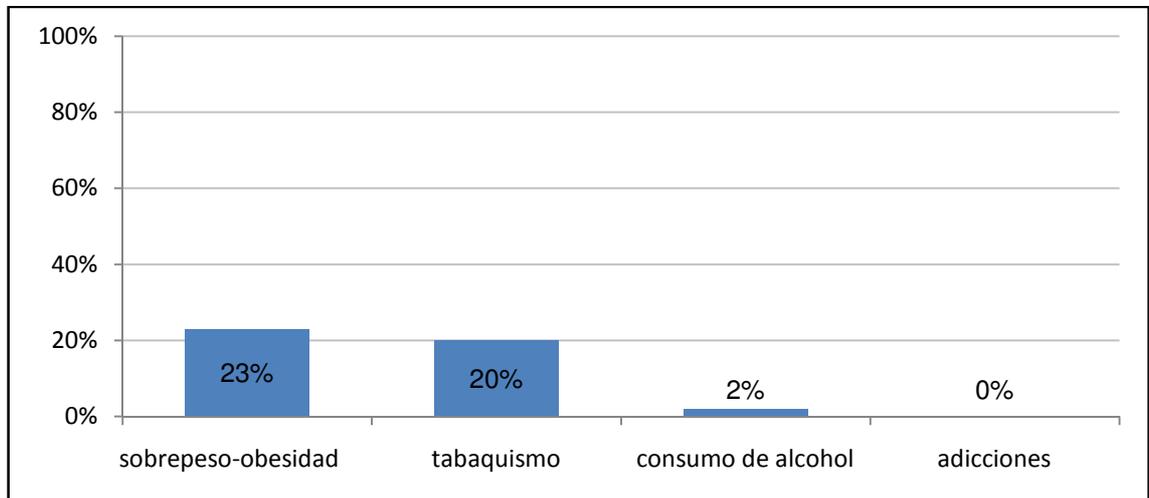


Al analizar los resultados aportados por las encuestas, se observó que la mayor parte de la población en estudio (75%) comenzó el embarazo con peso normal (IMC 18.5 – 24.9) y, en relación a esto, la ganancia de peso para el 70% de los casos fue la recomendada según el estado nutricional previo (7 a 16 kg) y se produjo de manera gradual. Esto es importante ya que, en general, es más fácil mantener un peso normal y una ganancia de peso apropiada si se mantiene una alimentación adecuada.

B- DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO:

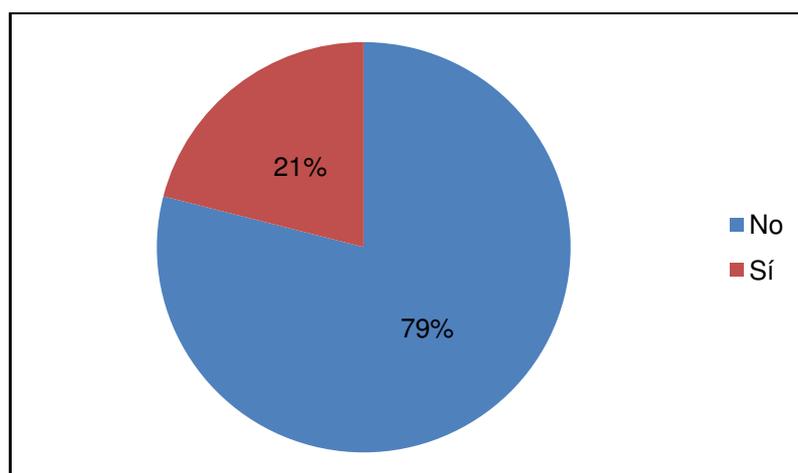
Al evaluar la presencia de factores de riesgo durante el embarazo se observó un 23%(n=23) de sobrepeso/obesidad (Ver porcentaje encontrado en la población encuestada en indicadores antropométricos.), un 20% (n=20) de tabaquismo, un 2%(n=2) de alcoholismo y un 0%(n=0) de adicciones.

GRÁFICO N° 2. Distribución de embarazadas según presencia de factores de riesgo para el embarazo.



Al evaluar la realización de actividad física se vió que el 79% (n=79) de las encuestadas son sedentarias. Sólo el 21% (n=21) realiza algún tipo de actividad física, de ellas el 81% (n=17) practican hasta 3 horas por semana mientras que el 19% (n=4) realiza actividad física más de 3 horas por semana. Entre las actividades realizadas figuran caminatas, yoga, pilates y natación.

GRÁFICO N° 3. Distribución de embarazadas según realización de actividad física.



El 79% de las embarazadas estudiadas no realiza ningún tipo de actividad física y el 20% son tabaquistas. El 23% de las encuestadas presentó un IMC

previo a la gestación que clasifica dentro del rango sobrepeso-obesidad. (Coincidente con los datos de la ENNNyS)

Fumar durante el embarazo incrementa la incidencia de una ganancia de peso materno insuficiente, bajo peso al nacer del recién nacido y mayor probabilidad de desarrollar morbilidades perinatales.

Hay asociación entre tabaquismo y mayor frecuencia de obesidad infantil. Se postula que el tabaquismo materno podría afectar los mecanismos de regulación del apetito en el cerebro en desarrollo. Otras investigaciones plantean que la disminución de la ingesta materna por la supresión del apetito, la vasoconstricción inducida por la nicotina y un aumento en la exposición a monóxido de carbono afectarían el crecimiento y desarrollo fetales.⁽¹²⁾

C- DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIO CULTURALES

Se evaluaron las características personales que se detallan a continuación con el objetivo de determinar su influencia en la presencia de hábitos de alimentación saludables.

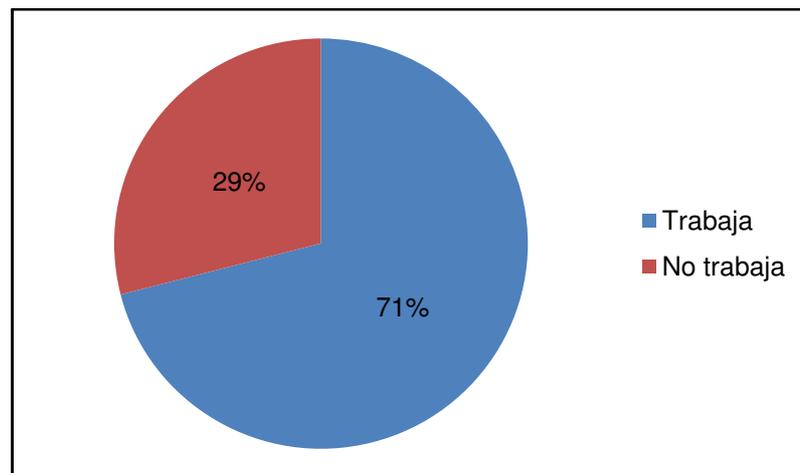
Nivel de instrucción materna: Al analizar el nivel de instrucción de la madre se observó que el 1% (n=1) realizó primario completo, el 4% (n=4) secundario incompleto, el 20% (n=20) secundario completo, el 11% (n=11) terciario, el 29% (n=29) universitario incompleto y el 35% (n=35) universitario completo.

TABLA Nº 2. Distribución de embarazadas según nivel educativo alcanzado.

Nivel de instrucción materno	FR (%)
Primario completo	1
Secundario incompleto	4
Secundario completo	20
Terciario completo	11
Universitario incompleto	29
Universitario completo	35

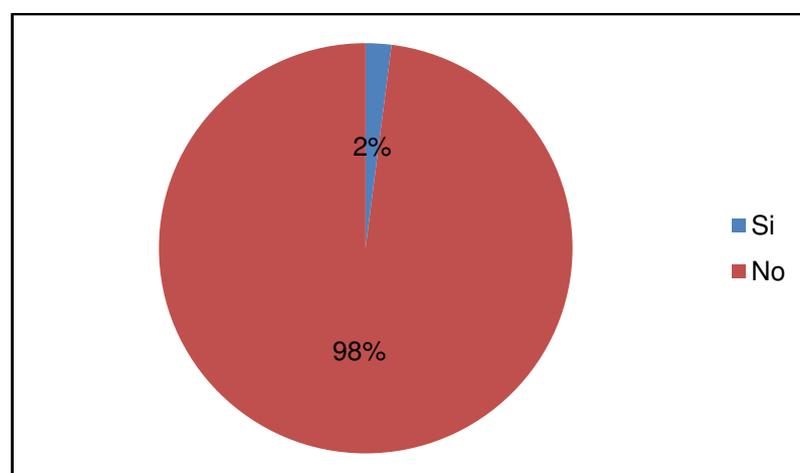
Actividad laboral: Cuando se interrogó si trabajan para mantenerse económicamente, el 29% (n=29) no desempeña actividad laboral y el 71% (n=71) si lo hace. De estas últimas, el 33,8% (n=24) trabaja hasta 6 horas diarias mientras que el 66,2% (n=47) lo hace más de 6 horas por día.

GRÁFICO N° 4. Distribución de embarazadas según actividad laboral.



Número de hijos: Al interrogar sobre el número de hijos previos a éste embarazo, se vió que sólo el 2% (n=2) poseen hijos. El 98% (n=98) no tiene hijos hasta el momento.

GRÁFICO N° 5. Distribución de embarazadas según presencia de hijos previos.



Aumento de la actividad laboral y hogareña durante este embarazo: El 92% (n=92) respondió que no hubo aumento de dichas actividades y sólo el 8% (n=8) respondió de manera afirmativa.

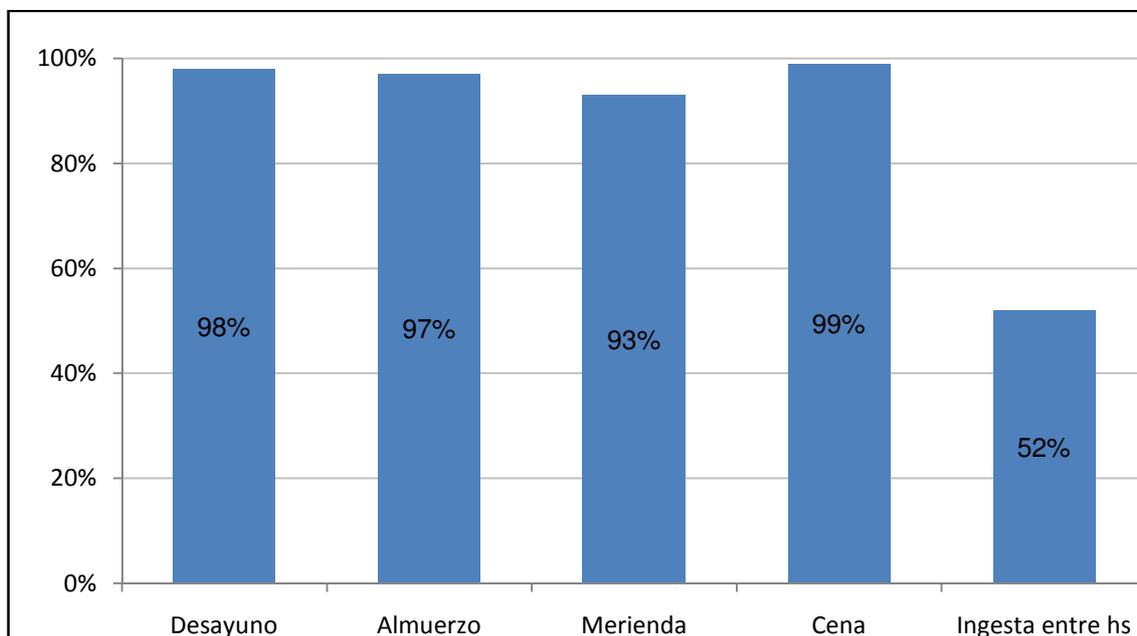
Se vio que a pesar de que la casi totalidad de las encuestadas tiene un buen nivel de instrucción (secundario completo o estudios superiores), esto no garantiza la incorporación de una alimentación balanceada y nutritiva. Se aclara que la población estudiada pertenece a un nivel socioeconómico medio, por lo que el factor económico, en este caso, tampoco es determinante de la calidad de la alimentación.

Otro factor que podrían interferir con la calidad de la alimentación, es falta de tiempo para dedicar a la misma. Entre ellos se encontró que el 71% trabaja para mantenerse económicamente, la mayoría más de 6 horas diarias; por otra parte, las actividades hogareñas durante este embarazo sólo aumentaron en un mínimo porcentaje de las embarazadas en estudio. Es importante destacar que por ser de clase media y vivir solas con la pareja, todas las tareas del hogar suelen estar en manos de la mujer lo que compromete su tiempo y su cansancio (además no sabemos si tienen buenos niveles de hemoglobina).

D- DATOS SOBRE COSTUMBRES Y HÁBITOS ALIMENTARIOS:

Cuando se preguntó el número de comidas diarias que habitualmente realizan, se observó que el 98% (n=98) hace el desayuno, el 97% (n=97) realiza el almuerzo, el 93% (n=93) hace la merienda y un 99% (n=99) realiza la cena. Además un 52% (n=52) refirió comer entre horas.

GRÁFICO N° 6. Distribución de embarazadas según realización de comidas principales.



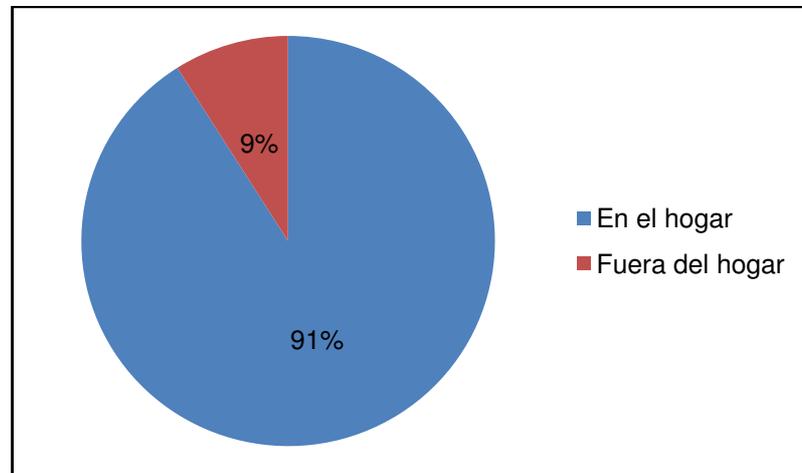
Al evaluar el número de horas que pasan durante el día sin comer se vio que un 47% (n=47) pasa hasta 3 horas sin ingerir algún alimento, un 43% (n=43) entre 3-6 horas y hay un 10% (n=10) que permanece más de 6 horas sin comer.

TABLA N° 3. Distribución de embarazadas según horas en ayunas a lo largo del día.

Horas	F.A.
0-3hs	47
3-6hs	43
más de 6hs	10

El 91% (n=91) prepara la comida que consume en su casa. Sólo el 9% (n=9) suele comer comida que no es casera, de ellos el 22,22% (n=2) utiliza un servicio de delivery, un 44,44% (n=4) come en bar o restaurante y un 33,33% (n=3) lo hace en comedor de trabajo.

GRÁFICO N° 7. Distribución de embarazadas según lugar de preparación de la comida.



Al evaluar la cantidad de comensales que hay en el hogar, en el 76% de los encuestados (n=76) hay sólo 2 personas, en el 21% (n=21) hay entre 3 y 6 personas, en el 2%(n=2) hay únicamente una persona(el propio encuestado), y en el 1% (n=1) hay más de 6 personas.

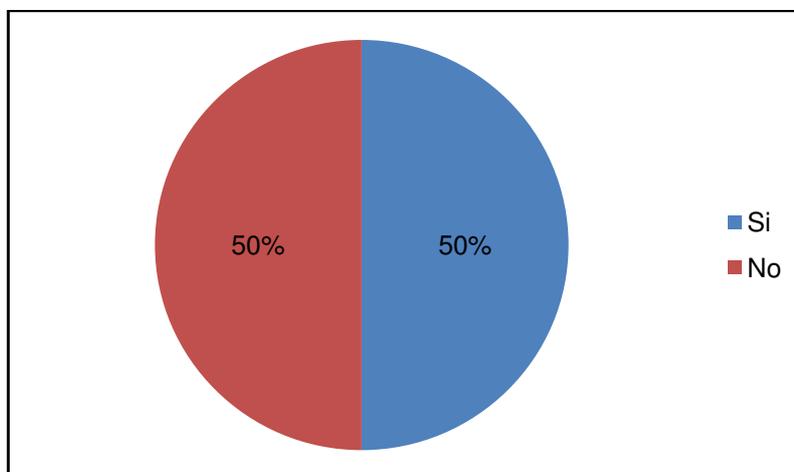
TABLA N° 4. Distribución de embarazadas según cantidad de comensales en el hogar.

Cantidad de comensales	F.R. (%)
uno	2
dos	76
entre tres y seis	21
más de seis	1

Se evaluó el consumo de suplementos vitamínicos o minerales obteniéndose que sólo la mitad de las encuestadas, 50% (n=50), consume algún tipo de ellos. Dentro de este grupo, un 24% (n=12) lo hace desde el primer trimestre de embarazo, un 52% (n=26) a partir del segundo trimestre y un 24% (n=12) desde el tercer trimestre.

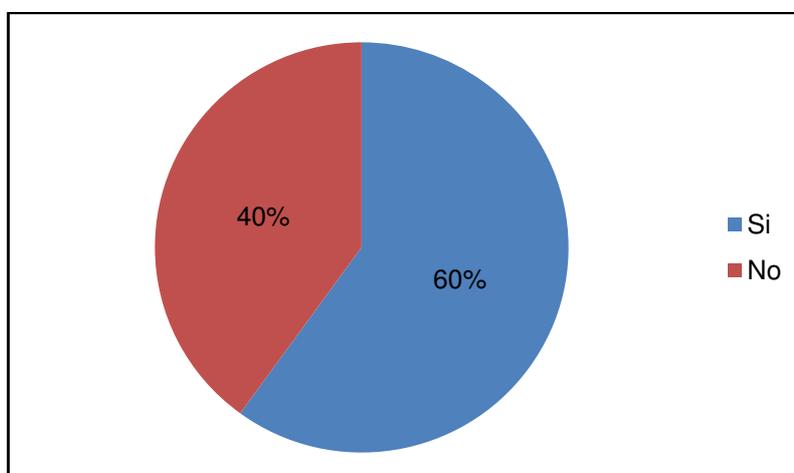
Cabe aclarar que entre los suplementos consumidos se encuentran hierro y ácido fólico principalmente.

GRÁFICO N° 8. Distribución de embarazadas según consumo de suplementos vitamínicos y minerales.



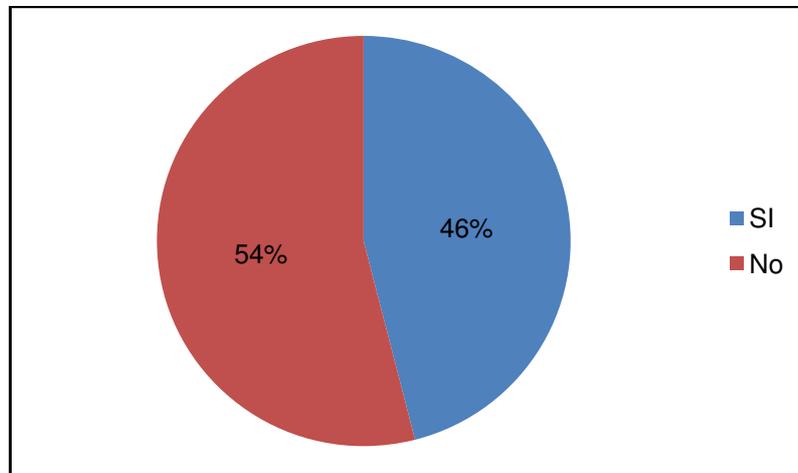
Al consultar acerca de si mejoraron los hábitos alimentarios desde que está embarazada, un 60% (n=60) respondió que sí.

GRÁFICO N° 9. Distribución de embarazadas según mejora de hábitos alimentarios el el transcurso del embarazo.



Sin embargo, sólo un 46% (n=46) recibió consejos de alimentación por parte de algún profesional de la salud en el transcurso del embarazo, lo que sin duda impactará en forma negativa sobre la salud de la madre y el niño ya que no se seguirá una adecuada alimentación, por desconocimiento y por falta de educación alimentaria.

GRÁFICO N° 10. Distribución de embarazadas según presencia de recomendaciones alimentarias por parte de profesionales de la salud.



Si bien la casi totalidad de las encuestadas realiza las cuatro comidas principales, más de la mitad de ellas (53%) realiza ayunos prolongados (de 6 horas o más), lo que no se considera saludable para el feto.

Casi la totalidad de las encuestadas (91%) cocina la comida que consume en su casa, lo que posibilitaría una mejor selección y preparación de los alimentos; y la cantidad de comensales en el hogar es, en su mayoría, de 2 personas. Ambos factores deberían contribuir positivamente en la alimentación, a pesar de ello en la población estudiada se observa una alimentación incompleta y monótona, que no cumple con las recomendaciones para cada grupo de alimentos lo que hace pensar que la falta de educación alimentaria desde la formación escolar primaria y secundaria podría ser un tema a abordar.

A pesar de que en nuestro país está establecida la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo, solo la mitad de las embarazadas en estudio consumen suplementos. Sin embargo esta cifra duplica a la observada en la ENNyS, donde se vio que en Argentina sólo un 24% de las mujeres embarazadas consume suplementos de hierro.

Si bien un poco más de la mitad de las encuestadas (60%) refiere haber mejorado sus hábitos alimentarios desde que comenzó su embarazo, muchas de ellas quizá no han incorporado información de fuentes confiables, ya que más de la mitad (54%) asegura no haber recibido ningún consejo de

alimentación por parte de algún profesional de la salud (obstetra, nutricionista o médico especialista en nutrición) en el transcurso del embarazo. Esto ocurre en parte porque muchas veces no se dedica el tiempo suficiente durante la consulta médica a brindar información alimentaria, o a derivar al especialista en nutrición si fuera necesario. O quizá todavía existen algunos profesionales que subestiman la verdadera importancia de una adecuada alimentación.

E- DATOS SOBRE CONSUMO DE GRUPOS BASICOS DE ALIMENTOS: ENCUESTA ALIMENTARIA

Según las encuestas alimentarias realizadas, se analizó el consumo diario para cada uno de los 5 grupos de alimentos (lácteos y derivados; carnes y huevos; frutas y verduras; cereales, sus derivados y legumbres, aceites y grasas). También se evaluó el consumo de azúcares y dulces, y de bebidas, como integrantes de un grupo complementario.

Todos estos datos se observaron teniendo en cuenta las raciones promedio diarias de los diferentes grupos básicos de alimentos necesarias para cubrir los requerimientos nutricionales del embarazo, durante el tercer trimestre.

LÁCTEOS Y DERIVADOS:

- Leche: el 34% (n=34) consume leche entera y el 54% (n=54) descremada. El 78% (n=78) la consume cinco o más veces por semana, pero de éstas, sólo el 52,56% (n=41) consume por lo menos 2 tazas tamaño desayuno (200ml) por día. El 14% (n=14) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Yogur: el 51% (n=51) lo consume entero y el 37% (n= 37), descremado. El 31% (n=31) lo consume cinco o más veces por semana, el 25% (n=25) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Queso compacto: el 68% (n=68) consume queso entero y sólo el 25% (n=25) descremado. El 40% (n=40) lo consume cinco o más veces por semana, el 14% (n=14) consume menos de una vez por semana o no los consume.
- Queso untable: el 44% (n=44) consume queso entero y el 26% (n=26) descremado. El 33% (n=33) lo consume cinco o más veces por semana, el 51% (n=51) consume menos de una vez por semana o no consume.

GRÁFICO N° 11. Distribución de embarazadas según consumo de variedades de lácteos con frecuencia diaria.

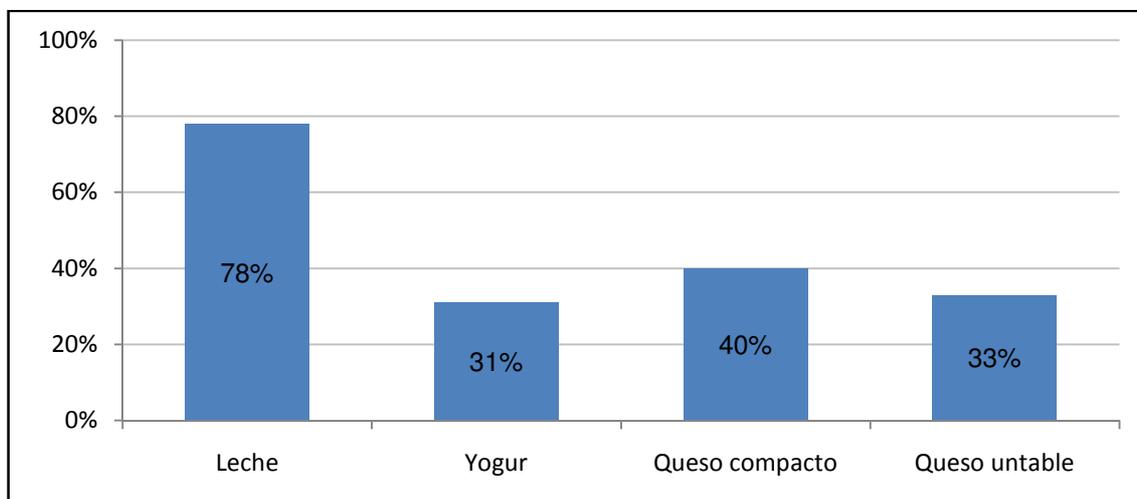
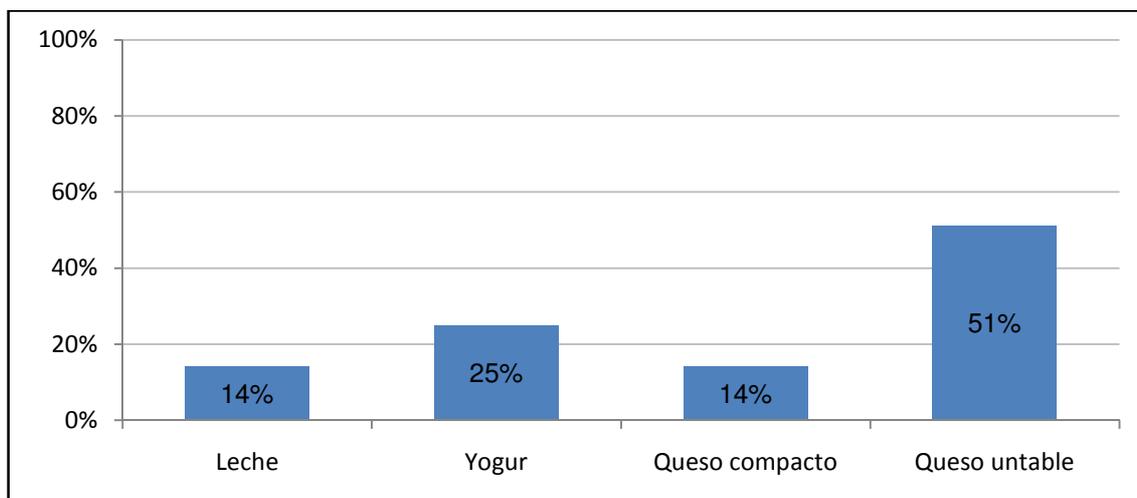


GRÁFICO N° 12. Distribución de embarazadas según consumo de variedades de lácteos con frecuencia menor a una vez por semana o sin consumo.



Al evaluar el consumo de lácteos y derivados, se observó que si bien en el caso puntual de la leche, el 54% la consume descremada (como está recomendado durante el embarazo, para incorporar calcio pero evitando grasas no saludables), para el resto de los lácteos hay una marcada tendencia a consumirlos enteros: 51 % para el yogur, 68% para los quesos compactos y 44% para los quesos unttables.

Con respecto a la leche es importante destacar que hay un 14% de las encuestadas que no consume o tiene consumos mínimos. Si bien el 78% la

consume con la frecuencia deseada de 5 o más veces por semana, sólo el 52,6% lo hace en cantidad suficiente.

Aunque esta encuesta no permite cruzar datos para saber si las embarazadas que no toman leche (o lo hacen en cantidades insuficientes) toman yogur o comen quesos, los resultados permiten suponer que una cantidad importante de la muestra es probable que no cubra sus requerimientos de calcio. Por esto, es fundamental alentar a las embarazadas a incorporar o aumentar la ingesta de lácteos, tanto sea de leche o sus reemplazos.

CARNES Y HUEVOS:

- Carnes rojas: el 26% (n=26) consume cinco o más veces por semana, y el 64% (n=64) una o dos veces por semana. De todas éstas el 75,55% (n=68) consume por lo menos 150 gr cada vez. El 10% (n=10) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Otras carnes (pollo, pescado, cerdo): el 24% (n=24) consume cinco o más veces por semana, el 69% (n=69) consume una o dos veces por semana, el 7% (n=7) consume menos de una vez o no consume.
- Huevos: el 19% (n=19) consume cinco o más veces por semana, el 68% (n=68) consume sólo una o dos veces por semana, el 13% (n=13) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Fiambres: el 3% (n=3) consume cinco o más veces por semana, el 48% (n=48) consume una o dos veces por semana y el 49%(n=49) consume menos de una vez por semana o no consume.

GRÁFICO N° 13. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de carnes rojas.

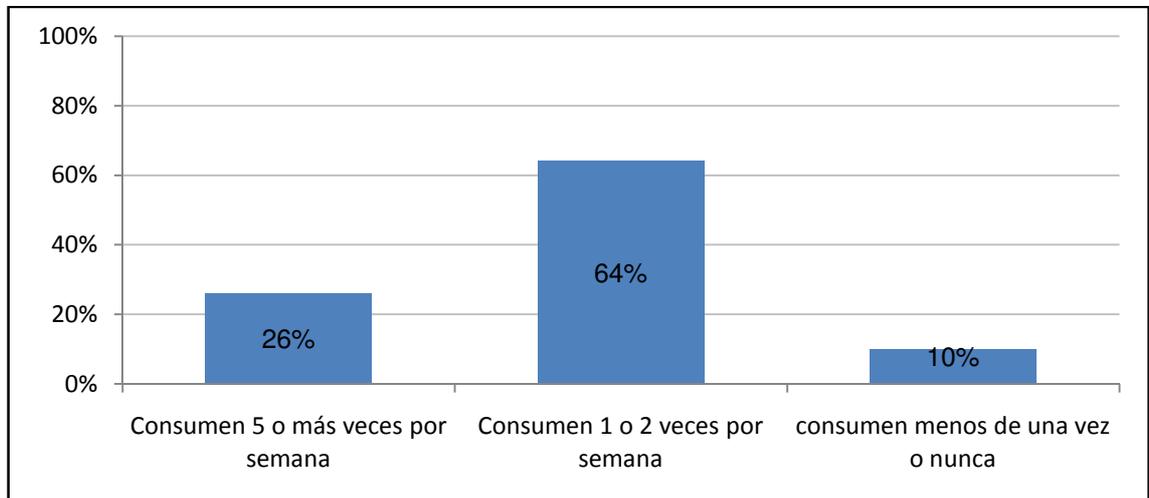
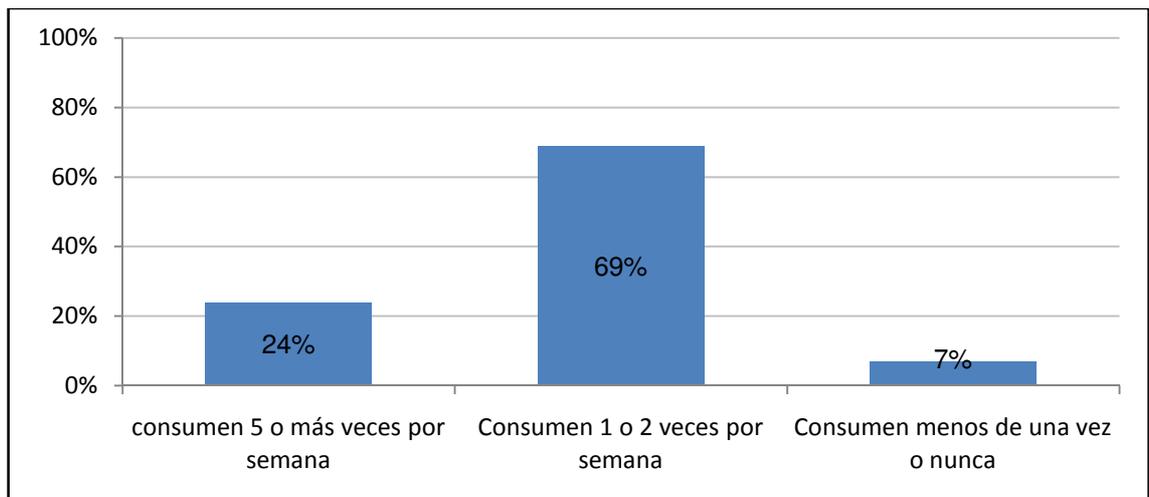


GRÁFICO N° 14. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de otras carnes: pollo-cerdo-pescado.



En relación al consumo de carnes, hay un 17% de las encuestadas que no las consume o lo hace en mínima cantidad. Solo la mitad consume algún tipo de carne (roja u otras) diariamente, como se recomienda durante el embarazo.

Estos datos avalan el alto porcentaje de mujeres embarazadas con anemia existentes en nuestro país, ya que además de la suplementación con hierro que debe estar presente en el embarazo, debe existir el aporte de este mineral por parte de los alimentos, y las carnes son la fuente de hierro por excelencia.

En cuanto a la ingesta de fiambres, casi la mitad de las encuestadas los consume 1 o 2 veces por semana, situación que por la frecuencia no resulta inadecuada siempre que se elijan fiambres magros.

VERDURAS Y FRUTAS:

- Verduras crudas: el 52% (n=52) las consume con la frecuencia adecuada de cinco o más veces por semana, y de esas el 73% (n=38) consume por lo menos un plato tamaño playo cada vez. El 37% (n=37) las consume una o dos veces por semana y el 11% (n=11) menos de una vez por semana o no consume.
- Verduras cocidas: sólo el 34% (n=34) las consume cinco o más veces por semana y de ellas el 76,47% (n=26) consume por lo menos un plato tamaño playo. El 51% (n=51) las consume sólo una o dos veces por semana, el 15% (n=15) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Frutas: el 73% (n=73) consume frutas cinco o más veces por semana, pero de ellas el 63% (n=46) consume al menos dos unidades diarias. El 8% (n=8) consume frutas menos de una vez por semana o no consume.

GRÁFICO N° 15. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de verduras crudas.

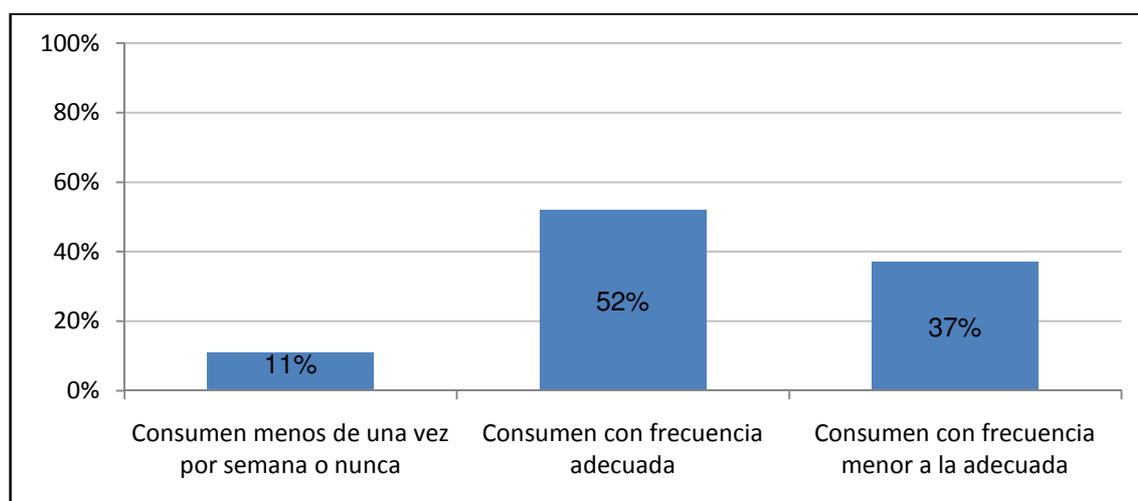


GRÁFICO N° 16. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de verduras cocidas.

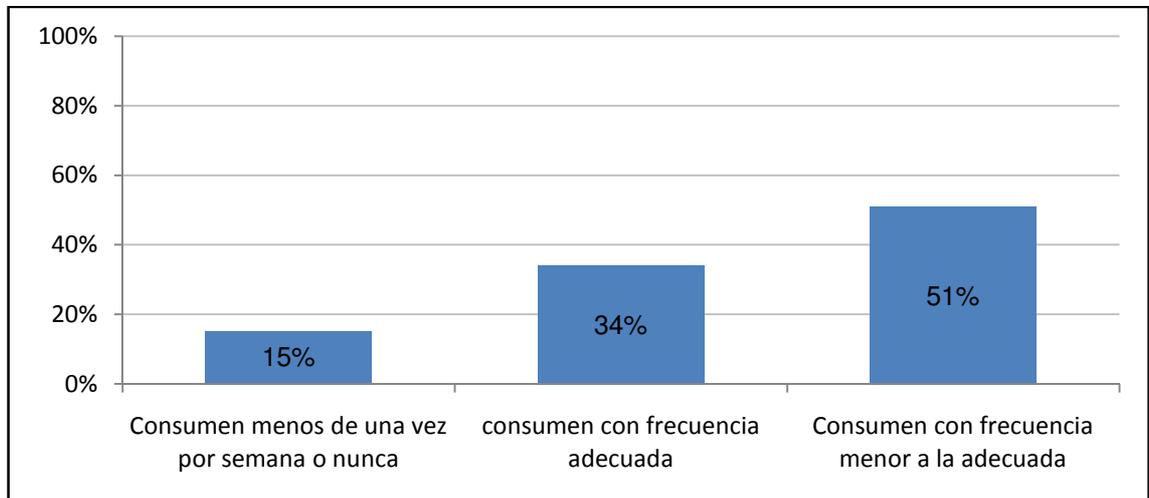
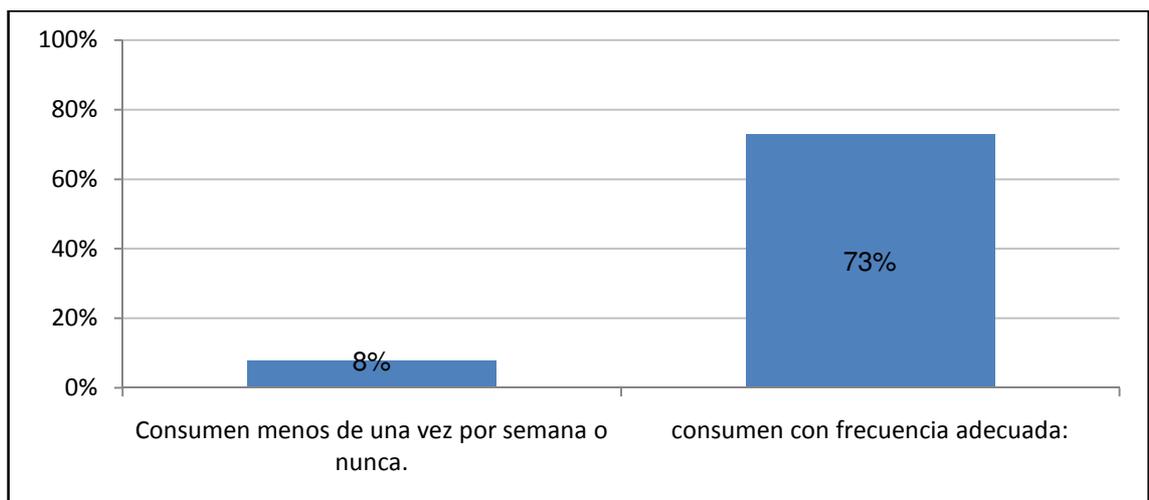


GRÁFICO N° 17. Distribución de embarazadas según consumo de frutas.



El consumo de verduras, tanto crudas como cocidas, es bajo. Un poco más de la mitad de la población estudiada (64%) las consume diariamente y en cantidades apropiadas, cumpliendo así con las recomendaciones. El resto las consume en forma aislada o directamente no lo hace.

En cuanto a la ingesta de frutas, también está por debajo de las cantidades recomendadas ya que el 73% de las encuestadas consume al menos dos unidades tamaño mediano en forma diaria.

Si bien la encuesta no permite conocer si las que consumen pocas verduras quizá ingieran mayor cantidad de frutas o viceversa, es probable que en poco

menos de la mitad de la población estudiada existan carencias de vitaminas y minerales. Otra de las complicaciones relacionadas con el escaso consumo de frutas y verduras es la constipación, situación de por sí frecuente por la acción de las hormonas y los cambios fisiológicos del embarazo que enlentecen el tránsito intestinal, sumado esto al pobre aporte de fibra proveniente de la dieta.

ALMIDONES:

- Arroz, polenta, pastas: el 27% (n=27) consume un plato tamaño plato cinco o más veces por semana, el 61% (n=61) consume una o dos veces por semana, el 12% (n=12) consume menos de una vez o no consume. Sólo el 20% (n=20) consume algún tipo de cereal integral (especialmente arroz).
- Legumbres: sólo el 35% (n=35) consume al menos medio plato tamaño plato por semana. El 39% (n=39) las consume menos de una vez por semana, y el 26% (n=26) nunca consume legumbres.
- Productos amasados con harina blanca (tartas, empanadas, pizzas, sándwiches): el 15% (n=15) no consume o lo hace menos de una vez por semana. El 41% (n=41) consume una o dos veces por semana, y el 44% (n=44) cinco o más veces por semana.
- Papa, batata y choclo: el 10% (n=10) no consume o lo hace menos de una vez por semana. El 43% (n=43) consume una o dos veces por semana y el 47% (n=47) con una frecuencia de 5 o más veces por semana.
- Cereales para desayuno/ barras de cereal: el 72% (n=72) no consume o lo hace menos de una vez por semana. El 14% (n=14) consume una o dos veces por semana, y el 14% (n=14) cinco o más veces por semana.
- Pan: sólo el 36% (n=36) consume pan cinco o más veces por semana, el 40% (n=40) una o dos veces por semana, el 17% (n=17) menos de una vez por semana y el 7% (n=7) nunca consume pan. De las encuestadas que consumen pan, el 79% (n=74) lo consume blanco, y sólo el 21% (n=20) integral.
- Galletitas dulces y saladas: el 55% (n=55) las consume cinco o más veces por semana, el 30% (n=30) consume una o dos veces por semana y el 15% (n=15) menos de una vez por semana o no consume.

GRÁFICO N° 18. Distribución d embarazadas según frecuencia de consumo de cereales: arroz-polenta-pasta.

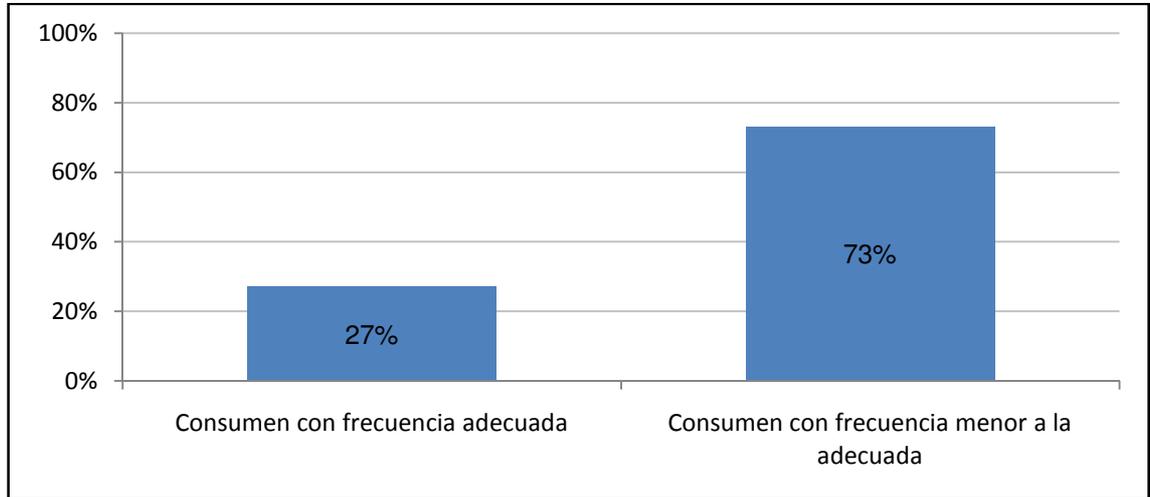


GRÁFICO N° 19. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de legumbres.

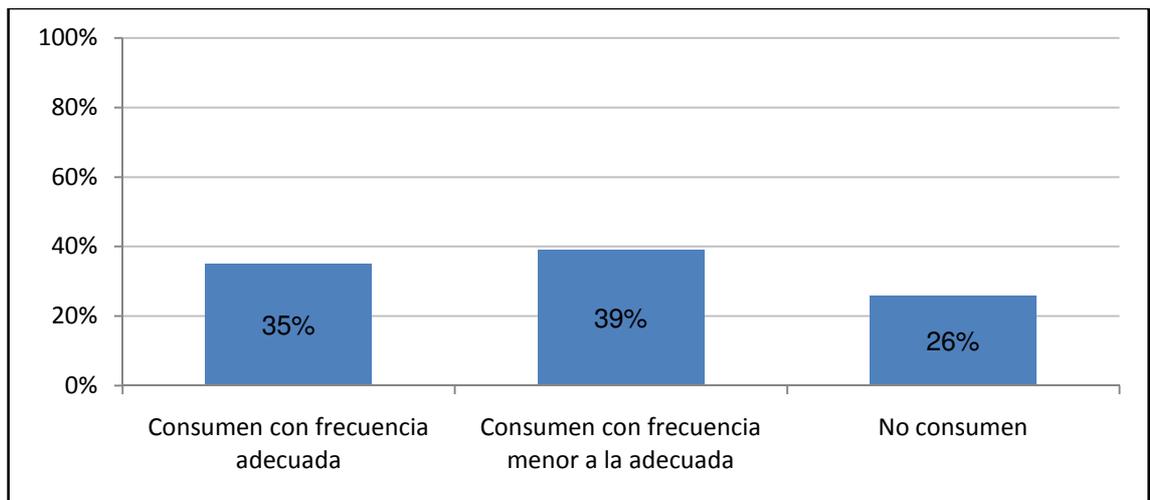
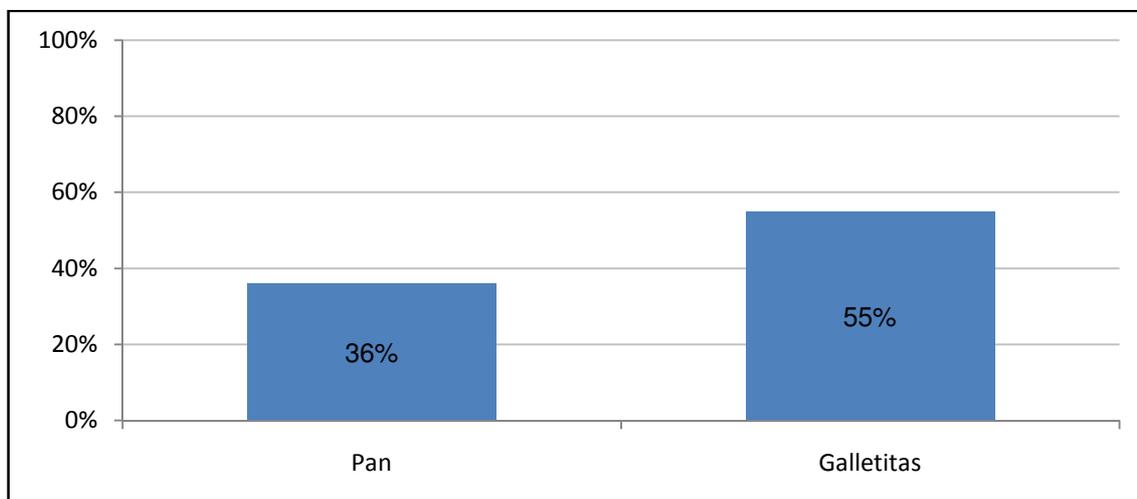


GRÁFICO N° 20. Distribución de embarazadas según consumo de pan y galletitas (dulces-saladas).



Al analizar el consumo de cereales, derivados y legumbres, se vio que la población encuestada está muy lejos de cumplir con las cantidades recomendadas.

Apenas un cuarto de la población (27%) consume por lo menos medio plato de algún tipo de cereal cocido en forma diaria. Y, de todas las que consumen algún cereal, menos del 20% utiliza cereales integrales. El consumo de legumbres también es muy bajo, solo el 35% consume por lo menos medio plato por semana, destacando que un cuarto de las encuestadas nunca consume legumbres.

En cambio, si predomina ampliamente el consumo de productos amasados con harina blanca, como pizzas, empanadas, tartas y sándwiches, los cuales son consumidos con frecuencia casi diaria por más del 40 % de las encuestadas, incorporándose de esta manera un exceso de nutrientes no saludables.

El consumo de vegetales feculentos, como papa, batata y choclo también está presente en un elevado porcentaje: la mitad los incorpora en su alimentación casi todos los días.

No predomina la utilización de cereales para desayuno ni barras de cereal, ya que un alto porcentaje (72%) no los consume o lo hace muy aisladamente.

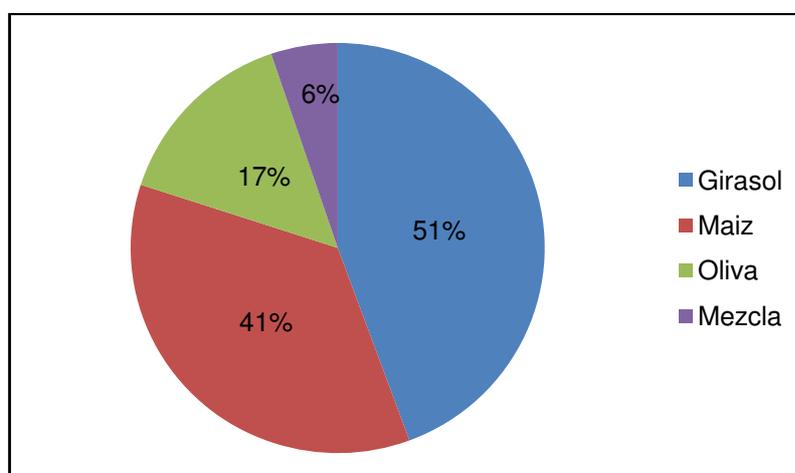
La ingesta de pan también está muy por debajo de las recomendaciones, ya que solo el 36% tiene un consumo diario. En cambio más de la mitad de la población en estudio (55%) consume galletitas (dulces y saladas) en forma diaria, todo esto a expensas de un mayor consumo de grasas indeseable (saturadas y trans) y de sodio, contribuyendo además a elevar el valor calórico total.

Con estos resultados se puede comprobar la falta de información correcta sobre los hidratos de carbono en general, y el impacto negativo que esto implica: déficit de vitaminas del grupo B, de fibras, de minerales. Es importante aclarar los conceptos básicos sobre el manejo de hidratos de carbono y dejar en claro que deben representar el mayor porcentaje para cubrir el valor calórico total, pero siempre a expensas de una correcta selección: deben predominar hidratos de carbonos complejos acompañados de fibras, como cereales integrales y legumbres

ACEITES Y GRASAS:

- Aceite: se observó el consumo de las siguientes variedades de aceites: girasol 51% (n=51), maíz 41% (n=41), oliva 17% (n=17) y mezcla 6% (n=6).

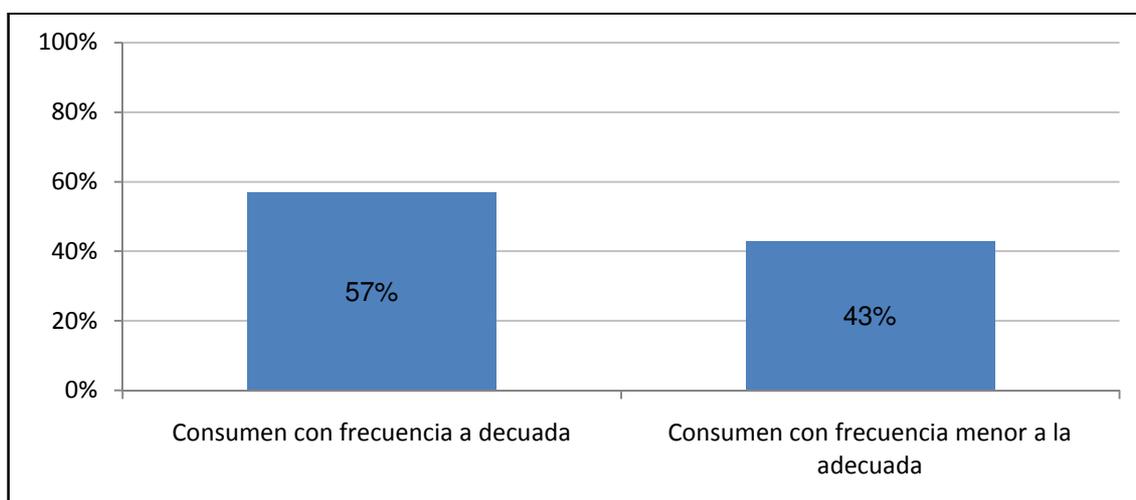
GRÁFICO N° 21. Distribución de embarazadas según variedades de aceites consumidas.



Considerando que el consumo de aceites debe ser diario porque éstos aportan vitaminas liposolubles (A, D ,E y K) y ácidos grasos esenciales, sólo el 57% (n=57) consume aceite con la frecuencia adecuada de cinco o más veces por semana. El 37% (n=37) lo consume sólo una o dos veces por semana. El 6% (n=6) consume menos de una vez por semana o no consume.

- Manteca/crema de leche: el 20% (n=20) las consume cinco o más veces por semana, el 45% (n=45) consume una o dos veces por semana, el 35% (n=35) consume menos de una vez por semana o no consume.

GRÁFICO N° 22. Distribución de embarazadas según frecuencia de consumo de aceites.



Al analizar el consumo de cuerpos grasos (como agregados a los alimentos), se vio también aquí que la participación de los aceites está distorsionada. Un 6% de las encuestadas que no consume aceites o lo hacen en mínimas cantidades. Un poco más de la mitad de la población observada (57%) lo utiliza a diario como está recomendado.

Quizás sea por desconocimiento de la importancia de los ácidos grasos esenciales en una vida saludable, y en el desarrollo del feto sobre todo en ésta última etapa del embarazo cuando se están fijando en el cerebro.

En cuanto a grasas de origen animal como manteca y crema de leche, hay un consumo diario de las mismas en el 20% de las encuestadas.

Con esta forma de consumo de los cuerpos grasos es evidente que gran parte de la población en estudio no cumple con los requerimientos de vitaminas liposolubles ni de ácidos grasos esenciales (linoleico y linolénico), aportados en ambos casos por los aceites de origen vegetal. Por otra parte, el consumo de grasas animales aumentará el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad.

Es muy importante aclarar en la población las diferencias entre grasas animales y aceites vegetales, incentivando a incrementar el consumo de estas últimas que son imprescindibles para una correcta alimentación, pero que muchas veces son excluidas o evitadas por una errónea información acerca de ellas.

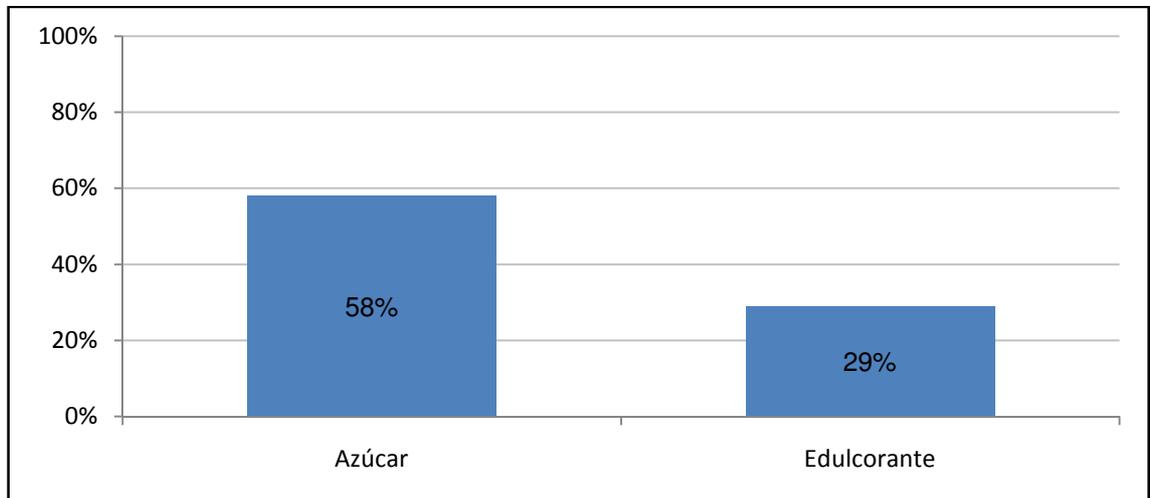
INTEGRANTES DE GRUPO COMPLEMENTARIO:

AZÚCARES Y DULCES:

- Dulces y mermeladas: el 30%(n=30) los consume cinco o más veces por semana, el 36% (n=36) consume una o dos veces por semana, y el 34% (n=34) consume menos de una vez o no consume.
- Azúcar: el 58% (n=58) consume cinco o más veces por semana, el 11% (n=11) la consume una o dos veces por semana, el 31% (n=31) consume menos de una vez por semana o no consume.
- Edulcorante: el 68% (n=68) no consume, y el 29% (n=29) consume cinco o más veces por semana.
- Golosinas: el 24% (n=24) nunca consume golosinas. El 27% (n=27) las consume menos de una vez por semana, el 36% (n=36) las consume una o dos veces por semana, sólo el 13% (n=13) consume golosinas cinco o más veces por semana. Se aclara que dentro del grupo "golosinas" se incluyeron alfajores, chocolates, caramelos, turrones, chupetines

Este grupo de alimentos provee energía y es de agradable sabor pero no ofrece sustancias nutritivas indispensables para el organismo. Por eso se lo conoce como fuente de "calorías vacías".

GRÁFICO N° 23. Distribución de embarazadas según consumo de azúcar y edulcorante.



BEBIDAS:

- Agua: el 89% (n=89) consume agua cinco o más veces por semana, pero de ellas, sólo el 67,42% (n=60) consume por lo menos 1,5litros /día. El 6% (n=6) consume agua 1 o 2 veces por semana, y el 5% (n=5) consume menos de una vez o no consume.
- Gaseosas: el 44% (n=44) consume gaseosas comunes y el 27% (n=27) consume gaseosa light. El 14% (n=14) las consume cinco o más veces por semana, el 33% (n=33) consume una o dos veces por semana, y el 53% (n=53) consume menos de una vez o no consume.
- Jugos: el 29% (n=29) consume jugos comunes y el 33% (n=33) light. El 30% (n=30) los consume cinco o más veces por semana, el 26% (n=26) consume una o dos veces por semana, y el 44% (n=44) consume menos de una vez por semana o nunca.
- Bebidas alcohólicas: el 78% (n=78) no consume éste tipo de bebidas. El 17% (n=17) los consume menos de una vez por semana y sólo el 5% (n=5) una o dos veces por semana.

GRÁFICO N° 24. Distribución de embarazadas según variedad de bebidas de consumo diario.

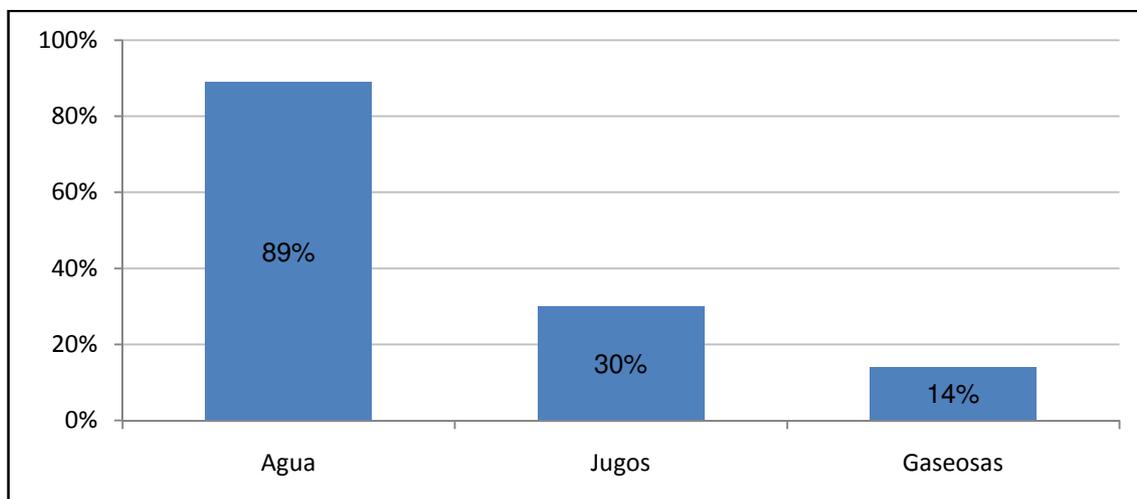
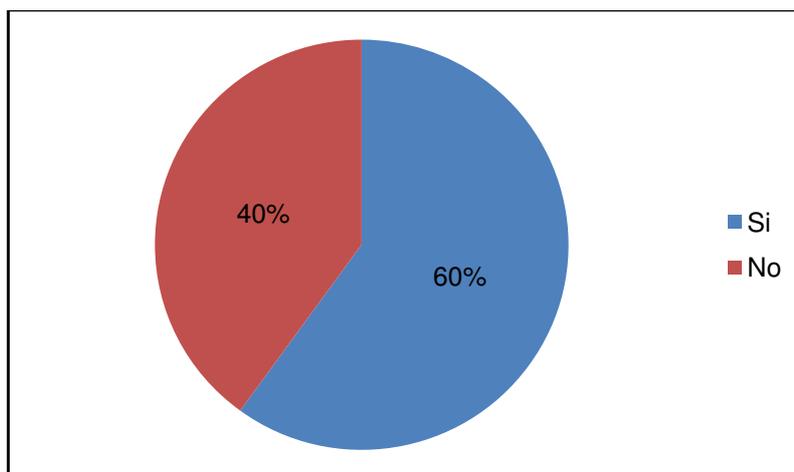


GRÁFICO N° 25. Distribución de embarazada según consumo de agua mayor a 1,5 litros diarios.



Se observó un importante consumo de productos con azúcares simples: dulces, mermeladas y golosinas. El uso de azúcar duplica al de edulcorantes en la población analizada.

Todos los alimentos de este grupo aportan calorías sin sustancias nutritivas (calorías vacías), favoreciendo el desarrollo de sobrepeso y obesidad, dislipidemias (por el alto contenido de grasas saturadas) y diabetes en embarazadas predispuestas a su desarrollo.

Al evaluar las bebidas utilizadas, se vio que solo el 60% de la muestra toma agua en cantidad suficiente, dato a tener en cuenta ya que el agua es la bebida

ideal para las embarazadas y sin embargo no es consumida como se debe. El consumo de gaseosas en forma diaria es bajo (14%) pero predomina ampliamente la utilización de gaseosas comunes. Un número importante de las encuestadas (30%) utiliza para la hidratación diaria jugos.

CONCLUSIÓN

A través de la realización del presente trabajo se pudo observar que la alimentación seguida en el conjunto de embarazadas en estudio no es la más adecuada para esta etapa biológica. Un incompleto aporte de los diferentes grupos básicos de alimentos así como también una incorrecta selección dentro de cada grupo pone de manifiesto la escasa información nutricional recibida por la población observada.

Dado que la malnutrición materna es perjudicial para la salud de la madre y del niño, tanto a corto plazo como en la vida adulta, es fundamental incorporar una correcta educación alimentaria desde el comienzo del embarazo. De esta manera, las futuras madres recibirán consejos y hábitos de alimentación saludable que podrán poner en práctica no sólo durante el embarazo en curso, sino también transmitirlo a su familia, generando así un ambiente seguro y adecuado desde el punto de vista nutricional.

Es fundamental que la educación alimentaria sea un proceso activo del que todos participen: todo el personal de salud debe estar involucrado de alguna manera para tener un mayor alcance en la población objetivo, introduciendo de manera sencilla y simple de interpretar, información nutricional para mejorar el consumo de alimentos y así optimizar la calidad de vida durante el embarazo.

Pero no se debe pasar por alto que lo que ocurre en la población evaluada es una pequeña muestra de la realidad alimentaria a nivel general: bajo consumo de frutas y verduras, exceso de productos refinados e industrializados con pobre contenido nutricional, bajo consumo de productos lácteos, presencia aumentada de alimentos ricos en grasas saturadas y sodio, hidratación deficiente y bajo consumo de agua. Por todo esto considero que la educación alimentaria debería comenzar muchísimo antes de la etapa de embarazo: sería interesante brindar información nutricional calificada desde el comienzo del colegio primario para que el aprendizaje sea gradual y pueda ser incorporado de manera progresiva a los hábitos y costumbres de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Nutrición humana en el mundo en desarrollo. (Michael C. Latham) – Colección FAO: Alimentación y Nutrición n° 29. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- 2- Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud – dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.
- 3- Manual Metodológico de Capacitación del Equipo de Salud en Crecimiento y Nutrición de Madres y Niños. Abril 2003(tercera edición). Ministerio de Salud de la Nación. (Lic. Elsa N.Longo – Dr. Luis M. Arias – Dra. Elvira B. Calvo – Lic. Nut. Julia C.Colina – Lic. Nut. María E. Cosano)
- 4- Clínica y Terapéutica en la Nutrición del Adulto. Editorial El Ateneo. (Daniel de Girolami – Carlos González Infantino) 1°. Ed- 2008.
- 5- Biochemical Society Transactions (2006) Vol. 34, part 5.
- 6- National Institutes of Health. Semin Reprod. Med 2012 December: 30(6):472 – 478.
- 7- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud – Documentos de Resultados 2007 – Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación
- 8- Obstetrics and Gynecology de Clinics of North America 35(2008) 369 – 383.
- 9- Grasas y Aceites en la Nutrición Humana. Consulta FAO/OMS de expertos. (Estudio FAO Alimentación y Nutrición- 57) OMS - Roma 1997.
- 10- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Cartilla Embarazo y Nutrición – 2006
- 11- Guías Alimentarias para la Población Argentina. Manual de Multiplicadores. (Lic. Silvia N. Lema – Lic. Elsa N. Longo – Lic. Alicia Lopresti).
- 12- Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. (Dr. Enrique O. Abeyá Gilardon – Dra. Elvira

B.Calvo – Dr. Pablo Durán – Lic. Elsa N. Longo –Dra. Carmen Mazza).
Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de salud-
Presidencia de la Nación, 2009.

AGRADECIMIENTOS

- María Eugenia Conocchiari, Tocoginecóloga. Coordinadora del Curso de Psicoprofilaxis Pre-parto, Hospital Español.
- Carina Basanta, Licenciada en Educación Física. Instructora del Curso de Psicoprofilaxis Pre-Parto, Hospital Español.
- Lic. Pilar Llanos, tutora de la tesis.
- Andrés Cogliati, en portugués.
- Leandro Nardi, en informática y en inglés.

ANEXOS
ENCUESTA

- Edad:
- Peso previo al embarazo:.....
- Peso actual:.....
- Talla:.....
- Semana de gestación en la que se encuentra:.....
- Ganancia de peso hasta el momento:.....
- ¿Cómo fue la ganancia de peso?
 - gradual
 - predominante en algún período del embarazo. ¿En cuál?.....
- Antes del embarazo: ¿padecía alguno de los siguientes problemas?
 - obesidad/sobrepeso
 - sedentarismo
 - tabaco
 - alcohol
 - adicciones
 - ninguno

- ¿Cuál es su nivel de instrucción?
 - primario incompleto - secundario completo
 - primario completo - universitario incompleto
 - secundario incompleto - universitario completo

- ¿Trabaja para mantenerse económicamente? SI/NO ¿Cuántas horas por día?.....

- ¿Considera que su actividad laboral y su actividad hogareña aumentaron durante éste embarazo? SI/NO
- ¿Realiza actividad física durante el embarazo en curso? SI/NO
 ¿Cuál?..... . ¿Cuántas horas por semana?.....

- ¿Tiene hijos? SI/NO ¿Cuántos?..... ¿De qué edad?.....

- ¿Vive con algún otro familiar? Madre/padre – Suegro/suegra – Hermanos/cuñados – Otros

- ¿Toma algún suplemento vitamínico o mineral? SI/NO ¿Cuál?.....
 ¿Desde cuándo?.....

- Las comidas que come habitualmente:
 - las cocina en casa
 - pide delivery. Frecuencia
 - come en bar o restaurante. Frecuencia
 - come en comedor de trabajo. Frecuencia
 - otros (especificar)

- ¿Quién cocina?
 - usted
 - un familiar
 - personal de ayuda
 - no cocina

- ¿Para cuántos se cocina en su casa?.....

- ¿Cuántas comidas habitualmente realiza? (marcar con una +). Indique horarios de cada una.
 - desayuno - cena
 - almuerzo - come entre horas
 - merienda

- ¿Cuántas horas pasa durante el día sin comer?.....

- ¿Cree que mejoraron sus hábitos alimentarios desde que está embarazada? SI/NO

- ¿Recibió consejos de alimentación por parte de algún profesional de la salud en éste u otros embarazos? SI/NO

- Marcar en la tabla siguiente:

¿Con qué frecuencia come los productos que señalamos?

¿Qué cantidad consume por vez? Para ello utilice las siguientes referencias:

- 1 taza tamaño desayuno – ½ taza tamaño desayuno
- 1 porción tamaño cajita de fósforo de queso -
- 1 cucharada sopera
- 1 cucharada de té
- 1 cucharadita de café
- 1 plato hondo – ½ plato hondo
- 1 plato playo – ½ plato playo
- 1 bife chico – ½ bife – 1 filete
- 1 rebanada de pan lactal – 1 mignón
- 1 vaso de bebidas
- 1 fruta chica – mediana – grande

Referencias: E: entera – D: descremada

Alimentos	5 o más veces por semana	1 o 2 veces por semana	Menos de una vez por semana	Nunca	¿Qué cantidad consume en el día?
1-Leche (E/D)					
2-Yoghures/Flanes/Postres (E/D)					
3-Quesos compactos (E/D)					
4-Quesos untables (E/D)					
5-Huevos o comidas con huevos					
6_Carnes rojas					
7-Otras carnes (pollo,cerdo, pescado, etc)					
8-Fiambres					
9-Verduras crudas (verdes, amarillas, rojas)					
10-Verduras cocidas (verdes, amarillas, rojas)					
11-Frutas					
12-Cereales (arroz, polenta, pastas) ¿blanco o integral?)					
13-Legumbres (lentejas, arvejas, garbanzos, porotos, soja)					
14-Productos amasados con harina blanca(sandwiches, pizzas, empanadas, tartas)					
15-Vegetales feculentos(papa, batata, choclo)					
16-Cereales para desayuno/barras de cereal					
17-Aceites (maíz, girasol, oliva, mezcla, otros)					
18-Manteca/crema de leche					
19-Dulces/mermeladas					
20-Azúcar					
21-Gaseosas (¿común o light?)					
22-Jugos (¿común o light?)					
23-Golosinas ¿cuál?					
24-Edulcorante					
25-Bebidas alcohólicas					
25-Agua					