

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



CONSUMO DE ALIMENTOS CON CONTENIDO
DE HIERRO Y ACIDO FÓLICO EN MUJERES
EMBARAZADAS, ENTRE 25 Y 30 AÑOS
ASISTIDAS EN UN EFECTOR PUBLICO DE
SALUD DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Verónica R. Robledo

Titulo:

“CONSUMO DE ALIMENTOS CON CONTENIDO DE HIERRO Y
ACIDO FÓLICO EN MUJERES EMBARAZADAS, ENTRE 25 Y 30
AÑOS ASISTIDAS EN UN EFECTOR PUBLICO DE SALUD DE LA
CIUDAD DE ROSARIO”

Tutor: Jorge Perochena

Alumna: Verónica R. Robledo

Titulo a obtener: Licenciada en Nutrición

Fecha de presentación: 2011

1. Agradecimientos:

A los profesores que brindaron su tiempo para transmitir sus conocimientos por vocación a futuros profesionales.

Al Dr. Jorge Perochena quien aceptó ser mi tutor de tesis y me guió para completar la tarea.

A mis padres por haberme brindado su apoyo hasta el final.

A Máximo y amigos por incentivar me y ayudarme.

2. Índice:

1. Agradecimientos.....	3
2. Índice.....	4
3. Resumen.....	6
4. Introducción.....	8
5. Marco teórico.....	9
Nutrición durante el embarazo.....	9
Hábitos y conocimientos en mujeres embarazadas.....	9
Necesidades nutricionales.....	10
Nutrientes esenciales.....	10
Hierro.....	11
Acido fólico.....	12
Importancia del control y el seguimiento nutricional.....	13
Objetivos del asesoramiento nutricional.....	13
Ganancia de peso optimo durante la gestación.....	14
Estado nutricional materno y crecimiento fetal.....	15
Patologías gestacionales relacionadas con la dieta.....	16
Otras consideraciones alimentarias durante el embarazo.....	18
Tabla Ingesta dietética de referencia.....	20
Seguridad alimentaria nutricional.....	22
5. Estado actual de los conocimientos del tema.....	24
6. Planteo del problema.....	26
7. Objetivo.....	26
8. Hipótesis.....	26
9. Metodología.....	27
10.1. Lugar y desarrollo.....	27
10.2. Diseño del estudio.....	28
10.3. Población objetivo.....	28
10.4. Universo.....	28
10.5. Muestra.....	28
10.6. Criterios de inclusión.....	28
10.7. Técnica de recolección de datos.....	29
11. Desarrollo de la investigación.....	30
12. Conclusión.....	51

13. Bibliografía.....	52
14. Anexos.....	53

3. Resumen:

A pesar de los adelantos en las comunicaciones sobre el adecuado control y cuidado de la salud de las embarazadas, que tanto la medicina pública como la privada ha llevado sistemáticamente a la población, persiste aun en amplios sectores sociales una inadecuada ingesta de nutrientes en la dieta de las mujeres grávidas.

La falta del conocimiento materno sobre este tema esta condicionado por las creencias y hábitos alimentarios erróneos de la población en general, y el relativo énfasis que en la programación de una dieta acorde a esta etapa específica de la vida de la mujer, se pone durante los controles obstétricos de rutina.

El abordaje de esta investigación se propuso explorar cual es la composición habitual de la ingesta nutricional durante el embarazo, trabajando sobre una muestra de cincuenta embarazadas, a partir de los 25 años de edad, que asistieron a la consulta en La Maternidad Martin de la ciudad de Rosario.

El estudio fue llevado a cabo siguiendo un diseño de tipo exploratorio y descriptivo, de corte transversal, procurando una aproximación a los fenómenos cotidianos que atraviesan las embarazadas en su vida habitual, con el propósito de aumentar el grado de comunicación con las mismas y así contribuir con ideas y opciones destinadas a avanzar en la forma correcta en que las mismas deben cuidar su salud durante este estado, así como abordar cualitativamente esta investigación en particular.

Se buscó indagar sobre las situaciones que diariamente ocurren en las condiciones naturales de vida de esta población describiendo la distribución de las variables encontradas, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo, sin efectuar seguimientos longitudinales.

La muestra fue tomada al azar, se encuestaron a diez mujeres por días, para evitar sesgos.

La herramienta utilizada, si bien fue centralmente cuantitativa, se enriqueció con procedimientos de tipo cualitativo, en razón que permitió indagar sobre hábitos y creencias particulares de las encuestadas, referidas al conocimiento de la importancia del consumo de los nutrientes esenciales mencionados, y si el conocimiento que tienen sobre éstos son correctos.

Lo realizado permitió lograr una connotación que va más allá de un mero listado de datos organizados como resultado; pues estos datos que se muestran en el informe final, están en total concordancia con las variables que se declararon desde el principio y los resultados obtenidos brindan una realidad específica a la que estos están sujetos.

Palabras claves: embarazo, ingesta nutricional, hábitos alimentarios, nutrientes esenciales.

4. Introducción:

La nutrición de la mujer durante el embarazo es importante porque prepara a su cuerpo para los cambios que esta experimentando y porque el feto en formación depende de ella para desarrollarse adecuadamente.

No solo es importante la nutrición de la mujer durante la gestación sino también antes de la concepción ya que una alimentación inadecuada afecta a la salud del recién nacido.

Una adecuada nutrición durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo en el crecimiento y desarrollo neonatal y evita la aparición de enfermedades crónicas en la niñez.

En la madre un correcto aporte de nutrientes a lo largo de la gestación favorece la lactancia y permite un satisfactorio estado nutricional durante los intervalos inter genésicos.

Este hecho básico y esencial en toda la fisiología de la reproducción humana hace imprescindible que durante el estado de gravidez la mujer consuma ciertos nutrientes esenciales que permitirán mantener sanos tanto su organismo como el de su bebe, siendo el hierro y el acido fólico algunos de los nutrientes claves para lograr este objetivo.

El embarazo es un estado fisiológico en el cual se produce una intensa síntesis y crecimiento celular, este proceso es necesario para la formación de los tejidos materno-fetales, lo que determina un aumento de las necesidades nutricionales en relación al periodo preconcepcional. Si estos mayores requerimientos nutricionales no son cubiertos de manera adecuada, puede afectarse de manera importante la salud madre e hijo¹.

¹Schwarz R., Fescina R., Duverges C.; "Obstetricia"; 6ta edición; 2005; Capitulo 6.

5. Marco teórico:

Nutrición durante el embarazo:

Durante el embarazo, la alimentación es uno de los pilares más importantes para la salud de la embarazada y el feto. El embarazo se acompaña de numerosos cambios en la composición corporal y en el metabolismo del organismo. Se producen cambios hormonales y a nivel de metabolismo basal, la función digestiva se ve alterada por la presencia de náuseas, acidez y constipación.

Durante estos meses se ve aumentada la absorción de determinados nutrientes, de allí que es importante su aumento en la ingesta a través de la dieta.

Hábitos y conocimientos alimentarios en mujeres embarazadas

Al llevar a cabo la elección de los diversos alimentos que serán consumidos cotidianamente, la opción está integrada por seis grupos básicos, según las Guías Alimentarias Argentinas: leche y derivados lácteos, frutas y verduras, cereales y legumbres, carne, pollo, pescado y huevos, aceites y grasas, y azúcares y dulces.

Sin embargo, a pesar de todo lo conocido, no se debe dejar de reflexionar que el consumo de alimentos está radicalmente condicionado por las creencias y los hábitos alimentarios que la población posee, que pueden mantenerse, modificarse o bien adquirirse durante periodos tan particulares como son el embarazo y la lactancia.

Los hábitos alimentarios surgen como producto de la interacción existente entre la cultura y el medio ambiente, se transmiten de una generación a otra, e incluyen desde la manera en que se seleccionan los alimentos, hasta la forma en que los consumen o sirven a las personas cuya alimentación esta en sus manos.

En el caso de la embarazada, otro de los factores identificados es la posible interacción entre el número de gestaciones previas, por la exposición de la mujer a mayor información sobre los requerimientos nutricionales, durante el embarazo, en comparación con la mujer primigesta.

En cuanto a los conocimientos que poseen las embarazadas sobre alimentación y nutrición, es importante destacar que estos, muchas veces han resultado insuficientes, y los hábitos alimentarios referidos no siempre concuerdan con sus conocimientos, principalmente por cuestiones de índole económica.

Necesidades nutricionales:

El embarazo es un periodo anabólico que requiere un aporte extra de energía debido al crecimiento y mantenimiento de la unidad fetoplacentaria, a los cambios de organismo materno para adaptarse a la nueva situación, al incremento del metabolismo basal de la madre y al incremento del gasto energético debido a la actividad física habitual con un peso corporal aumentado. Se estima que las necesidades diarias aumentan en 150 Kcal. en el primer trimestre y 350 Kcal. durante el resto del embarazo.

Con respecto al metabolismo de los hidratos de carbono, en la primera mitad de gestación se observa un hiperinsulinismo que comporta un riesgo aumentado de hipoglucemias a causa de una hiperplasia de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas.

A partir de la semana 24 de gestación se observa una insulinoresistencia materna por el aumento de los antagonistas de la insulina.

El hiperinsulinismo inicial favorece al depósito de ácidos grasos en los tejidos, mientras que la insulinoresistencia posterior moviliza estos ácidos grasos depositados en forma de ácidos grasos libres, glicerol y cetonas.

Durante el embarazo se observa un aumento del colesterol plasmático total y sus fracciones, de los triglicéridos, los ácidos grasos libres, los fosfolípidos y los cuerpos cetónicos.

Desde el punto de vista proteico, la primera mitad del embarazo es anabólica y la segunda catabólica. El equilibrio nitrogenado global del embarazo es positivo con un depósito de aproximadamente 925 g de proteínas.

Debe prestarse una especial atención a algunos nutrientes que por los bajos aportes dietéticos habituales y/o las necesidades especialmente aumentadas durante el periodo reproductivo, pueden ser críticos para la salud de la madre y el feto.

Nutrientes esenciales: Un nutriente esencial es un nutriente que no puede ser sintetizado por el organismo pero que necesario para el funcionamiento normal de este. Entre ellos se encuentran algunas vitaminas, minerales, ácidos grasos y aminoácidos. Los nutrientes esenciales son diferentes para cada especie. Muchos de los nutrientes esenciales se necesitan solo en pequeñas cantidades y el cuerpo es capaz de almacenarlos y reutilizarlos. Así, los síntomas de deficiencia pueden aparecer largo tiempo después de que el nutriente no este disponible. Algunos nutrientes esenciales pueden ser tóxicos en dosis exageradas

Hierro:

Mineral que combinado al oxígeno produce la hemoglobina, una proteína que se encarga en transportar el oxígeno que llega a nuestros pulmones hasta todas las células del organismo. También es un elemento esencial del colágeno, una proteína que se encuentra en los huesos, cartílagos y tejidos conectivos. Además de estar presente en muchas enzimas de nuestro cuerpo, el hierro es un componente importante de la mioglobina, otra proteína que cumple un papel fundamental en el transporte de oxígeno hasta los músculos.

Las necesidades de hierro durante la gestación están aumentadas por la expansión del volumen eritrocitario, la transferencia de hierro al feto y su depósito en nuevos tejidos y la placenta.

La ingesta de hierro durante el embarazo es muy importante, ya que una gran parte de esa cantidad la utiliza la madre para aumentar la cantidad de sangre en un 50% y el resto del hierro lo utiliza el feto y la placenta para su desarrollo. Para cubrir este requerimiento la madre dispone de dos mecanismos. Por un lado puede aumentar el volumen de hierro en la dieta y por otro lado puede utilizar sus propias reservas.

En general una mamá que llega al embarazo en condiciones ideales, es decir con sus reservas de hierro adecuadas y sin ingerir suplementos durante la gestación, finalizará el embarazo habiendo consumido todas sus reservas. Pero en la mayoría de los casos la situación no es la ideal, es decir con déficit en hierro, y en estos casos la anemia será seguramente un común denominador durante el embarazo, especialmente durante el segundo y tercer trimestre.

Las anemias nutricionales son las más frecuentes durante el embarazo. La anemia por déficit de hierro (anemia ferropénica) representa el 75% de todas las diagnosticadas y su causa se debe fundamentalmente a la necesidad de incrementar la ingesta de hierro. Las necesidades de éste se duplican durante el embarazo y es prácticamente imposible cubrirlas con medidas dietéticas. Ello lleva a la necesidad de utilizar suplementos en forma rutinaria. Las principales fuentes de hierro son las carnes, leguminosas, semillas, algunos vegetales, pan y cereales fortificados.

La dosis recomendada para la mujer embarazada es de 30 mg. diarios, es decir un aumento de más del 30% a las cantidades de hierro aconsejadas habitualmente.

Acido fólico:

Los folatos son un conjunto de compuestos imprescindibles para la división celular y por lo tanto, muy importantes durante la embriogénesis.

Sus necesidades se incrementan sustancialmente durante el embarazo.

La recomendación de ingesta diaria en la mujer en edad fértil es de 400 $\mu\text{g}/\text{día}$ y 600 $\mu\text{g}/\text{día}$ en la embarazada, es decir que hay un incremento de 200 μg con respecto a las mujeres no embarazadas. La asociación entre este nutriente y los defectos de cierre del tubo neural fue extensamente analizada. Su uso en altas dosis (4,0mg/día) es especialmente importante en mujeres con antecedentes previos de hijos con DTN (Defecto del Tubo Neuronal) desde 6 a 8 semanas antes de la concepción hasta completar el primer trimestre del embarazo. Los defectos más comunes del tubo neural son la espina bífida (una malformación de la médula espinal y la espina dorsal que consiste en que éstas no se cierran completamente), la anencefalia (severo desarrollo insuficiente del cerebro) y la encefalocele (cuando el tejido cerebral sale hacia afuera de la piel a través de un orificio en el cráneo). Todos estos defectos ocurren durante los primeros 28 días del embarazo; generalmente antes de que una mujer sepa que está embarazada.

Por eso es tan importante que no sólo las mujeres que están planificando un embarazo ingieran suficientes cantidades de ácido fólico, sino todas aquellas que estén en edad fértil. Sólo un 50% de los embarazos son planificados. Por lo tanto, cualquier mujer que pueda quedar embarazada debe ingerir suficiente ácido fólico.

Es muy importante la ingestión de cantidades adecuadas de ácido fólico 1 mes antes de la gestación y hasta, por lo menos, los primeros 3 meses del embarazo para reducir el riesgo del desarrollo de un feto con defectos en el tubo neural.

Las principales fuentes de ácido fólico son hígado, leguminosas, maní, espinaca, remolacha cruda y palta.

Importancia del control y seguimiento nutricional

El estado nutricional deficiente de la madre afecta el desarrollo general y neurológico del feto, y, particularmente, la desnutrición materna es un factor esencial a tener en cuenta, por sus consecuencias desfavorables para el binomio madre-hijo.

Al respecto, algunos autores estiman que es vital atender rigurosamente a las gestantes mal nutridas por defecto, dada su gran influencia sobre el bajo peso al nacer en los niños.

Consabido está que una madre bien alimentada cualitativa y cuantitativamente, es capaz de proporcionar suficientes reservas de energía para proteger al feto. Por esta razón, además de proporcionarle oportunamente los cuidados prenatales, es primordial realizar un riguroso control de la educación nutricional para obtener resultados favorables.

El seguimiento nutricional ocupa un lugar relevante en el control de la embarazada, por el impacto que el mismo produce sobre el resultado final.

Aunque este criterio es aceptado en forma general, se evidencia cierta controversia respecto a cuál de las variables antropométricas maternas es la mejor predictora tanto para peso y talla bajos, como para prematuridad del recién nacido.

La nutrición en la embarazada es un aspecto a considerar ya desde la primera consulta prenatal, por cuanto constituye el marco propicio para orientar a la mujer gestante sobre la manera de suministrarle al organismo los niveles requeridos de carbohidratos, proteínas, vitaminas y minerales, entre otros nutrientes.

Los objetivos del asesoramiento nutricional a la embarazada están relacionados con:

- aconsejar a la embarazada para que continúe con una dieta balanceada.
- Interrogar a la paciente para:
 - Confirmar que realiza una adecuada ingesta de alimentos, sobre todo en aquellas de bajos recursos.
 - Descubrir hábitos alimentarios o dietas no acordes para el embarazo.
- Controlar la ganancia de peso materno.
- Instruir a las madres que se encuentran por debajo del peso ideal sobre el plan de alimentación que deben seguir en cuanto a la cantidad de calorías y proteínas mediante el uso de alimentos con los que está familiarizada.
- No aconsejar la pérdida de peso durante el embarazo en el caso de las madres obesas, como así tampoco el aumento esperado en la embarazada normal.

Ganancia de peso óptimo durante la gestación

El incremento de peso óptimo podría ser definido como aquel valor que se asocia al menor número de eventos negativos de la madre y del niño, tanto en el embarazo, parto y puerperio, como aún en etapas posteriores de la vida.

Por lo general, las mujeres con un bajo índice de masa corporal (BMI) tienden a ganar más peso mientras que aquellas con un alto BMI suelen ganar menos peso que el recomendado.

Menos de la mitad del aumento de peso total de un embarazo con feto único en una mujer de peso normal se debe al feto, la placenta y el líquido amniótico, el resto se encuentra en los tejidos reproductores de la madre, líquido, sangre y reservas maternas, formadas principalmente por la grasa corporal. El aumento gradual de la grasa subcutánea en el abdomen, espalda y parte alta del muslo sirve como reserva de calorías para el embarazo y lactancia.

Con relación a la ganancia de peso se recomienda (OMS):

-IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo < de 19,8: ganancia total entre 12,5 y 18 Kg.

-IMC pregestacional entre 19,8 y 26,1: ganancia total entre 11,5 y 16 Kg.

-IMC pregestacional entre 26,1 y 29: ganancia total entre 7 y 11,5 Kg.

-IMC pregestacional mayor o igual de 29: ganancia total entre 6 a 7 Kg (13, 15)

Estado nutricional materno y crecimiento fetal

Según algunos autores, las mujeres adelgazadas tienden a procrear niños con bajo peso al nacer y las obesas niños macrosómicos. Del mismo modo, las mujeres con pobre ganancia ponderal durante la gestación, procrean niños con bajo peso al nacer y aquellas con ganancia ponderal excesiva recién nacidos macrosómicos.

Se entiende que el crecimiento fetal es un fenómeno complejo multifactorial, que se haya influido en forma predominante por la madre y su desarrollo uterino, por lo tanto, el estado nutricional materno, tanto durante la infancia como inmediatamente antes del embarazo, influye en la futura generación.

Cuando la carencia nutricional materna (carencia de macro y micronutrientes) afecta al feto durante el primer trimestre, puede provocar muerte embrionaria o malformaciones, mientras que si la misma acontece durante el transcurso del segundo y tercer trimestre de gestación provocará retardo de crecimiento intrauterino y aumento de la morbimortalidad postnatal.

La alimentación, junto con la reproducción, es sin duda una de las actividades críticas en cualquier ser vivo. Lo que conocemos como el acto de alimentarse supone de hecho procesos adaptativos que conducen a estrategias y actividades de lo más atractivas; al considerar la alimentación de la madre gestante, la afirmación que se hace sobre dieta variada y equilibrada adquiere un significado más crítico. Tenemos entonces el compromiso de proporcionar una alimentación completa y suficiente para la madre como individuo y además el complemento necesario para garantizar que se cumplirán los requerimientos específicos del feto.

Por ello, entendemos que al tratar la nutrición de las embarazadas se revisen dos aspectos particulares de importancia fundamental; por un lado, que se cubran los requerimientos nutricionales y por otro brindar la información necesaria para que esto sea posible.

El objetivo del presente trabajo es reafirmar el embarazo como la adquisición de una responsabilidad humana y social muy seria; ya que hoy como producto de la crisis cultural y de identidad de valores que afecta al mundo se toma dicha responsabilidad

como un hecho si se quiere común, descontextualizándolo de los profundos significados que por su propio sentido tiene.

Patologías gestacionales relacionadas con la dieta:

Preeclampsia y eclampsia:

Esta patología afecta tanto a la madre como al feto. Se desarrolla como consecuencia de una alteración vascular de la placenta que se inicia precozmente y que se manifiesta clínicamente en la segunda mitad y más frecuentemente cerca del término del embarazo. La triada clásica de presentación clínica incluye hipertensión, proteinuria y edema. Otras manifestaciones involucran trastornos de la coagulación, particularmente trombocitopenia y distintos grados de disfunción hepática. La preeclampsia ocurre en cerca de un 10% de los embarazos y es responsable de serias complicaciones para el binomio madre-feto que condicionan alta morbimortalidad materna y fetal.

Diversas estrategias se han desarrollado para prevenir la preeclampsia, incluyendo restricción de sodio, uso de diuréticos, dietas con alto contenido proteico, que no han tenido el resultado esperado. En la pasada década considerables estudios se han centrado en el uso de dosis bajas de aspirina y de suplementos de calcio.

La baja ingesta de calcio ha sido implicada en la patogénesis de preeclampsia; un meta-análisis con catorce estudios randomizados controlados mostraron una significativa reducción de la presión arterial en pacientes preeclámpticas cuando ellas recibieron suplemento de calcio (carbonato de calcio 2 g./día). Sin embargo un estudio multicéntrico con 4589 mujeres del National Institute of Health de EEUU (NHI) no confirmó este hallazgo. Una posible explicación de las diferencias estaría en la distinta ingesta de calcio de las poblaciones estudiadas. En el estudio del NIH tanto el grupo placebo como tratado la ingesta basal de calcio superaba los 1000 mg/día. En contraste los estudios en los cuales el calcio ha demostrado efectos benéficos, las poblaciones estudiadas tienen ingestas de calcio inferiores a las recomendaciones. Entonces, la suplementación de calcio puede ser beneficiosa en mujeres con baja ingesta de calcio, pero puede no ser necesaria en mujeres con una ingesta adecuada.

En la prevención de la preeclampsia también se ha incluido aceite de pescado, antioxidantes (vitamina E y C) y magnesio con resultados que requieren de mayores estudios antes de su recomendación.

Otras consideraciones alimentarias durante el embarazo:

Un número importante de las mujeres presentan durante el embarazo algunas conductas alimentarias especiales, náuseas, vómitos, gastritis, pirosis, constipación y/o calambres de extremidades inferiores. A menudo estas dolencias pueden ser tratadas con modificaciones dietarias y/o ajustes en sus estilos de vida. Sin embargo los casos severos requerirán de tratamientos específicos farmacológicos y eventualmente hospitalizaciones.

Los “antojos” por determinados alimentos, son frecuentes de observar en las embarazadas. Ello no refleja el déficit de algún nutriente específico en la dieta, como se ha sugerido. No hay argumentos para que ellos no sean “complacidos”, en la medida que no afecten la dieta o reemplacen a otros alimentos más importantes. También son frecuentes las “aversiones” o “rechazos” por determinados alimentos (alcohol, café, carnes, etc.), que no necesariamente son perjudiciales.

La Pica, corresponde a un apetito aberrante por productos tales como tierra, greda, hielo, papel, pasta de diente, u otro material que no es alimento habitual. Se la ha asociado al déficit de micronutrientes (hierro y zinc entre otros), aunque no ha sido adecuadamente demostrado. Puede presentarse también en mujeres con un trastorno mental que afecta la conducta alimentaria. La pica puede determinar malnutrición al desplazar nutrientes esenciales de la alimentación. Muchos de estos comportamientos, pueden deberse a costumbres y tradiciones que pasan de madres a hijas. Debe procurarse que la pica no sustituya los alimentos con alto contenido de nutrientes esenciales.

Constipación:

La constipación afecta entre 10 y 40% de las embarazadas. Esta condición está ligada a cambios fisiológicos asociados con el embarazo y a patrones de alimentación bajos en fibra y agua. Los cambios hormonales tienden a una relajación del tracto gastrointestinal, disminuyendo la motilidad intestinal y aumentando el tiempo del tránsito de los desechos alimentarios en el colon. Los altos niveles de progesterona promueven un aumento de la absorción de agua desde el colon agravando esta condición. En el tercer trimestre la compresión uterina contribuye a la constipación al presionar el colon, desplazar el resto del intestino y alterar el patrón de movimientos propios del tubo digestivo. Si asociamos a estos cambios una disminución de la

actividad física y el uso de suplementos de hierro (proconstipante), no es raro que las cifras de incidencia de este trastorno sean aún más altas en la práctica diaria.

Productos y alimentos que deben controlarse o evitarse en el embarazo:

No existe un límite seguro para beber alcohol durante el embarazo y lo mejor es suprimirlo del todo. La ingesta excesiva de alcohol al inicio del embarazo se asocia con el nacimiento de niños con malformaciones (síndrome de alcoholismo fetal /SAF), retardo del crecimiento intrauterino, anormalidades oculares y articulares y retraso mental. También se ha descrito un índice más elevado de abortos espontáneos, desprendimiento prematuro de placenta y prematuridad. La ingesta de alcohol en etapas posteriores de la gestación se asocia a alteraciones de crecimiento y desarrollo fetal pero no induce malformaciones. Aún cuando no se han encontrado evidencias claras de efectos adversos asociadas al consumo de menos de dos bebidas alcohólicas a la semana, es más prudente eliminar el consumo de alcohol durante la gestación.

La cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del feto. Las dosis masivas de cafeína son teratogénicas en animales, pero no se ha valorado bien el efecto de dosis menores. Los datos en mujeres son limitados, pero los estudios no han mostrado una asociación con complicaciones del embarazo o características del recién nacido. Mientras no exista información más confiable, no debe incentivarse el consumo de cafeína durante el embarazo. Se recomienda que las mujeres gestantes y lactancia no consuman más cafeína que la contenida en dos tazas de café. También debe limitarse el consumo de té y de bebidas gaseosas que la contienen.

Los problemas con la contaminación química y microbiológica que afectan a la madre, al embrión y al feto se discutieron en detalle en el capítulo 3. Especial preocupación debe haber en relación con la exposición con metales pesados (plomo, cadmio, mercurio), arsénico, subproductos organoclorados que se generan a partir de la desinfección del agua, pesticidas que contaminan los alimentos y el agua y algunos agentes microbiológicos, como el toxoplasma y la listeria que pueden estar presentes en los alimentos.

Tabla: Ingesta dietética de referencia: cantidades diarias recomendadas e ingesta adecuada en las mujeres.

NUTRIENTE Unidad/día	MUJERES 19 - 30 años	EMBARAZADAS 19 – 30 años
Energía Kcal	2.000	2.150-2.200
Proteínas (g)	46	71
Vitamina A (µg RE)	700	770
Vitamina D(ug) AI	5	5
Vitamina E (mg a-TE)	15	15
Vitamina K (ug)	90	90
Vitamina C(mg)	75	85
Tiamina (mg)	1,1	1,4
Riboflavina(mg)	1,1	1,4
Niacina (mg NE)	14	18
Vitamina.B6 (ug)	1,3	1,9
Folatos µg *	400	600
Vit.B12 (ug)	2,4	2,6
Biotina (ug)	30	30
Acido pantoténico(mg) AI	5	6
Colina(mg) AI	425	450
Calcio (mg)	1000	1.000
Hierro (mg)	18	27-30
Zinc(mg)	8	11

Yodo (ug)	150	220
Fósforo(mg)	700	700
Magnesio(mg)	310	350
Selenio(ug)	55	60

Seguridad Alimentaria y Nutricional;

La seguridad Alimentaria representa el acceso de todas las personas en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida activa y sana. Esto referido a los hogares representa la capacidad de las familias para obtener los alimentos suficientes para cubrir las necesidades dietéticas de sus miembros. Esto solo se consigue cuando se dispone de suministros de alimentos, material y económicamente, al alcance de todos.

Causas de Inseguridad Alimentaria Nutricional:

La pobreza es la causa fundamental de la Inseguridad Alimentaria ya que ella puede ser causa de desempleo o ingresos insuficientes que no permite adquirir los alimentos necesarios de forma suficiente.

Otras causas son; la falta de educación especialmente de las madres, que dificulta la confección de dietas equilibradas y en condiciones higiénicas adecuadas, así como una mejor distribución intrafamiliar de alimentos, la insuficiente producción de alimentos básicos, la inadecuada comercialización de alimentos básicos debido a malas condiciones físicas o económicas, etc.

Consecuencias de la Inseguridad Alimentaria Nutricional:

La Inseguridad Alimentaria conlleva grandes pérdidas de productividad y crecimiento económico imposibilitado debido a la insuficiencia en el desarrollo físico e intelectual del capital humano, disminución del rendimiento laboral, de los ingresos obtenidos, de la capacidad cognitiva y de los resultados escolares.

Además tiene como consecuencias problemas nutricionales de uno o más miembros de la familia y el incremento de la morbilidad y mortalidad.

Seguridad Alimentaria Familiar:

En el ámbito individual y familiar la Inseguridad Alimentaria es un reflejo de la falta de acceso suficiente a los alimentos y aquí encontramos la relación entre la Seguridad Alimentaria Nacional y la Seguridad Alimentaria Familiar que representa una de las cuestiones más importantes que deben resolver los gobiernos, problema que se agrava más por el hecho de que el acceso suficiente de los hogares a los alimentos es condición necesaria pero no suficiente para que todos los miembros del hogar tengan una alimentación suficiente y mejoren su estado nutricional ya que el estado nutricional de cada miembro de la familia depende de que se cumplan dos condiciones más: cuidados adecuados y adecuada prevención y control de las enfermedades

Los cuidados consisten en la dedicación, en el hogar y en la comunidad, de tiempo, de atención y ayuda para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de los niños en crecimiento y desarrollo.

Particular importancia tiene la alimentación de los niños lo cual depende del apoyo nutritivo y emocional de los que prestan cuidados, en particular las madres por lo que se hace indispensable la educación materna.

Las mujeres tienen un papel importante en la producción de alimentos en el hogar como así también en su preparación y distribución dentro de la familia.

Las mujeres en general utilizan sus ingresos más para el beneficio de la familia que los hombres.

Los niños en los primeros años de vida son los más vulnerables a la Inseguridad Alimentaria y a los riesgos nutricionales. Un elemento fundamental está en la capacidad

de las mujeres para prestar cuidados alimentarios, la lactancia materna es una de las actividades mas importantes de la madre para garantizar la Seguridad Alimentaria.

6. Estado actual sobre conocimientos del tema:

- El ácido fólico es imprescindible para la metilación de las proteínas, los lípidos y la mielina. Esto se logra a través de la producción de metionina que actúa como cofactor en la síntesis de ARN y ADN. Este conocimiento ha propiciado una de las intervenciones más efectivas que se conocen para disminuir los defectos del tubo neural basada tanto en la suplementación como en la fortificación con ácido fólico durante el periodo preconcepcional (3 meses previos) y posconcepcional durante el primer trimestre de embarazo².
- Las mujeres de gran estatura y salud general buena tienden a tener hijos grandes. Se ha propuesto que el tamaño de la madre es un factor condicionante del tamaño final de la placenta en ausencia de enfermedad. El tamaño de la placenta es un indicador de salud de la placenta y determina la cantidad de nutrición y el oxígeno que llega al feto. Las mujeres con peso insuficiente tienen placentas de menor peso y mayor riesgo de dar a luz a un lactante con bajo peso al nacer³.
- El embarazo comporta al organismo de la mujer una serie de cambios fisiológicos ligados al efecto de hormonas producidas por la placenta. Estos cambios son adaptaciones para permitir el desarrollo del feto al tiempo que se satisfacen las necesidades maternas. Los aportes nutricionales de la gestante deben cubrir además de sus propias necesidades, las correspondientes al feto en desarrollo y las derivadas de la síntesis de nuevos tejidos. El feto depende para su subsistencia del aporte de oxígeno y de los nutrientes transferidos desde la sangre materna a través de la placenta. Se entiende por necesidades nutricionales de la mujer gestante a las cantidades extras de los diferentes nutrientes que es preciso añadir a la alimentación habitual de la no gestante para cubrir el conjunto de necesidades del embarazo. La estimación de estas necesidades nutricionales se basa en la cuantificación de las cantidades de los diferentes sustratos (proteínas, grasas, calcio, hierro, etc.) incorporados en el feto, la placenta y el organismo materno, además de las cantidades necesarias para el mantenimiento

² Schwarcz R., Fescina R., Duverges C.; "Obstetricia"; 6ta edición; 2005, Capítulo 6.

³ Maban L., Escott S., Stump S.: "Nutrición y dietoterapia de Krause"; 12a edición; 2009; Capítulo 5.

funcional de la unidad fetoplacentaria y del organismo materno a lo largo de la gestación⁴.

- Durante el embarazo las mujeres requieren mayor demanda de hierro, por lo que es necesario recurrir a la administración de suplementos. Los más usados son los sulfatos o fumarato ferroso. La administración debe realizarse alejada de las comidas principales para facilitar su absorción. Las cantidades a administrar varían de 30 a 60 mg diarios. La anemia ferropénica es una de las complicaciones más frecuentes asociadas al embarazo y cuando la carencia es grave aumentan la morbilidad y mortalidad materna. Las embarazadas anémicas presentan además mayor incidencia de partos prematuros, nacimientos de fetos muertos y mortalidad perinatal. Registran también un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo como infecciones urinarias, pielonefritis y preclampsia⁵.

Estos antecedentes son considerados relevantes ya que hacen referencia a:

- Consumo de hierro y ácido fólico antes y durante la gestación;
- Las consecuencias del déficit de estos nutrientes esenciales en la dieta;
- Las necesidades nutricionales que requiere la mujer gestante;
- La ganancia de peso necesaria durante la concepción.

⁴ Fernández Ballart J. D. , Arijá Val V., Cuco Pastor G., Murphy M.; “Nutrición y salud pública”; 2da edición; 2006; Capítulo 30.

⁵ López L. B., Suárez M. M.; “Fundamentos de nutrición normal”; Editorial El ateneo; 2006; Capítulos 9.

7. Planteo del problema:

Los hábitos alimentarios en las mujeres embarazadas concuerdan con sus conocimientos nutricionales?

8. Objetivos del trabajo:

8.1. Objetivo general:

Investigar los hábitos alimentarios de las embarazadas en relación a los alimentos fuentes de hierro y ácido fólico.

8.2. Objetivos específicos:

- Identificar los conocimientos nutricionales que tienen las mujeres embarazadas con respecto al hierro y ácido fólico.
- Indagar si ellas pueden identificar los alimentos fuentes de dichos nutrientes esenciales.
- Determinar la influencia de las condiciones socioeconómicas de las entrevistadas al acceso de alimentos ricos en hierro y ácido fólico.
- Analizar las consecuencias que provocan la carencia de estos nutrientes.

9. Hipótesis:

Los hábitos alimentarios en las embarazadas en relación al consumo de hierro y ácido fólico no coinciden con sus conocimientos nutricionales.

10. Metodología de estudio:

10.1. Lugar de desarrollo y análisis de contexto:

Esta investigación se realizara en la ciudad de Rosario, la cual presenta las siguientes características:

Esta ubicada en la zona sur de la provincia de Santa Fe, República Argentina,

Es el centro del Área Metropolitana del **Gran Rosario**.

Con respecto a sus habitantes, el Censo Nacional del año 2001 registro 909.399 habitantes. Con una tasa intercensal al 2009 de 909.814 habitantes.

Estimación con crecimiento vegetativo al 2009: 1.023.158 habitantes.

Su población esta integrada por 53 % de mujeres y 47 % de varones.

Esta ciudad cuenta con Hospitales públicos y privados.

Mi investigación se llevara a cabo en el Servicio de obstetricia de la Maternidad Martin.

La Maternidad es la institución pública de la ciudad que efectúa el **mayor número de partos anuales**.

Se encuentra en el Distrito Centro.

Su índice de cesáreas es de aproximadamente el 23%, porcentaje que se ubica entre los más bajos del país.

Su construcción responde a la necesidad de contar con infraestructura para la atención con un modelo de Maternidad centrada en la familia que promueve la idea de que la mujer y su entorno tomen un rol activo en el proceso del embarazo, parto, posparto y participen en su desarrollo y evaluación.

Está dotada con la más alta tecnología para brindar la mejor atención de los recién nacidos y sus madres.

Sus consultorios externos funcionan como centro de referencia para los centros de salud en el apoyo matricial de las embarazadas que lo requieran.

10.2 Diseño del estudio:

Este trabajo es descriptivo, observacional y transversal.

- Es descriptivo ya que estudia fenómenos que ocurren en situaciones naturales, mas que aquellos que se basan en situaciones experimentales. Son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis casuales o de otro tipo.
- Es observacional ya que nos permite acercarnos a fenómenos desconocidos, este tipo de estudio se centra en descubrir.
- Es transversal ya que no involucra seguimiento, se estudiaran diferentes aspectos de mujeres embarazadas en un determinado momento sin un control posterior.

10.3. Población objetivo:

Embarazadas que se atienden en el servicio de obstetricia de la Maternidad Martin de la ciudad de Rosario.

10.4. Universo:

Se considera 105 embarazadas que concurren a la consulta de dicho efector público en la ciudad de Rosario.

10.5. Muestra:

Se realizara sobre 50 embarazadas.

10.6 Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia de la Maternidad Martin.
- Edad: Entre 25 y 30 años.
- Respetando el principio de voluntariedad del paciente

10.7. Técnica de recolección de datos:

La muestra se tomará al azar.

Se encuestarán a cinco mujeres por día y a diferentes horarios, para evitar el sesgo del día.

La herramienta que se utilizará, será una encuesta estructurada, con preguntas cerradas ya que se tendrá como respuesta final “Si” o “No”.

El primer paso será efectuar una prueba piloto.

La ventaja de este, es una mayor velocidad de respuesta y colaboración por las encuestadas; y será de tipo cuantitativa, ésta se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas.

En ella se evaluarán los hábitos de alimentación, conocimiento de la importancia del consumo de los nutrientes esenciales mencionados, y si el conocimiento que tienen sobre éstos son correctos.

Se realizará también un diario de frecuencia de comidas a cada persona encuestada.

11. Desarrollo de la investigación:

Historia natural de la investigación:

Las encuestas se realizaron entre los meses de Enero y Febrero del año 2011.

En primer lugar, se realizaron entrevistas a 50 mujeres embarazadas entre 25 y 30 años de edad, que concurrieron al Centro de Salud Maternidad Martín de la ciudad de Rosario. Las variables que se consideraron en la encuesta son:

? Sexo

? Edad

? Peso

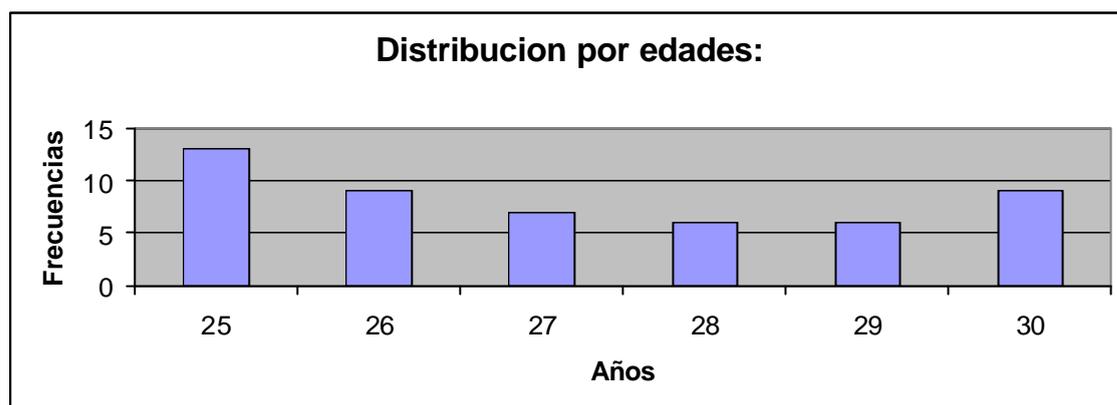
? Altura

? Hábitos alimentarios

? Conocimiento de los nutrientes seleccionados en el estudio y de la importancia de su consumo durante el embarazo.

Distribución de las edades de las embarazadas encuestadas.

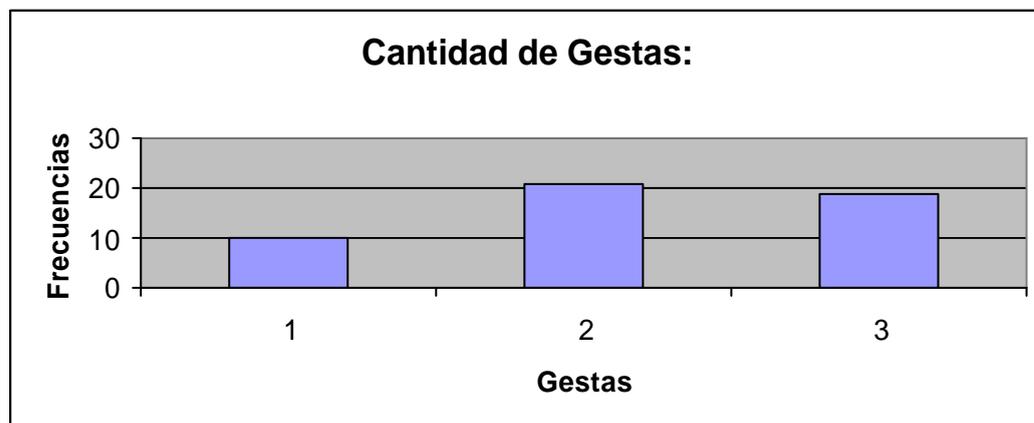
Edades:	Frecuencias:
25	13
26	9
27	7
28	6
29	6
30	9



En las embarazadas estudiadas la mayoría de las mujeres ($f = 13$) tuvieron 25 años.

Cantidad de gestas:

Gestas:	Frecuencias:
1	10
2	21
3 o mas	19



El mayor porcentaje de las embarazadas de la muestra evaluada tuvo 2 gestas (f= 21).

Distribución de gestas por edades:

Edades:	1 Gesta:	2 Gestas:	3 o mas gestas:	Frecuencias:	Porcentajes:
25	7	4	3	14	28
26	1	5	2	8	16
27	2	3	2	7	14
28		6		6	12
29		2	4	6	12
30		1	8	9	18
Frecuencias:	10	21	19		
Porcentajes:	20	42	38		

El 80 % de las mujeres de la muestra tienen 2 o mas hijos a lo largo de su vida reproductiva.

Consumo de suplementos:

Suplementos:	Frecuencias:	Porcentajes:
Consume:	30	60
No consume:	20	40



El 60 % de las encuestadas dice consumir algún tipo de suplemento durante la gestación.

Tipo de suplementos consumidos:

Suplementos consumidos:	Frecuencias:	Porcentajes:
Fe	12	24
Acido fólico	11	22
Fe y Acido fólico	7	14
Ca		
Otros		



De esta tabla puede apreciarse que la mayoría de las embarazadas consume suplementos de Hierro y Acido fólico; un pequeño porcentaje la combinación de ambos y ninguna suplementos de calcio u otro.

Conocimiento de la importancia del consumo de suplementos:

Conocimientos:	Frecuencias:	Porcentajes:
Conoce	30	60
No conoce	20	40

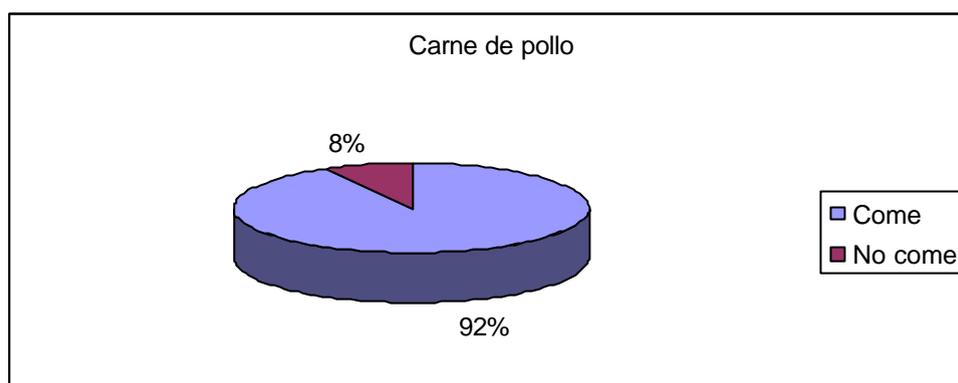


El 60 % de las mujeres encuestadas dice conocer la importancia del consumo de Hierro y Ácido Fólico.

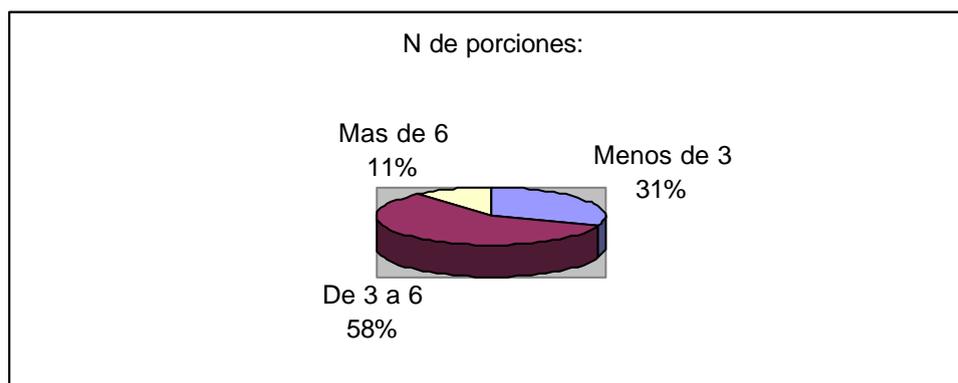
Análisis del Diario de frecuencias de comidas:

Carne de pollo:

Carne de pollo	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	46	92
No come	4	8



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	11	22
De 3 a 6	21	42
Mas de 6	4	8



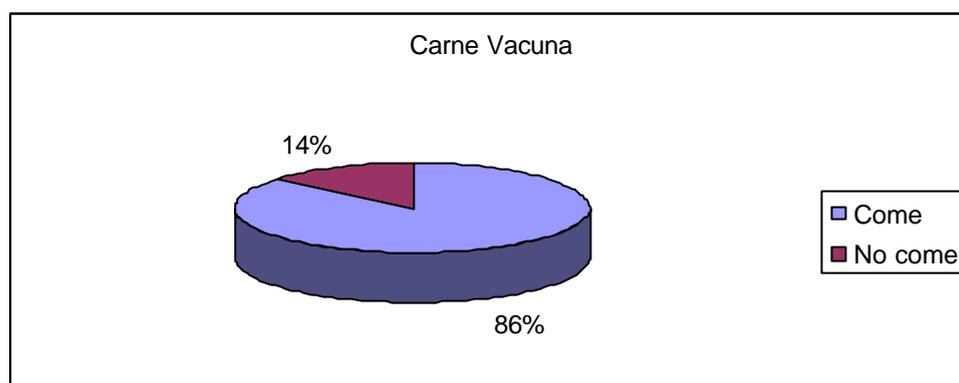
Casi la totalidad de las encuestadas come carne de pollo (92 %).

Y más de la mayoría consume entre 3 y 6 veces por semana, lo que indica un consumo elevado.

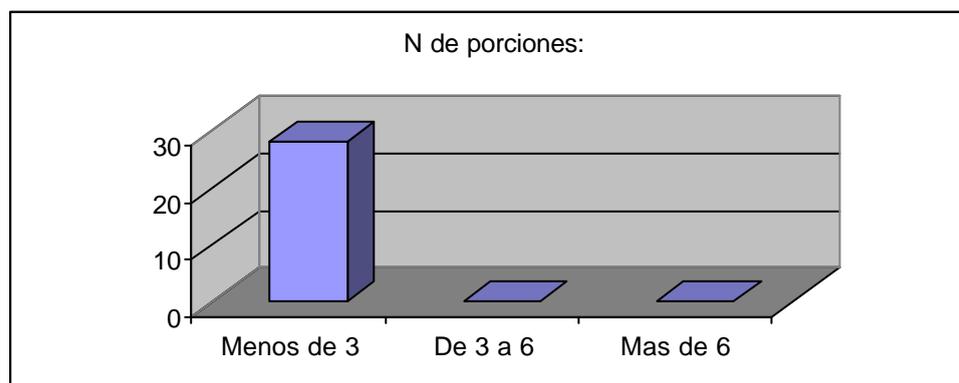
Tal tendencia puede explicarse debido a la falta de acceso económico a la carne vacuna por su mayor costo en comparación con este tipo de carne.

Carne vacuna:

Carne Vacuna	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	43	86
No come	7	14



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	14	28
De 3 a 6	0	0
Mas de 6	0	0



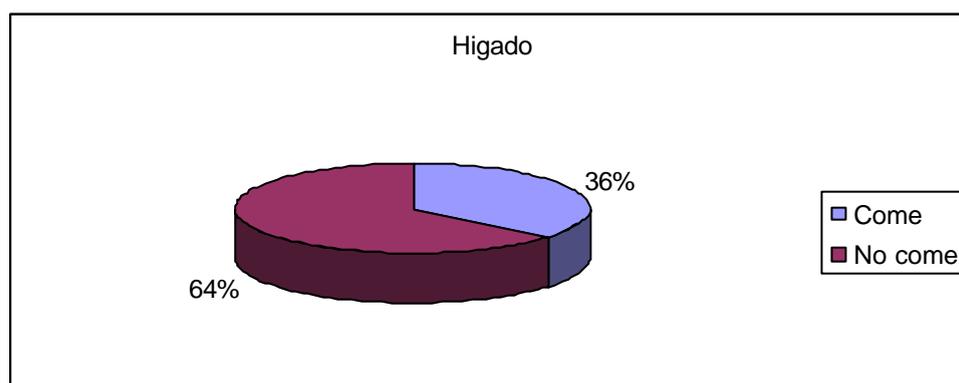
Más de la mitad de la población consume carne vacuna (86 %).

Lo que debe resaltarse es la baja cantidad de porciones semanales. La mayoría consume menos de 3 por semana, cuando lo recomendable es 3 porciones semanales.

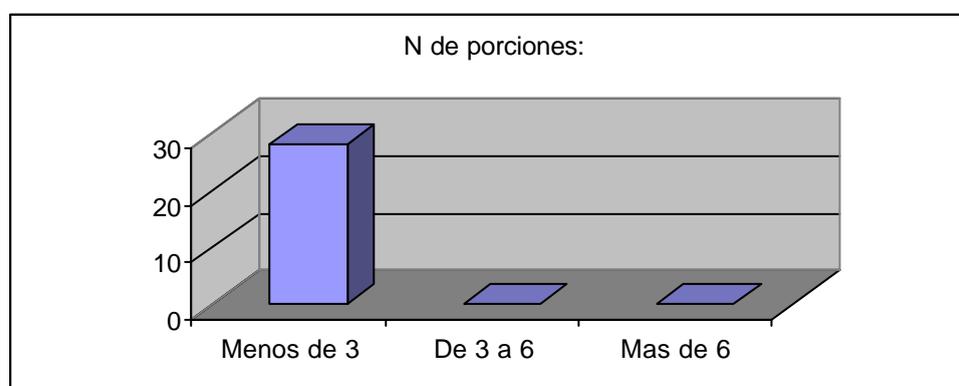
Sin embargo puede interpretarse que esto se debe a las condiciones económicas y no a los gustos o a la falta de importancia de los requerimientos nutricionales durante el embarazo.

Hígado:

Hígado	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	18	36
No come	32	64



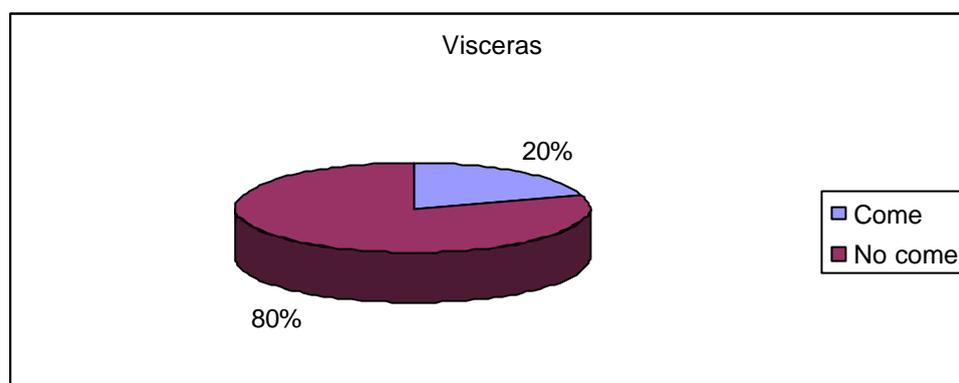
N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	14	28
De 3 a 6	0	0
Mas de 6	0	0



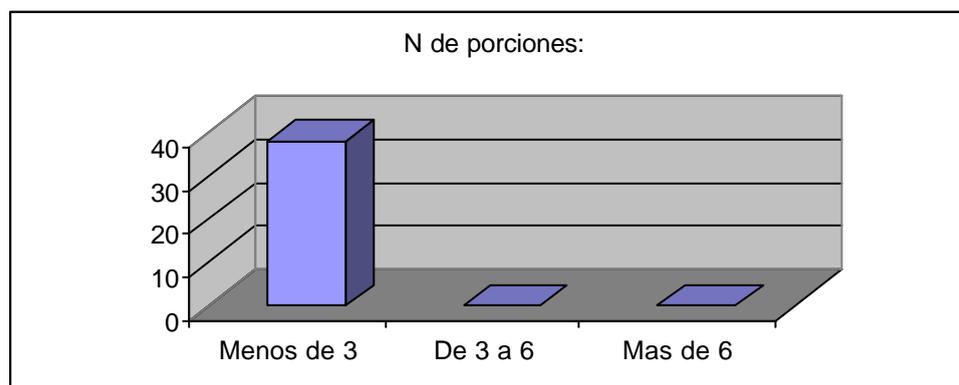
La mayoría de las embarazadas dicen no comer hígado (64 %), siendo este un tipo de alimento necesario debido al aporte de hierro y ácido fólico.

Vísceras:

Vísceras	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	10	20
No come	40	80



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	19	38
De 3 a 6	0	0
Mas de 6	0	0

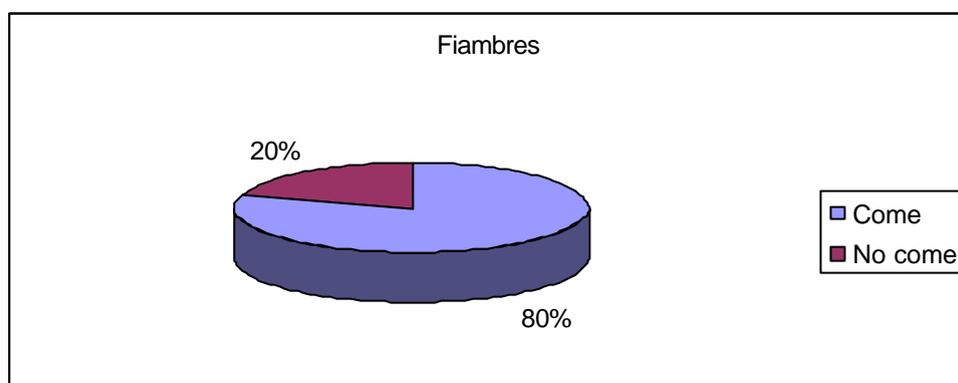


El 80 % no come vísceras. Y la escasa cantidad de personas que lo hace, consume menos de 3 porciones semanales.

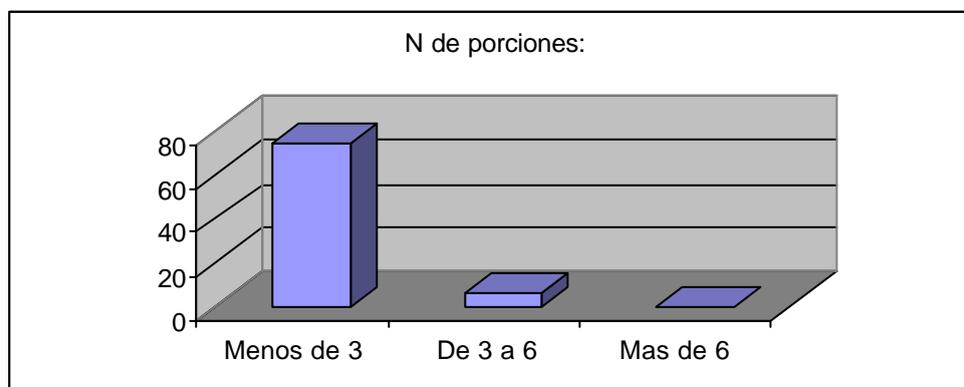
Si bien las vísceras son alimentos ricos en hierro y en esta población se ve un bajo consumo de las mismas no es tan negativo desde el punto de vista nutricional ya que estos son también ricos en grasas y colesterol.

Fiambres:

Fiambres	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	40	80
No come	10	20



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	37	74
De 3 a 6	3	6
Mas de 6	0	0

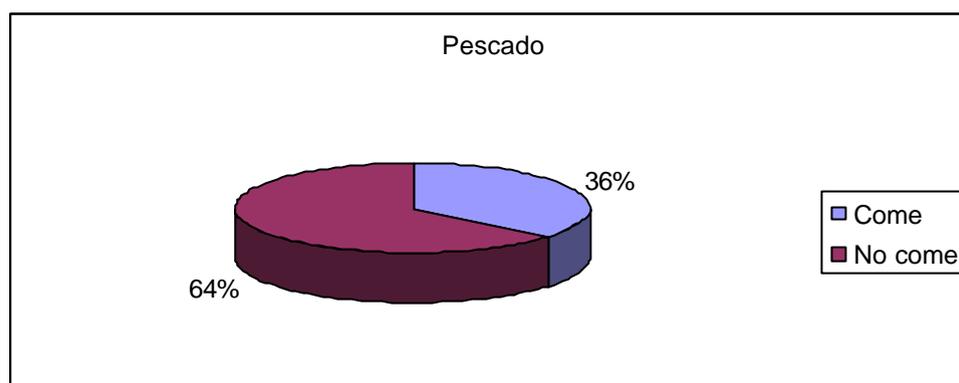


El 80 % informa consumir fiambres, pero a razón inferior de 3 porciones semanales.

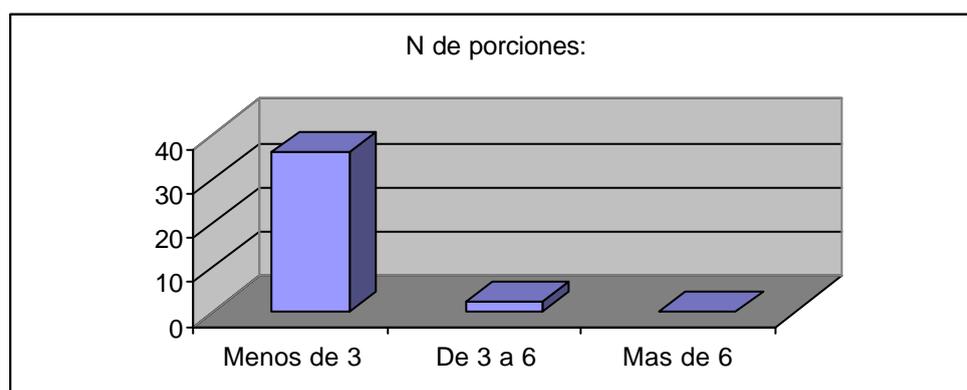
Para este grupo de alimentos puede concluirse de manera similar al anterior.

Pescado:

Pescado	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	18	36
No come	32	64



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	18	36
De 3 a 6	1	2
Mas de 6	0	0



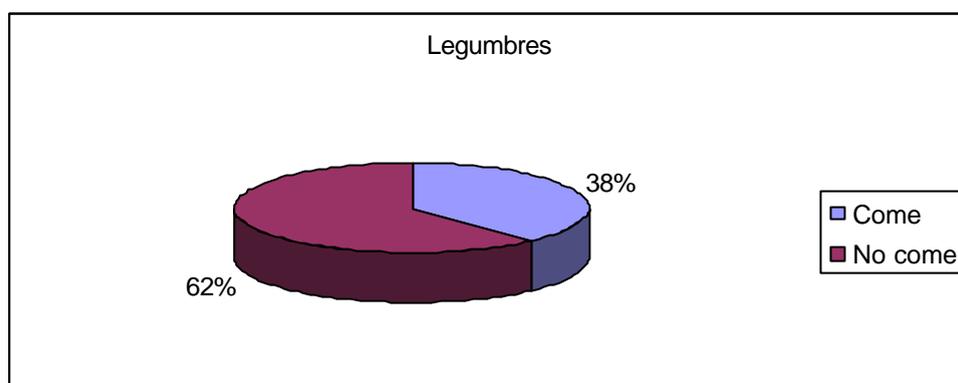
El 64 % no consume pescado.

El resto (36 %) lo hace con una frecuencia inferior a 3 porciones por semana.

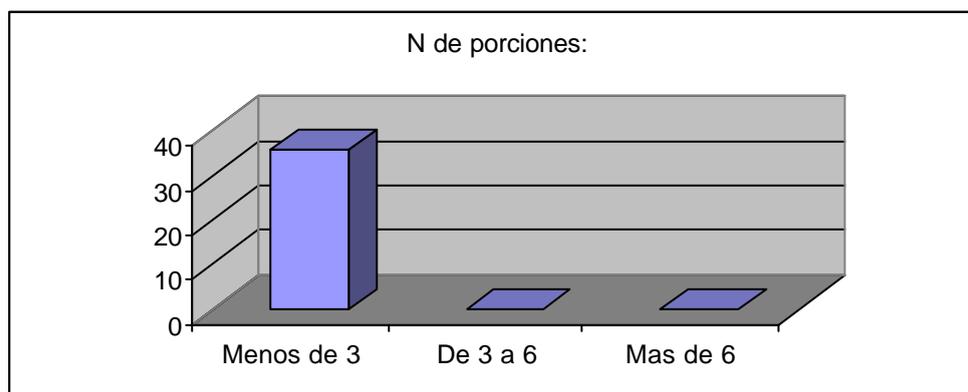
Esto se puede atribuir a que los habitantes de nuestra región no tiene incorporado el habito de consumo de pescado; siendo este un alimento (al igual que la carne de vaca y de pollo) rico en hierro hemínico necesario para la gestación.

Legumbres:

Legumbres	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	19	38
No come	31	62



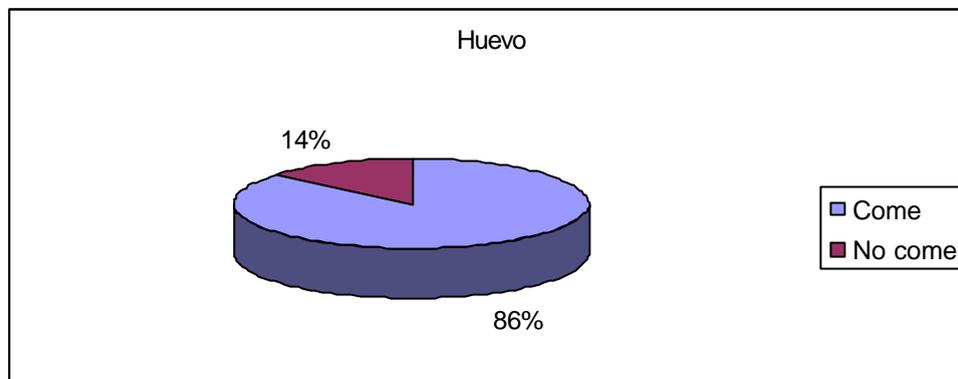
N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	18	36
De 3 a 6	0	0
Mas de 6	0	0



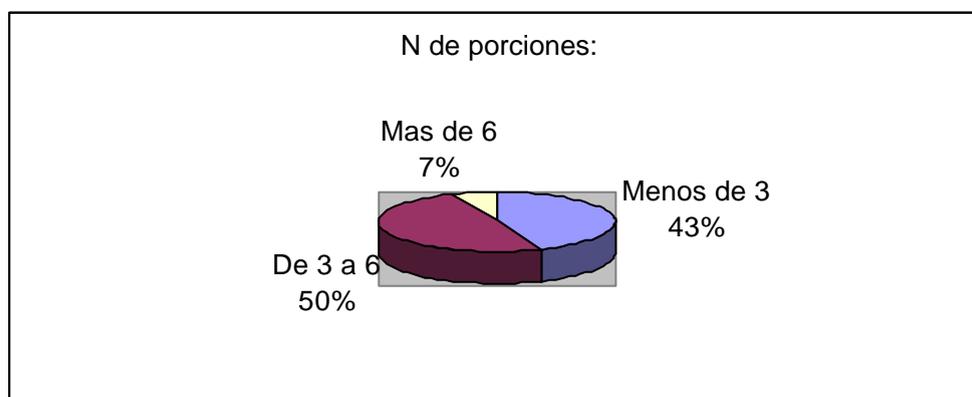
El 62 % no come legumbres y el que come, lo hace menos de 3 veces por semana; siendo este un alimento rico en ácido fólico y en hierro no hemínico.

Huevo:

Huevo	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	43	86
No come	7	14



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	20	40
De 3 a 6	23	46
Mas de 6	3	6

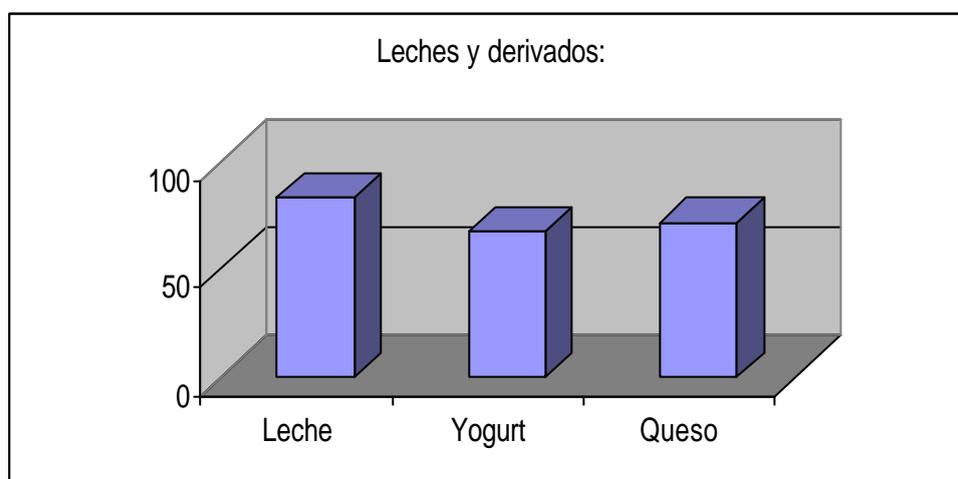


La mayoría de las personas encuestadas (86 %) refiere consumir huevo entre 3 y 6 unidades por semana. Lo cual revela un consumo elevado en comparación con lo recomendado (3 huevos por semana).

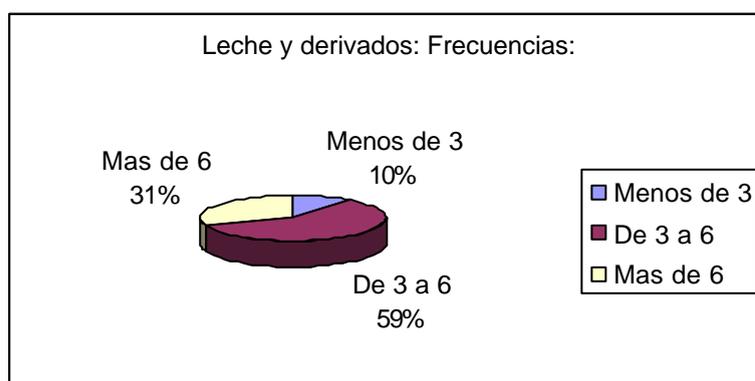
Si bien es un alimento que contiene Acido Fólico también hay que tener en cuenta que tiene una gran cantidad de grasas saturadas y colesterol. Por esta razón es recomendable reducir la ingesta de este grupo de alimentos.

Leche y derivados:

Alimentos:	Frecuencias:	Porcentajes:
Leche	42	84
Yogurt	34	68
Queso	36	72



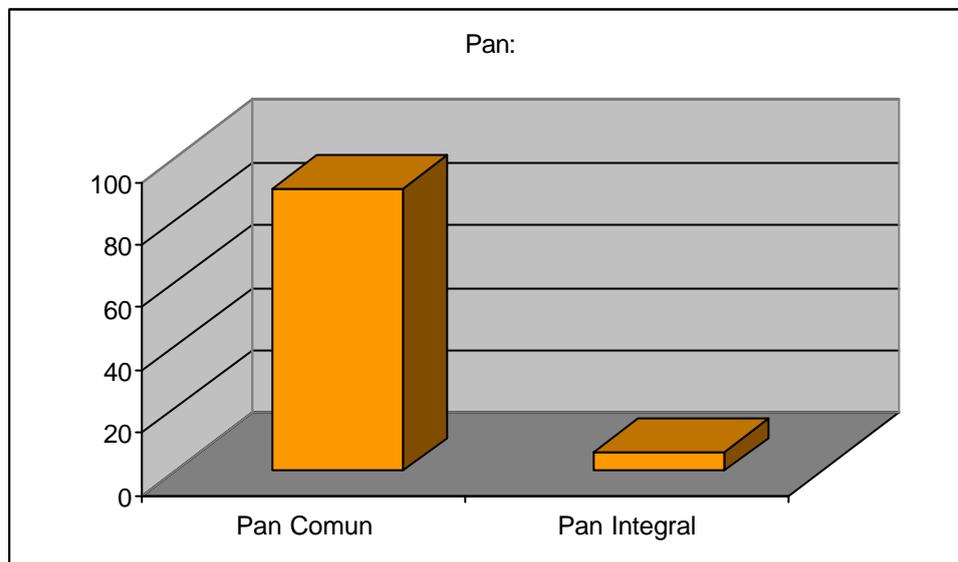
N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	5	10
De 3 a 6	28	56
Mas de 6	15	30



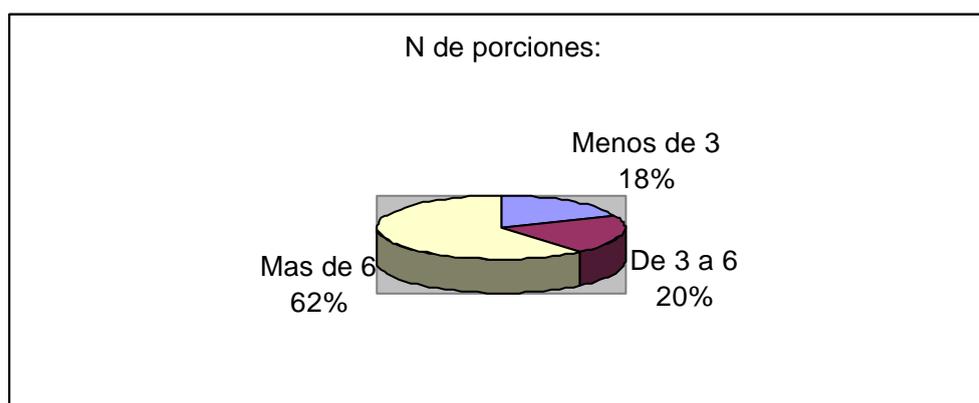
La mayoría consume leche y derivados, entre 3 y 6 porciones semanales.

Pan:

Pan:	Frecuencias:	Porcentajes:
Pan Comun	45	90
Pan Integral	3	6



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	9	18
De 3 a 6	10	20
Mas de 6	30	60



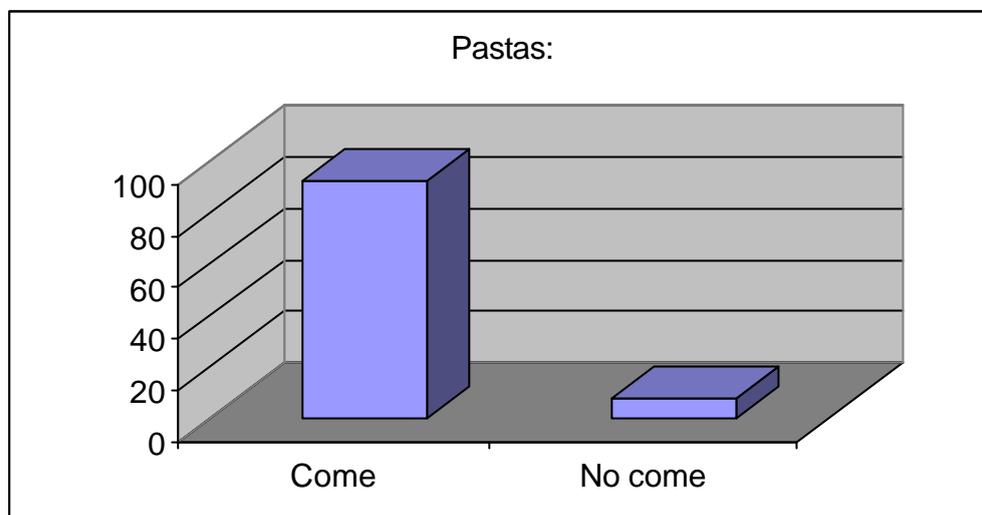
El 90 % refiere consumir pan común y una minoría (6%) pan integral.

Si bien este alimento no es rico en hierro o ácido fólico cabe destacar su alto consumo en la población investigada.

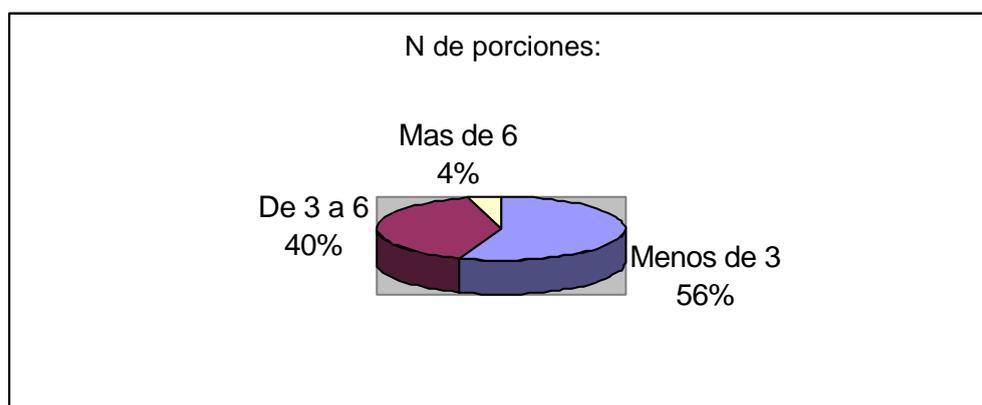
Analizando las posibles causas de esta tendencia puede decirse que prioriza el fácil acceso económico a este alimento sobre el gusto y su aporte nutricional.

Pastas:

Pastas:	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	46	92
No come	4	8



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	25	50
De 3 a 6	18	36
Mas de 6	2	4

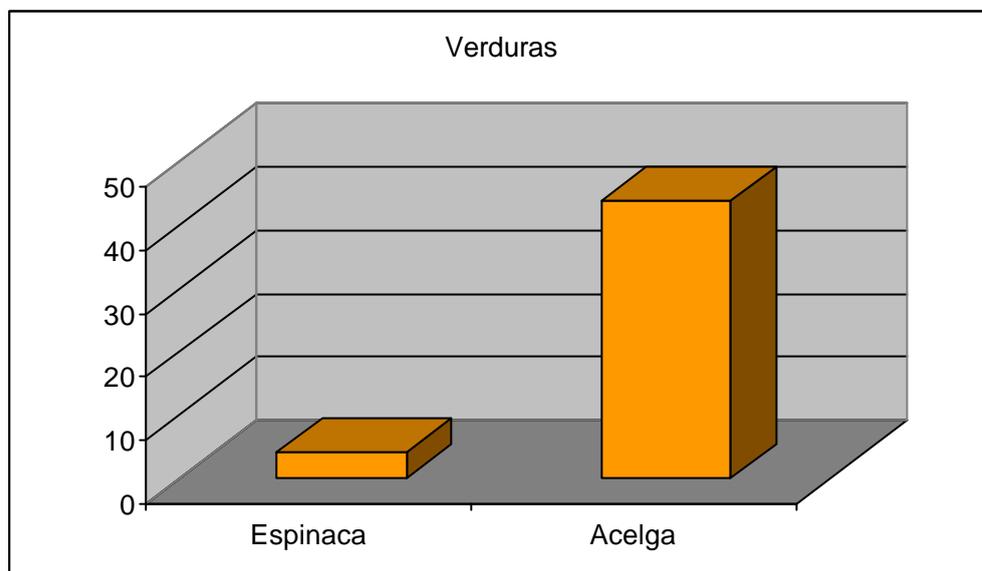


La totalidad de las encuestadas consume pastas y lo hace con una frecuencia inferior a 3 veces por semana.

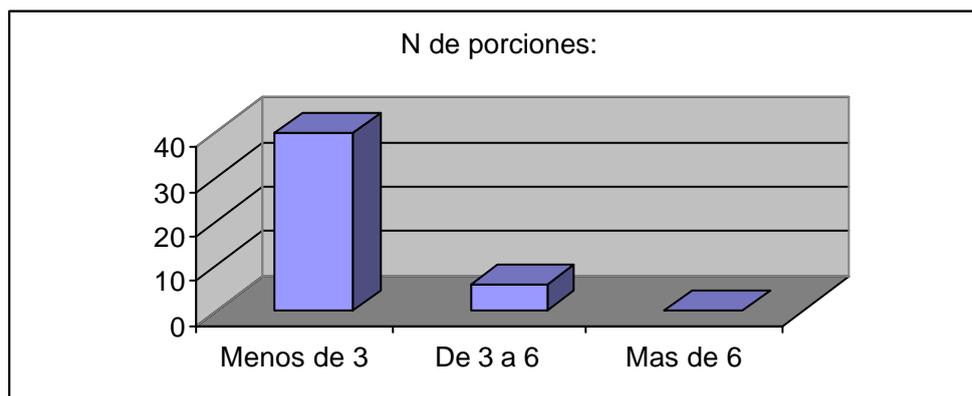
Se concluye de manera similar al grupo de alimento anterior.

Verduras:

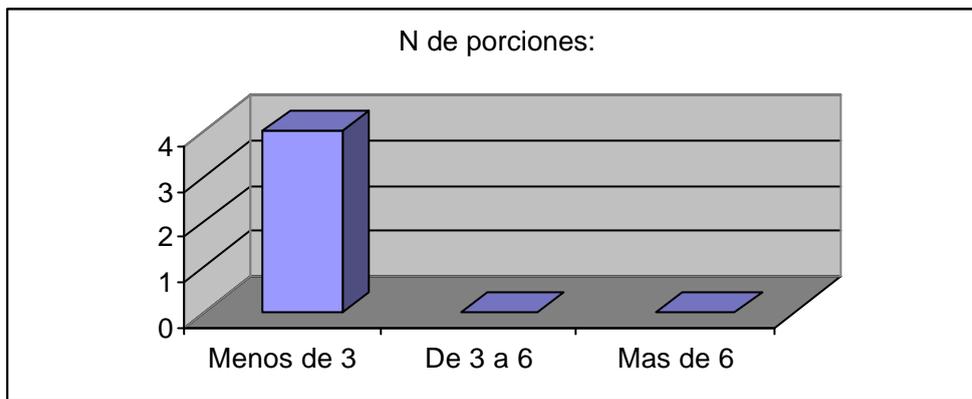
Alimentos:	Frecuencias:	Porcentajes:
Espinaca	2	4
Acelga	22	44



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	20	40
De 3 a 6	3	6
Mas de 6	0	0



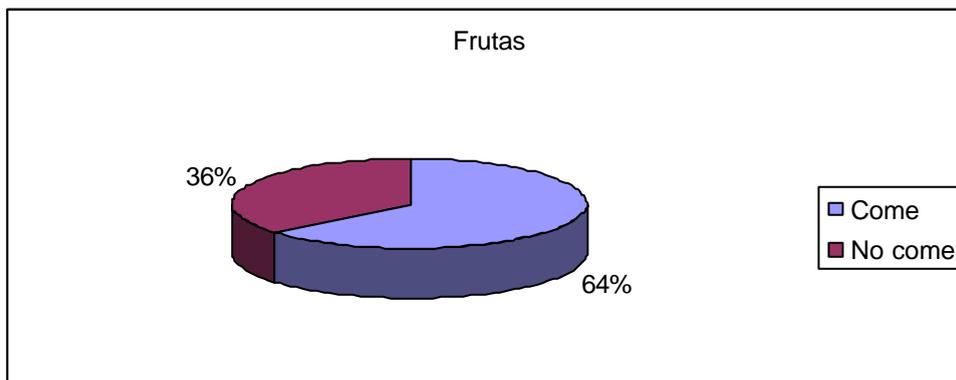
N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	2	4
De 3 a 6	0	0
Mas de 6	0	0



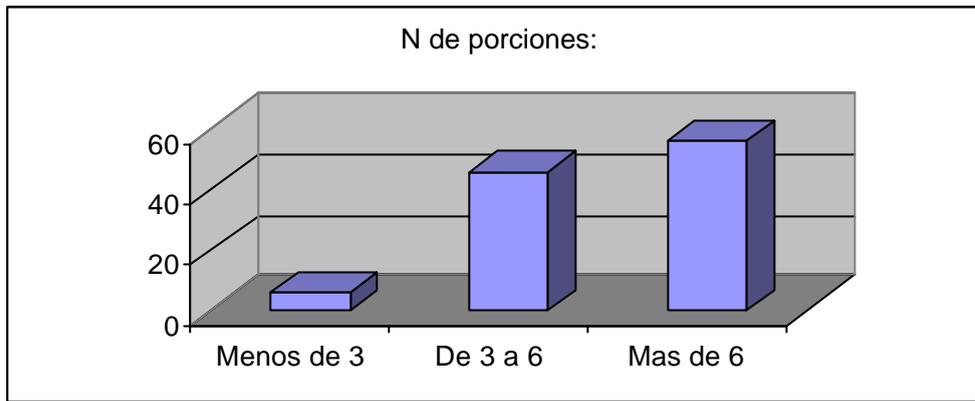
La mayoría informa consumir acelga menos de 3 veces por semana; y una minoría espinaca, pero esta ultima sin relevancia estadística.
 Estas 2 hortalizas tienen un aporte significativo de hierro no hémico.
 La diferencia de la tendencia de consumo entre estas dos puede atribuirse a la disparidad del costo de adquisición de estas.

Frutas:

Frutas	Frecuencias:	Porcentajes:
Come	32	64
No come	18	36



N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	3	6
De 3 a 6	23	46
Mas de 6	28	56

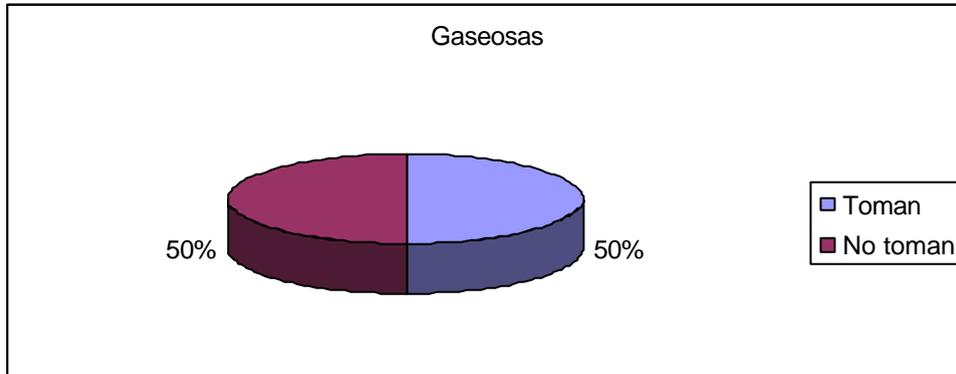


La mayoría de las encuestadas dice consumir frutas mas de 6 veces por semanas.

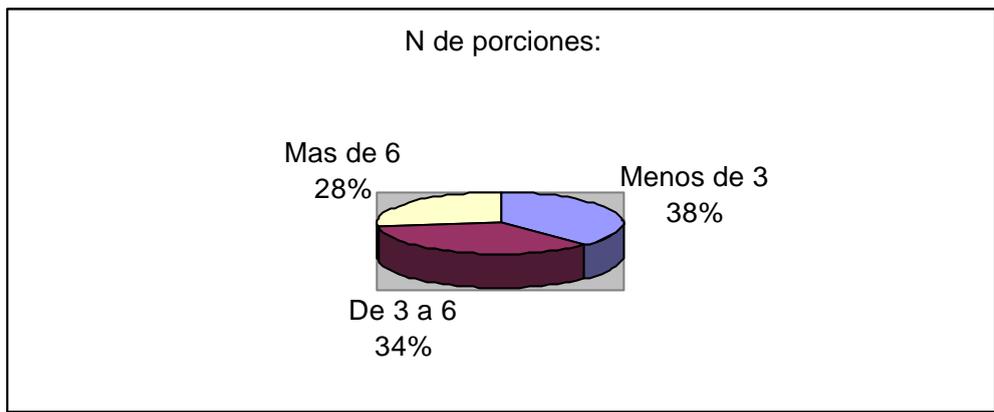
A continuación se expone la tendencia de consumo de gaseosas y azúcar solo a fines estadísticos, dado que no tienen relevancia para esta investigación.

Gaseosas:

Gaseosas	Frecuencias:	Porcentajes:
Toman	25	50
No toman	25	50



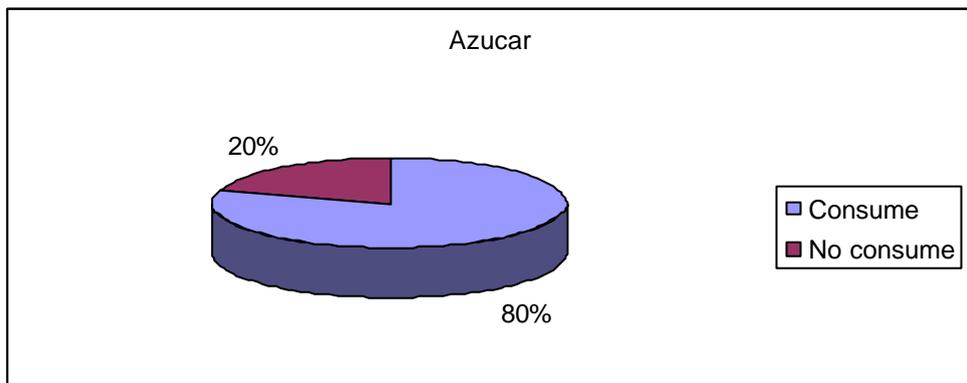
N de porciones:	Frecuencias:	Porcentajes:
Menos de 3	11	22
De 3 a 6	10	20
Mas de 6	8	16



La mitad de la población relevada consume gaseosas a razón de menos de 3 veces por semana, lo cual no es significativo para el estudio.

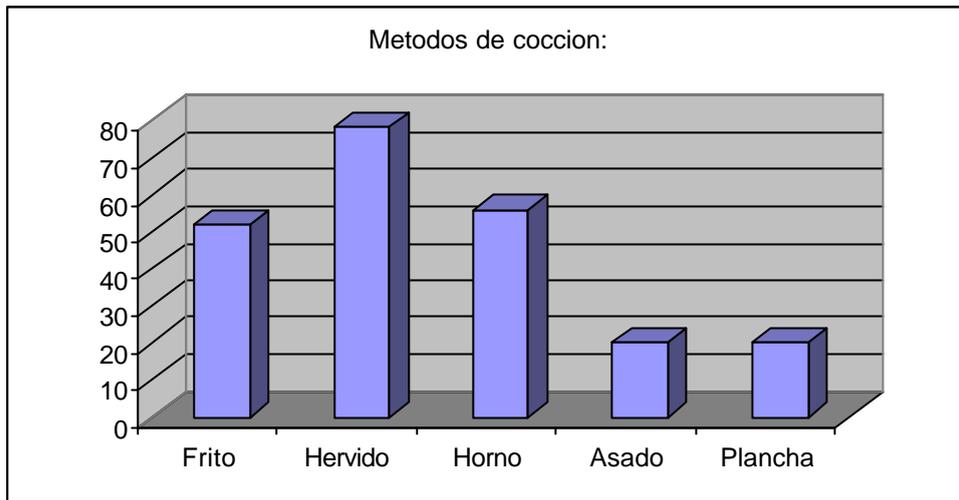
Azúcar:

Azucar	Frecuencias:	Porcentajes:
Consume	40	80
No consume	10	20



Métodos de cocción:

Métodos	Frecuencias:	Porcentajes:
Frito	26	52
Hervido	39	78
Horno	28	56
Asado	10	20
Plancha	10	20



Se les permitió a los pacientes la opción de poder seleccionar diferentes métodos de elaboración. De aquí se pudo escrutar que el 78 % eligió alimentos hervidos, 56% horneados, siendo estas opciones las mas saludables. Y un 52 % refirió optar por los fritos, la opción menos saludable.

12. Conclusión:

La mayoría de la población considerada tiene 25 años y más de 1 hijo.

Más de la mitad (el 60 %) consume suplementos de hierro y ácido fólico.

La mayoría dice conocer la importancia del consumo de hierro y ácido fólico durante el embarazo.

Casi la totalidad muestra un alto consumo de carne de pollo y menos de la mitad consume carne de vaca.

Esto puede atribuirse a la dificultad económica para acceder a la carne vacuna en comparación con la del pollo.

En el caso del pescado, la mayoría no lo consume.

Lo recomendable para estos 3 grupos de alimentos es 3 veces por semana para la carne vacuna; 2 veces por semana para el caso de las aves y 2 porciones semanales para el pescado.

Se destaca el elevado consumo de fiambres: moderado consumo de vísceras y muy escaso de hígado.

Puede resaltarse el alto consumo de huevo, siendo su ingesta superior a la recomendada.

La mayoría de las embarazadas refiere consumir una alta cantidad de acelga y casi nula de espinaca. Esto puede atribuirse a la diferencia del costo de estas.

En el caso de las legumbres, puede interpretarse que la mayoría de las encuestadas muestra bajo consumo. Esto puede deberse a gustos, hábitos alimenticios o a que esta última requiere mayor preparación: dejando de lado su aspecto económico, ya que esta última es de un costo accesible en comparación con el resto de los alimentos considerados.

Con respecto al pan y las pastas (si bien son alimentos con nulo aporte de hierro y ácido fólico) se consideran por su elevado consumo en esta población. Tal tendencia de consumo tiene relación con el fácil acceso económico, dejando de lado los gustos y el aporte nutricional.

De todo lo antedicho se puede concluir que la mayoría de las encuestadas muestran un alto consumo de grasas, hidratos de carbono simples, un bajo aporte de fibra siendo esto hábitos alimentarios no saludables que deberían ser modificados.

Podemos concluir que esto se debe a cuestiones culturales y económicas las cuales son difíciles de modificar y mantener a largo plazo.

Finalmente puede resumirse que a pesar de que las encuestadas dicen tener conocimientos acerca de la importancia de las necesidades de hierro y ácido fólico y de que consumen tales suplementos, sus hábitos alimentarios parecen contradecir con sus conocimientos. Quizás esta discrepancia entre conocimientos y hábitos pueda atribuirse a: que sea necesario corregir o reforzar sus conocimientos nutricionales durante la gestación, escasez de recursos económicos para acceder a una alimentación óptima o a que no le dan importancia, priorizando sus gustos personales sobre la calidad de alimentación.

13. Bibliografía:

López L., Suárez M.; “Nutrición durante la gestación y lactancia”; Mayo 2002.;
Capítulos 9; 11 y 14

Maban L., Escott S., Stump S.; “Nutrición y dietoterapia de Krause”; 12a edición;
2009; Capitulo 5; Eric Miriam.

Schwarcz R., Fescina R., Duverges C.; “Obstetricia”; Ricardo; 6ta edición; 2005;
Capítulos 6 y 9.

Fernandez Ballart J. D., Arija Val V., Cuco Pastor G.y Murphy M.; “Nutrición y salud
publica”; 2da edición; 2006; Capitulo 30.

Girolami D.; “Fundamentos de la valoración nutricional y composición corporal”;
Editorial El Ateneo; Abril 2004.

RESPYN Revista Salud publica y nutrición; “Seguridad alimentaria y nutricional.
Determinantes y vías para su mejora”; Volumen 6 N 1; Enero-Marzo 2005.

14. Anexos y apéndices:

Encuesta:

Datos al momento de la entrevista

Edad:

Peso:

Talla:

1) Ha cambiado sus hábitos de alimentación a partir del embarazo?

Si

No

2) Hay algún alimento que no tolere? Si no. Si la respuesta es si cual?

3) Presenta o presento algunos de estos síntomas gastrointestinales?

Nauseas, vómitos, acidez, constipación.

Si

No

Si es si cuales?

4) Número de gestas

a) ¿Es este su primer embarazo?

Si

No

b) ¿Cuántas veces se embarazó?

Dos

Tres

Más de tres

5) Edad Gestacional

- Edad gestacional en semanas

a) Menos de 20 semanas.

b) Más de 20 semanas.

6) ¿Cuánto pesaba antes de quedar embarazada?

7) ¿Cuánto aumentó de peso?:

8) ¿Toma o tomó algún suplemento durante el embarazo?

Si

No

9) Si la respuesta anterior fue si; ¿Qué suplemento consume o consumió?

- Fe (hierro)
- Acido fólico
- Fe y ácido fólico
- Ca (calcio)
- Otro

10) ¿Conoce la importancia de consumir hierro y ácido fólico antes y durante el embarazo?

Si

No

FORMULARIO DE FRECUENCIA DE COMIDAS

Nombre:					<i>Fecha</i>
					/ /
COMIDA	Forma de cocción	Agregados	Come	No come	Nº de porciones por semana
1 - Comidas con Proteínas Animales y Vegetales					
Pollo					
Bife de carne vacuna					
Hamburguesa					
Asado de Tira					
Hígado					
Achuras de Vaca					
Jamón					
Salchichas					
Pescado					
Lentejas					
Soja					
Huevos					
Nueces					
Almendras					
Maní					
2 - Leche y Derivados					
Leche Entera					
Leche Descremada					
Crema					
Yogurt entero					
Yogurt descremado					
Budín y Flan (Postres)					
Manteca					
Helados					
Quesos untables					
Quesos duros					
Quesos light					
3 - Productos de Granos					
Pan Integral					
Pan Blanco					
Facturas					
Galletitas saladas					
Galletitas dulces					

Arroz Blanco					
Arroz Integral					
Gérmen de Trigo					
Cereales					
Avena					
Polenta					
Fideos frescos					
4 - Vegetales y Frutas Ricos en Vitamina C					
Batata					
Cebolla					
Papa Blanca					
Pimientos					
Tomates					
Zapallo					
Frutillas					
Kiwi					
Limón					
Mandarina					
Melón					
Naranja					
Pomelo					
Uva					
5 - Vegetales de Hoja					
Acelga					
Apio					
Brócoli					
Espinaca					
Lechuga					
Radicheta					
Remolacha					
Repollitos de Bruselas					
Repollo					
Rúcula					
6 - Otras Frutas y Vegetales					
Alcauciles					
Arvejas					
Berenjenas					
Calabaza					
Chauchas					
Choclo					
Remolacha					
Zanahorias					
Zapallitos					
Ananá					
Banana					
Ciruelas					
Duraznos					

Manzana					
Sandía					
7 - Snaks, Dulces y Bebidas					
Azúcar					
Chocolates					
Tartas					
Gaseosas					
Gaseosas light					
Jugos de Frutas					
Café					
Té					
8 - Otras comidas no listadas que usted regularmente come o ingiere					
Empanadas					
Pizzas					
Sandwiches					
Milanesas					
Supremas					
Ravioles					
Sorrentinos					
Canelones					

REFERENCIAS: Equivalencias y porciones de alimentos (Las utilizadas en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de la República Argentina)

- ✓ Una porción de leche es igual a un vaso de 200 CC
- ✓ Una porción de queso untable es igual a 1 cuchara de sopa colmada o 25 gr.
- ✓ Una porción de queso blando es igual a un cassette de 60 gr.
- ✓ Una porción de queso rallado es igual a una cuchara de sopa al ras o 5 gr.
- ✓ Una porción de huevo es igual a una unidad, 50 gr. aproximadamente.
- ✓ Una porción de carne es igual a un bife angosto, aproximadamente 150 a 180 gr.
- ✓ Una porción de pollo es igual a un filete entre 150 y 200 gr.
- ✓ Una porción de pescado es igual a una unidad entre 100 y 150 gr.
- ✓ Una porción de verdura es igual a una unidad o 200 gr.
- ✓ Una porción de fruta es igual a una unidad o 150 gr.
- ✓ Una porción de cereales es igual a un plato o 180 gr.
- ✓ Una porción de legumbres es igual a un plato o 70 gr. En crudo.
- ✓ Una porción de pan es igual a un mignon de 40 gr.
- ✓ Una porción de galletita es igual a una unidad de 5 gr. aproximadamente.
- ✓ Una porción de azúcar es igual a una cucharada tipo postre de 10 gr. Aproximadamente.
- ✓ Una porción de dulce es igual a una cucharada sopera de 20 gr. aproximadamente.
- ✓ Una porción de aceite es igual a una cucharada sopera de 15 gr. aproximadamente.
- ✓ Una porción de manteca o margarina es igual a dos cucharadas tipo té o 10 gr. aproximadamente.
- ✓ Una porción de tarta es igual a una porción doble tapa o 70 gr.
- ✓ Una porción de empanada es igual a una unidad o 60 gr.

- ✓ Una porción de papas fritas es igual a una porción de 1 papa de 150 g o 60 g.
- ✓ Una porción de hamburguesa es igual a una unidad de 80 gr.
- ✓ Una porción de bebidas azucaradas es igual a un vaso de 200 mL.
- ✓ Una porción de bebidas alcohólicas es igual a una copa de 100 mL.