

Trabajo de Investigación de la Licenciatura en Nutrición

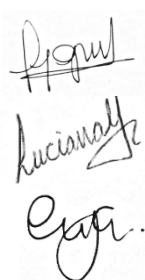
“Estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> mes posparto de la ciudad de Córdoba”

**Autoras:**

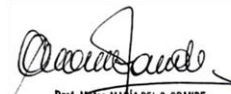
Gutierrez, Fanis Micaela 345-36452828

Moreyra, Luciana Andrea 345-38105677

Rojas Martínez, Camila 345-37704457



**Directora:** Mgter. María del Carmen Grande



Prof. Mgter. MARÍA DEL C. GRANDE  
PROFESORA TITULAR  
ESCUELA DE NUTRICIÓN  
F.C.M. - U.N.C.

**Co-Directora:** Dra. María Dolores Román





Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin  
Obra Derivada 4.0 Internacional

## **PÁGINA DE APROBACIÓN**

Trabajo de Investigación de la Licenciatura en Nutrición

**“Estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba”**

### Autoras

Gutiérrez, Fanis Micaela  
Moreyra, Luciana Andrea  
Rojas Martínez, Camila

### Directora

Prof. Mgter. María del Carmen Grande

### Co-Directora

Dra. María Dolores Román

### Tribunal

Presidenta: Prof. Lic. Ana C. Moos  
Miembro: Lic. Mariana Eandi  
Miembro: Prof. Mgter. María del Carmen Grande

### Calificación:

*Art. 28º: Las opiniones expresadas por los autores de este Seminario Final no representan necesariamente los criterios de la Escuela de Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas.*

### **Agradecimientos**

*A Marita y Dolo, por guiarnos y acompañarnos en este camino de aprendizaje.  
A las mujeres que participaron de la investigación, por su tiempo y predisposición.  
A nuestras familias, por el apoyo incondicional y la constante motivación para seguir adelante.  
A nuestros amigos/as, por los momentos compartidos y el aguante.  
A la Universidad Pública y a la Escuela de Nutrición por abrirnos las puertas a esta hermosa profesión.*

*Fanis, Camila y Luciana*

**“Estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba”**

**Área de Investigación:** Nutrición Clínica y Dietoterapia

**Autoras:** Gutierrez FM, Moreyra LA, Rojas Martínez C, Román MD, Grande MC.

**Introducción:** Desde la perspectiva psicosocial, el posparto es una etapa de vulnerabilidad para las mujeres e invisibilizado socio-sanitariamente. Algunos aspectos biológicos también importantes en esta etapa son el estado nutricional (IMC pregestacional, retención de peso posparto y dieta), la lactancia y la paridad.

**Objetivo:** Analizar el estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres de 19 a 45 años que se encuentran entre el 5º y 7º mes posparto en la ciudad de Córdoba en el año 2020. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal. Se entrevistaron 50 mujeres de 19-45 años, sin patologías crónicas, entre el 5º y 7º mes posparto con un cuestionario autoadministrado y un recordatorio de 24 hs. Los datos se analizaron con los softwares Excel, SARA y Epidat. **Resultados:** El 56% de las mujeres tenía un estado nutricional pregestacional normopeso, 38% sobrepeso y 6% bajo peso. El 80% de la muestra presentó un peso residual deseable (0 a 4 kg). El 78% de las mujeres brindó lactancia materna completa (LMC). El 12% de las mujeres reportó un fraccionamiento disminuido (<4 comidas) y un 10% un fraccionamiento aumentado (>6 comidas). El 12% de las mujeres tuvo un consumo energético adecuado. **Conclusión:** El 70% de las mujeres presentó una ingesta energética baja. El 88% de las mujeres con IMC pregestacional normal que brindaron LMC, presentó valores deseables de peso residual. Los resultados de este trabajo evidencian la importancia de un acompañamiento integral de las mujeres durante el período posparto.

**Palabras Claves:** posparto - IMC pregestacional - peso residual posparto - ingesta energética - fraccionamiento

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS .....	10
MARCO TEÓRICO .....	11
1. Periodo posparto .....	12
2. Estado nutricional pregestacional.....	13
2.1. Índice de Masa Corporal pregestacional .....	13
3. Peso residual posparto.....	14
4. Ingesta energética.....	15
5. Fraccionamiento de la dieta .....	15
6. Paridad.....	16
7. Posparto y amamantamiento.....	17
HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	18
DISEÑO METODOLÓGICO .....	20
Tipo de estudio .....	21
Universo y muestra.....	21
Criterios de inclusión .....	21
Operacionalización de las variables .....	22
Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	26
Consideraciones éticas.....	28
Plan de análisis de los datos .....	30
RESULTADOS .....	32
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIÓN.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
ANEXOS.....	60

# Introducción

En las últimas décadas, las preocupaciones sobre la salud materna se han concentrado ampliamente en el acceso y la calidad de la atención durante el embarazo y el parto. En contraste, el período posparto no ha recibido la misma importancia<sup>1</sup>.

Se considera posparto a todo el período que la madre necesita para recuperar la condición endocrina y nutricional que tenía antes del embarazo y toda la etapa en que el niño o niña es muy dependiente de la madre<sup>2</sup>. Este período es variable y puede durar algunos meses y aún más de un año, debido a que, si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales. Desde la perspectiva psicosocial, el posparto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible (lo que compite con otras funciones de la mujer dentro o fuera de la casa) y por la inseguridad que las mujeres tienen con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir estas funciones maternas<sup>2</sup>.

Uno de los aspectos a considerar durante el período posparto es el estado nutricional de la mujer, evaluando entre otros elementos la retención de peso producto del embarazo, la cual se debe a una combinación de factores tales como el índice de masa corporal (IMC) pregestacional, la ganancia de peso gestacional, la ingesta dietética, la falta de actividad física, la lactancia, el tabaquismo y la paridad<sup>3</sup>.

Esta retención se produce principalmente a expensas de grasa corporal, la cual será utilizada por el organismo como sustrato energético para facilitar la producción de leche materna<sup>4</sup>. En ocasiones, este peso residual puede mantenerse a lo largo de la vida y generar complicaciones en la salud futura de las mujeres, como el desarrollo de obesidad y patologías asociadas a ésta, por ejemplo, diabetes tipo 2, enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer<sup>5,6</sup>.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres en periodo de lactancia realizan diversas actividades tanto en el trabajo fuera del hogar, como en el trabajo doméstico y de cuidado, lo cual favorece el desarrollo de distintos desórdenes, entre ellos un cambio en el patrón alimentario que lleva a comer de manera desordenada. En general, los estados de ansiedad y estrés predisponen a comer más y de manera



compulsiva alimentos hipercalóricos ricos en azúcares y grasas, sin mediar la sensación de hambre ni saciedad<sup>7</sup>.

En Argentina, si bien existe información disponible acerca de la situación alimentario nutricional de las mujeres embarazadas, no hay datos sobre aquellas que se encuentran en período de lactancia, según un artículo de revisión y actualización elaborado por el CESNI<sup>8</sup>. Asimismo, a la fecha no se han establecido valores de retención de peso posparto recomendados<sup>3</sup>.

En función de lo anteriormente expuesto, y debido a que se reconoce que a nivel local existe un vacío en el conocimiento acerca de aspectos relacionados a la salud y nutrición de las mujeres en el periodo posparto, este trabajo propone indagar sobre el estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres de 19 a 45 años que se encuentren entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba en el año 2020.

# **Planteamiento del problema y objetivos**

### **Planteamiento y delimitación del problema**

¿Cómo es el estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres de 19 a 45 años que se encuentran entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba en el año 2020?

### **Objetivo general**

Analizar el estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres de 19 a 45 años que se encuentran entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba en el año 2020.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer el estado nutricional pregestacional según IMC y el peso residual posparto.
- Describir la ingesta energética diaria de las mujeres y su adecuación a las recomendaciones de la National Research Council (1989) según presencia/ausencia de lactancia materna completa.
- Valorar el peso residual posparto según presencia/ausencia de lactancia materna completa.
- Evaluar el peso residual posparto y el fraccionamiento de la dieta de las mujeres según paridad.

# Marco teórico

## **1. Período posparto**

El período posparto es la etapa de transición en que la madre y su hijo/a pasan de la estrecha relación que hay durante el embarazo hacia un período de mayor autonomía para ambos. En este período ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo<sup>2</sup>.

Si bien no hay consenso entre los profesionales de salud en cuanto a la duración del posparto y lo que implica este período para la madre y el niño/a, algunos autores definen al posparto como el período que sigue al alumbramiento extendiéndose hasta la completa recuperación anatómica y fisiológica de la mujer, tradicionalmente 6 semanas posteriores al parto; aunque su duración es variable, dependiendo principalmente del tiempo que dure la lactancia<sup>9</sup>. Sin embargo, es necesario presentar una definición más amplia del posparto y su duración, que incluya los aspectos biológicos y psicosociales que caracterizan este período. La Dra. Soledad Díaz, sostiene que si bien la madre experimenta la recuperación de su aparato genital en las primeras semanas, no pasa lo mismo con los aspectos fisiológicos, endocrinos y nutricionales, por lo que este período puede durar algunos meses y aún más de un año si la lactancia es prolongada<sup>2</sup>.

El posparto es una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido y el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible, lo que compite con otras actividades como cuidar otros hijos si los hay, atender a las demandas de la pareja, realizar las tareas domésticas, el trabajo fuera de la casa, actividades de desarrollo personal o de autocuidado, necesidad de descanso y demandas del grupo social<sup>2</sup>.

Los importantes cambios que se producen a nivel emocional durante el posparto tienden a hacer que la mujer-madre centre su atención en el recién nacido, no obstante, ésta es una etapa de gran vulnerabilidad emocional y psíquica para la madre, en la que requiere cuidados especiales y nutrición adecuada a los requerimientos, motivo por el cual deben prestar particular atención tanto el entorno familiar como los equipos de salud<sup>2,4</sup>.

A pesar de lo anteriormente mencionado, en la actualidad en Argentina no se cuenta con datos sobre la situación alimentario nutricional de las mujeres en período posparto<sup>8</sup>.

## **2. Estado nutricional pregestacional**

El estado nutricional se define como el resultado entre el aporte nutricional que recibe un individuo y las demandas nutricionales del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. El estado nutricional se constituye de cuatro dimensiones: antropométrica, dietética, bioquímica y clínica<sup>10</sup>.

### **2.1. Índice de Masa Corporal pregestacional**

El Índice de Masa Corporal es un índice utilizado para clasificar el estado nutricional en adultos (Anexo 1). Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )<sup>11</sup>.

Los valores altos del IMC en los adultos, se correlacionan con las comorbilidades de la obesidad, la hipertensión arterial, las alteraciones de los lípidos en sangre, y a largo plazo, mortalidad<sup>12</sup>.

Aunque el IMC es útil en estudios poblacionales y epidemiológicos, no es una herramienta adecuada para diferenciar con precisión los componentes importantes del peso corporal, y por lo tanto, no debería ser utilizado para tomar decisiones clínicamente importantes a nivel individual<sup>13</sup>.

En las mujeres en período posparto este índice adquiere especial importancia, debido a que el IMC pregestacional serviría como un factor predictor de la ganancia de peso durante el embarazo, y esta ganancia a su vez se encontraría relacionada con la retención de peso posparto<sup>14</sup>.

En un estudio de cohorte llevado a cabo en Brasil, se encontró que el IMC pregestacional  $\geq 25 \text{ kg}/\text{m}^2$  fue un fuerte predictor de la variación de peso posparto de las mujeres, contribuyendo a un aumento de peso posparto promedio de 3.380 kg ( $p < 0.001$ ) durante los 24 meses de seguimiento<sup>15</sup>.

### **3. Peso residual posparto**

Luego del parto, y durante las 72 horas posteriores, se produce en la mujer un rápido descenso de peso, fundamentalmente por el nacimiento del niño/a, la expulsión de la placenta y por la pérdida de líquidos y loquios. En esta instancia se registran pérdidas de peso de alrededor de 6 a 7 kg<sup>4</sup>.

Durante los siguientes meses la disminución de peso continúa a un ritmo más lento, se recomienda que esta pérdida no sea mayor a 0,5 kg/mes en mujeres con peso normal y a 1 kg/mes en mujeres con exceso de peso<sup>16</sup>.

Se define a la retención de peso posparto como la diferencia entre el peso corporal de las mujeres a los 6 meses posparto y el peso pregestacional. Hasta la fecha, no se han descrito valores de retención de peso recomendados<sup>14</sup>. Sin embargo, de manera óptima se espera que la retención de peso materno en la etapa de puerperio alejado (período entre el día 11 y el día 45 luego del parto) sea de aproximadamente 4 kg. En el transcurso del período postparto este tejido será utilizado por el organismo como el sustrato energético para facilitar la lactancia materna<sup>4</sup>, estimando que el organismo de una mujer con IMC normal recupera su peso previo después de unos 6 meses posparto<sup>17</sup>.

Se han asociado diversos factores a la retención de peso posparto, tales como el índice de masa corporal pregestacional, la ingesta dietética, la falta de actividad física, la lactancia, el tabaquismo, la paridad y la ganancia de peso gestacional, siendo este último el de mayor relevancia<sup>3</sup>.

El aumento de peso excesivo durante el embarazo, la retención de peso posparto y los cambios en el estilo de vida en relación con la crianza de los hijos/as incrementan el riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad en las mujeres. Éstos son problemas de salud en aumento a nivel mundial, que contribuyen a una reducción significativa en la esperanza de vida debido a las patologías asociadas como diabetes tipo 2, enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer<sup>6</sup>.

En Argentina la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2005 (ENNyS)<sup>18</sup> ha encontrado a la problemática del sobrepeso y obesidad como la de mayor relevancia en mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) con valores de 37,6% de sobrepeso y 15,3% de obesidad, siendo en embarazadas del 19,7% y 24,4% respectivamente. A

diferencia de estos grupos poblacionales, no se cuenta con datos sobre cómo evoluciona esta situación en las mujeres luego del embarazo<sup>8</sup>.

#### **4. Ingesta energética**

Los requerimientos de nutrientes de la mujer que amamanta son mayores incluso a los requerimientos durante la etapa de gestación, esto se debe al traspaso de variados elementos y al costo metabólico de sintetizar leche, que oscila alrededor de 85 kcal/100ml de leche materna<sup>19</sup>.

Aunque las necesidades energéticas se cubren en parte con la grasa extra almacenada durante el embarazo, la madre lactante debe aumentar su ingesta calórica en unas 500 kcal/día durante los primeros 6 meses de lactancia, es decir, 200 kcal más al día de las que necesitaba cuando estaba embarazada<sup>20</sup>.

Con respecto a esto, la National Research Council<sup>21</sup> establece recomendaciones de ingesta energética diaria para las mujeres de acuerdo a la edad y en el caso de las mujeres lactantes (Anexo 2).

Si bien existe una recomendación sobre consumo energético en mujeres en período de lactancia, no están disponibles datos sobre la ingesta real de las mujeres y su adecuación a las recomendaciones. La ENNyS (2005)<sup>18</sup> arrojó que la mediana de ingesta energética en embarazadas era de 1761 kcal y que el 64,3% presentaban una ingesta inferior al requerimiento, utilizando como referencia los valores recomendados por la National Academy of Sciences - NAS.

#### **5. Fraccionamiento de la dieta**

El fraccionamiento de la dieta o frecuencia de alimentación se define como el número de ocasiones de comer por día<sup>22</sup>. Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2018) recomiendan, para la población general, realizar 4 comidas al día: desayuno, almuerzo, merienda y cena<sup>23</sup>.

Diversos estudios indican que puede haber un pequeño beneficio para el control del apetito al realizar 6 comidas/día en comparación con 3 comidas/día, mientras que consumir menos de 3 comidas/día puede afectar negativamente la regulación del mismo<sup>22</sup>.



Sin embargo, en el entorno obesogénico actual, comer con más frecuencia en realidad podría conducir a una mayor exposición a alimentos densos en energía y en grandes porciones, lo que resulta en el efecto contrario (es decir, aumento del hambre, consumo excesivo de energía y aumento de peso corporal poco saludable)<sup>24</sup>.

En cuanto al fraccionamiento de la dieta en el periodo posparto se debe tener en cuenta que las mujeres-madres realizan varias actividades a diario, ya sea en el entorno laboral, el hogar y la familia, encontrándose expuestas a diversos desórdenes y estados de estrés y ansiedad. Estos factores pueden predisponer a desarrollar hábitos no saludables (dormir menos, fumar más, beber alcohol, practicar menos ejercicio físico), como así también, pueden provocar un cambio en el patrón alimentario el cual lleva a comer de manera desordenada<sup>7</sup>.

Por norma general, los estados de estrés y ansiedad llevan a comer más y de manera compulsiva alimentos hipercalóricos ricos en azúcares y grasas sin mediar sensación de hambre ni saciedad, picotear alimentos, no tener horarios para las comidas o realizarlas de manera rápida<sup>4,7</sup>. También es posible que a una persona con estrés disminuya la ingesta de alimentos, sea por inapetencia o por rechazo hacia el hecho de comer<sup>7</sup>.

## **6. Paridad**

La paridad, definida como el número de hijos que ha parido la mujer<sup>25</sup>, constituye un factor que influye en la retención de peso posparto y el futuro desarrollo de obesidad en las mujeres en edad fértil.

El aumento excesivo de peso durante el embarazo y el hecho de retener parte de este exceso, no recuperando posteriormente el peso pregestacional, llevaría a una retención acumulativa de peso a través de los sucesivos embarazos de la mujer-madre, haciéndolas más propensas a desarrollar sobrepeso u obesidad<sup>26</sup>.

Según un estudio observacional llevado a cabo en Cuba, las mujeres que han parido 1 o 2 veces tienen 3 a 4 veces más posibilidades de desarrollar obesidad en los próximos 5 años, que las que no han parido<sup>27</sup>.

## **7. Posparto y amamantamiento**

La leche materna es el alimento más completo y seguro para el recién nacido y el lactante, brindando beneficios en su crecimiento y disminuyendo la morbilidad<sup>28</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta 6 meses y, solo después, la introducción de alimentación complementaria mientras se mantiene la lactancia materna hasta 2 años o más<sup>29</sup>.

Los beneficios también se extienden a la madre, ya que la lactancia facilita la involución del útero a su forma y tamaño original, ayuda a recuperar más rápidamente el peso previo al embarazo y diversas evidencias científicas sugieren que también ayuda a reducir el riesgo de cáncer de ovario y de mama premenopáusico, a la vez que refuerza los lazos afectivos madre-hijo<sup>20</sup>. Además, genera en la mujer-madre sentimientos de satisfacción personal, incrementa su autoestima y autoaprobación<sup>4</sup>.

Si bien diversos estudios establecen que no existe una asociación entre la lactancia materna y la disminución de peso posparto, otros resultados indican que la lactancia constituye un factor que favorece la pérdida de peso posparto debido a que la producción de leche requiere de 500 kcal/día adicionales, lo que aumentaría el gasto energético<sup>15,30</sup>.

Los resultados contradictorios de éstos y otros estudios sugieren que es difícil prevenir el sobrepeso posparto solo a través de la lactancia, debido a que también es importante tener en cuenta los factores socioeconómicos, demográficos, culturales, reproductivos y los relacionados con las condiciones de estilo de vida<sup>15</sup>.

# Hipótesis y variables

### **Hipótesis**

- Más del 50% de las mujeres presentan una ingesta energética por debajo de las recomendaciones de la National Research Council (1989).
- Las mujeres con un estado nutricional pregestacional normal y que brindaron lactancia materna completa presentan un peso residual posparto dentro de los valores deseables.

### **Variables**

- **Estado nutricional pregestacional:** variable cualitativa ordinal
- **Peso residual posparto:** variable cuantitativa continua
- **Ingesta energética:** variable cuantitativa continua
- **Fraccionamiento de la dieta:** variable cuantitativa discreta
- **Paridad:** variable cuantitativa discreta
- **Lactancia materna completa (LMC):** variable cualitativa nominal

# **Diseño metodológico**

### **Tipo de estudio:**

**Descriptivo simple:** busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas<sup>31</sup>.

**Transversal:** se estudian las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo<sup>32</sup>.

### **Universo:**

Todas las mujeres de 19 a 45 años que se encuentran entre el 5º y el 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba durante el año 2020.

### **Muestra:**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido al Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, dictado por el Decreto de Necesidad y Urgencia, enmarcado en la pandemia por el Covid-19. Se contactó a las voluntarias por medio de redes sociales. En el estudio se incluyeron mujeres de 19 a 45 años residentes en la ciudad de Córdoba (n=50) que se encontraban entre el 5º y 7º mes del período posparto durante los meses de junio y julio del año 2020.

### **Criterios de inclusión**

Mujeres que cumplan con los siguientes criterios:

- Encontrarse en el 5º y 7º mes del periodo posparto
- Tener entre 19 y 45 años de edad
- No poseer patologías crónicas tales como: diabetes mellitus, hipertensión, cáncer y enfermedades renales.
- Brindar el consentimiento para participar en el estudio

# **Operacionalización de variables**

- **Estado nutricional pregestacional**

Variable teórica: Resultado entre el aporte nutricional que recibe un individuo y las demandas nutricionales del mismo, necesarios para permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. El estado nutricional se constituye de cuatro dimensiones: antropométrica, dietética, bioquímica y clínica<sup>10</sup>. En el presente trabajo se consideró sólo la dimensión antropométrica para valorar el estado nutricional de las mujeres previo al embarazo.

Variable empírica: Se utilizó como indicador el IMC pregestacional. Este índice es empleado para clasificar el estado nutricional en adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )<sup>11</sup>.

En el presente trabajo este índice se calculó a partir del peso y la talla previos al embarazo autoreportado por la mujer y se clasificó de acuerdo a la tabla propuesta por la OMS<sup>33</sup> (Anexo 1). Se utilizó una escala ordinal.

- **Peso residual posparto**

Variable teórica: Se define como la diferencia entre el peso corporal de las mujeres en el periodo del 5º al 7º mes posparto y el peso corporal pregestacional<sup>16</sup>.

Variable empírica: Para la obtención del mismo se calculó la diferencia entre el peso que presentó al momento de la entrevista y el peso pregestacional, ambos autoreportados por la mujer. En este estudio se utilizaron números naturales, si la diferencia resultó en un número negativo, se consideró como 0, es decir, ausencia de peso residual. Esta variable se categorizó de la siguiente manera, utilizando una escala ordinal:

- Deseable: de 0 a 4 kg
- Superior a lo deseable: más de 4 kg

- **Ingesta energética diaria**

Variable teórica: Se define como el consumo diario de kilocalorías provenientes de alimentos y bebidas.



Variable empírica: Se utilizó como indicador las kcal/día y se clasificó de acuerdo al porcentaje de adecuación a las raciones dietéticas recomendadas de la National Research Council (1989)<sup>21</sup> (Anexo 2) en las siguientes categorías, utilizando una escala ordinal:

- Ingesta energética baja: cuando la misma se encuentra más de un 10% por debajo de la recomendación
- Ingesta energética adecuada: cuando la misma se encuentra en el rango entre el 10% por encima y el 10% por debajo de la recomendación
- Ingesta energética elevada: cuando la misma se encuentra más de un 10% por encima de la recomendación

- **Fraccionamiento de la dieta**

Variable teórica: Se define como el número de ocasiones de comer por día<sup>22</sup>. En el presente trabajo se consideró tanto la ingesta de alimentos y preparaciones como las bebidas energéticas.

Variable empírica: Se utilizó como indicador el número de comidas/día y se clasificó de acuerdo a las siguientes categorías, utilizando una escala ordinal:

- Disminuido: menos de 4 comidas por día
- Adecuado: de 4 a 6 comidas por día
- Aumentado: más de 6 comidas por día<sup>22,23</sup>

- **Paridad**

Variable teórica: número de hijos que ha parido la mujer<sup>25</sup>.

Variable empírica: número de hijos de la mujer, se midió utilizando una escala de razón.

- **Lactancia Materna Completa**

Variable teórica: es una categoría epidemiológica que incluye la lactancia materna exclusiva y la lactancia materna predominante. Se entiende por exclusiva al tipo de lactancia en la cual los niños sólo reciben lactancia materna sin agua, ni jugos, ni té, exceptuando medicamentos y vitaminas o minerales. Y por predominante a aquella en la que los niños reciben lactancia

materna como alimento con el agregado de agua, té u otros líquidos no nutritivos<sup>28</sup>.

Variable empírica: es una variable compleja que se compone de dos dimensiones:

❖ **Presencia/Ausencia**

- Ausencia: cuando la mujer no haya brindado o haya brindado por un período menor a un mes lactancia materna completa
- Presencia: cuando la mujer haya brindado lactancia materna completa por un período igual o mayor a un mes

❖ **Duración**: se midió en meses completos, utilizando una escala de razón.

# **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

- Encuesta autoadministrada por medio de un cuestionario (Anexo 4), proporcionado de forma virtual, para conocer la edad, paridad, presencia/ausencia y duración de lactancia materna completa, peso actual, peso pregestacional y talla autoreferidos por la mujer a partir de los cuales se calculó el IMC pregestacional. Se realizó una prueba piloto para la puesta a punto del cuestionario en una muestra de 10 mujeres.
- Entrevista individual telefónica en la cual se utilizó un recordatorio de 24 hs (Anexo 5) para obtener la ingesta energética diaria y el fraccionamiento de la dieta.

# Consideraciones éticas

En el presente trabajo de investigación fueron respetadas las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y sus diferentes enmiendas, así como las Normas CIOMS para la investigación epidemiológica.

Mediante el consentimiento informado, las participantes tuvieron acceso a información sobre el trabajo de investigación y expresaron su voluntad de participar del mismo (Anexo 3). Por medio de este instrumento las voluntarias fueron notificadas de que se les solicitaría un teléfono de contacto a los fines de coordinar fecha y horario para la entrevista y tener acceso a los resultados de la investigación en caso que así lo desee. Así mismo, se garantizó la confidencialidad de los datos brindados. Este consentimiento debió ser aceptado para acceder al Cuestionario.

# **Plan de análisis de los datos**

Para el procesamiento de los datos se confeccionó en el programa Microsoft Excel 2010 una base de datos con la información recopilada en las entrevistas.

Se utilizó el software SARA para estimar la ingesta energética diaria a partir de los consumos relevados con el recordatorio de 24 hs.

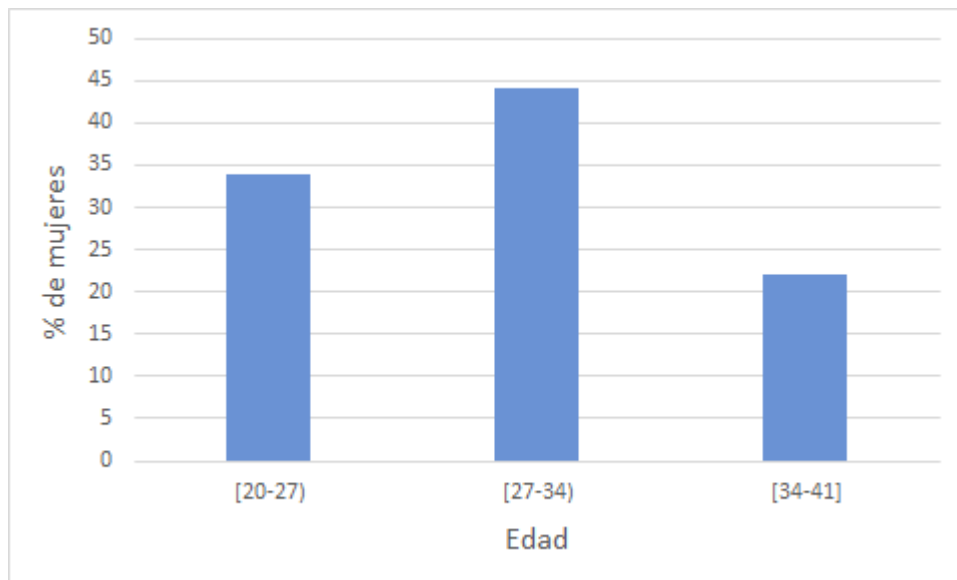
Para la descripción de las variables se calcularon las medidas resumen, tanto de posición (media, mediana, moda), como de dispersión (desvío estándar, valor mínimo y máximo). Se aplicaron tests de comparación de medias y de proporciones con un nivel de confianza del 95% utilizando el software Epidat 3.0.

Se construyeron tablas de frecuencias absolutas y relativas, tablas de contingencia, y gráficos de barras y sectores para presentar la información.



# Resultados

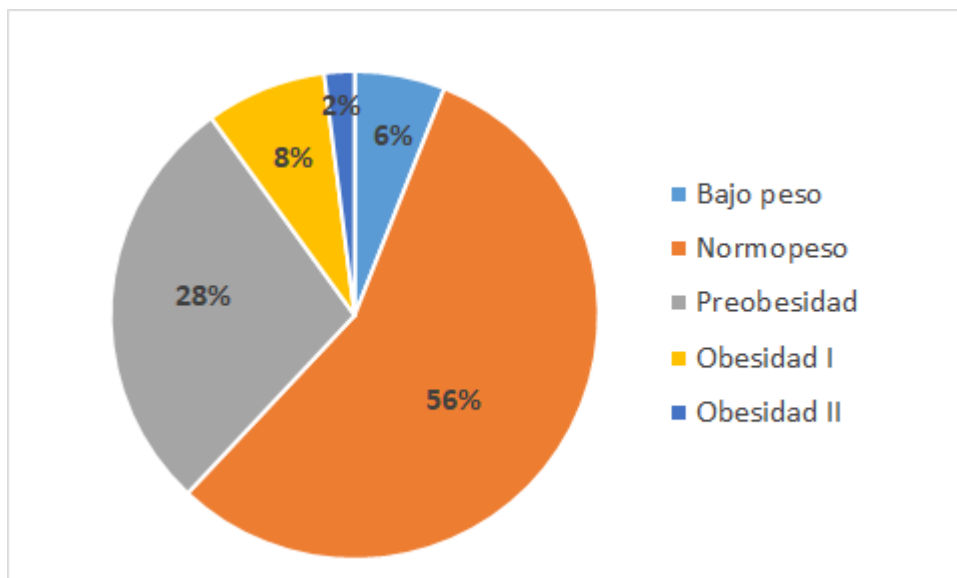
La muestra estuvo constituida por 50 mujeres de la ciudad de Córdoba que cursaban entre el 5º y el 7º mes posparto. La edad de las participantes varió entre 20 y 41 años, siendo el intervalo de 27- 33 años donde se ubicó la mayor proporción de mujeres (44%) como lo indica la Figura 1.



**Figura 1. Distribución de las mujeres según edad. Córdoba, junio-agosto 2020**

Con respecto al IMC pregestacional de las mujeres, el mismo presentó una media de 24,15 kg/m<sup>2</sup> (DE 4,33), siendo el valor máximo encontrado de 36,98 kg/m<sup>2</sup> y el mínimo de 17,58 kg/m<sup>2</sup>.

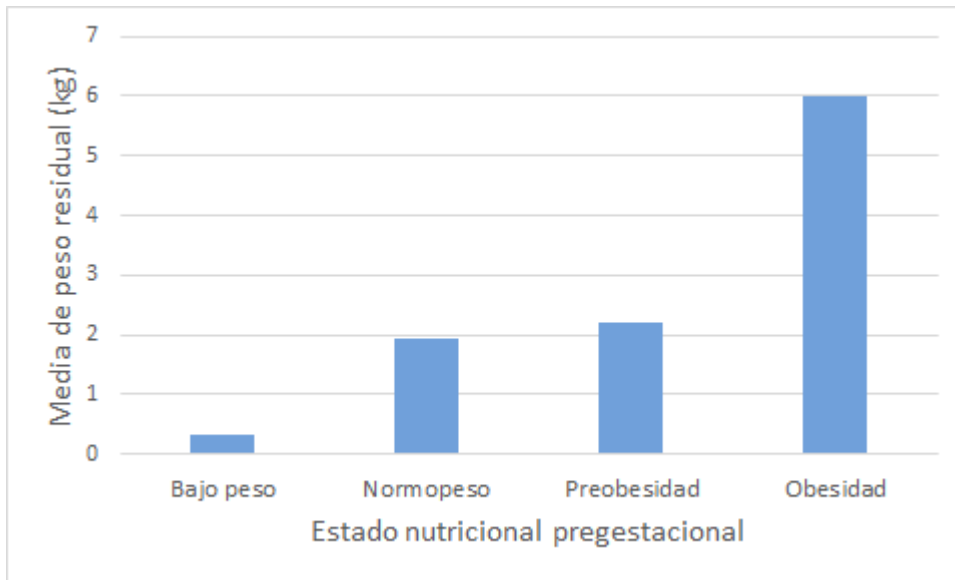
Como se puede observar en la Figura 2 más de la mitad de las mujeres (56%) poseía un IMC dentro de los valores de normopeso (n=28), un 38% (n=19) se ubicó dentro de la categoría de sobrepeso (IMC ≥ 25,0) y sólo un 6% un IMC previo a la gestación que indica bajo peso (n=3).



**Figura 2. Distribución de las mujeres según estado nutricional pregestacional. Córdoba, junio-agosto 2020**

En cuanto al peso residual, se observó una media 2,5 kg (DE 3,68), con un valor máximo de 14 kg y mínimo de 0 kg en relación al peso previo al embarazo. El 80% de las mujeres tuvo un peso residual deseable, mientras que en el 20% restante fue superior a lo deseable.

En la Figura 3, se puede observar que las mujeres que presentaban un estado nutricional pregestacional correspondiente a la categoría de bajo peso tuvieron un peso residual promedio de 0,33 kg (DE 1,53), de normopeso una media de 1,92 kg (DE 2,85) y preobesidad 2,21 kg (DE 3,40). Por otro lado, en las mujeres que presentaban obesidad pregestacional se observó una media de 6 kg (DE 7,35). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la media de retención de peso posparto de las mujeres con IMC pregestacional normopeso con respecto a aquellas con preobesidad ( $p=0,7697$ ), y con respecto a quienes presentaban obesidad ( $p=0,2878$ ).

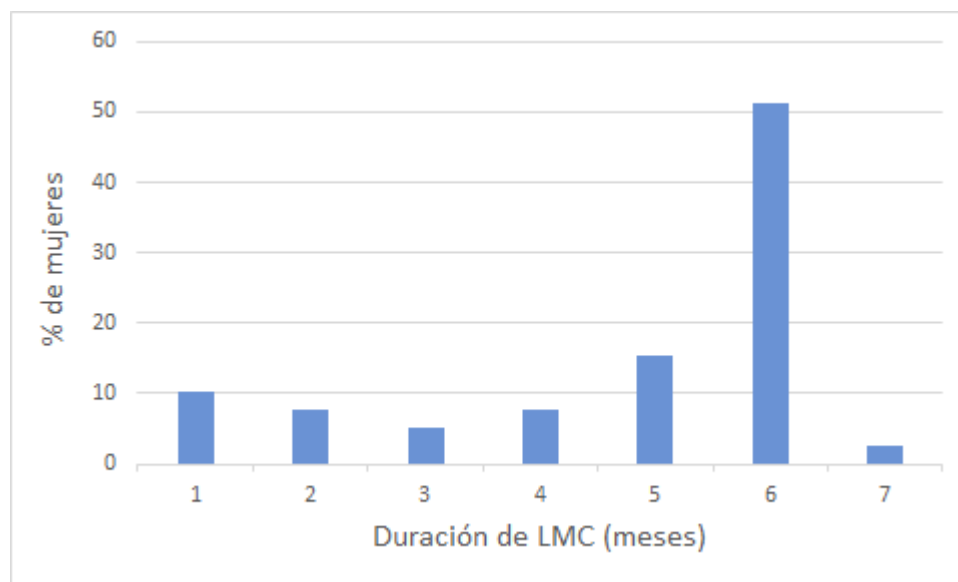


**Figura 3. Media de peso residual (kg) de las participantes según estado nutricional pregestacional. Córdoba, junio-agosto 2020**

En relación a la presencia de lactancia materna completa, como se puede observar en la Tabla 1 la mayoría (78%) brindó lactancia materna completa. Si bien la media de duración de la misma fue de 3,7 meses (DE 2,54), la mayor proporción de mujeres (51,28%) ofreció este tipo de lactancia durante 6 meses (Figura 4).

**Tabla 1. Distribución de las mujeres según presencia de LMC. Córdoba, junio-agosto 2020**

LACTANCIA MATERNA COMPLETA	n	%
Sí brindaron (período $\geq$ 1 mes)	39	78
No brindaron (período <1 mes)	11	22
TOTAL	50	100



**Figura 4. Distribución de las mujeres según duración de LMC. Córdoba, junio-agosto 2020**

Con respecto al peso residual en relación a la presencia o ausencia de lactancia materna completa, las mujeres que brindaron este tipo de lactancia (n=39) presentaron un peso residual promedio de 2,61 kg (DE 3,77), con un valor máximo de 14 kg y mínimo de 0 kg. Como se puede observar en la Tabla 2, el 79,49% de estas mujeres presentó un peso residual dentro de los valores deseables ( $\leq 4$  kg), mientras que un 20,51% presentó un peso residual superior a lo deseable ( $>4$  kg).

Por otro lado, quienes no brindaron LMC tuvieron en promedio un peso residual de 2,09 kg (DE 3,45) en relación a su peso previo al embarazo, con un valor máximo de 11 kg y mínimo de 0 kg. Dentro de este grupo un 81,82% tuvo un peso residual dentro de los valores deseables, mientras que un 18,18% presentó valores por encima de esta categoría.

Al comparar el grupo de mujeres que brindaron LMC con las que no lo hicieron, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la categoría peso residual superior a lo deseable ( $p=0,7979$ ).

**Tabla 2. Distribución de las mujeres según peso residual y presencia de LMC. Córdoba, junio-agosto 2020**

PESO RESIDUAL	PRESENCIA DE LACTANCIA MATERNA COMPLETA			
	SI		NO	
	n	%	N	%
<b>Deseable</b>	31	79,49	9	81,82
<b>Superior a lo deseable</b>	8	20,51	2	18,18
<b>TOTAL</b>	39	100	11	100

De las mujeres que brindaron LMC y cuyo estado nutricional pregestacional fue normal, un 88% presentó un peso residual posparto dentro de los valores deseables y un 12% superior a lo deseable, como puede observarse en la Tabla 3.

**Tabla 3. Distribución de las mujeres con estado nutricional pregestacional normal que brindaron LMC según peso residual. Córdoba, junio-agosto 2020**

PESO RESIDUAL	MUJERES CON ESTADO NUTRICIONAL PREGESTACIONAL NORMAL QUE BRINDARON LMC	
	n	%
<b>Deseable</b>	22	88
<b>Superior a lo deseable</b>	3	12
<b>TOTAL</b>	25	100

De la totalidad de mujeres que integraron la muestra, el 68% (n=34) tenía un único hijo, mientras que el 32% restante (n=16) tenía dos o más hijos, con un máximo de 4 (Figura 5).

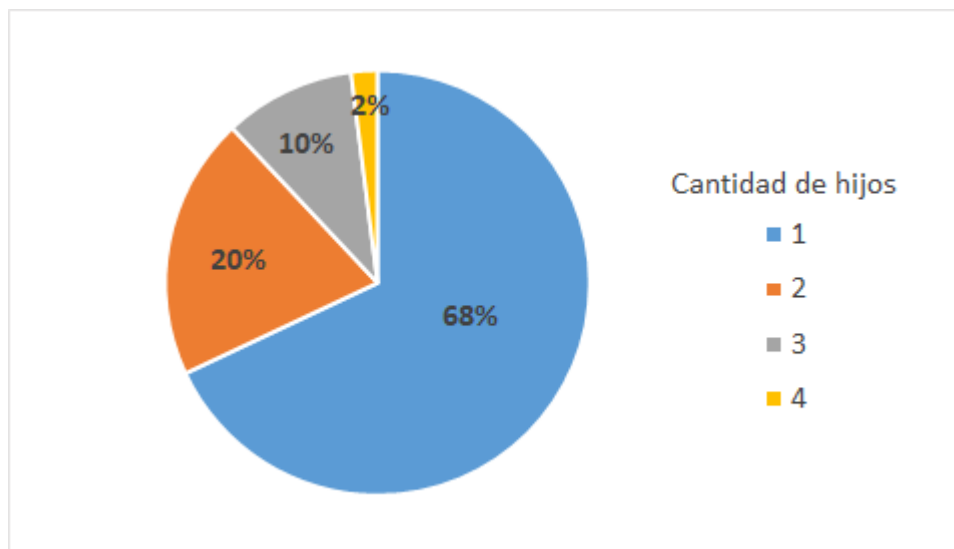


Figura 5. Distribución de las mujeres según paridad. Córdoba, junio-agosto 2020

El promedio de peso residual para las mujeres que tenían un solo hijo fue de 1,99 kg (DE 3,01); mientras que entre las mujeres con más de un hijo fue de 3,56 kg (DE 4,75). En ambos grupos de mujeres se encontró un valor máximo de peso residual de 14 kg y mínimo de 0 kg. Al comparar la media de peso residual de las mujeres primíparas y las múltiparas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,2397$ ).

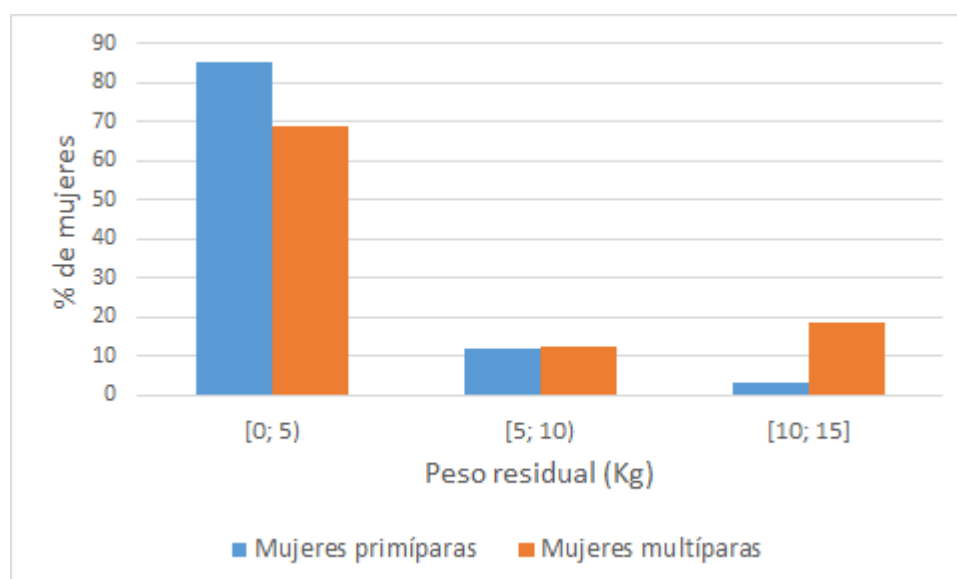
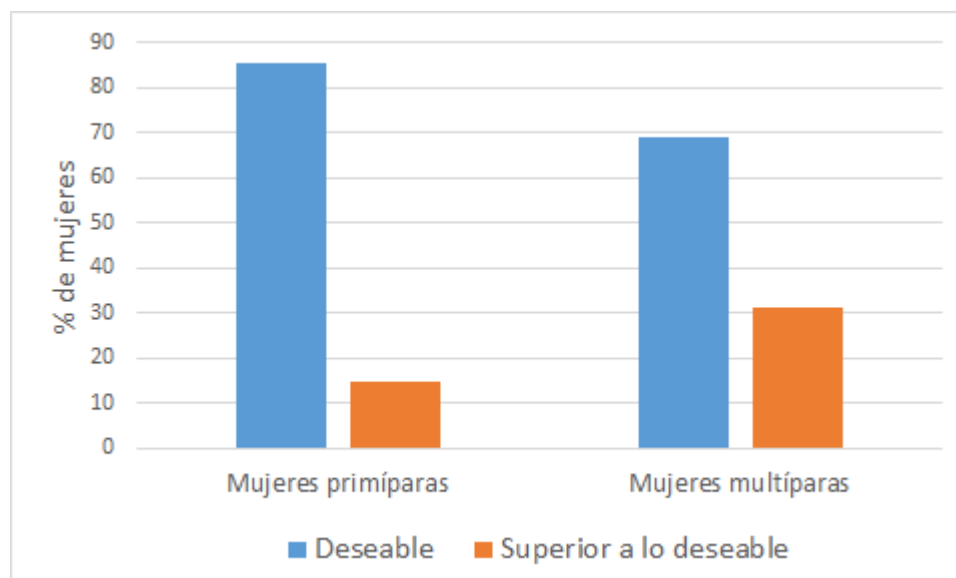


Figura 6. Distribución de las mujeres según peso residual y paridad. Córdoba, junio-agosto 2020



**Figura 7. Distribución de las mujeres según peso residual y paridad. Córdoba, junio-agosto 2020**

Con respecto al fraccionamiento de la dieta de las mujeres que integraron la muestra, el mismo presentó una moda de 4 comidas diarias, con un máximo de 7 y un mínimo de 3. El 78% de las mujeres realizó un fraccionamiento adecuado, el 12% disminuido y el 10% restante, aumentado.

En el grupo de mujeres primíparas el 73% tuvo un fraccionamiento adecuado, el 15% disminuido y un 12% aumentado, mientras que en las múltiparas los porcentajes observados fueron 88%, 6% y 6% respectivamente. En ambos grupos poblacionales el promedio de comidas diarias se ubicó en el rango de 4-5 comidas, siendo el número máximo de ingestas de 7 y el mínimo de 3. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de mujeres primíparas y múltiparas que realizaron un fraccionamiento adecuado de la dieta ( $p=0,4554$ ).



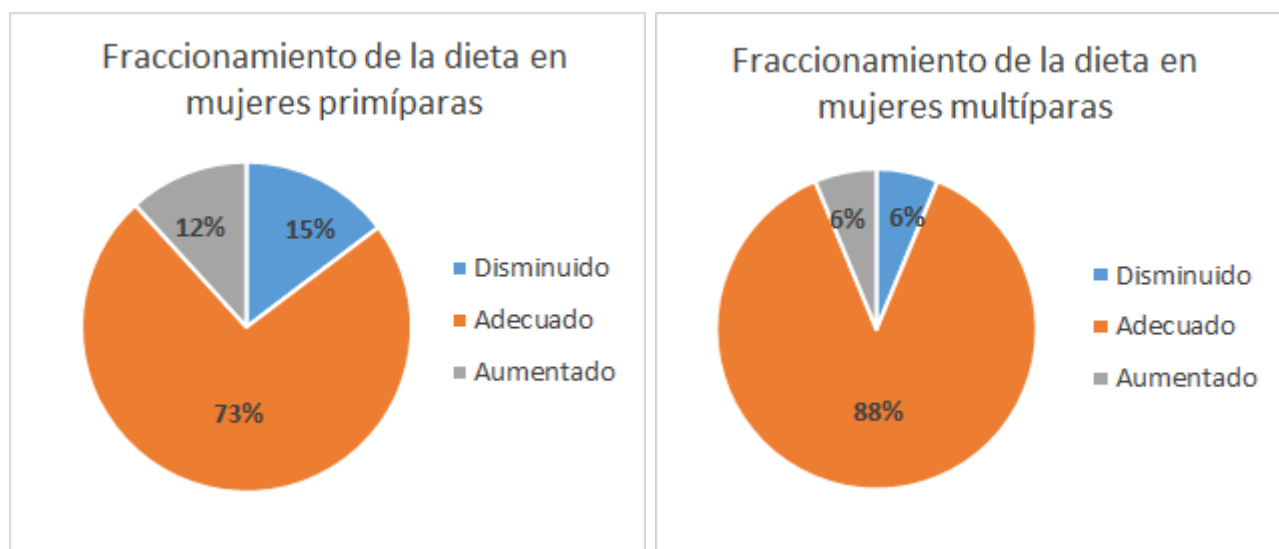


Figura 8. Distribución de las mujeres según fraccionamiento de la dieta y paridad. Córdoba, junio-agosto 2020

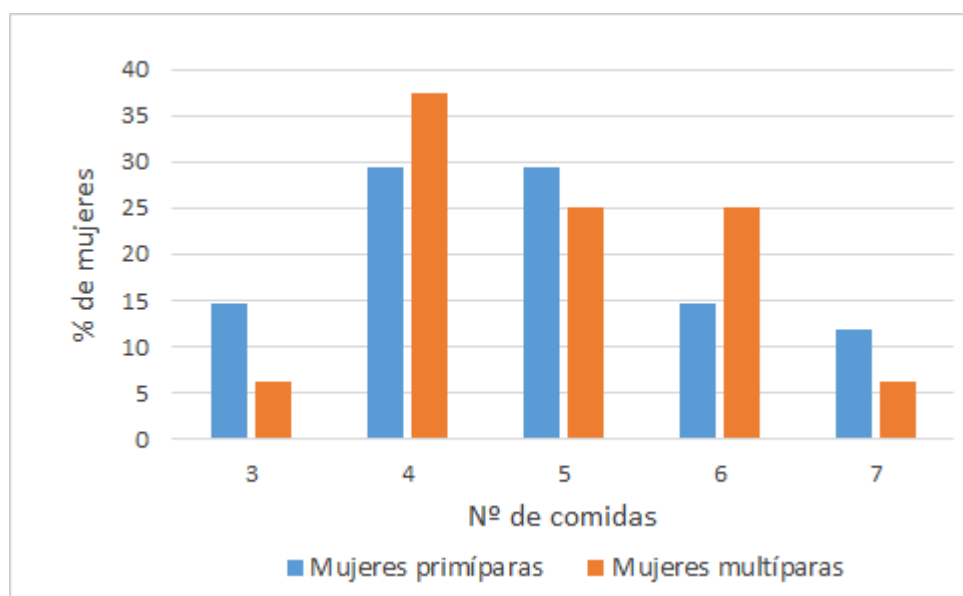
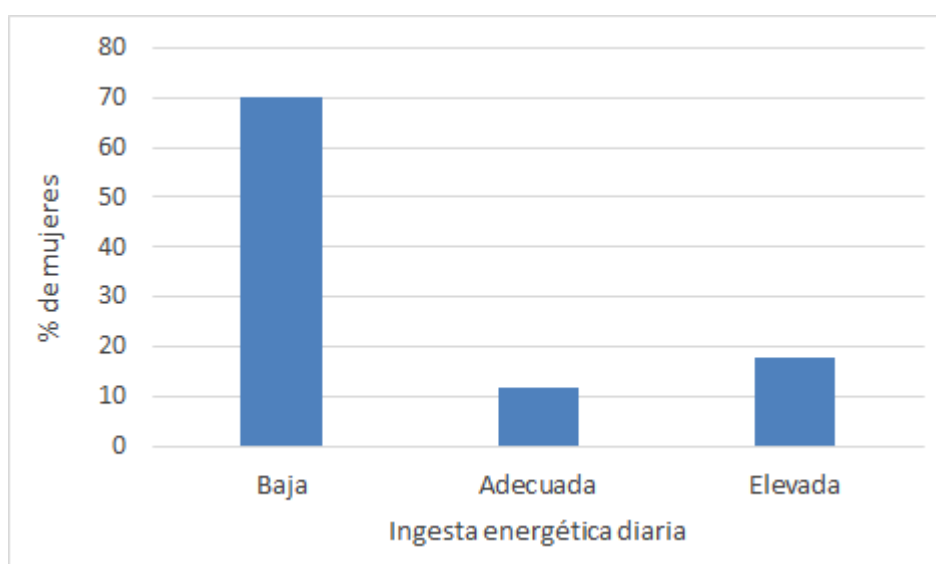


Figura 9. Distribución de las mujeres según el número de ingestas diarias y paridad. Córdoba, junio-agosto 2020

La ingesta energética diaria de las mujeres contó con una media de 2115 kcal (DE 692), presentando la mayoría de ellas (70%,) un consumo energético bajo en relación a las recomendaciones, mientras que el 18% tuvo un consumo elevado, sólo el 12% (n=6) de la muestra presentó una ingesta adecuada.

**Tabla 4. Medidas resumen de la ingesta energética diaria de las mujeres. Córdoba, junio-agosto 2020**

Ingesta Energética Diaria (kcal)					
Media	Mediana	D/E	Máx	Min	Moda
2115,62	1949	692,09	4597	935	1424,00



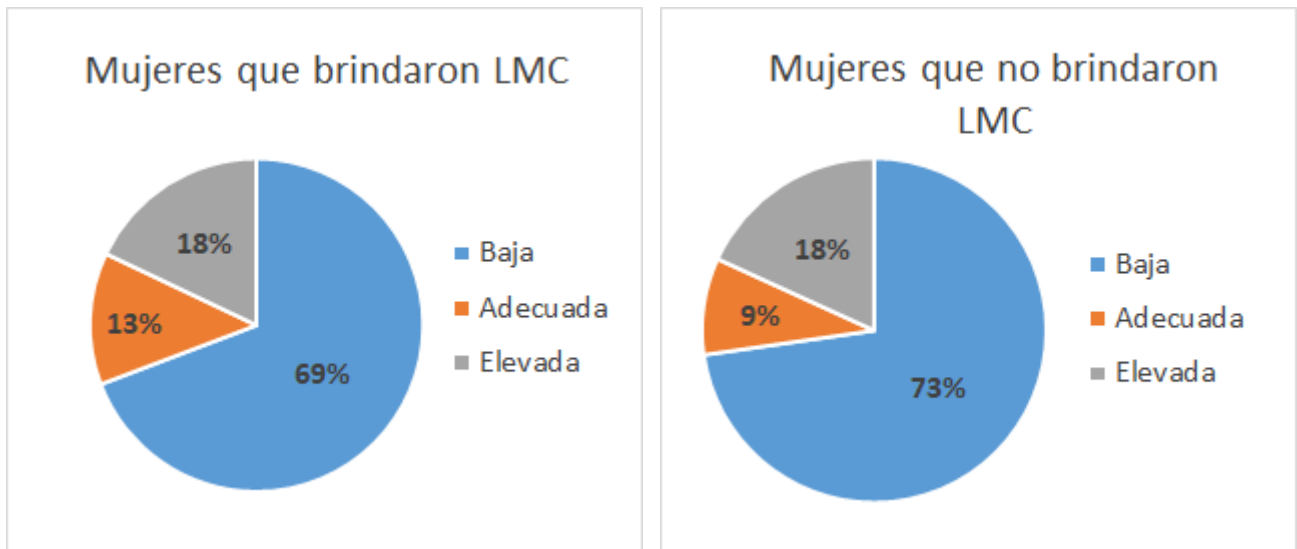
**Figura 10. Distribución de las mujeres según ingesta energética diaria. Córdoba, junio-agosto 2020**

La media de la ingesta energética diaria entre las mujeres que brindaron LMC fue de 2112 kcal (DE 718), y de 2127 kcal (DE 621) en el caso de las mujeres que no brindaron este tipo de lactancia.

Con respecto a las mujeres que dieron LMC, el 69,23% presentó un porcentaje bajo de adecuación a las recomendaciones de ingesta energética, el 12,82% se ubicó dentro de un consumo calórico adecuado y el 17,95% dentro de un consumo elevado.

Esta distribución fue similar en las mujeres que no brindaron LMC, dentro de este grupo, el 72,73% tuvo una ingesta energética baja, el 9,09% una ingesta adecuada y un 18,18% un consumo elevado.

Asimismo, al analizar la proporción de mujeres que realizaron una ingesta energética adecuada, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre aquellas que brindaron LMC y las que no lo hicieron ( $p=0,8500$ ).



**Figura 11. Distribución de las mujeres según ingesta energética diaria y presencia de LMC. Córdoba, junio-agosto 2020**

# Discusión

El presente estudio permitió analizar el estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de las mujeres de 20 a 41 años de edad que se encontraban entre el 5º y 7º mes posparto en la Ciudad de Córdoba, durante los meses de junio-agosto del año 2020.

En cuanto al estado nutricional pregestacional de las mujeres, la media del IMC encontrada fue de 24,15 kg/m<sup>2</sup>, la mayoría se ubicó dentro de la categoría de normopeso (56%), el 38% presentó sobrepeso (IMC  $\geq$ 25,0) y el 6% restante, bajo peso. Estos datos difieren de los reportados en diferentes estudios, Gaete Hermosilla (2007)<sup>34</sup> encontró que el 51,6% de la muestra presentó sobrepeso previo al embarazo, Ramón-Arbués et al. (2017)<sup>14</sup> describió un 29,56% de sobrepeso, Magallanes et al. (2017)<sup>3</sup> hallaron una media de IMC de 25,23 kg/m<sup>2</sup> y un 50,6% de mujeres con sobrepeso. Y Monteiro da Silva et al. (2008)<sup>15</sup> encontraron un 18,6% de mujeres con IMC pregestacional que indicaba sobrepeso.

A nivel nacional, la ENNyS (2005)<sup>18</sup>, encontró que el 52,9% de las mujeres en edad fértil presentaba sobrepeso y la 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) 2018<sup>35</sup> arrojó un 55% de exceso de peso en mujeres mayores de 18 años.

Con respecto al peso residual posparto, el mismo tuvo una media 2,5 kg en relación al peso previo al embarazo. Se observó que el 56% de las participantes retuvo peso al momento de la entrevista, y el 35,7% de ellas retuvo más de 4 kg. La retención de peso en las mujeres que presentaron un estado nutricional pregestacional de bajo peso fue en promedio de 0,33 kg, en aquellas con normopeso 1,92 kg y con preobesidad 2,21 kg, mientras que las mujeres con IMC previo al embarazo correspondiente a obesidad I presentaron una media de retención de peso de 7,5 kg.

A diferencia de lo descrito, un estudio realizado en Perú en el año 2016, encontró que el promedio de retención de peso fue mayor en las mujeres con estado nutricional pregestacional normopeso (6,43 kg), mientras que las mujeres con bajo peso retuvieron 4,70 kg, las que presentaban sobrepeso retuvieron 4,66 kg, y las participantes con obesidad 5,92 kg. Este estudio concluyó que el 83,5% de las mujeres retuvo más de 1 kg y un 52,7% más de 5 kg<sup>3</sup>.

En España, Ramón-Arbués et al. (2017)<sup>14</sup> evidenciaron que hasta un 90% de las participantes retuvo peso a los seis meses posparto y un 5,9% de ellas, 5 o más kg, con una media de retención de 2,09 kg. Además encontraron que esta retención fue

superior en las mujeres de bajo peso y normopeso respecto a aquellas con sobrepeso u obesidad.

Huang et al. (2007)<sup>36</sup> reportaron una retención de peso de 3,3 kg en mujeres con IMC pregestacional de bajo peso, 2,57 kg en las normopeso, 1,67 kg en las mujeres con sobrepeso y -0,29 kg en aquellas con obesidad previo al embarazo. Por último, una situación distinta describen Monteiro da Silva et al. (2008)<sup>15</sup> que encontraron que la diferencia del peso de las mujeres en relación a su peso pregestacional fue en promedio de -2,481 kg a los 6 meses posparto. En ambos estudios, en los casos en los que las mujeres presentaron al momento de la investigación un peso menor que su peso pregestacional, estos se presentaron como valores negativos.

Según varios estudios, la retención de peso posparto se asocia con la ganancia de peso durante el embarazo, duración de la lactancia materna, edad, estado civil, raza, estilos de vida, peso inicial gestacional y alta paridad<sup>34</sup>.

Al analizar la retención de peso según paridad, se encontró que el promedio de peso residual para las mujeres que tenían un solo hijo fue de 1,99 kg (DE 3,01); mientras que entre las mujeres con 2 o más hijos fue de 3,56 kg (DE 4,75). En ambos grupos se encontró un valor máximo de peso residual de 14 kg y mínimo de 0 kg.

Algunos estudios señalan que las mujeres multíparas serían más propensas a retener mayor peso en el posparto, lo cual se podría explicar debido a un aumento excesivo de peso durante el embarazo, la retención acumulativa de este exceso a través de los sucesivos embarazos y la dificultad para recuperar posteriormente el peso pregestacional<sup>26,30,34</sup>.

Si bien el embarazo no conlleva forzosamente al desarrollo de obesidad, es importante conocer la situación nutricional durante el período posparto debido a que la retención de peso constituye un factor de riesgo potencial para el desarrollo de obesidad en las mujeres en edad fértil, acarreado además diversas afecciones crónicas asociadas, como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer<sup>6,37</sup>.

En relación a la presencia de lactancia materna completa, la mayoría de las mujeres (78%) brindó LMC (período  $\geq$  1 mes) con una media de duración de 3,7 meses. En Argentina, la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud<sup>38</sup> publicada en el año 2019 dio a conocer que el 96,9% de los niños iniciaron la lactancia materna al nacer,

porcentaje que fue disminuyendo a medida que aumentó la edad del lactante, siendo la edad promedio de abandono de la LM de 6,3 meses. Al momento de esta encuesta el 10,7% de los niños menores de 6 meses no recibía lactancia materna. Asimismo, la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (2017)<sup>39</sup> arrojó que el porcentaje de lactancia materna exclusiva descendía a medida que aumentaba la edad de los niños, siendo 58% a los dos meses y 42% a los 6 meses. A nivel local, un trabajo de investigación llevado a cabo en el año 2019 en la ciudad de Córdoba en mujeres durante el primer año posparto, reportó que la amplia mayoría (84%) brindaba lactancia materna, donde un 46% de estas mujeres la ofrecía de manera exclusiva<sup>40</sup>.

Con respecto al peso residual en relación a la presencia o ausencia de lactancia materna completa, las mujeres que brindaron LMC presentaron una media de peso residual de 2,61 kg (DE 3,77), con un valor máximo de 14 kg y mínimo de 0 kg. En este grupo de mujeres, el 79,49% presentó un peso residual dentro de los valores deseables ( $\leq 4$  kg), mientras que un 20,51% presentó un peso residual superior a lo deseable ( $>4$  kg).

Es importante destacar que dentro de este grupo de participantes, se encontraron descensos de peso de hasta 15 kg por debajo del peso pregestacional. Si bien hasta el día de la fecha no se han descrito valores de retención de peso recomendados, de manera óptima se espera que la retención de peso materno en la etapa de puerperio alejado sea de aproximadamente 4 kg, debido a que en el transcurso del período postparto este tejido será utilizado por el organismo como el sustrato energético para facilitar la lactancia materna<sup>4,14</sup>.

Con respecto a las mujeres que no brindaron LMC, un 81,82% poseía un peso dentro de los valores deseables, mientras que un 18,18% presentó valores por encima de esta categoría.

En relación al rol que ejerce la lactancia materna sobre la reducción de peso posparto, existe cierta inconsistencia en la bibliografía, mientras que algunos estudios sostienen que la lactancia materna promueve el descenso de peso, otros autores demuestran una falta de asociación entre ambas variables, no encontrando diferencias entre mujeres lactantes y no lactantes<sup>37,41,42</sup>. Monteiro da Silva et al. (2008)<sup>15</sup> encontraron que hubo una pérdida de peso promedio más alta a los 12 meses, siendo más baja a los 24 meses posparto, sugiriendo que esto podría deberse a la influencia de

la duración y la intensidad de la lactancia materna.

En el presente estudio, se encontró que el fraccionamiento de la dieta de las mujeres que integraron la muestra presentó una moda de 4 comidas diarias. La mayoría de las mujeres (78%) presentó un fraccionamiento adecuado (entre 4 y 6 comidas diarias), mientras que el 12% de las mujeres realizaban 3 ingestas, y el 10% restante 7 comidas al día. Un trabajo de investigación realizado en Ecuador durante los años 2009-2010, reportó que el 33,4% de las mujeres estudiadas, realizaba 3 tiempos de comidas y el 66,6% restante tenía un fraccionamiento adecuado con porcentajes de 16,6%, 48,7% y 1,3% correspondientes a 4,5 y 6 comidas diarias respectivamente. Cabe destacar que en dicho país las recomendaciones de número de ingestas para mujeres en posparto es de 5 comidas<sup>16</sup>.

Si bien en nuestro país no existe aún un número recomendado de comidas diarias para este grupo poblacional específico, las Guías Alimentarias para la Población Argentina (2018)<sup>23</sup> recomiendan, para la población general, realizar 4 comidas al día.

Diversos estudios indican que puede haber un pequeño beneficio para el control del apetito al realizar 6 comidas al día en comparación con 3 comidas diarias, siempre y cuando la ingesta energética en cada ocasión sea adecuada en relación a los requerimientos, mientras que consumir menos de 3 comidas al día puede afectar negativamente la regulación del mismo<sup>22</sup>.

Las mujeres-madres realizan varias actividades a diario, ya sea en el entorno laboral, el hogar y la familia, encontrándose expuestas a diversos desórdenes y estados de estrés y ansiedad. Estos factores pueden predisponer a desarrollar hábitos no saludables (dormir menos, fumar más, beber alcohol, practicar menos ejercicio físico), como así también, pueden provocar un cambio en el patrón alimentario el cual lleva a comer de manera desordenada<sup>7</sup>.

Si bien esta situación podría hacer suponer que a mayor paridad, mayor es el desorden en la alimentación de las mujeres-madre en cuanto al fraccionamiento de la dieta, en el presente estudio se observó que el número de comidas diarias fue similar en los dos grupos, encontrándose el promedio de ambos entre 4 y 5 ingestas. El número máximo de comidas diarias fue de 7 y el mínimo de 3 tanto para primíparas como para múltiparas. El fraccionamiento de la dieta de las mujeres primigestas fue adecuado en el 74% de los casos, disminuido en el 15% y aumentado en el 12%



restante. Mientras que en las mujeres que tuvieron 2 o más hijos, el 88% presentó un fraccionamiento adecuado, un 6% disminuido y un 6% aumentado.

Es importante destacar que no se han encontrado publicaciones científicas que describan el fraccionamiento de la dieta en mujeres en posparto según paridad.

Con respecto a la ingesta energética, la media encontrada fue 2115 kcal (DE 692) y la mediana 1949 kcal, además al comparar con las recomendaciones, el 70% de las mujeres presentó un consumo energético bajo.

Estos datos son similares a los de un estudio realizado en Chile (2007)<sup>34</sup> en el cual se encontró una mediana de ingesta energética de 1926 kcal y que el 73% de las mujeres en posparto tenía un consumo energético bajo. Asimismo Lebrun et al. (2019)<sup>43</sup> reportaron una media de ingesta de 2227 kcal y un 74% de las mujeres estudiadas por debajo de las recomendaciones. Y Bastida Callejas (2007)<sup>30</sup> informó una media de 2382 kcal a los 180 días posparto.

Al analizar la ingesta energética en relación a la presencia o ausencia de LMC, se evidenció que las mujeres que brindaron LMC presentaron una media de 2112 kcal, mientras que las que no lo hicieron tuvieron una media de 2127 kcal. Sánchez et al. (2008)<sup>44</sup> estudiaron a mujeres durante el primer mes posparto y describen una ingesta media de 2340 kcal en mujeres que lactaban de forma exclusiva.

La distribución porcentual en cuanto a la adecuación a la recomendación en el grupo de las mujeres con LMC, fue 69% con ingesta baja, el 13% un consumo adecuado y elevado en el 18% de los casos. De las mujeres que no brindaron este tipo de lactancia, el 73% tuvo una ingesta baja, el 9% una adecuada y elevada el 18% restante.

Si bien en la actualidad a nivel nacional no se cuenta con bibliografía que describa la ingesta energética de las mujeres en posparto, la ENNyS (2005)<sup>18</sup> arrojó que la mediana de ingesta energética en embarazadas era de 1761 kcal, mientras que en mujeres en edad fértil fue de 1641 kcal, y que el 64,3% y el 57,8% presentaban una ingesta inferior al requerimiento respectivamente, utilizando como referencia los valores recomendados por la National Academy of Sciences - NAS.

Estos datos reflejan la importancia de visibilizar y realizar un seguimiento de la situación nutricional de las mujeres en período posparto debido al riesgo de malnutrición que existe, el cual se evidencia en los porcentajes expuestos de baja

ingesta energética.

El presente trabajo presenta ciertas limitaciones, como el acotado tamaño muestral; la imposibilidad de realizar el relevamiento de datos en forma presencial debido al Decreto de Necesidad y Urgencia: “Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio” enmarcado en la pandemia por Covid-19; posibles cambios en los estilos de vida, hábitos y patrones alimentarios ocasionados por el aislamiento; posible sesgo del autoreporte del peso previo al embarazo, peso y talla actual, teniendo en cuenta la variabilidad que puede existir en el período posparto y la posible sobrestimación o subestimación de la ingesta al utilizar el recordatorio de 24 hs como instrumento de recolección de datos.

**Conclusión**

Del presente estudio realizado en la ciudad de Córdoba, en junio-agosto del año 2020 en un total de 50 mujeres puérperas, puede concluirse que:

- El 56% de las mujeres tenía un estado nutricional pregestacional normopeso, 38% sobrepeso y 6% bajo peso.
- El 80% de las mujeres se ubicó en la categoría de peso residual deseable, mientras que el 20% restante fue superior a lo deseable.
- La media de peso residual para las primíparas fue de 1,99 kg y de 3,56 kg para las multíparas.
- La media de ingesta energética encontrada fue de 2115 kcal. En relación a las recomendaciones el 70% tuvo un consumo energético bajo, el 18% fue elevado y sólo el 12% presentó una ingesta adecuada.
- El fraccionamiento de las mujeres primíparas fue adecuado en el 73%, disminuido en el 15% y aumentado en el 12% de los casos, y con respecto a las mujeres multíparas el 88% tuvo un fraccionamiento adecuado, un 6% disminuido y 6% aumentado.
- El 78% de las mujeres brindó LMC con una media de duración 3,7 meses, y el 22% no ofreció este tipo de lactancia.

Se corrobora la hipótesis que plantea “Más del 50% de las mujeres presentan una ingesta energética por debajo de las recomendaciones de la National Research Council (1989)”, debido a que el 70% de la muestra se incluyó dentro de esta categoría.

Con respecto a la hipótesis que propone “Las mujeres con un estado nutricional pregestacional normal y que brindaron lactancia materna completa presentan un peso residual posparto dentro de los valores deseables”, la misma se afirma parcialmente, ya que se observó que del total de mujeres que cumplían con estas dos condiciones, el 88% presentó valores deseables de peso residual.

Los resultados del presente trabajo de investigación refuerzan la importancia de visibilizar, trabajar y acompañar social y sanitariamente a las mujeres durante esta etapa de gran complejidad y vulnerabilidad, como lo es el posparto. Se considera que éste es un período ventana para el cuidado de la mujer madre desde los aspectos alimentarios nutricionales que debe ser incluido en el control postgestacional para vigilar, no sólo la situación actual de esa mujer, sino también su salud para futuras gestaciones y su salud a largo plazo.

Se espera que este trabajo aporte visibilidad a este grupo poblacional, y como punto de partida para futuras investigaciones que permitan profundizar y ampliar el estado de conocimiento respecto al período posparto.

# **Referencias bibliográficas**

1. Falivene MA, Orden AB. Factores del comportamiento materno que influyen en la retención de peso después del parto. Implicaciones clínicas y metabólicas. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. [Internet]. 2017 [acceso 30 de mayo de 2019]; 17 (2): 251-259.
2. Díaz S. El periodo postparto [Internet]. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; [acceso 7 de abril de 2019]. Disponible en: [https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto\\_y\\_lactancia/el\\_periodo\\_postparto.pdf](https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/el_periodo_postparto.pdf)
3. Magallanes-Corimanya M, Barazorda-Huyhua MI, Roa-Meggo YJ. Índice de masa corporal pregestacional, ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol 2018 44( 1 ): 1-12.
4. Grande MC. Nutrición y alimentación de la mujer postembarazo. En: Grande MC,. Nutrición y salud materno infantil. 1a ed. Córdoba: Brujas; 2014. p. 67-75
5. Ares Segura S, Arena Ansótegui J, Díaz-Gómez NM. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? An Pediatr (Barc) 2016 84(6):347.e1-347.e7.
6. Huseinovic E, Winkvist A, Bertz F, Bertéus Forslund H, Brekke HK. Eating frequency, energy intake and body weight during a successful weight loss trial in overweight and obese postpartum women. Eur J Clin Nutr. 2014 ;68(1):71-6.
7. Cacuango C, Elizabeth M. Relación del estado nutricional de los lactantes con la alimentación y estilos de vida de sus madres en el centro de salud n°1 centro histórico de la ciudad de Quito, 2018.[tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2018) 2019 [acceso 30 de mayo de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8817>
8. Zapata ME, Rovirosa A, Pueyrredón P, Weill F, Chamorro V, Carella B et al . Situación alimentaria nutricional de las embarazadas y madres en periodo de lactancia de Argentina. Diaeta [Internet]. 2016 [acceso 30 de mayo de 2019] ; 34( 155 ): 33-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73372016000200005&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73372016000200005&lng=es)

9. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Puerperio normal y patológico. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. Chile: Escuela de Medicina; 2017. p. 153-161
10. Batrouni L. Evaluación nutricional. Córdoba: Brujas; 2015.
11. OMS. 10 datos sobre la obesidad [Internet]. WHO. [citado 17 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/es/>
12. Comité Nacional de Nutrición. Obesidad: guías para su abordaje clínico [Internet]. Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría; 2015. [acceso 10 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/obesidad-gu-iacuteas-para-su-abordaje-cl-iacutenico-2015.pdf>
13. Suárez-Carmona W, Sánchez-Oliver AJ. Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. Nutrición Clínica en Medicina [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de octubre de 2019]; 12 (3): p. 128-139.
14. Ramón-Arbués E, Martínez Abadía B, Martín Gómez S. Ganancia de peso gestacional y retención de peso posparto en una cohorte de mujeres en Aragón (España). Nutrición hospitalaria [Internet] 2017 [acceso 19 de mayo de 2019]; 34(5):1138-1145.
15. Monteiro da Silva MC, Oliveira AM, Pereira Magalhães de Oliveira L, Silva dos Santos Fonseca N, Portela de Santana ML, Araújo Góes Neto E et al. Determinants of postpartum weight variation in a cohort of adult women: a hierarchical approach. Nutr. hosp. [revista en Internet] junio de 2013 [acceso 10 de Septiembre de 2020]; 28(3) p. 660-670
16. Ipiales MB, Rivera F. Prácticas, creencias alimentarias y estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes atendidas en el centro de salud no1 de la ciudad de Ibarra. diciembre del 2009 a diciembre 2010 [tesis]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte; 2010
17. Casado ME. Nutrición de la mujer en el postparto [Internet]. Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva; [acceso 10 de octubre de 2019].



Disponible en: [https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto\\_y\\_lactancia/1107-Nutrición-de-mujeres-sanas-en-el-posparto-1.pdf](https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/1107-Nutrición-de-mujeres-sanas-en-el-posparto-1.pdf)

18. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. [Internet] Documento de Resultados. 2005. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
19. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2010. Disponible en: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf)
20. Martínez García RM, Ortega Anta RM. Alimentación durante la lactancia. Recuperar el peso, manteniendo una salud óptima y sin poner en peligro la lactancia. Nutrición en población femenina. Desde la infancia a la edad avanzada. España: Ergon; 2007
21. National Research Council (US) Subcommittee on the Tenth Edition of the Recommended Dietary Allowances. Recommended Dietary Allowances: 10th Edition. Washington (DC): National Academies Press (US); 1989. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234932/>
22. McCrory MA, Campbell WW. Efectos de la frecuencia de la comida, los refrigerios y la omisión del desayuno en la regulación energética: resumen del simposio. The Journal of Nutrition [revista en Internet] enero de 2011. [acceso 3 de octubre de 2019]; 141 (1) p.144–147.
23. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles; 2018. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12\\_manual-aplicacion\\_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001011cnt-2018-12_manual-aplicacion_guias-alimentarias-poblacion-argentina.pdf)
24. Leidy HJ, Campbell WW. El efecto de la frecuencia de alimentación en el control del apetito y la ingesta de alimentos: breve sinopsis de los estudios de

- alimentación controlada. *The Journal of Nutrition* [revista en Internet] enero de 2011 [acceso 3 de octubre de 2019]; 141 (1) p. 154–157.
25. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. *Semiología ginecológica. Manual de Obstetricia y Ginecología*. 8ª ed. Chile: Escuela de Medicina; 2017. p. 317-321
26. Pizarro T. Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. febrero de 2007 [acceso 10 de octubre de 2019]; 78(1): 76-83.
27. Orozco Muñoz C, Sarasa Muñoz N, Cañizares Luna O, Hernández Díaz D, Limas Pérez Y, Machado Díaz B. Retención de peso postparto y riesgo cardiovascular. *CorSalud Revista Cubana de Enfermedades Cardiovasculares* [revista en Internet] abril-junio 2016 [acceso 10 de octubre de 2019]; 8 (2).
28. Cristaldo P, Aroldo MA. Lactancia materna. En: Grande MC, directora. *Nutrición y salud materno infantil*. 1a ed. Córdoba: Brujas; 2014. p. 117-140
29. Suárez-Cotelo MC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias B, Novío S. Conocimientos sobre lactancia y relación con su prevalencia. *Rev. esc. enferm. USP* [revista en Internet]. 2019 [acceso 8 de septiembre de 2019] ; 53.
30. Bastida Callejas P. Cambios en el Índice de Masa Corporal y porcentaje de grasa corporal de adolescentes y adultas primigestas que asisten al Instituto Nacional de Perinatología durante el primer año posparto [tesis]. Pachuca: Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2007.
31. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. En Toledo Castellados MA, director. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México D.F.: Mcgraw-hill / Interamericana Editores; 2014. P. 88-101
32. De Canales FH, De Alvarado EL, Pineda EB. Diseño metodológico. ¿Cuál es el abordaje y cuáles son sus métodos?. En: Organización Panamericana de la

- Salud. Metodología de la Investigación. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 77-161
33. Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Ginebra: OMS; 2003. Serie de Informes Técnicos: 916
34. Gaete Hermosilla PA. Factores que influyen en la retención de peso ganado en el embarazo a los seis meses postparto en dos servicios de salud [tesis]. Chile: Universidad de Chile; 2007.
35. Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Secretaría de Gobierno de Salud. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo: resultados preliminares. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 2019. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_preliminares.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_preliminares.pdf)
36. Huang TT, Wang HS, Dai FT. Effect of pre-pregnancy body size on postpartum weight retention. Midwifery. [revista en Internet] abril de 2010 [acceso 10 de Septiembre de 2020]; 26(2): p. 222-31.
37. Chagas CD, Moura da Silva AA, Costa Ribeiro CC, Fernandes Lucena Batista R, Seabra Soares de Britto e Alves MT. Efeitos do ganho de peso gestacional e do aleitamento materno na retenção de peso pós-parto em mulheres da coorte BRISA. Cad. Saúde Pública [revista en Internet]. junio de 2017 [acceso 10 de Septiembre de 2020] ; 33( 5 ).
38. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. [Internet] Documento de Resultados. 2019. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10\\_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001602cnt-2019-10_encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud.pdf)
39. Ministerio de Salud. La Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) [Internet]. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad, infancia y adolescencia; 2018. [acceso 10 de Septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/lactancia/noti1.php>
40. Cattay E, Cejas A, Miranda V. Consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 y omega-6 de origen dietario, lactancia y riesgo de depresión

postparto en mujeres de la ciudad Córdoba [tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2019.

41. Chimbo Oyaque CE. Prácticas y conocimientos, creencias y tabús alimentarios que influyen en el estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes atendidas en el centro de salud de Huachi Chico durante el período junio-noviembre del 2013 [tesis]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2014.
42. Falivene MA., Orden AB. Factores conductuales maternos que influyen en la retención de peso posparto. Implicaciones clínicas y metabólicas. Rev. Bras. Saude Mater. Infantil. [revista de Internet]. junio de 2017 [acceso 12 de septiembre de 2020]; 17 (2): p. 251-259.
43. Lebrun A, Plante AS, Savard C, Dugas C, Fontaine-Bisson B, Lemieux S et al. Tracking of Dietary Intake and Diet Quality from Late Pregnancy to the Postpartum Period. Nutrients. [revista de Internet] septiembre de 2019 [acceso 12 de septiembre de 2020]; 3;11(9).
44. Sánchez CL., Rodríguez AB., Sánchez J., González R., Rivero M., Barriga C et al. Análisis nutricional en el aporte del mineral calcio en mujeres con lactancia. Archivos latinoamericanos de nutrición. [revista de Internet] 2008 [acceso 16 de septiembre de 2020]; 58(4).

# Anexos

**ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DEL IMC EN ADULTOS**

<b>Clasificación</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Riesgo de comorbilidad</b>
Peso insuficiente	<18,5	Bajo (pero mayor riesgo de otros problemas clínicos)
Intervalo normal	18,5-24,9	Medio
Sobrepeso	≥25,0	
Preobesidad	25,0-29,9	Mayor
Obesidad de tipo I	30,0-34,9	Moderado
Obesidad de tipo II	35,0-39,9	Grave
Obesidad de tipo III	≥40,0	Muy grave

Fuente: OMS. 2003

**ANEXO 2: ALTURAS Y PESOS MEDIOS Y CONSUMO DE ENERGÍA RECOMENDADO**

Categoría	Edad (años) o condición	Peso (Kg)	Altura (cm)	Promedio de energía permitido (kcal)			
				REE (kcal/day)	Múltiplos del REE	Por kg	Por día
Mujeres	19-24	58	164	1350	1,60	38	2,200
	25-50	63	163	1380	1,55	36	2,200
Mujeres lactantes							+500

Fuente: National Research Council. 1989

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sección 1 de 2

## Trabajo de Investigación "Estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba en el año 2020"

Estimada voluntaria, estamos realizando un estudio de investigación para la Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. El mismo se titula "Estado nutricional pregestacional y peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5º y 7º mes posparto de la ciudad de Córdoba en el año 2020", para lo cual se entrevistará y valorará nutricionalmente a un grupo de mujeres que se encuentren en el 5º, 6º o 7º mes posparto, tengan entre 19 y 45 años de edad y no posean enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedades renales).

Si usted está dispuesta a participar, se le pedirá en primera instancia que responda una encuesta que abordará datos generales (edad, cantidad de hijos, peso previo al embarazo, peso y talla actual, y si ha brindado o no lactancia materna). En este mismo cuestionario se solicitará un medio de contacto para coordinar fecha y horario para la segunda instancia, que consistirá en una breve entrevista virtual con respecto a su alimentación del día anterior. Está previsto que esta actividad sea realizada en aproximadamente 10-15 minutos.

Es fundamental que usted sepa que toda la información que nos brinde será tratada únicamente por las investigadoras de este estudio, siendo las responsables de esta investigación las estudiantes [Fanis Gutiérrez](#), [Luciana Moreyra](#) y [Camila Rojas Martínez](#), la directora del estudio [Mgter. María del Carmen Grande](#) y co-directora [Dra. María Dolores Román](#).

La información será confidencial y su nombre, correo electrónico, teléfono y otros datos personales, serán guardados en archivos únicamente accesibles para quienes realizamos este estudio. Los resultados serán dados a conocer en forma de resúmenes estadísticos, y si así lo quisiera podrá recibir los resultados del estudio en formato PDF al medio que nos brinde como contacto. Su nombre no será usado en ningún informe o publicación que se realice y la información que provea será anónima.

Su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y puede retirar el consentimiento en el momento que lo desee; así mismo, su rechazo a participar no le ocasionará ningún perjuicio. Cabe aclarar que no recibirá alguna remuneración por parte de las investigadoras.

Desde ya le agradecemos muy especialmente el tiempo que pueda dedicarnos para responder estas preguntas.

---

¿Acepta participar del trabajo de investigación? \*

Si

No

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección ▼



## **ANEXO 4: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Sección 2 de 2

### Cuestionario

Descripción (opcional)

Nombre \*

Texto de respuesta corta

Edad \*

Texto de respuesta corta

¿Cuántos hijos/as tiene? \*

Texto de respuesta corta

¿Cuánto pesa usted actualmente? (en kg) \*

Texto de respuesta corta

*Estado nutricional pregestacional, peso residual, ingesta energética, fraccionamiento de la dieta, paridad y lactancia materna de mujeres entre el 5º y 7º mes posparto*

---

¿Cuánto pesaba aproximadamente antes del embarazo? (en kg) \*

Texto de respuesta corta

.....

¿Cuál es su altura? (en metros) \*

Texto de respuesta corta

.....

¿En qué mes del posparto se encuentra? (Cantidad de meses que pasaron desde el parto) \*

1. 5to mes posparto
2. 6to mes posparto
3. 7mo mes posparto

¿Brindó en algún momento lactancia materna a su hijo/a? Las opciones son de meses cumplidos. \*  
Por ejemplo: si brindó 1 mes y medio de lactancia materna, marque la opción de 1 mes.

- 1 mes
- 2 meses
- 3 meses
- 4 meses
- 5 meses
- 6 meses
- 7 meses

En caso de haber brindado lactancia materna, ¿la ha combinado con otro líquido y/o alimento?  
¿Cuáles?

Texto de respuesta larga

.....

Número telefónico de contacto \*

Texto de respuesta corta

.....

**ANEXO 5: RECORDATORIO DE 24 hs**

**Nombre de la entrevistada:**

**Número de formulario:**

Hora/ Momento de comida	Preparación/es	Ingredientes/ Alimentos	Cantidad/ Porción	Marca comercial	Observaciones

Observaciones:

---