

Licenciatura en Nutrición  
Trabajo Final Integrador

Autora: Lilian Elizabeth Ríos

**MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: HÁBITOS  
ALIMENTARIOS Y CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS  
EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL**

Estudio descriptivo en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre en el periodo de septiembre y octubre de 2025

2025

Tutora: Lic. Claudia Guedes

*Citar como:* Ríos LE. Más allá del diagnóstico: hábitos alimentarios y condiciones socioeconómicas en mujeres con diabetes gestacional: estudio descriptivo en el Hospital MaternoInfantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre en el periodo de septiembre y octubre de 2025. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3034>

## **AGRADECIMIENTOS**

Llegar a este momento representa el cierre de una etapa muy importante, llena de aprendizajes, esfuerzo y crecimiento personal. Este trabajo no hubiera sido posible sin el acompañamiento de todas las personas e instituciones que formaron parte de mi camino durante la carrera.

A los docentes de la Universidad y del área de Salud, por su compromiso, dedicación y por transmitir su conocimiento con tanta vocación.

Al Hospital Materno Infantil de Tigre, por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de aprender en un entorno profesional tan valioso.

En especial, a la Lic. Josefina Cafici, del Hospital Materno Infantil de Tigre, por compartir su espacio, su tiempo y por inspirarme a profundizar en el estudio de la diabetes gestacional, tema que dio origen a esta tesis.

Y, sobre todo, a mis amigas Dolores, Evelyn, Mariana y Luz, con quienes compartí este recorrido académico. Gracias por el apoyo constante, las risas y por acompañarme en cada etapa de este camino hacia nuestra profesión.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mi esposo Federico y a mis hijos, Lautaro y Valentina, por su amor incondicional, su comprensión y la paciencia que me regalaron en cada etapa de este camino. Gracias por ser mi sostén, mi motor y la inspiración que me recuerda cada día que con esfuerzo y perseverancia todo es posible.

## RESUMEN

**Título:** MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL.

**Autora:** Rios, Liliana E.

Mail: [rios-liliana@hotmail.com](mailto:rios-liliana@hotmail.com)

**Institución:** Universidad ISALUD

**Introducción:** La diabetes gestacional (DG) es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y puede comprometer la salud materno-infantil. Su aparición se relaciona con factores dietéticos, el estado nutricional y las condiciones socioeconómicas. En este contexto, resulta relevante comprender cómo estos factores influyen en las mujeres con DG para orientar estrategias de prevención y educación alimentaria.

**Objetivo:** Analizar la conducta alimentaria y los factores socioeconómicos en mujeres embarazadas diagnosticadas con DG en el Hospital Materno Infantil Dr. Florencio Escardó durante septiembre y octubre de 2025. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal descriptivo mediante un cuestionario virtual diseñado en Google Forms, dirigido a mujeres con DG. Se incluyeron variables sobre frecuencia de consumo de alimentos, adherencia a guías alimentarias y factores sociodemográficos.

**Resultados:** Participaron 30 mujeres con DG. El 70% recibió el diagnóstico entre las semanas 24 y 28 de gestación, y el 90 % presentó sobrepeso y obesidad. La adherencia general a las GAPA adaptadas mostró un 47 % de cumplimiento intermedio y 52% de cumplimiento óptimo, sin casos de adherencia baja. Se registraron buenos puntajes en consumo de carnes (96,7%), el 90% realizaba 4 comidas principales más colaciones y el 96,7% no consume alcohol. En contraste, se observó exceso en el consumo de frutas (56,7%) y de ultraprocesados de panadería (60%). Asimismo, el 93,3% no alcanzó la recomendación de lácteos y el 53,3% no realizaba actividad física. En el contexto socioeconómico, el 56,7% se encontraba desempleada y el 46,7% no cubría la Canasta Básica Alimentaria, que en julio de 2025 equivalía a \$515.405 según INDEC.

**Conclusión:** Los resultados evidencian la necesidad de fortalecer la educación alimentaria desde etapas tempranas del embarazo, promover hábitos saludables, garantizar la derivación oportuna a nutrición e implementar talleres grupales en centros de salud para mejorar la calidad de la dieta y prevenir complicaciones metabólicas.

**Palabras clave:** diabetes gestacional; conducta alimentaria; factores socioeconómicos; estudios transversales.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
1. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO.....	2
2. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES GESTACIONAL .....	4
2.1. Características especiales del embarazo.....	5
3. COMPLICACIONES MATERNAS, FETALES Y NEONATALES.....	5
4. RELACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN Y DIABETES GESTACIONAL .....	6
4.1. Macronutrientes: calidad y distribución recomendada.....	7
4.2. Micronutrientes clave y posibles efectos protectores.....	7
4.3. Patrones dietarios de riesgo y patrones protectores.....	9
4.4. Recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina y organismos internacionales.....	10
5. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES GESTACIONAL ...	11
6. ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL .....	12
ESTADO DEL ARTE.....	14
1. EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL, LATINOAMERICANA Y EN ARGENTINA .....	14
2. FACTORES DIETÉTICOS ASOCIADOS A LA DG.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	16
Variables del estudio.....	17
1. Variables antropométricas y sociodemográficas.....	17
2. Variables de estudio: diagnóstico de diabetes gestacional, factores dietéticos y socioeconómicos.	19
Situación problemática.....	22
Hipótesis general.....	22
OBJETIVOS .....	22
Objetivo general.....	22
Objetivo específicos .....	22
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
Descripción de la población estudiada.....	24

Procedimientos de recolección de datos.....	25
RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	27
DISCUSIÓN .....	36
CONCLUSIÓN .....	40
RECOMENDACIONES .....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXO.....	50

## ÍNDICE TABLAS

Tabla 1: Tabla comparativa de recomendaciones calóricas .....	50
Tabla 2: Componentes del ICDAr y cálculo de porcentajes de adherencia .....	50
Tabla 3: Escala de puntuación adaptada al método del ICDAr .....	50
Tabla 4: Instrumento de recolección de datos -Encuesta de google forms .....	51

## ÍNDICE GRÁFICO

Gráfico 1: Clasificación en grupos de referencia de la muestra por edades (n=30).....	27
Gráfico 2: Semana de gestación en la cual fue diagnosticada con diabetes gestacional (n=30) .....	28
Gráfico 3: Motivo de indicar la curva de glucosa antes de la semana 24 (n = 30).....	28
Gráfico 4: Estado nutricional materno según clasificación Atalah/ MSAL (n=30) .....	29
Gráfico 5: Nivel educativo materno (n=30) .....	29
Gráfico 6: Situación laboral (n=30) .....	30
Gráfico 7: Tipo de cobertura médica (n=30).....	30
Gráfico 8: Ingreso mensual del hogar (n=30) .....	31
Gráfico 9: Nivel de adherencia a las recomendaciones de las GAPA adaptado del ICDAr (Méndez, 2023) para embarazadas (n=30) .....	32
Gráfico 10: Nivel de adherencia a las recomendaciones de las GAPA adaptado del ICDAr (Méndez, 2023) para embarazadas según grupo de alimentos y actividad física (n=30) .....	33
Gráfico 11: Tiempo estimado de actividad física.....	33
Gráfico 12: Cantidad de veces que realiza actividad física en la semana .....	34
Gráfico 13: Recomendaciones nutricionales sugeridas por algún profesional de la salud (n=30).....	34
Gráfico 14: Conocimiento acerca de la existencia de las GAPA (n=30) .....	35
Gráfico 15: Dificultades presentes para seguir un plan nutricional adecuado (n=30) .....	35

## INDICE DE ABREVIACIONES

ADA	Asociación Americana de Diabetes
ALAD	Asociación Latinoamericana de Diabetes
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
hPL	Lactógeno placentario humano
IDF	Federación Internacional de Diabetes
IC	Intervalo de confianza
IL -6	Interleucina 6
IADPSG	Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo
ICDAr	Índice de Calidad de la Dieta Argentina
Kcal	Kilocaloría
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación Argentina
OMS	Organización Mundial de la Salud
PTOG	Prueba de tolerancia oral a la glucosa
SAD	Sociedad Argentina de Diabetes
SOGIBA	Consenso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires
TNF- $\alpha$	Factor de necrosis tumoral alfa

## **TEMA Y SUBTEMA**

**TEMA:**

Diabetes gestacional

**SUBTEMA:**

Hábitos alimentarios en mujeres embarazadas con diabetes gestacional.

## INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) es una condición caracterizada por la intolerancia a los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo. Su aparición constituye una preocupación creciente en el ámbito de la salud materno-infantil y presenta una de las complicaciones más frecuentes en la salud en este grupo poblacional y se asocia con un mayor riesgo de hipertensión gestacional, parto prematuro, macrosomía fetal y desarrollo posterior de diabetes tipo 2 entre otros (American Diabetes Association [ADA], 2023). En Argentina, la prevalencia de DG varía entre un 10 % y un 25 % según los criterios diagnósticos aplicados, mostrando una tendencia creciente en los últimos años (Gorban de Lapertosa et al., 2020; Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [FASGO], 2023).

El nivel de ingreso, los hábitos alimentarios y la actividad física influyen en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, siendo más altos en sectores con menores ingresos y menor nivel educativo (Temporelli & Viego, 2012; INDEC, 2025). Esta condición se asocia como un factor que predispone a menor sensibilidad a la insulina, alteraciones metabólicas y mayor inflamación, lo que disminuye la tolerancia a la glucosa y aumenta el riesgo de diabetes gestacional (Catalano, 2010). Analizar estos determinantes permite orientar estrategias preventivas más efectivas.

En el contexto local, el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” del partido de Tigre atiende una población diversa desde el punto de vista social y económico. La generación de información actualizada sobre los hábitos alimentarios y las condiciones de vida de las mujeres con DG constituye una herramienta clave para diseñar intervenciones nutricionales más efectivas y fortalecer las acciones de prevención en el ámbito prenatal.

Por ello, el presente trabajo se propone analizar los hábitos alimentarios y las condiciones socioeconómicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital Materno Infantil de Tigre Dr. Florencio Escardó durante septiembre y octubre de 2025.

## MARCO TEÓRICO

### 1. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO

La diabetes gestacional (DG) se define como la intolerancia a los carbohidratos que se manifiesta inicialmente en el transcurso del embarazo, independientemente de la necesidad de tratamiento con insulina y de que la alteración persista o no luego del parto. En términos prácticos, esta condición se diagnostica generalmente entre las semanas 24 y 28 de gestación mediante pruebas de tolerancia a la glucosa, aunque en mujeres con factores de alto riesgo puede ser detectada en etapas más tempranas (American Diabetes Association [ADA], 2023).

De acuerdo con esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la DG se caracteriza por un aumento de la glucosa en sangre durante el embarazo, con valores superiores a los normales pero inferiores a los requeridos para diagnosticar la diabetes establecida. Esta condición incrementa el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, y puede aumentar la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 en la madre y en sus hijos. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas prenatales, ya que generalmente no se presentan síntomas evidentes (OMS, 2016).

De manera complementaria, el Consenso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) describe la diabetes gestacional como un trastorno metabólico que se desarrolla durante el embarazo en mujeres que no presentan diabetes previamente, debido a los cambios fisiológicos propios de esta etapa. La identificación temprana de la condición es crucial para reducir las complicaciones perinatales y disminuir el riesgo de que la madre desarrolle diabetes tipo 2 en el futuro. Se asocia a una variedad de factores que aumentan el riesgo de desarrollarla, entre ellos se incluyen el sobrepeso u obesidad previos al embarazo, sedentarismo, la edad materna avanzada, una ganancia de peso gestacional superior a la recomendada, antecedentes familiares de diabetes y

pertenecer a grupos étnicos con mayor prevalencia de la enfermedad, presentar síndrome de ovario poliquístico o insulinoresistencia, dislipidemia entre otros (SOGIBA, 2022).

Ahora bien, en relación con las estrategias de diagnóstico, se han diseñado diferentes enfoques cuya aplicación depende del contexto epidemiológico y de los recursos disponibles en el sistema de salud. En particular, el consenso nacional señala dos alternativas, una de las cuales es la propuesta por la Asociación Internacional de Grupos de Estudio de Diabetes y Embarazo (IADPSG) en 2010, posteriormente adoptada por la OMS en 2013 (SOGIBA, 2022).

Esta estrategia incluye la medición de glucemia plasmática en ayunas y la realización de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos, midiendo la glucemia en tres momentos:

- ayunas  $\geq$  92 mg/dl
- 60 minutos  $>$  180 mg/dl
- 120 minutos  $>$  153mg/ dl

El diagnóstico se confirma cuando uno o más de estos valores exceden los límites establecidos. Cabe destacar que, entre sus ventajas, esta metodología permite identificar casos que no serían detectados con otros criterios, lo que favorece la intervención precoz, la prevención de complicaciones perinatales y en reducir el riesgo de desarrollar DM2 en el futuro. No obstante, como limitación, esta estrategia puede aumentar el número de diagnósticos, lo que conlleva una mayor demanda de recursos sanitarios en el corto plazo (SOGIBA, 2022).

En contraposición, la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2016) propone un enfoque alternativo para el diagnóstico de la DG, que consiste en dos mediciones de glucemia en ayunas tras un ayuno mínimo de ocho horas, considerando alteración valores entre 100 y 125 mg/dl en ambas ocasiones, o mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de 75 g, donde un resultado igual o superior a 140 mg/dl a las dos horas establece el diagnóstico (ALAD, 2016).

Este método es muy difundido en distintos sistemas de salud de la región, presenta menor sensibilidad diagnóstica frente al criterio IADPSG/OMS, lo que podría llevar a subdetectar gestantes que requerirían seguimiento y tratamiento. Sin embargo, su bajo costo y simplicidad hacen que sea útil en contextos con limitaciones de recursos o dificultades para implementar nuevas estrategias diagnósticas (ALAD, 2016).

## 2. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES GESTACIONAL

Este tipo de diabetes es el resultado de una alteración metabólica compleja que ocurre durante el embarazo, caracterizada principalmente por un aumento gradual de la menor sensibilidad a la insulina y una insuficiente respuesta secretora de insulina por parte del páncreas materno para compensar dicha resistencia (Plows, Stanley, Baker, Reynolds & Vickers, 2018).

A lo largo del embarazo, el cuerpo de la madre sufre cambios hormonales que permiten garantizar el suministro adecuado de nutrientes al feto en desarrollo. Entre estos cambios, destaca el aumento en la producción de hormonas placentarias como el lactógeno placentario humano (hPL), la hormona de crecimiento placentaria, progesterona, cortisol y prolactina. Estas hormonas actúan antagonizando la acción de la insulina, es decir, generan resistencia a la insulina en tejidos periféricos como músculo y tejido adiposo (Plows et al., 2018; Barbour et al., 2007).

Esta resistencia es fisiológica y tiene como finalidad aumentar la disponibilidad de glucosa en la circulación materna para facilitar su transferencia al feto. Sin embargo, para evitar la hiperglucemia, el páncreas de la mujer embarazada debe incrementar su secreción de insulina (hiperinsulinemia compensatoria). Cuando esta capacidad resulta insuficiente, aparece un estado de hiperglucemia que define a la diabetes gestacional (Plows et al., 2018).

Cuando la resistencia a la insulina supera la capacidad secretora pancreática, se producen diversas alteraciones en el metabolismo de la glucosa. En primer lugar, se observa un aumento de la gluconeogénesis hepática, lo que eleva los niveles plasmáticos de glucosa en ayunas (Plows et al., 2018). En segundo lugar, se reduce la captación periférica de glucosa en tejidos como el músculo esquelético y el tejido adiposo, contribuyendo a la hiperglucemia postprandial. Finalmente, se produce un incremento de la lipólisis, con liberación de ácidos grasos libres que no sólo perpetúan la resistencia a la insulina, sino que también favorecen la producción hepática de glucosa y la acumulación de metabolitos lipídicos (Plows et al., 2018; Barbour et al., 2007)

Además de los cambios metabólicos mencionados, el tejido adiposo cumple un rol determinante, especialmente en mujeres con obesidad pregestacional. La obesidad se asocia con un estado crónico de inflamación de bajo grado caracterizado por la liberación de citoquinas proinflamatorias (como TNF- $\alpha$  e IL-6), que agravan la resistencia a la insulina y alteran la función de las células beta pancreáticas (Barbour et al., 2007).

Como consecuencia de la combinación entre resistencia a la insulina y disfunción de las células beta pancreáticas, se produce hiperglucemia materna crónica. La glucosa atraviesa libremente la placenta, provocando hiperinsulinemia fetal en respuesta a los elevados niveles de glucosa materna. Esta hiperinsulinemia fetal constituye un factor clave para la macrosomía y otras complicaciones perinatales (Plows et al., 2018).

### **2.1. Características especiales del embarazo**

Finalmente, es importante señalar que los embarazos múltiples generan cambios fisiológicos y metabólicos más marcados que los embarazos únicos. En estas gestaciones, la placenta debe sustentar a más de un feto, lo que provoca un incremento de la masa placentaria y, en consecuencia, niveles más altos de hormonas placentarias, como la hormona placentaria humana (hPL) y ciertos glucocorticoides. Estas modificaciones contribuyen a una mayor resistencia a la insulina en la madre, aumentando el riesgo de desarrollar diabetes gestacional. No obstante, el mayor consumo de glucosa por parte de los fetos y las placentas podría mitigar parcialmente este efecto, modulando los niveles de glucosa materna en ayunas (Larsen, Koefoed, Kampmann, Retnakaran, Ovesen, & Fuglsang, 2025).

## **3. COMPLICACIONES MATERNAS, FETALES Y NEONATALES**

Las mujeres con dicha patología presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo, como la preeclampsia, especialmente cuando existe obesidad u otros factores de riesgo metabólico (Plows et al., 2018). Además, la hiperglucemia gestacional incrementa la probabilidad de parto por cesárea, debido a complicaciones como macrosomía fetal o sufrimiento fetal (ADA, 2023).

A largo plazo, las mujeres que han presentado diabetes gestacional presentan un riesgo significativamente aumentado de desarrollar diabetes tipo 2 en los años posteriores al embarazo, especialmente si no se implementan intervenciones preventivas. Estudios de seguimiento de aproximadamente 10 años han demostrado que estas mujeres tienen hasta 10 veces más probabilidades de desarrollar diabetes tipo 2 en comparación con mujeres que no cursaron su embarazo con diabetes gestacional (Herath, Herath, & Wickremasinghe, 2017).

Además de los riesgos maternos, tiene implicancias importantes para el feto y el recién nacido, que requieren un manejo clínico cuidadoso. La DG mal controlada puede provocar macrosomía (peso al nacer > 4000 g), lo que aumenta el riesgo de distocia de hombros, traumatismos obstétricos y necesidad de parto instrumental o cesárea, frecuentes complicaciones metabólicas como hipoglucemia, así como alteraciones respiratorias. También se ha asociado con un aumento en la incidencia de parto prematuro inducido por complicaciones maternas (Plows et al., 2018).

#### **4. RELACIÓN ENTRE ALIMENTACIÓN Y DIABETES GESTACIONAL**

La alimentación durante el embarazo constituye un factor modificable clave en la prevención y manejo de la diabetes gestacional (DG). Diversos estudios han demostrado que ciertos patrones dietarios pueden aumentar o reducir significativamente el riesgo de desarrollar esta condición. Comprender la relación entre los hábitos alimentarios y la aparición de DG permite identificar estrategias de intervención nutricional eficaces (Suárez & López, 2021, p 413; ADA, 2023).

Los requerimientos energéticos se incrementan para cubrir el gasto asociado al crecimiento del feto y la placenta, la expansión de los tejidos maternos, el aumento del volumen sanguíneo y del metabolismo basal, así como la acumulación de reservas necesarias para la lactancia posterior. Las demandas energéticas responden a adaptaciones fisiológicas que incluyen el aumento del gasto energético en reposo, la mayor demanda de nutrientes esenciales y el mantenimiento de un balance energético positivo que garantice el adecuado desarrollo fetal (Suárez & López, 2021, p. 421-422).

Las estimaciones de la ingesta calórica recomendada varían según la fuente y el trimestre de gestación. El Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos, recomienda un aumento de aproximadamente +340 kcal/día en el segundo trimestre y +450 kcal/día en el tercero para mujeres con un peso saludable previo al embarazo. En Argentina, el Ministerio de Salud establece un aporte adicional promedio de +300 kcal/día durante el embarazo, con ajustes individuales según el estado nutricional inicial, la edad materna, el nivel de actividad física y la evolución del peso gestacional (IOM & NRC, 2009; Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

En la tabla 1, incluida en el anexo, se presenta una comparación entre los valores de requerimiento calórico propuestos por el Ministerio de Salud (2015) y el Institute of Medicine (IOM, 2009), con el propósito de evidenciar las diferencias entre ambas recomendaciones.

#### **4.1. Macronutrientes: calidad y distribución recomendada**

La distribución y calidad de los macronutrientes durante el embarazo son determinantes para asegurar un aporte energético adecuado, favorecer el desarrollo fetal y, en mujeres con diabetes gestacional (DG), optimizar el control glucémico. El Consenso de SOGIBA (2022) recomienda una ingesta de aproximadamente 40-55 % de carbohidratos, priorizando aquellos de composición química complejos provenientes de alimentos ricos en fibra y de bajo índice glucémico, como cereales integrales, frutas, verduras y legumbres, que contribuyen a la regulación de la glucosa y a una mayor sensación de saciedad (IOM, 2005; SOGIBA (2022); Suárez & López, 2021).

En cuanto a las proteínas, se recomienda un consumo de 1,1 g/kg de peso corporal, representando alrededor del 15-20 % del valor calórico total. Las fuentes deben ser magras y variadas, incluyendo carnes blancas, huevos, legumbres y lácteos bajos en grasa (IOM, 2005; Suárez & López, 2021, p.424).

Respecto a las grasas, deben aportar entre 20 % y 35 % del valor calórico total, priorizando los ácidos grasos insaturados y limitando el consumo de grasas saturadas y trans, conforme a las Ingestas Dietéticas de Referencia establecidas por el Institute of Medicine (IOM, 2005; Suárez & López, 2021, p. 424-425).

#### **4.2. Micronutrientes clave y posibles efectos protectores**

Suárez y López (2021) destacan que, durante el embarazo, la correcta ingesta de micronutrientes como el ácido fólico, hierro, vitamina D, magnesio y zinc es fundamental no solo para el desarrollo fetal, sino también para optimizar el metabolismo materno y la función endocrina, contribuyendo potencialmente a la prevención de complicaciones metabólicas como la DG.

El ácido fólico es esencial en el embarazo por su papel en la síntesis de ADN, división celular y desarrollo fetal. Su déficit eleva el riesgo de defectos del tubo neural, por lo que se recomienda suplementar desde antes de la concepción y durante el primer trimestre. La OMS (2023) recomienda que todas las mujeres que planean un embarazo o se encuentran en los primeros tres meses de gestación incorporen una ingesta diaria de 400 µg (0,4 mg/ día) de ácido fólico, especialmente en mujeres sin antecedentes, mientras que aquellas con antecedentes de defectos del tubo neural, se aconseja brindar asesoramiento sobre el riesgo de recurrencia y los beneficios de la suplementación periconcepcional. Asimismo, se sugiere administrar dosis más elevadas (5 mg

diarios) y fomentar una mayor ingesta de alimentos ricos en folato como vegetales de hojas verdes, legumbres, hígado entre otros. (OMS ,2023; Suárez & López, 2021, p.432).

El hierro es fundamental en el embarazo por su rol en la formación de hemoglobina y el transporte de oxígeno. Suárez & López (2021) señala que “la demanda total de hierro en el embarazo aumenta para cubrir el desarrollo del feto, la placenta, el aumento del volumen sanguíneo materno y para las necesidades basales de la madre. La demanda total en el embarazo es de aproximadamente 1000 mg” (p. 426). Estas necesidades suelen exceder lo que puede aportarse sólo con la dieta, por lo que se recomienda suplementar con 60 mg/día de hierro elemental para prevenir anemia y reducir riesgos como parto prematuro y bajo peso al nacer. Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), más del 30 % de las embarazadas en Argentina presenta anemia (Suárez & López, 2021; OMS, 2024; MSAL, 2019).

Con respecto al zinc sigue siendo otro micronutriente esencial para el crecimiento fetal, la neurogénesis y la inmunidad. Su deficiencia puede asociarse con retraso del crecimiento y alteraciones metabólicas. Los requerimientos se estiman de 12 mg/ día, pudiendo ser necesaria la suplementación bajo indicación médica de 15 a 60 mg/día para prevenir el nacimiento pretérmino. Por ello, asegurar una ingesta adecuada de zinc a través de la alimentación o suplementación supervisada es fundamental para mantener el equilibrio metabólico materno-fetal. (Suárez & López, 2021, p. 430).

En cuanto al calcio y vitamina D, la demanda total de calcio para el desarrollo fetal es significativa, pero la necesidad diaria no aumenta de forma considerable debido a adaptaciones fisiológicas maternas. El organismo incrementa la absorción intestinal de calcio, facilitada por niveles elevados de vitamina D, y moviliza parte de las reservas óseas maternas para satisfacer las necesidades del feto. Por lo tanto, en mujeres con ingestas adecuadas y sin factores de riesgo, no se requiere un aumento importante en la ingesta diaria de calcio. Mantener una ingesta adecuada (1000-1300 mg/día) es fundamental para preservar la salud ósea materna, satisfacer las demandas fetales y reducir la incidencia de preeclampsia, En cuanto a la vitamina D, esta es esencial para la absorción y metabolismo óseo; ya actúa sobre los osteoblastos y osteoclastos (células óseas) regulando el depósito y liberación de calcio. Si hay déficit de vitamina D, la suplementación podría disminuir riesgos obstétricos como preeclampsia y parto prematuro, debe limitarse a casos con deficiencia establecida, aunque la información disponible continúa siendo discutida. (Suárez & López, 202, p.429-430).

### **4.3. Patrones dietarios de riesgo y patrones protectores**

Los patrones dietarios caracterizados por un elevado consumo de granos refinados, azúcares simples, grasas saturadas, carnes procesadas y alimentos ultraprocesados (frecuentemente denominados “patrón occidental”) se asocian con un mayor riesgo de desarrollar diabetes gestacional (Quan et al., 2021).

Esta forma de alimentación promueve un estado proinflamatorio y favorece la resistencia a la insulina, lo cual incrementa la probabilidad de hiperglucemia durante el embarazo. Además, el consumo habitual de alimentos de escaso valor nutricional (ricos en calorías pero pobres en micronutrientes como vitaminas, minerales o fibra) ha sido vinculado a un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, incluida la DG, debido a su alta densidad energética y baja calidad nutricional (Plows, et al., 2018).

Dentro de los patrones dietarios de riesgo el consumo de alcohol está estrictamente contraindicado durante el embarazo, ya que atraviesa la placenta y puede provocar daños en el desarrollo fetal, incluyendo el síndrome alcohólico fetal que tiene como consecuencia un retardo en el crecimiento fetal intrauterino. No se ha determinado una cantidad segura de alcohol en esta etapa, por lo que se recomienda la abstinencia total. En cuanto a la cafeína, está también atraviesa la placenta y puede afectar al feto, que tiene una capacidad limitada para metabolizarla. Se considera que un consumo moderado (menor a 200 mg diarios, equivalente a una o dos tazas de café) no genera efectos adversos claros; sin embargo, ingestas superiores se han asociado con bajo peso al nacer y mayor riesgo de aborto espontáneo (Suárez & López, 2021, p. 433).

Respecto al uso de edulcorantes no calóricos, aquellos aprobados por organismos internacionales, como la sucralosa, la stevia y el acesulfame K, se consideran seguros en las dosis habituales. En cambio, el ciclamato y la sacarina presentan potenciales efectos adversos. Se recomienda evitar el consumo excesivo y consultar con un profesional antes de incorporarlos regularmente (Suárez & López, 2021, p. 433).

Durante el embarazo, la adopción de patrones dietarios saludables se ha asociado con mejoras en el control metabólico materno. La dieta mediterránea, caracterizada por un alto consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, frutos secos y aceite de oliva, con inclusión moderada de pescado, huevos y lácteos y bajo consumo de carne roja y ultraprocesados, se vincula con un menor riesgo de aumento excesivo de peso gestacional y retención de peso posparto, favoreciendo un

mejor control de la glucosa y mayor sensibilidad a la insulina (Assaf-Balut et al., 2019; Radwan et al., 2021).

Por su parte, la dieta DASH (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión), que enfatiza frutas, verduras, cereales integrales y productos lácteos bajos en grasa, ha mostrado también efectos positivos en la regulación de la glucemia durante la gestación y en la prevención de la diabetes gestacional (Yamamoto et al., 2018).

#### **4.4. Recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina y organismos internacionales**

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) constituyen una herramienta de referencia para promover una alimentación saludable a través de recomendaciones, las que se resumen en 10 mensajes (MSAL, 2016).

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2016):

Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.

Tomar a diario 8 vasos de agua segura.

Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.

Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.

Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.

Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.

Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.

El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir. (MSAL, 2016. p. 12).

Estas recomendaciones coinciden con las de organismos internacionales como la OMS y la ADA, que destacan la importancia de una alimentación variada, adecuada en calorías y equilibrada en nutrientes para prevenir complicaciones metabólicas durante el embarazo, incluyendo la diabetes gestacional (OMS, 2016; ADA, 2023).

Para evaluar la adherencia de la población a las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), se creó el Índice de Calidad de la Dieta Argentina (ICDAr) publicada en la revista Argentina de Salud Pública. Este instrumento traduce los mensajes de las guías en indicadores cuantificables (Méndez & Fasano, 2023).

Por lo tanto, este índice constituye una herramienta válida para investigaciones de corte transversal, ya que facilita la comparación entre individuos y poblaciones en relación con su nivel de adherencia a las guías oficiales. Su aplicación permite cuantificar la adherencia a las recomendaciones nutricionales mediante la asignación de puntajes a distintos grupos de alimentos de las GAPA (Méndez & Fasano, 2023).

## **5. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES GESTACIONAL**

Plows et al. (2018) indican que la prevalencia de diabetes gestacional tiende a ser más alta en regiones de menores ingresos, y que esta variación se relaciona con diferencias socioeconómicas y con características poblacionales, incluyendo raza y etnia.

Por su parte, Temporelli y Viego (2012) evidenciaron que “el nivel de ingreso y el sedentarismo tienen una influencia positiva sobre la obesidad y el sobrepeso” (p. 152), mostrando que la obesidad es más frecuente en los grupos con menores ingresos y menores niveles educativos.

En esta línea, Catalano (2010) describe que las mujeres con exceso de peso presentan una menor sensibilidad a la insulina, acompañada de alteraciones en la respuesta metabólica y un aumento de mediadores inflamatorios en comparación con aquellas con un peso corporal adecuado, tanto en el período previo como durante la gestación. Estas modificaciones fisiológicas contribuyen a una disminución en la tolerancia a la glucosa y elevan el riesgo de desarrollar diabetes gestacional.

Para comprender la relación entre los ingresos y la alimentación, resulta esencial considerar el costo de la canasta básica alimentaria (CBA) y la canasta básica total (CBT) vigentes en la región de estudio. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en julio de 2025 una familia tipo (compuesta por dos adultos y dos niños) residente en el Gran Buenos Aires necesitaba \$515.405 mensuales para cubrir la CBA y \$1.149.353 para la CBT (INDEC, 2025). Cuando el ingreso familiar no alcanza para cubrir estas canastas, se dificulta el acceso a una alimentación adecuada y a otros bienes esenciales, lo que puede afectar negativamente la salud materna y el control metabólico durante la gestación (INDEC, 2025).

Además de los factores económicos y educativos, Sartorelli, Crivellenti, Zuccolotto, & Franco (2019) sostienen que un mayor consumo de alimentos ultra-procesados durante el embarazo se asocia con una mayor prevalencia de obesidad, lo cual podría repercutir en el riesgo de diabetes gestacional.

La Organización Mundial de la Salud (s. f.) señala que:

En todos los niveles de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto menor es la posición socioeconómica, peor es la salud. Las personas con acceso limitado a una vivienda digna, educación, protección social y oportunidades laborales tienen un mayor riesgo de enfermedad y muerte. Las investigaciones demuestran que estos determinantes sociales pueden tener mayor peso que la genética o el acceso a la atención médica a la hora de influir en la salud. (Organización Mundial de la Salud, s. f.)

Estudios en América Latina indican que la DG afecta desproporcionadamente a mujeres en contextos de exclusión social, lo que resalta la necesidad de intervenciones específicas orientadas a la equidad en salud. Estas deberían incluir programas de educación nutricional, mejora del acceso a controles prenatales y estrategias interculturales adaptadas a las particularidades de cada comunidad (International Diabetes Federation [IDF], 2021; OMS, 2016).

## **6. ESTILO DE VIDA Y PREVENCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL**

La modificación de los hábitos relacionados con la alimentación, la actividad física y el seguimiento médico constituye un componente clave para el manejo de la diabetes gestacional y puede contribuir a reducir su incidencia o mitigar su impacto. En este sentido, la implementación de estrategias multidisciplinarias que promuevan estilos de vida saludables durante el embarazo es una vía prometedora para mejorar los resultados materno-infantiles (ADA, 2023; OMS, 2024).

Según la OMS, “La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos que implique gasto de energía...”. Incluyendo desplazamientos, tareas domésticas, actividades laborales, recreativas o deportivas. Durante el embarazo y el puerperio, su práctica regular y adaptada a las condiciones individuales se asocia con múltiples beneficios para la salud materna e infantil, entre ellos la reducción del riesgo de preeclampsia, hipertensión gestacional, DG, aumento excesivo de peso, complicaciones en el parto, depresión posparto y problemas neonatales. Además, la evidencia científica indica que la actividad física no genera efectos adversos sobre el peso al nacer ni incrementa el riesgo de mortalidad prenatal (OMS, 2024).

De acuerdo con el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020), las mujeres embarazadas sin contraindicaciones médicas deben realizar al menos 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada, distribuidos a lo largo de la semana. Esta recomendación coincide con las directrices internacionales de la OMS, que promueven el movimiento regular como componente esencial de un embarazo saludable.

Entre las actividades más recomendadas se incluyen caminar, nadar, realizar ejercicios en bicicleta estática y yoga prenatal, siempre adaptadas a la tolerancia y capacidad de cada mujer. También pueden incorporarse ejercicios de fortalecimiento muscular con bandas elásticas o pesas livianas, destinados a brazos, espalda y piernas, los cuales ayudan a mantener la fuerza y prevenir dolores musculoesqueléticos. Asimismo, los ejercicios de suelo pélvico (Kegel) son altamente recomendados, ya que preparan para el parto y contribuyen a la prevención de la incontinencia urinaria en el posparto (Davenport et al., 2018; ACOG, 2020).

La práctica regular de actividad física durante la gestación favorece el control glucémico, mejora la sensibilidad a la insulina y contribuye a la prevención de la DG, además de reducir el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia. También mejora el bienestar psicológico, la calidad del sueño, ayuda a mantener un peso corporal adecuado y facilita la recuperación posparto. No obstante, deben evitarse actividades con riesgo de caídas o traumatismos abdominales, y ante signos de alarma (como dolor intenso, sangrado o contracciones prematuras) se debe suspender la actividad y consultar al profesional de salud (ACOG, 2020; OMS, 2024).

La prevención efectiva de la DG requiere un enfoque integral que combine la nutrición adecuada, la actividad física regular y el seguimiento médico continuo. Este último permite la detección temprana de alteraciones metabólicas, el monitoreo del peso gestacional y la implementación oportuna de intervenciones terapéuticas, minimizando los riesgos tanto para la madre como para el feto (ADA, 2023).

## ESTADO DEL ARTE

### 1. EPIDEMIOLOGÍA MUNDIAL, LATINOAMERICANA Y EN ARGENTINA

A nivel mundial, la hiperglucemia relacionada con el embarazo afecta aproximadamente a 21 millones de niños nacidos vivos al año, es decir uno de cada 6 embarazos se ven afectados. Esto incluye tanto a diabetes que se haya diagnosticado por primera vez durante la gestación, DG que se da de forma leve el aumento de la glucemia o una diabetes ya preexistente que no fue diagnosticada previamente al embarazo (OMS, 2025).

Las estimaciones globales de diabetes gestacional difieren sustancialmente en función de los criterios diagnósticos y del contexto socioeconómico. De acuerdo con el análisis de Wang et al. (2022), respaldado por la International Diabetes Federation, las prevalencias estandarizadas varían entre el 9% y el 14% según el nivel de ingreso de los países, lo que pone de manifiesto la notable heterogeneidad epidemiológica entre regiones.

En Argentina, según los criterios de la ALAD, la prevalencia de DG sería aproximadamente del 10% de las mujeres embarazadas, variando según la región y permitiendo identificar factores de riesgo maternos asociados. No obstante, cuando se aplican los criterios más sensibles de la IADPSG, la prevalencia puede alcanzar hasta un 25% en ciertas cohortes argentinas, lo que destaca la importancia de los criterios diagnósticos en la identificación de casos y el manejo clínico de la DG (Gorban de Lapertosa et al., 2020).

De manera similar, un estudio realizado en una maternidad de la provincia de Buenos Aires reveló que la incidencia de DG aumentó del 16,8% en 2021 y en el 2023 un 37,1%, coincidiendo con la implementación del protocolo de diagnóstico de la IADPSG en enero de 2022. Este cambio en los criterios diagnósticos ha permitido una detección más temprana y precisa de la enfermedad, lo que explica en parte el aumento en la prevalencia observada (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [FASGO], 2023).

Con el fin de reducir esta variabilidad, el Ministerio de Salud de la Nación dictó la resolución 3755/2023, que establece la adopción de los criterios de la IADPSG como estándar diagnóstico en todo el sistema sanitario. Esta normativa busca uniformar la práctica clínica, mejorar la detección temprana y favorecer intervenciones oportunas, representando un avance significativo en la política sanitaria argentina (MSAL, 2023).

## **2. FACTORES DIETÉTICOS ASOCIADOS A LA DG**

El papel de los patrones alimentarios en el riesgo de desarrollar diabetes gestacional ha sido ampliamente documentado. Evidencias recientes señalan que la adherencia a la dieta mediterránea durante el embarazo se asocia con una reducción del riesgo de DG, además de mejoras en diversos biomarcadores materno-fetales. De manera complementaria, un metaanálisis de estudios de cohorte demostró que seguir patrones alimentarios similares, como la dieta DASH, también ejerce efectos beneficiosos al disminuir los niveles de HbA1c y mejorar el perfil lipídico. En conjunto, ambos enfoques dietéticos se vinculan con una menor probabilidad de desarrollar DG (Izadi et al. 2016; Tan, Morgan, Compher y Creasy, 2025).

Los patrones alimentarios de bajo índice glucémico han sido propuestos como estrategia dietética tanto preventiva como terapéutica en la diabetes gestacional. De acuerdo con un metaanálisis reciente de Clinical Nutrition ESPEN, este enfoque contribuye a optimizar el control glucémico y determinados desenlaces perinatales; no obstante, su impacto sobre la incidencia global de la DG presenta resultados heterogéneos (Deng et al., 2023).

El acceso a servicios de atención prenatal y cobertura sanitaria adecuada es fundamental. La falta de acceso puede retrasar el diagnóstico y aumentar complicaciones. Un estudio en Kansas, Estados Unidos, observó mayor prevalencia de DG en mujeres de zonas rurales y asociada a edad materna avanzada (Ali et al., 2024).

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

La diabetes gestacional constituye una alteración metabólica frecuente durante el embarazo, asociada a riesgos tanto maternos como neonatales. Su aparición y control se vinculan con diversos factores, entre los cuales los hábitos alimentarios y las condiciones socioeconómicas desempeñan un papel relevante. Comprender cómo estos determinantes influyen en la conducta alimentaria resulta de importancia para orientar estrategias de prevención y tratamiento nutricional adecuadas.

En el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre se asiste a una población heterogénea de mujeres embarazadas, sin embargo, se dispone de escasa información sistematizada sobre sus prácticas alimentarias y las variables sociales que las condicionan.

A partir de esta realidad, se formula el siguiente interrogante de investigación:

¿Cómo son los hábitos alimentarios de mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional, atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre durante el período septiembre y octubre de 2025?

## VARIABLES DEL ESTUDIO

### 1. Variables antropométricas y sociodemográficas

Variable	Concepto/ Definición	Dimensión	Tipo de variables	Indicadores	Instrumento de recolección	Valores/ categorización
Edad	La cantidad de años vividos por un individuo desde su nacimiento hasta el presente (Ayala Gómez & Garzón Rodríguez, 2025).	Sociodemográfica	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos	Encuesta estructurada	Numérico (18-45 años)
Nivel educativo	Grado de instrucción formal alcanzado por la persona (UNESCO UIS, 2020)		Cualitativa ordinal	Nivel educativo alcanzado		Primario incompleto- Completo. secundario / terciario / universitario
Situación laboral	Condición de una persona respecto de su participación en la actividad económica: empleo, desempleo (Organización Internacional del Trabajo [ILO], 2018).		Cuantitativa nominal	Actividad laboral actual		Empleada Desempleada
Tipo de cobertura de salud	Sistema o servicio a través del cual las personas acceden a prestaciones médicas: pública, obra social o privada (MSAL, 2023)		Cualitativa nominal	Acceso a servicios de salud		Pública Obra social Prepaga
Ingreso familiar mensual	“ Nivel de ingreso mensual que una familia puede generar si todos sus miembros adultos (mayores de 14	Socioeconómica	Cualitativa ordinal	Rango de ingreso mensual		<\$520.000 \$520.000 a 1.150.000 >\$1.150.000

	años y menores de 65) usan toda su capacidad física y humana, y si no existen perturbaciones transitorias en el proceso de transformación del tiempo en bienes.” (Paz, 2000).				Encuesta estructurada	
Talla	Se refiere a la estatura de una persona, medida desde los pies hasta la cabeza, y constituye un indicador fundamental del crecimiento y desarrollo, así como de la salud general, especialmente en niños y adolescentes (Clínica Universidad de Navarra, 2023).	Antropométrica	Cuantitativa continua	Estatura en cm		Valor numérico
Peso	Peso corporal en kilogramos, indicador básico de estado nutricional ( Health Knowledge. s. f.).		Cuantitativa continua	Peso actual en kg		Valor numérico
IMC	Relación entre peso y talla (kg/m <sup>2</sup> ) para clasificar estado nutricional (Zierle-Ghosh & Jan, 2023).		Cuantitativa continua	Indicador de relación peso y talla :kg/m <sup>2</sup>	Cálculo a partir de talla y peso	Bajo peso (< 18, 5 kg/m <sup>2</sup> )Normal (18,5 a 25 kg/m <sup>2</sup> ) Sobrepeso (>25 - <30 kg/ m <sup>2</sup> ) Obesidad (> 30 kg/ m <sup>2</sup> )

## 2. Variables de estudio: diagnóstico de diabetes gestacional, factores dietéticos y socioeconómicos

Variable	Concepto/ Definición	Dimensión	Tipo de variables	Indicadores	Instrumento de recolección	Valores/ categorización
Diagnóstico de diabetes gestacional	Intolerancia a los hidratos de carbono que aparece por primera vez durante el embarazo, diagnosticada mediante pruebas de glucosa estandarizadas (ADA, 2023).	Diagnóstico o clínico	Cualitativa dicotómica	Presencia o no de DG según criterios clínicos	Historia clínica	Sí / No
Edad gestacional	Tiempo transcurrido en semanas desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha de evaluación clínica (MedlinePlus, 2023)	Salud materna	Cualitativa dicotómica	Presencia de DG	Historia clínica	< 24 semanas. > 24semanas.
Paridad	Número de partos que alcanzaron la edad gestacional viable a partir de las 20 semanas de gestación, independientemente de que el recién nacido haya sobrevivido o no (Muñoz, J. L., & Goje, O. 2024)		Cualitativa dicotómica	Primer embarazo	Cuestionario estructurado	Sí / No
Consejería nutricional	Proceso comunicativo y bidireccional llevado a cabo por un profesional de la salud, cuyo objetivo es fomentar el conocimiento y prácticas alimentarias saludables. (Quintana Angulo, 2024)		Cualitativa dicotómica	Recepción de tratamiento o consejería nutricional durante el embarazo		Sí / No
número de comidas diarias	Distribuir la ingesta diaria en varias porciones ( ADA, 2023)	Calidad de la dieta	Cuantitativa discreta	Frecuencia diaria de ingestas principales y colaciones	Encuesta estructurada basado en las GAPA	≤ 2 comidas/día. 3 comidas/día. >4 comidas/día.

Consumo frutas y verduras	Ingesta diaria o frecuencia de consumo de cada grupo alimentario según las recomendaciones oficiales de la GAPA. (MSAL, 2016).	Calidad de la dieta	Cualitativa ordinal	Frecuencia diaria de porciones según las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)	Encuesta estructurada basado en las GAPA	1/ día - 2 a 3/ día - >3 /día - Nunca.
Consumo de lácteos						1/día - 2/ día -3/día >3/ día -Nunca.
Consumo de cereales refinados						1- 2 /día - >3/ día Nunca.
Consumo de cereales integrales y legumbres						1-3/ día – >4 /día - Nunca
Consumo de carnes (rojas, pollo, pescado)						1-2 / día – >3/día – Nunca.
Consumo hídrico						< 1 litro/ 1–2 litros. >2 litros.
Consumo de alimentos de bajo valor nutricional	Aquellos que aportan calorías vacías, con escaso contenido de vitaminas, minerales, proteínas o fibra. Se incluyen en este grupo las bebidas azucaradas, golosinas, snacks procesados, productos de pastelería industrial y jugos industriales	Calidad de la dieta	Cualitativa ordinal			Diario 1- 4/ semana 5-7/semana. Nunca.
Adherencia a guías alimentarias	Nivel de cumplimiento de las recomendaciones de las GAPA medido mediante el ICDAr (Méndez et al., 2023).	Calidad de la dieta	Cualitativa ordinal	Nivel de adherencia a las GAPA		Nula o baja (< 33 %). Media (34 % a 66%). Alta (> 66%).

Actividad Física	Cualquier movimiento corporal producido por músculos esqueléticos que genera gasto energético, incluyendo caminatas, ejercicios aeróbicos, entrenamientos de fuerza y otras rutinas físicas; medida según frecuencia, duración e intensidad (OMS, 2020).	Frecuencia y nivel de actividad	Cualitativa ordinal	- Días por semana con actividad física - Minutos por sesión - Tipo de actividad (aeróbica, caminata, etc.	Encuesta estructurada	<b>Frecuencia:</b> 1-2 días / 3-4 días. 5 o más/ días/Nunca. <b>Duración:</b> <30 minutos/ 30-60 minutos/ >60 minutos.
------------------	--	---------------------------------	---------------------	---	-----------------------	---

## **Situación problemática**

La diabetes gestacional constituye una de las complicaciones metabólicas más frecuentes durante el embarazo y se asocia con consecuencias adversas tanto para la madre como para el recién nacido (ADA, 2024). Entre los factores que influyen en su aparición y evolución, los hábitos alimentarios desempeñan un papel fundamental, ya que una alimentación inadecuada puede dificultar el control glucémico y aumentar el riesgo de complicaciones. A su vez, las condiciones socioeconómicas pueden condicionar la calidad de la dieta y el acceso a alimentos saludables, lo que impacta directamente en la salud materno-infantil. Sin embargo, en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre no se cuenta con información sistematizada que describa los hábitos alimentarios de las mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional ni cómo influyen sus condiciones socioeconómicas durante el período de septiembre. Contar con esta caracterización permitirá orientar futuras estrategias de educación alimentaria y prevención adaptadas a las características de esta población.

## **Hipótesis general**

Se espera encontrar que las mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional presenten patrones alimentarios distintos a los recomendados en las Guías Alimentarias de la Población Argentina (GAPA).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar los hábitos alimentarios en mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional en el Hospital Materno Infantil Dr. Florencio Escardó de Tigre durante el período de septiembre y octubre de 2025.

### **Objetivo específicos**

1. Identificar el nivel socioeconómico de las mujeres embarazadas que presentan diagnóstico de diabetes gestacional.
2. Caracterizar los patrones alimentarios durante el embarazo en la población estudiada.
3. Comparar la adecuación de la alimentación de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional en relación con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA).

El presente estudio es factible de realizarse, ya que se cuenta con acceso directo a la población objetivo a través del Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre , donde se atienden mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional durante el período de estudio. Los datos se recolectarán mediante cuestionarios aplicados a través de Google Forms, diseñados o adaptados de instrumentos validados previamente en estudios similares como el ICDAr adaptado, lo que permitirá obtener información sobre hábitos alimentarios y condiciones socioeconómicas de manera práctica y segura. El estudio puede ejecutarse dentro del tiempo disponible y con los recursos humanos y materiales accesibles, permitiendo obtener información relevante que facilite el diseño de estrategias de educación alimentaria y prevención adaptadas a las características de esta población.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que se orientó a la medición y análisis de variables observables a través de técnicas estandarizadas. El diseño fue de tipo observacional, transversal y descriptivo, en tanto buscó caracterizar los hábitos alimentarios de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional en un momento determinado, sin manipular las variables de estudio. En consecuencia, se trató de un estudio no experimental, dado que las condiciones y comportamientos analizados se observaron tal como se presentaron en la realidad. El alcance descriptivo permitió identificar y detallar las principales características de la población y sus patrones alimentarios, así como explorar posibles asociaciones con factores socioeconómicos.

### **Descripción de la población estudiada**

La población de estudio estuvo conformada por mujeres embarazadas que asistieron a los controles prenatales en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó”, ubicado en el partido de Tigre, provincia de Buenos Aires, durante el período comprendido entre septiembre y octubre de 2025.

La muestra estuvo integrada por todas las mujeres embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos y que aceptaron participar voluntariamente durante el período de recolección de datos. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la accesibilidad y disponibilidad de las participantes durante las consultas prenatales.

Los criterios de inclusión contemplaron mujeres embarazadas de entre 18 y 45 años, que se encontraran cursando tanto en el primer, segundo o tercer trimestre de gestación que asistieron al Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” y otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Se excluyeron aquellas mujeres con diagnóstico previo de diabetes tipo 1 o tipo 2 antes del embarazo, con enfermedades crónicas capaces de modificar el patrón dietético (como enfermedad renal o enfermedad celíaca no tratada), así como quienes presentaran dificultades de comprensión del cuestionario o no completaron adecuadamente la información requerida. Asimismo, se

excluyeron los embarazos múltiples, debido a las diferencias fisiológicas y riesgos asociados, entre ellos una mayor predisposición al desarrollo de la enfermedad. Esta decisión metodológica tuvo como objetivo obtener una muestra más homogénea de embarazos únicos, permitiendo una estimación más precisa y específica de la prevalencia de diabetes gestacional en la población estudiada y evitando una posible sobreestimación del riesgo (Plows et al., 2018). Por último, se establecieron criterios de eliminación que incluyeron la exclusión de cuestionarios incompletos o con respuestas inadecuadas, a fin de garantizar la calidad y validez de los datos obtenidos.

### **Procedimientos de recolección de datos**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante una encuesta estructurada elaborada en la plataforma Google Forms, lo que permitió una distribución ágil, accesible y de bajo costo del instrumento entre las mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” de Tigre. El formulario digital fue anónimo y autoadministrado, y se difundió por contacto directo con las participantes durante los controles prenatales, mediante un código QR. Antes de comenzar la encuesta, se incluyó un consentimiento informado digital, donde se explicó la finalidad del estudio y la confidencialidad de los datos.

Para evaluar la calidad de la dieta de las participantes, se utilizó como base metodológica el Índice de Calidad de Dieta desarrollado por Méndez et al. (2023), basado en las Guías Alimentarias para la Población Argentina.

En el presente estudio, se adaptó dicho método con el objetivo de adecuarlo a la población de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional considerando las recomendaciones de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (2022) y del Institute of Medicine (2005), que sugieren el consumo de hidratos complejos por sobre los simples.

La adaptación consistió en la implementación de una escala simplificada de puntuación, asignando 0 puntos (bajo o nulo cumplimiento), 1 punto (cumplimiento intermedio) y 2 puntos (cumplimiento óptimo). Según el puntaje total obtenido, se establecieron tres niveles de adherencia a las recomendaciones alimentarias: baja ( $\leq 33\%$ ), media (34–66%) y alta ( $> 66\%$ ). Separación de frutas y verduras en la recomendación, evaluar el consumo de alcohol, separación de consumo de hidratos simples de complejos. Esta versión adaptada mantiene la estructura conceptual del índice original, pero facilita su aplicación e interpretación en la población de estudio, representando una modificación metodológica propia de la autora con el objetivo de evaluar la calidad de la dieta

durante el embarazo. Los componentes del índice y los criterios de clasificación se presentan en la Tabla 2 (ver en Anexos), titulada “*Componentes del ICDAr y cálculo de porcentaje de adherencia*”.

En función de los datos del INDEC de julio 2025 sobre la CBA y la CBT, en este estudio se propone una clasificación aproximada de estratos socioeconómicos según la capacidad del ingreso familiar para cubrir estas canastas:

- **Estrato bajo:** ingresos familiares inferiores al valor de la CBA (< \$515.405), indicando limitada capacidad para cubrir necesidades alimentarias básicas.
- **Estrato medio:** ingresos familiares entre el valor de la CBA y la CBT (\$515.405 - \$1.149.353), con capacidad para cubrir alimentación básica pero con restricciones en otros bienes y servicios.
- **Estrato alto:** ingresos familiares superiores al valor de la CBT (> \$1.149.353), con mayor acceso a recursos y servicios.

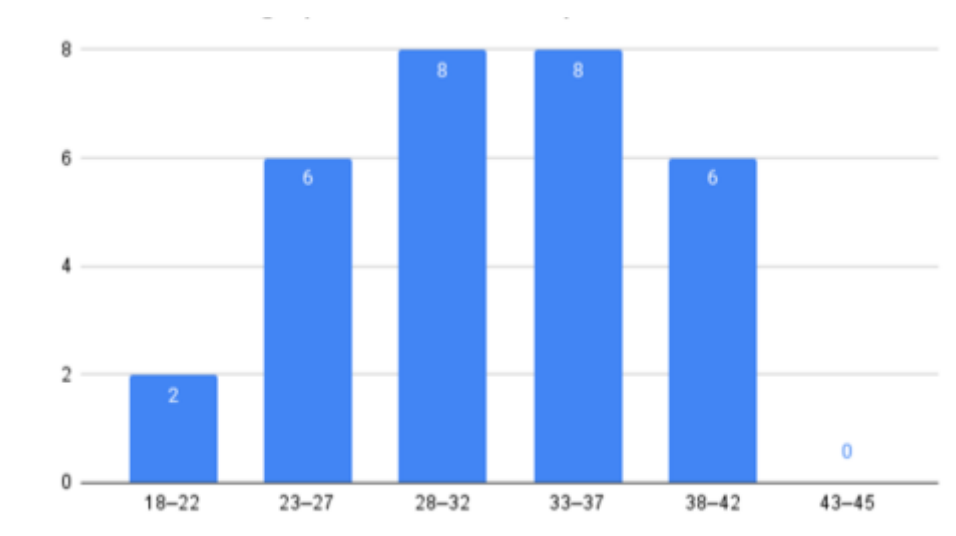
Esta clasificación es una propuesta metodológica del presente estudio, basada en los datos oficiales del INDEC, y no representa una categorización publicada por otra fuente. Cabe destacar que el INDEC actualiza mensualmente los valores de la CBA y la CBT, los cuales constituyen indicadores clave para evaluar la suficiencia del ingreso familiar frente al costo de vida. Según el informe más reciente, en septiembre de 2025 la variación mensual de ambas canastas fue del 1,4%, acumulando en el año incrementos del 17,5% para la CBA y 14,9% para la CBT, con variaciones interanuales del 23,1% y 22,0%, respectivamente (INDEC, 2025).

## RESULTADOS DEL ESTUDIO

El presente análisis corresponde a la recopilación y procesamiento de datos provenientes de 30 encuestas realizadas a mujeres embarazadas diagnosticadas con diabetes gestacional, atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” durante el período septiembre-octubre de 2025.

Las participantes presentaron edades comprendidas entre los 21 y 42 años, con un rango de edad promedio de 39,9 años, la mediana de 32 años y una moda correspondiente al grupo etario de 30 y 32 años. La frecuencia de las edades fue de 28 a 37 años, la misma se muestra en el gráfico 1.

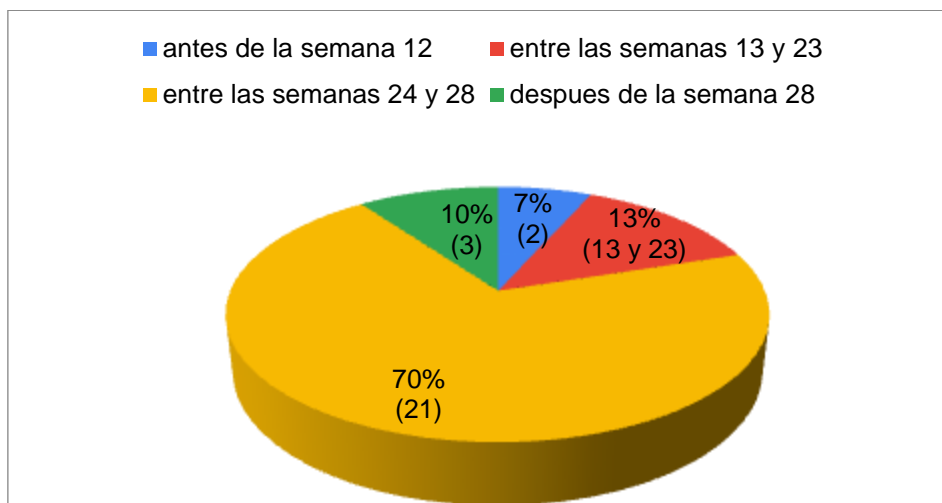
**Gráfico 1: Clasificación en grupos de referencia de la muestra por edades (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

Del total de 30 encuestadas, el 70% fue diagnosticada entre las semanas 24 y 28 de gestación, mientras que un 13% recibió el diagnóstico entre las semanas 13 y 23, un 10% después de la semana 28 y solo un 7% en el primer trimestre de embarazo (gráfico 2).

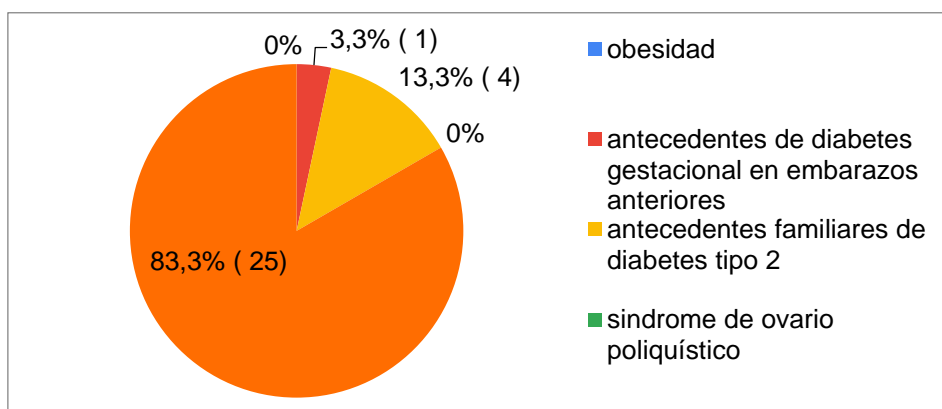
**Gráfico 2: Semana de gestación en la cual fue diagnosticada con diabetes gestacional (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

Del total de mujeres encuestadas, el 83,3% refirió que la prueba de glucosa antes de la semana 24 fue solicitada por otros motivos clínicos no especificados, mientras que el 13,3 % la realizó por antecedentes familiares de diabetes y solo el 3,3% por antecedentes personales de diabetes gestacional (gráfico N° 3).

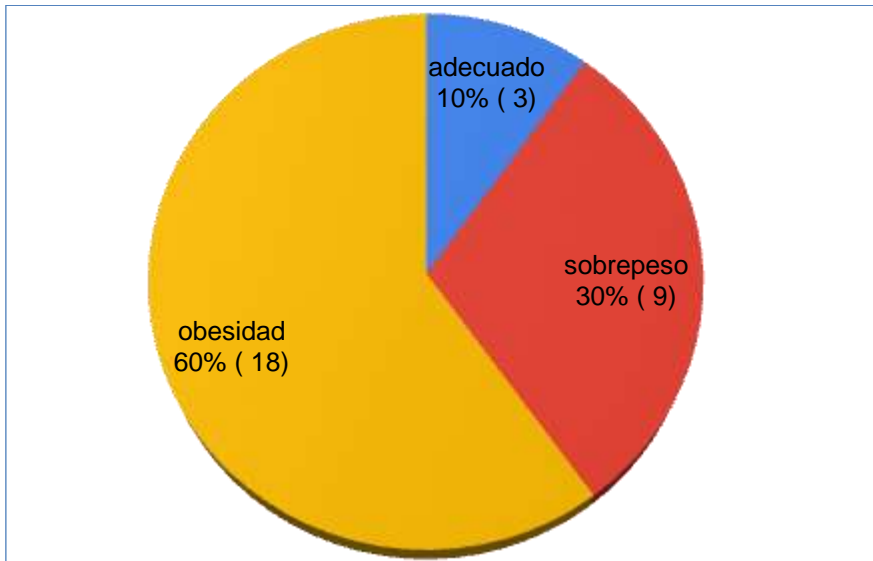
**Gráfico 3: Motivo de indicar la curva de glucosa antes de la semana 24 (n = 30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

Se evidenció una prevalencia de obesidad del 60% de las encuestadas, mientras que el 30% se encuentra con sobrepeso y solo un 10% se encuentra en adecuado estado nutricional (Gráfico N°4).

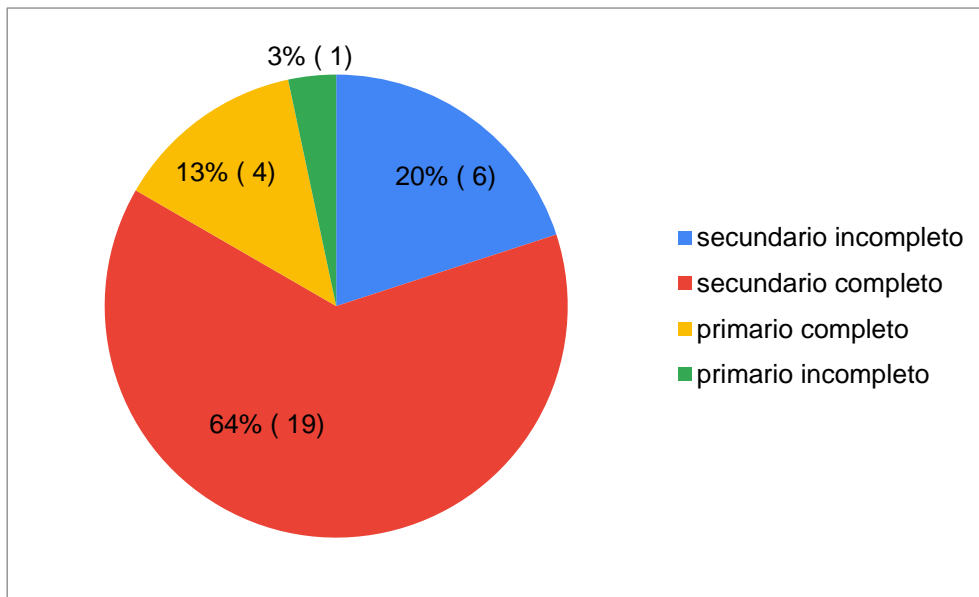
**Gráfico 4: Estado nutricional materno según clasificación Atalah/ MSAL (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

En cuanto al nivel educativo de las participantes, se observa que el 64 % completó sus estudios secundarios, mientras que un 20 % no finalizó la secundaria. Además, el 13 % cuenta con nivel primario completo, y solo un 3 % posee primario incompleto (Gráfico N° 5).

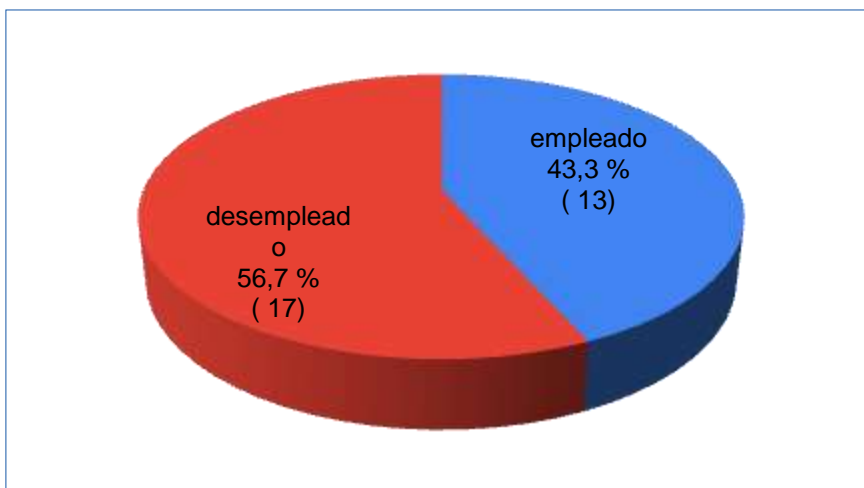
**Gráfico 5: Nivel educativo materno (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

Con respecto a la Situación laboral el 43,3 % de las mujeres manifestó estar empleada al momento de la encuesta, en tanto que el 56,7 % se encontraba desempleada o realizando tareas del hogar, el cual se ve reflejado en el gráfico 6.

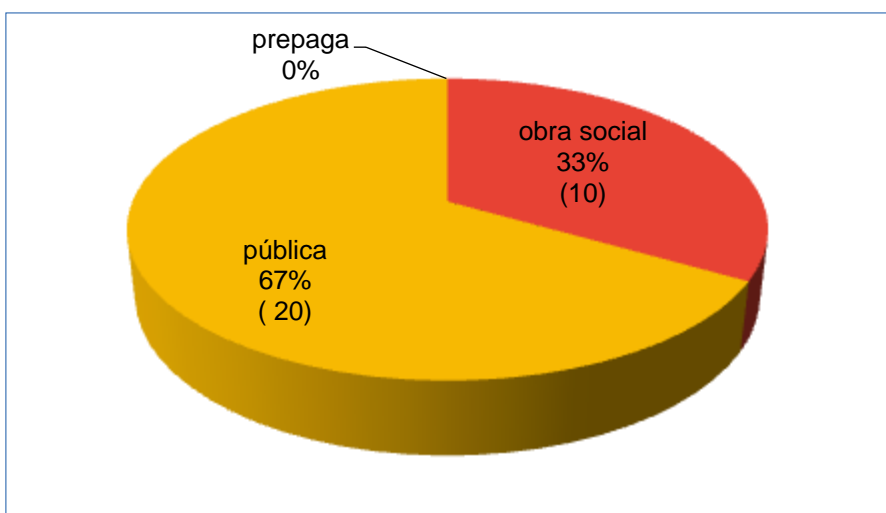
**Gráfico 6: Situación laboral (n=30)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

En cuanto a la cobertura sanitaria, el 67 % indicó atenderse en el sistema público de salud, el 33 % posee obra social y ninguna encuestada contaba con cobertura privada (Gráfico 7).

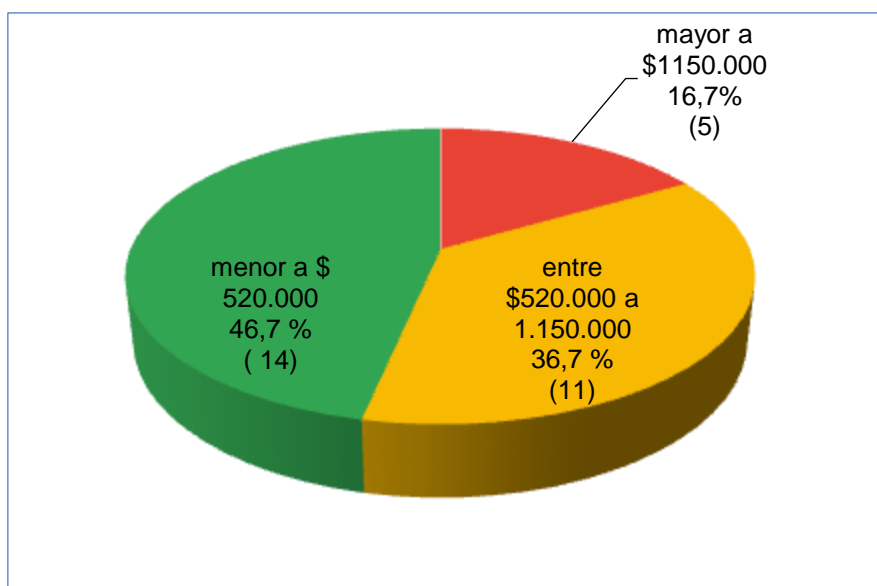
**Gráfico 7: Tipo de cobertura médica (n=30)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

Los resultados analizados respecto al ingreso familiar mensual muestran que el 46,7 % de las encuestadas declaró ingresos inferiores a la Canasta Básica Alimentaria (CBA), el 36,7 % se ubicó dentro del estrato medio (entre CBA y CBT), y solo el 10 % superó la CBT vigente según los valores del INDEC en julio de 2025 (Gráfico N°8).

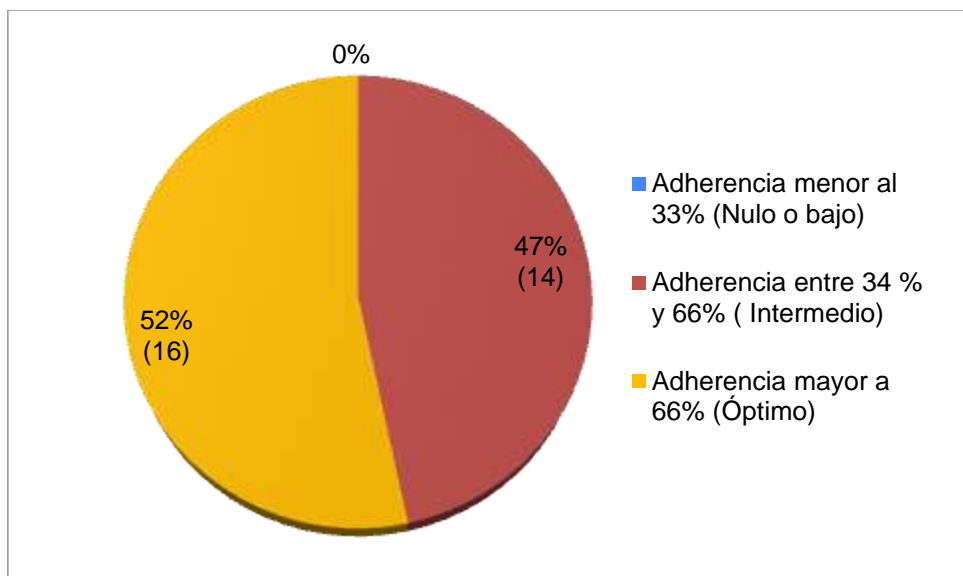
**Gráfico 8: Ingreso mensual del hogar (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

El análisis de la calidad de la dieta, utilizando el Índice de Calidad de Dieta adaptado (ICDAr) para mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional, mostró que ninguna participante presentó un puntaje dentro del rango de nulo o bajo cumplimiento (0–8 puntos, adherencia  $\leq 33\%$ ). Se observó que 14 participantes (47%) alcanzaron un cumplimiento intermedio del índice (9–17 puntos, adherencia 34–66%), mientras que otras 16 participantes (52%) lograron un cumplimiento óptimo (18–26 puntos, adherencia  $>66\%$ ) el mismo se muestra en el gráfico 9.

**Gráfico 9: Nivel de adherencia a las recomendaciones de las GAPA adaptado del ICDAr (Méndez, 2023) para embarazadas (n=30)**



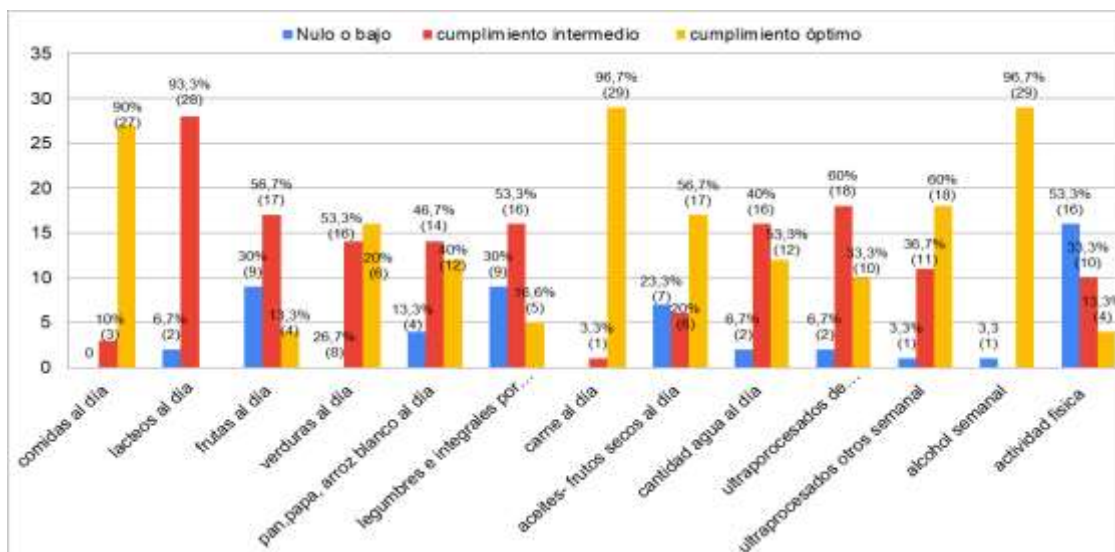
*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

En cumplimiento intermedio donde parcialmente cumplen la recomendaciones, como datos más relevantes se encontraron los lácteos con un 93,3% (1-2 porciones al día); un 56,7% en frutas lo cual indica que consumen mayor a 4 frutas al día y respecto a las legumbres y cereales integrales el 53,3% consumen entre 1-2 veces a la semana; los ultraprocesados de panadería como facturas, bizcochos, galletitas dulces se encuentra con un 60% de las encuestadas indicaron consumir entre 1<sup>a</sup> a 4 porciones a la semana. En cuanto al nivel bajo o nulo predomina la actividad física con un 53,3%, lo cual indica que no realizan actividad física.

Se analizó la adherencia a las recomendaciones alimentarias según los diferentes componentes del ICDAr adaptado para mujeres embarazadas con diabetes gestacional. El mayor nivel de cumplimiento se observó en la cantidad de comidas diarias, donde el 90 % de las participantes alcanzó un cumplimiento óptimo, realizando cuatro comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena) más colaciones.

Asimismo, el 96,7 % cumplió adecuadamente con la recomendación de consumir carnes magras (1 a 2 porciones diarias). En relación con el consumo de alcohol, el 96,7 % de las mujeres informó no consumirlo durante el embarazo, lo que también se considera un cumplimiento óptimo de las recomendaciones (Gráfico N°10).

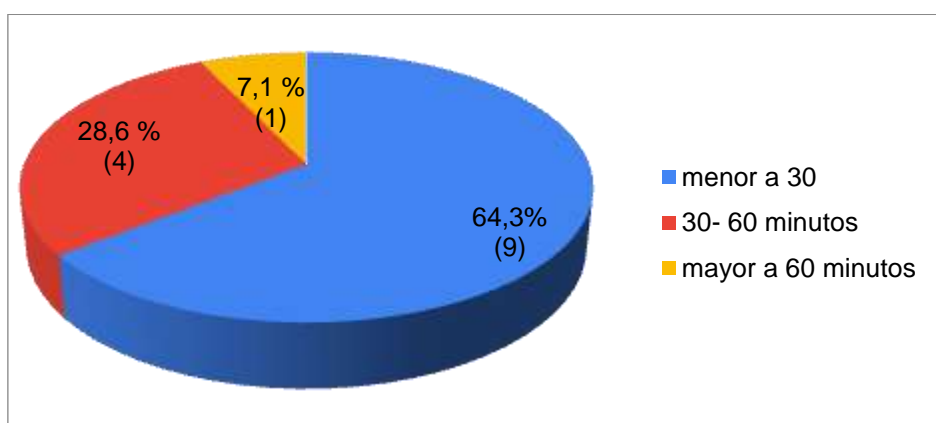
**Gráfico 10: Nivel de adherencia a las recomendaciones de las GAPA adaptado del ICDAr (Méndez, 2023) para embarazadas según grupo de alimentos y actividad física (n=30)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

Como se mencionó anteriormente, el 53,3 % no realiza actividad física. Respecto a las que sí realizan una actividad física solo el 64,3% de las participantes realiza menos de 30 minutos de actividad física diaria, mientras que el 28,6% realiza entre 30 y 60 minutos. Solo un 7,1% supera los 60 minutos por día (Gráfico 11).

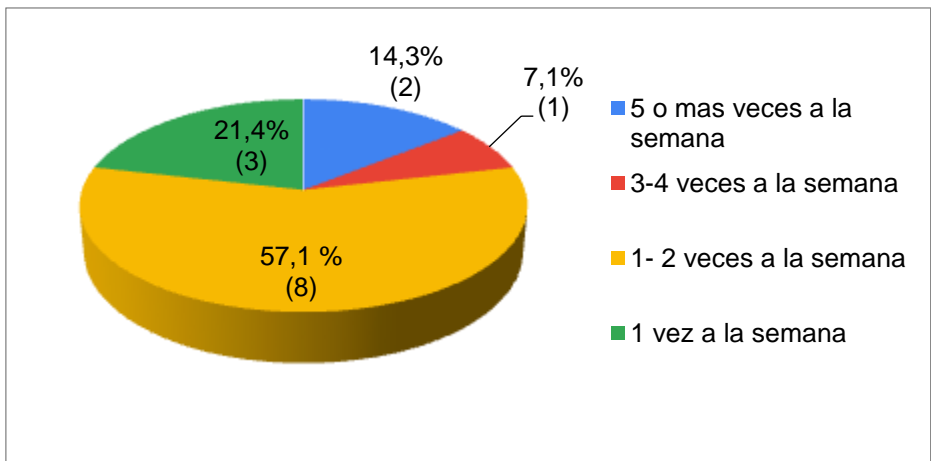
**Gráfico 11: Tiempo estimado de actividad física (n=14)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

En cuanto a la frecuencia semanal, el 57,1% realiza actividad física entre 1 y 2 veces por semana, seguido por un 21,4% que la practica solo una vez por semana. Un 14,3% la realiza 5 o más veces, y solo un 7,1% practica entre 3 y 4 veces por semana (Gráfico 12).

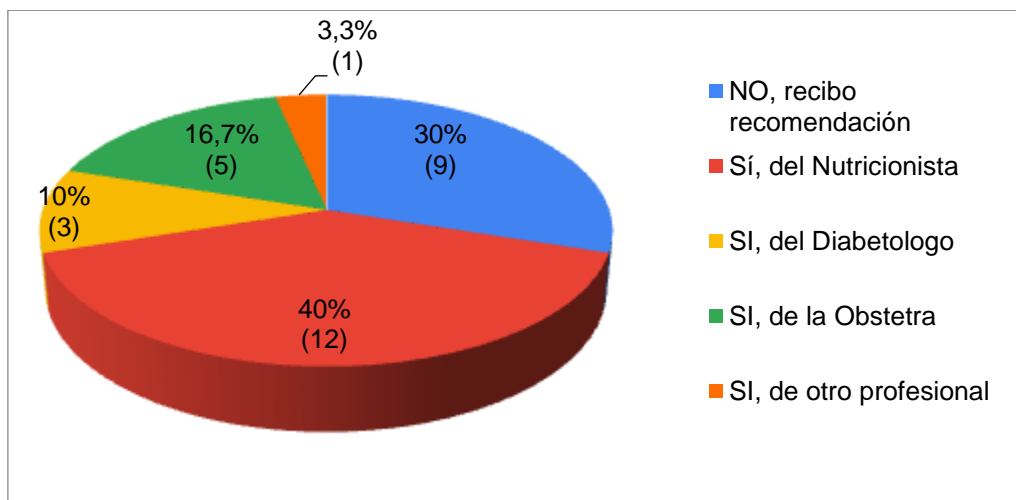
**Gráfico 12: Cantidad de veces que realiza actividad física en la semana (n=14)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

De las 30 encuestadas, el 40% reciben recomendaciones nutricionales de un Lic. en Nutrición desde su diagnóstico de diabetes gestacional, mientras que el 30 % no recibe recomendaciones de ningún profesional, un 16,7% recibe recomendación de su obstetra y un 10 % de su diabetólogo. Dicho análisis se muestra en el siguiente gráfico 13.

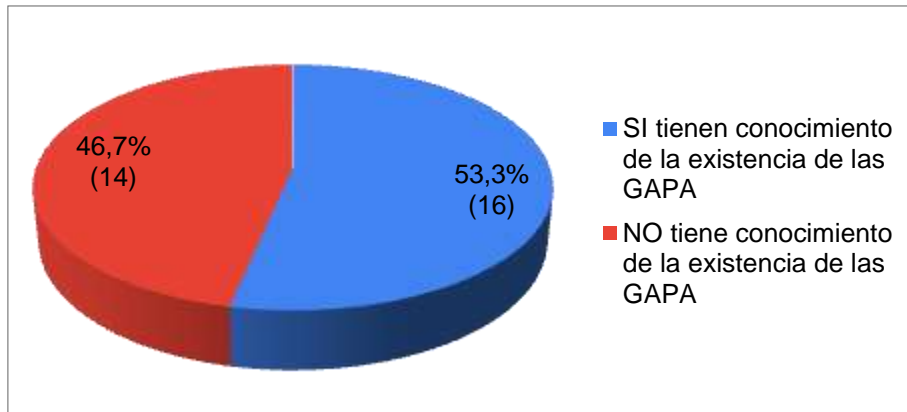
**Gráfico 13: Recomendaciones nutricionales sugeridas por algún profesional de la salud (n=30)**



*Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).*

En cuanto al conocimiento sobre la existencia de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), se observó que 16 participantes (53,3%) declararon conocerlas, mientras que 14 participantes (46,7%) indicaron no tener conocimiento de las mismas (Gráfico N°14).

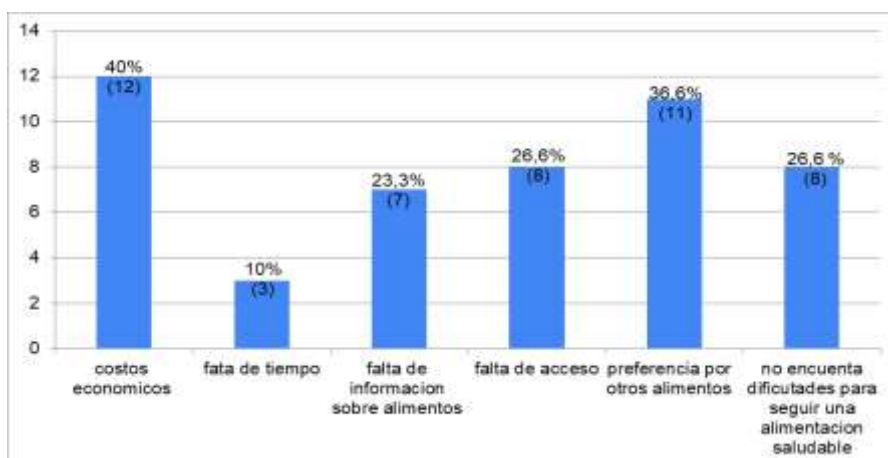
**Gráfico 14: Conocimiento acerca de la existencia de las GAPA (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

Dentro del grupo de participantes que tiene conocimiento de la existencia de las GAPA, un 40% presenta dificultades para seguir dichas recomendaciones y un 36,6% tiene preferencia por otros alimentos fuera de las recomendaciones dadas por un profesional de la salud. Entre otras dificultades se encuentra la falta de acceso 26,6%, un 23,3% la falta de información nutricional de alimentos donde ellas puedan elegir correctamente por opciones saludables; y un 26,6% no presenta dificultades para seguir las recomendaciones saludables para el plan nutricional con diabetes gestacional (Gráfico N°15).

**Gráfico 15: Dificultades presentes para seguir un plan nutricional adecuado (n=30)**



*Nota.* Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta aplicada en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” (2025).

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar los hábitos alimentarios y las condiciones socioeconómicas en 30 mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó” durante los meses de septiembre y octubre de 2025. Los principales hallazgos indican que la mayoría de las participantes fue diagnosticada entre las semanas 24 y 28 (70%), existió una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad (90% en conjunto: 60% obesidad y 30% sobrepeso) y que la adherencia global a las recomendaciones adaptadas de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), evaluada con la versión adaptada del ICDAr, se distribuyó en un 48% de adherencia intermedia y un 52% de adherencia óptima. No se registraron puntajes dentro del rango de adherencia baja.

Estos resultados deben interpretarse considerando el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo (por conveniencia), lo que limita poder generalizar, pero permite identificar tendencias relevantes en la población estudiada. La mediana de adherencia intermedia/óptima observada en esta muestra coincide con lo reportado por Méndez et al. (2023), quienes hallaron una calidad de dieta intermedia en la población evaluada con el ICDAr original. Esto sugiere que, aun con las adaptaciones realizadas para mujeres embarazadas, la herramienta conserva su utilidad para identificar distintos niveles de adherencia a las guías.

Al analizar los componentes de la alimentación en comparación con las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA), se observó un cumplimiento adecuado en algunos aspectos. La mayoría de las participantes realizaba las cuatro comidas principales con colaciones, y el consumo de carnes se mantenía dentro de lo recomendado (una porción diaria). Asimismo, se registró una abstinencia casi total de alcohol, lo cual coincide con las recomendaciones para el embarazo y favorece el control glucémico.

Sin embargo, al contrastar los hábitos alimentarios con las GAPA, surgieron áreas de incumplimiento. Un 56,7% de las mujeres consumía más frutas de las recomendadas (más de cuatro porciones diarias), superando la sugerencia de tres porciones de frutas y dos de verduras. En la

misma línea, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA, 2022) aconseja priorizar carbohidratos complejos sobre simples, por lo que un consumo excesivo de frutas (fuente de carbohidratos simples) podría impactar negativamente en el control glucémico si no se regulan las porciones.

Asimismo, en comparación con lo recomendado por las GAPA respecto a limitar alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y sodio, se observó un consumo elevado de productos de panadería y ultraprocesados: el 60% los ingiere entre una y cuatro veces por semana. A esto se suma que más de la mitad de las participantes (53,3%) no realiza actividad física de forma regular, lo cual también se aleja de las recomendaciones nacionales sobre estilos de vida saludables. La mayoría de las mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional realiza un nivel insuficiente de actividad física diaria, ya que menos de 30 minutos no cumple con las recomendaciones y las guías perinatales, que sugieren al menos 150 minutos semanales de actividad moderada (OMS, 2024; ACOG, 2020).

El porcentaje de mujeres que realiza más de 60 minutos diarios de actividad física es mínimo, lo que evidencia una marcada tendencia al sedentarismo en la población estudiada. Estos resultados coinciden con lo señalado por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA, 2022), que identifica al sedentarismo y la obesidad como factores de riesgo predominantes en mujeres con diabetes gestacional. Además, SOGIBA destaca que la actividad física regular constituye uno de los pilares del tratamiento, ya que favorece el control glucémico y ayuda a reducir el riesgo de complicaciones materno-fetales. En este sentido, la baja adherencia observada en este estudio respecto de las recomendaciones vigentes subraya la necesidad de reforzar estrategias que promuevan la actividad física como un factor modificable clave para mejorar la salud de esta población.

Las condiciones socioeconómicas también influyen en los patrones alimentarios observados. Casi la mitad de las encuestadas (46,7%) informó ingresos por debajo de la canasta básica alimentaria y la mayoría no contaba con empleo formal. Estas condiciones pueden limitar la posibilidad de acceder a alimentos frescos, integrales y saludables, y explican parcialmente el consumo frecuente de productos ultraprocesados, más accesibles económicamente. Diversos estudios coinciden en que los factores socioeconómicos y la dieta son un determinante para desarrollar diabetes gestacional (Plows et al., 2018; Temporelli & Viego, 2012; Quan et al., 2021).

Además, la elevada prevalencia de sobrepeso (30%) y obesidad (60%) observada en la muestra constituye un factor de riesgo significativo tanto para el desarrollo como para las posibles complicaciones de la diabetes gestacional como lo refiere Catalano (2010) y (Plows et al., 2018), lo que refuerza la importancia de intervenir de manera temprana en el estado nutricional previo y durante la gestación.

Respecto a la adaptación del índice, la separación de frutas y verduras y el énfasis en los cereales integrales por sobre los refinados constituyen decisiones metodológicamente válidas, ya que responden a las particularidades de la alimentación durante el embarazo y a la necesidad de controlar el impacto glucémico. Estas modificaciones se alinean con las recomendaciones de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA, 2022), que sugiere priorizar carbohidratos complejos y regular el consumo de azúcares simples en mujeres con diabetes gestacional. Si bien estas adaptaciones dificultan la comparación directa con el ICDAr original, fortalecen la pertinencia del instrumento para esta población específica.

Entre las limitaciones del presente trabajo se incluyen el tamaño reducido de la muestra (n=30), el uso de un cuestionario autoadministrado en línea, la ausencia de datos clínicos y bioquímicos, y las adaptaciones metodológicas del índice, que si bien fueron necesarias, dificultan la comparación cuantitativa con otros estudios. No obstante, el estudio aporta información valiosa sobre una población específica y poco estudiada, y propone una herramienta práctica y aplicable para evaluar la calidad de la dieta en mujeres embarazadas con diabetes gestacional.

En cuanto a las fortalezas, presenta varias fortalezas metodológicas y analíticas. En primer lugar, aporta información relevante sobre una población específica y poco explorada en el ámbito local, como son las mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional atendidas en un hospital público. Esta característica permite describir con mayor precisión las particularidades de este grupo y genera evidencia aplicable a la práctica clínica cotidiana.

Asimismo, la adaptación realizada al ICDAr para su utilización durante el embarazo constituye una fortaleza significativa. Las modificaciones introducidas demostraron ser pertinentes para evaluar la calidad de la dieta en esta etapa, manteniendo la coherencia con las recomendaciones nacionales y permitiendo una valoración más ajustada a las necesidades nutricionales y metabólicas de la gestación.

Otra fortaleza radica en la consistencia de los resultados obtenidos, que se alinearon con hallazgos previos reportados en la literatura. Esta concordancia refuerza la validez del instrumento adaptado y respalda la interpretación de los patrones observados en la muestra.

Por último, el análisis integrado de la calidad de la dieta, los niveles de actividad física y las condiciones socioeconómicas permitió abordar la diabetes gestacional desde una perspectiva multidimensional. Este enfoque favoreció la identificación de tendencias relevantes dentro de la población estudiada y aporta una comprensión más completa de los factores que intervienen en el manejo y la evolución de la enfermedad.

## CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió analizar los hábitos alimentarios y las condiciones socioeconómicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional atendidas en el Hospital Materno Infantil “Dr. Florencio Escardó”. Se logró cumplir con el objetivo propuesto, al identificar los niveles de adherencia a las recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA) mediante una versión adaptada del índice de calidad de dieta ICDAr, ajustada a las necesidades nutricionales del embarazo.

Los resultados mostraron una adherencia general intermedia a óptima, con un adecuado cumplimiento en el número de comidas diarias y el consumo de carnes magras, pescado y huevo, y una abstinencia casi total de alcohol. Sin embargo, se detectaron aspectos a mejorar, como el consumo elevado de productos ultraprocesados y la baja frecuencia de actividad física, junto con factores socioeconómicos que limitan el acceso a alimentos saludables.

En función de estos hallazgos, la hipótesis planteada (se espera encontrar que las mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional presentan patrones alimentarios distintos a los recomendados en las GAPA) se comprueba, dado que se identificaron diferencias relevantes entre los patrones alimentarios observados y las recomendaciones de las GAPA, especialmente en lo referido al consumo de ultraprocesados, el exceso de frutas, la baja actividad física y las limitaciones socioeconómicas que influyen en la calidad de la dieta, aun cuando algunos componentes mostraron una adecuada adherencia.

Estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer la educación alimentaria desde etapas tempranas del embarazo, incorporando la promoción de hábitos saludables y la planificación de comidas equilibradas. Además, se destaca la importancia de que el obstetra derive a la nutricionista desde el inicio del embarazo, para garantizar un acompañamiento integral y continuo.

## RECOMENDACIONES

A partir de la experiencia durante la recolección de datos, surgió la reflexión sobre la importancia de iniciar la educación alimentaria desde las primeras etapas del embarazo. Se observó que muchas mujeres llegan al Hospital Materno Infantil de Tigre “Dr. Florencio Escardó” en etapas avanzadas de la gestación, debido a que los controles iniciales se realizan en los centros de salud barriales. Por ello, resulta fundamental que la educación nutricional comience en la atención primaria a través de charlas y talleres grupales coordinados por el equipo de nutrición desde los primeros controles prenatales. Estos espacios permitirían transmitir información clave sobre alimentación saludable, elección de alimentos con bajo índice glucémico, importancia de la colación nocturna y planificación de comidas equilibradas, contribuyendo así a prevenir el sobrepeso, la obesidad y la diabetes gestacional, y a mejorar los hábitos alimentarios durante toda la gestación.

Asimismo, se propone que el obstetra derive a la nutricionista desde el inicio del embarazo, y no solo cuando surgen patologías metabólicas. De esta forma, se garantiza un acompañamiento temprano y sostenido, permitiendo detectar y corregir hábitos inadecuados a tiempo. En este marco, el equipo de nutrición podría planificar encuentros grupales o charlas específicas para las gestantes, fomentando el intercambio de experiencias y reforzando la motivación hacia un cambio de hábitos saludables.

Se recomienda implementar charlas y talleres nutricionales en los centros de atención primaria y en el hospital, que incluya educación sobre alimentación saludable, planificación de colaciones (como la colación nocturna) y la promoción de la actividad física adaptada al embarazo. Estas acciones permitirían mejorar la calidad de la dieta, favorecer el control glucémico y contribuir a la prevención del sobrepeso y la obesidad durante la gestación.

Otra línea de acción relevante es el fomento de la actividad física adaptada al embarazo, actividades como caminatas, yoga prenatal o ejercicios suaves contribuyen a mejorar el control glucémico y el bienestar general de la embarazada. La promoción del movimiento, acompañada de una

alimentación adecuada, constituye una herramienta fundamental en la prevención y manejo de la diabetes gestacional.

Finalmente, se destaca la importancia de la capacitación continua del equipo de salud, con el objetivo de fortalecer la comunicación entre profesionales y pacientes, y asegurar que la información transmitida sea clara, accesible y coherente con las recomendaciones nutricionales actuales.

En conjunto, estas propuestas integran la educación alimentaria, la derivación temprana, el acompañamiento nutricional y la promoción de la actividad física como pilares del cuidado prenatal, orientados a mejorar la calidad de vida de las gestantes y promover embarazos más saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ali, U., Hall, J., & McKie, L. (2024). *Examining rurality and social determinants of health among pregnant women with or at-risk of gestational diabetes*. *BMC Women's Health*, 24(1), 306. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-024-03306-6>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). *Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period*. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178–e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003772>
- American Diabetes Association. (2023). *Nutrition recommendations and interventions for diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2023*. *Diabetes Care*, 46(Supplement\_1), S67–S81. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9810465/>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2016). *Guías de diagnóstico y tratamiento de diabetes gestacional*. *Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes*, 50(3), 117–128. <https://colegiodeenfermeros.org.ar/wp-content/uploads/2024/09/dmg-alad-2016.pdf>
- Assaf-Balut, C., García de la Torre, N., Durán, A., Fuentes, M., Bordiú, E., del Valle, L., ... & Fernández-Real, J. M. (2019). A Mediterranean diet with additional extra virgin olive oil and pistachios reduces the incidence of gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 14(3), e0211000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211000>
- Ayala Gómez, A., & Garzón Rodríguez, C. (2025). *Repercusión de los tipos de edades en el envejecimiento. ¿A qué edad empezamos a envejecer?* *Medicina Estética*, (84). <https://doi.org/10.48158/MedicinaEstetica.084.01>
- Barbour, L. A., McCurdy, C. E., Hernandez, T. L., Kirwan, J. P., Catalano, P. M., & Friedman, J. E. (2007). Cellular mechanisms for insulin resistance in normal pregnancy and gestational diabetes. *Diabetes Care*, 30(Supplement 2), S112–S119. <https://doi.org/10.2337/dc07-s202>

Catalano, P. M. (2010). The impact of gestational diabetes and maternal obesity on the mother and her offspring. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 1(4), 208–215. <https://doi.org/10.1017/S2040174410000115>

Chen, X., Zhao, D., Mao, X., Xia, Y., Baker, P. N., Zhang, H., & Zhao, Y. (2022). Maternal dietary patterns and pregnancy outcomes. *Nutrients*, 14(1), 59. <https://doi.org/10.3390/nu14010059>

Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Talla*. Diccionario médico. Recuperado de <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/talla>

Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Poitras, V. J., Jaramillo Garcia, A., Gray, C. E., Barrowman, N., Skow, R. J., Meah, V. L., Riske, L., Sobierajski, F., & Davies, G. A. (2018). *Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis*. *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1367-1375. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337463/?utm\\_source=chatgpt.com](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337463/?utm_source=chatgpt.com)

Deng, Y., Yu, J., Tao, A., Liu, J., Wang, Q., Cao, Y., Han, S., Xu, X., Yan, X., Fang, X., & Lian, F. (2023). *Effect of low-glycemic index diet advice on pregnant outcomes in women with elevated risk of gestational diabetes mellitus: A meta-analysis of randomized controlled trials*. *Clinical Nutrition ESPEN*, 57, 501–509. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.07.091>

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. (2023). *Incidencia de diabetes gestacional y macrosomía fetal entre 2021 y 2023 en una maternidad de la provincia de Buenos Aires: Impacto del cambio del protocolo diagnóstico*. <https://fasgo.org.ar/index.php/publicaciones/espacio-de-opinion/149-revista-fasgo/n-24-2025/3013-incidencia-de-diabetes-gestacional-y-macrosomia-fetal-entre-2021-y-2023-en-una-maternidad-de-la-provincia-de-buenos-aires-impacto-del-cambio-del-protocolo-diagnostico>

Gorban de Lapertosa, S. B., Sucani, S., Salzberg, S., Alvariñas, J., Faingold, C., Jawerbaum, A., Rovira, G., & Grupo DPSG-SAD. (2020). Prevalence of gestational diabetes mellitus in Argentina according to the Latin American Diabetes Association (ALAD) and International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria and the associated maternal-neonatal complications. *Health Care for Women International*. <https://diabetes.org.ar/2020/wp-content/uploads/2020/11/Prevalence-of-gestational-diabetes-mellitus-in-Argentina-according-to-the-Latin-American-Diabetes-Association-ALAD-and-International-Association-of.pdf>

Health Knowledge. (s. f.). *Markers of nutritional status, nutrition and food*. Recuperado de <https://www.healthknowledge.org/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2e-health-social-behaviour/nutritional-status-food>

Herath, H., Herath, R., & Wickremasinghe, R. (2017). *Gestational diabetes mellitus and risk of type 2 diabetes 10 years after the index pregnancy in Sri Lankan women: A community-based retrospective cohort study*. PLoS ONE, 12(6), e0179647. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179647>

Institute of Medicine (US). (2005). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. The National Academies Press. [https://nap.nationalacademies.org/read/25841/chapter/3?utm\\_source=chatgpt.com](https://nap.nationalacademies.org/read/25841/chapter/3?utm_source=chatgpt.com)

Institute of Medicine & National Research Council. (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://nap.nationalacademies.org/read/12584/chapter/14>.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). Encuesta permanente de hogares. <https://www.indec.gob.ar>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2024). Canasta básica alimentaria y canasta básica total - diciembre 2024. Recuperado de [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta\\_01\\_252B337BCC7E.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/canasta_01_252B337BCC7E.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2025, Julio). *Canasta básica alimentaria y canasta básica total. Julio de 2025*. <https://www.indec.gob.ar>

International Diabetes Federation. (2021). *Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's criteria*. *Diabetes Research and Clinical Practice*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34883186/>

International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas (10th ed.)*. <https://www.diabetesatlas.org>

Izadi, V., Tehrani, H., Haghghatdoost, F., Dehghan, A., Surkan, P. J., & Azadbakht, L. (2016). *Adherence to the DASH and Mediterranean diets is associated with decreased risk for gestational diabetes mellitus*. *Nutrition*, 32(10), 1092–1096. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2016.03.006>

Larsen, N. L., Koefoed, A. S., Kampmann, U., Retnakaran, R., Ovesen, P. G., & Fuglsang, J. (2025). *Gestational diabetes mellitus in twin pregnancies versus singleton pregnancies: A retrospective case-control study*. *Diabetic Medicine*, 42(10), Article e70095. <https://doi.org/10.1111/dme.70095>

MedlinePlus. (2023). *Gestational age: MedlinePlus medical encyclopedia*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/ency/article/002367.htm>

Méndez, I. A., & Fasano, M. V. (2023). Desarrollo y validación de un índice de calidad de dieta basado en recomendaciones de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e94. Recuperado de <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/814>

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Nutrición y embarazo*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2020/12/Nutricion-y-embarazo-recomendaciones.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Guías alimentarias para la población Argentina*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina\\_manual-de-aplicacion\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - ENNyS 2: Documento de resultados*. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. <https://cesni-biblioteca.org/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-ennys-2-resumen-ejecutivo/>

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Diagnóstico de diabetes gestacional: Puntos de corte. Protocolo nacional basado en evidencia (Resolución 3755/2023)*. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/202308/Protocolo\\_de\\_Diabetes\\_Gestacional\\_2023.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/202308/Protocolo_de_Diabetes_Gestacional_2023.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Resolución 3755/2023: Estandarización de los procesos diagnósticos y de atención para diabetes gestacional*. [https://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres3755\\_2023.pdf](https://e-legis-ar.msal.gov.ar/legisalud/migration/pdf/msres3755_2023.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación – Secretaría de Equidad. (2023). *Coberturas de salud en Argentina. Año 2022*. Argentina. Recuperado de <https://www.studocu.com/es->

[ar/document/universidad-nacional-de-la-plata/salud-publica-ii/coberturas-de-salud-en-argentina-2022-deiss/72063449](https://www.universidad-nacional-de-la-plata.edu.ar/document/72063449)

Muñoz, J. L., & Goje, O. (2024). Evaluación de la paciente obstétrica. En *Manual MSD para profesionales de la salud*. Recuperado el 21 de octubre de 2025, de <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%3%B3n-prenatal/evaluaci%3%B3n-de-la-paciente-obst%3%A9trica>

Organización Internacional del Trabajo (ILO). (2018). *Clasificación internacional de la situación en el empleo (CISO)*. Ginebra: OIT. <https://ilostat.ilo.org/es/methods/concepts-and-definitions/classification-status-at-work/>

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health?utm_source=chatgpt.com)

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Diabetes gestacional: diagnóstico y tratamiento*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Suplementación con ácido fólico en el período periconcepcional para prevenir defectos del tubo neural: Intervención*. OMS. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/folate-periconceptional>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy*. [https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy?utm_source=chatgpt.com)

Organización Mundial de la Salud. (2024, June 26). Physical activity. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud. (2025, April 28). *Meeting of the guideline development group for the monitoring and management of hyperglycaemia in pregnancy*. <https://www.who.int/japan/news/detail-global/28-04-2025-meeting-of-the-guideline-development-group-for-the-monitoring-and-management-of-hyperglycaemia-in-pregnancy>

Paz, J. A. (2000). *Cálculo del ingreso pleno*. Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales, Instituto de Investigaciones Económicas, Reunión de Discusión N° 137. Recuperado de

[https://www.economicas.unsa.edu.ar/ie/archivos/rd/Reunion\\_de\\_discusion\\_N137.pdf](https://www.economicas.unsa.edu.ar/ie/archivos/rd/Reunion_de_discusion_N137.pdf)

Plows, J. F., Stanley, J. L., Baker, P. N., Reynolds, C. M., & Vickers, M. H. (2018). The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>

Quan, W., Zeng, M., Jiao, Y., Li, Y., Xue, C., Liu, G., Wang, Z., Qin, F., He, Z., & Chen, J. (2021). *Western dietary patterns, foods, and risk of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies*. *Advances in Nutrition*, 12(4), 1353-1364. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa184>

Quintana Angulo, A. L. (2024). *Consejería nutricional y su influencia en los conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 4 años* [Tesis de maestría, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. Repositorio Institucional UNICA. <https://repositorio.unica.edu.pe/items/33681527-72b3-4980-9fcb-d6c732d2239a>

Radwan, H., Hashim, M., Hasan, H., Abbas, N., Obaid, R. R. S., Al Ghazal, H., & Naja, F. (2021). Adherence to the Mediterranean diet during pregnancy is associated with lower odds of excessive gestational weight gain and postpartum weight retention: Results of the mother–infant cohort study. *British Journal of Nutrition*. Advance online publication. <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/adherence-to-the-mediterranean-diet-during-pregnancy-is-associated-with-lower-odds-of-excessive-gestational-weight-gain-and-postpartum-weight-retention-results-of-the-motherinfant-cohort-study/75F2F39E3737E0041AD52D34FDC74D70>

Sartorelli, D. S., Crivellenti, L. C., Zuccolotto, D. C. C., & Franco, L. J. (2019). Relationship between minimally and ultra-processed food intake during pregnancy with obesity and gestational diabetes mellitus. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(4), e00049318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00049318>

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. (2022). *Recomendaciones para el manejo de la persona gestante con diabetes gestacional*.

[https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso\\_DG\\_SOGIBA\\_2022\\_final.pdf](https://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_DG_SOGIBA_2022_final.pdf)

- Suárez, B., & López, M. (2021). *Fundamentos de la nutrición normal* (3ra ed.). Editorial Ateneo.
- Tan, J., Morgan, S. E., Compher, C. W., & Creasy, K. T. (2025). *Dietary approaches for managing gestational diabetes mellitus: A narrative review*. *Nutrition Reviews*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaf113>
- Temporelli, K., & Viego, V. (2012). *Obesidad, sobrepeso y condiciones socioeconómicas: El caso argentino*. *Ecología y Economía*, 16(34), 151–162. Universidad EAFIT. [https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/95172/CONICET\\_Digital\\_Nro.4\\_1728b44-9398-4ca1-80ef-616267e66210\\_A.pdf](https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/95172/CONICET_Digital_Nro.4_1728b44-9398-4ca1-80ef-616267e66210_A.pdf)
- UNESCO Institute for Statistics (UIS). (2012). *International Standard Classification of Education (ISCED 2011)*. Montreal: UNESCO. <https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced>.
- Wang, H., Li, N., Chivese, T., Werfalli, M., Sun, H., Yuen, L. ... & IDF Diabetes Atlas Committee. (2022). IDF Diabetes Atlas: Estimation of global and regional gestational diabetes mellitus prevalence for 2021 by International Association of Diabetes in Pregnancy Study Group's criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109050. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109050>
- Yamamoto, J. M., Kellett, J. E., Balsells, M., García-Patterson, A., Hadar, E., Solà, I., ... & Metzger, B. E. (2018). Gestational diabetes and diet: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 41(7), 1346–1361. <https://doi.org/10.2337/dc18-0102>
- Zierle-Ghosh, A., & Jan, A. (2023). *Physiology, Body Mass Index*. StatPearls Publishing. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535456/>

## ANEXO

**Tabla 1: Tabla comparativa de recomendaciones calóricas**

trimestre	Ministerio de Salud (2015)	IOM (2005)
1° trimestre	No incremento calórico; priorizar calidad de la dieta	No incremento calórico
2° trimestre	+300 kcal/día	+340 kcal/día
3° trimestre	+300 kcal/día	+450 kcal/día

**Nota.** Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud (2015) y del Institute of Medicine [IOM] (2009).

**Tabla 2: Componentes del ICDAR y cálculo de porcentajes de adherencia**

Puntaje	Rango de adherencia total	Porcentaje de adherencia
0 puntos: cumplimiento bajo o nulo de la recomendación (no sigue la recomendación).	Baja: 0- 8	≤ 33%
1 punto: cumplimiento intermedio (sigue parcialmente la recomendación).	Media: 9 -17	34–66%
2 puntos: cumplimiento óptimo de la recomendación (cumple la recomendación).	Alta: 18 - 26	>66%

**Nota.** Fuente: Elaboración propia, adaptado de Méndez (2023).

**Tabla 3: Escala de puntuación adaptada al método del ICDAR**

Componente (Mensaje GAPA)	Pregunta / Ítem	Escala de puntaje	Puntaje máximo
Comidas diarias	¿Cuántas comidas principales realiza al día? (desayuno, almuerzo, merienda, cena y colaciones)	0 = <2 1 = 2–3 2 = ≥4	2
Frutas	¿Cuántas porciones de frutas consumes al día?	0 = <2 1 = ≥4 2 = 2-3	2
Verduras	¿Cuántas porciones de verduras consumes al día?	0 =Nunca 1 = < 2 2 = 2- 3	2
Lácteos	¿Cuántas porciones de leche, yogur	0 = Nunca	2

	o queso consumes al día?	1 = $\geq 3$ 2 = 1-2	
Cereales integrales y legumbres	¿Cuántas veces a la semana consumes legumbres o cereales integrales?	0 = Nunca 1 = 1-3 veces/semana 2 = $\geq 4$ veces/semana	2
Cereales refinados	¿Cuántas porciones de pan, pasta o arroz refinado consumes al día?	0 = $\geq 3$ 1 = 1-2 2 = $< 1$	2
Carnes, pescado, huevo	¿Cuántas porciones de carnes magras, pescado o huevos consumes al día?	0 = Nunca 1 = $> 3$ 2 = 1-2	2
Consumo hídrico	¿Cuánta agua consume diariamente?	0 = $< 1$ L 1 = 1-2 L 2 = $> 2$ L	2
Productos de pastelería industrial	¿Con qué frecuencia consumes snacks, productos de pastelería industrial (facturas, bizcochos, galletitas dulces)?	0 = Diario 1 = 1-4 veces/semana 2 = Nunca	2
Alimentos ultraprocesados	¿Con qué frecuencia consumes snacks, gaseosas, golosinas y fiambres?	0 = Diario 1 = 1-4 veces/semana 2 = Nunca	2
Aceite crudo / frutos secos	¿Con qué frecuencia consumes aceite crudo, semillas o frutos secos?	0 = Nunca 1 = $\geq 3$ veces día 2 = 1-2 veces día	2
Alcohol	¿Consumes bebidas alcohólicas durante el embarazo?	0 = Sí 2 = No	2
Actividad física	¿Cuánto tiempo de actividad física realizas por día?	0 = $< 30$ min 1 = 30-60 min 2 = $> 60$ min	2

**Nota.** Fuente: *Elaboración propia, adaptado de Méndez (2023).*

**Tabla 4: Instrumento de recolección de datos -Encuesta de google Forms**

Sección	Título de sección	pregunta	tipo de respuesta	opciones ( se aplica)
1	<i>Consentimiento informado</i>	¿Acepta participar en esta encuesta, sabiendo que es anónima y voluntaria?	Opción múltiple	Sí, acepto; No acepto
2		¿En qué semana de gestación fue diagnosticada con diabetes gestacional?	Opción múltiple	-Tengo diabetes antes de quedar embarazada. - Antes de la semana 12 (primer trimestre). - entre las semanas 13 y 23.

	<i>En esta sección se incluyen preguntas sobre su embarazo y antecedentes relacionados con la salud.</i>			- Entre las semanas 24 y 28. - Después de la semana 28.
		¿En qué semana de embarazo se encuentra?	Respuesta corta	.....
		¿Es tu primer embarazo?	Opción múltiple	Sí; No
3	<i>Diagnóstico “Antes de la semana 12” o “Entre las semanas 13 y 23”, sin título</i>	¿Cuál fue el motivo por el que se te indicó la prueba antes de la semana 24?	Opción múltiple	-Obesidad. - Antecedentes de diabetes gestacional en embarazos anteriores. - Antecedentes familiares de diabetes tipo 2. - Síndrome de ovario poliquístico. - Otros:..... .....
4	<i>En esta sección se recopila información general sobre usted y su situación personal.</i>	¿ Cuántos años tiene? (años cumplidos)	Respuesta corta	.....
		¿Cuál es su peso actual?	Respuesta corta	.....kg, ..... g
		¿Cuál es su talla? (expresada en centímetros)	Respuesta corta	.....
		¿Cuál es su nivel educativo?	Opción múltiple	-Primario completo -Primario incompleto -Secundario completo -Secundario incompleto -Terciario/Universitario -Ninguno
		¿Cuál es su situación laboral actual?	Opción múltiple	-Empleado -Desempleada
		¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso total mensual del hogar?	Opción múltiple	Menor a \$520.000 Entre \$520.000 –1.150.000 Mayor a \$1.150.000
		¿Qué tipo de cobertura	Opción múltiple	Pública

		médica tiene?		Obra social Prepaga
5	<i>En esta sección se indagan sobre patrones de consumo de alimentos y bebidas.</i>	¿Cuántas comidas principales realiza al día? (desayuno, almuerzo, merienda, cena y colaciones).	Opción múltiple	≤ 2 comidas al día 3 comidas al día >4 comidas al día
		¿Cuántas porciones de lácteos consume al día?(leche, yogur, queso).	Opción múltiple	- Nunca - 1-2 al día - Mayor a 3 al día
		¿Cuántas porciones de fruta consume al día? (frescas o cocidas).	Opción múltiple	- Menor a 2 al día - 2 – 3 al día - Mayor a 4 veces al día - Nunca
		¿Cuántas porciones de verduras solas o cocidas consume en el día? (sin contar papa, batata, choclo, mandioca).	Opción múltiple	- Menor a 2 al día - 2 – 3 al día - Nunca
5	<i>En esta sección se indagan sobre patrones de consumo de alimentos y bebidas</i>	¿Cuántas porciones al día consume de pan, arroz blanco, pastas, tartas, empanadas y/o pan blanco al día?	Opción múltiple	- Más de 3 al día - 1-2 al día - Menos de 1 al día - Nunca
		¿Cuántas veces a la semana consume legumbres o cereales integrales? (por ejemplo lentejas, garbanzos, porotos, arroz integral, pan integral o de salvado).	Cuadrícula de opción múltiple.	- Nunca - 1-3 veces a la semana - Más de 4 veces a la semana.
		¿ Cuántas porciones de carnes magras, pescado o huevos consumes al día? (vacuna, pollo, pescado, huevo)	Opción múltiple	- 1-2 al día - Más de 3 al día - Nunca
		¿Con qué frecuencia consumes aceite crudo, semillas o frutos secos al día?	Opción múltiple	- Nunca - 1-2 veces al día - Más de 3 veces al día
		¿Con qué frecuencia consume productos de	Opción múltiple	- Diario - 2-4 veces por semana

		panadería/dulces?(facturas, bizcochos, galletitas dulces)		- Nunca
		¿Con qué frecuencia consume en la semana ultraprocesados? (gaseosas, golosinas, snacks, fiambres)	Opción múltiple	- Diario - 1-4 veces por semana - 5- 7 veces por semana - Nunca
		¿Cuánta agua consume por día aproximadamente?	Opción múltiple	- Menor a 1 litro. - 1-2 litros - Mayor a 2 litros.
		¿Consumes bebidas alcohólicas durante el embarazo?	Opción múltiple	SI/ NO
5	<i>En esta sección se indagan sobre patrones de consumo de alimentos y bebidas</i>	¿Recibe recomendaciones nutricionales por un profesional de salud?	Opción múltiple	- NO recibo recomendación. - SI, del Nutricionista. - SI, del obstetra. - SI, del diabetólogo. - SI, de otro profesional.
		¿Qué dificultades encuentra para seguir la alimentación recomendada?	Casillas de verificación	-No tengo dificultades para seguir la alimentación recomendada. -SI. Costos económicos. - SI. Falta de tiempo. - SI. Falta de acceso. - SI. Preferencia por otros alimentos. - SI. No tengo suficiente información sobre alimentos. - Otra:.....
		¿Conoce las recomendaciones de las Guías alimentarias Argentinas (GAPA)?	Opción múltiple	Sí/ No
		¿Considera que sigue esas recomendaciones?	Opción múltiple	Siempre. La mayoría de las veces. Algunas veces. Nunca.
		¿Recibe recomendaciones nutricionales por un profesional de salud?	Opción múltiple	Nutricionista. Obstetra. Diabetólogo. Otro.
6	<i>En esta sección se consultan</i>	¿Realiza actividad física durante el embarazo?	Opción múltiple	Sí/ No

	<i>aspectos relacionados con tu nivel de actividad física durante el embarazo.</i>			
7	<i>Nivel de actividad física durante el embarazo.</i>	En caso afirmativo, ¿qué tipo de actividad física realiza?	Opción múltiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caminata.</li> <li>- Natación.</li> <li>- Bicicleta fija.</li> <li>- Yoga prenatal.</li> <li>- Ejercicios de fortalecimiento muscular con bandas elásticas o pesas livianas.</li> </ul>
7	<i>Nivel de actividad física durante el embarazo.</i>	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividad física?	Opción múltiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 1 vez a la semana</li> <li>- 1–2 veces a la semana</li> <li>- 3–4 veces a la semana</li> <li>- 5 o más veces por semana</li> </ul>
		¿Cuánto tiempo dedica a la sesión de actividad física aproximadamente?	Opción múltiple	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos de 30 minutos</li> <li>- 30–60 minutos</li> <li>- Más de 60 minutos</li> </ul>
8	<i>Gracias por su participación</i>	<p>Usted ha llegado al final del cuestionario.          Le agradecemos su tiempo y disposición para responder.          Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y con fines académicos.          Para finalizar, haga clic en <b>ENVIAR</b>.</p>		

*Nota. Elaboración propia. Preguntas del cuestionario utilizado en la encuesta (2025).*