

TABLAS Y GRÁFICAS PARA LA **EVALUACIÓN** **NUTRICIONAL** DE LA **MUJER EN POSPARTO**



EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO

Los efectos metabólicos del embarazo, sumados a la pérdida de sangre durante el parto y el inicio de la lactancia, generan una alta demanda de nutrientes. La evaluación del estado nutricional de la mujer en el posparto requiere de un abordaje completo y continuo a través del registro y análisis integrado de **indicadores antropométricos, alimentarios, bioquímicos y clínicos**.

Debe ser lo más ordenada, completa, objetiva, precisa, basada en evidencia científica y actualizada de manera que el/la profesional pueda utilizarla en el marco del control postnatal para la evaluación integral de la mujer-madre, para completar su diagnóstico y/o para el seguimiento en la Historia Clínica, además de orientar la planificación de intervenciones centradas en la recuperación del organismo materno luego del embarazo y parto, promoción de la lactancia humana y prevención de complicaciones asociadas a un estado nutricional deficitario. Permitiendo un acompañamiento nutricional más seguro, efectivo y centrado en la persona.

Para profundizar en el estudio e interpretación del estado nutricional de la mujer posparto se abordará el análisis de cada indicador de forma independiente como componente esencial y necesario para la evaluación nutricional integral de la mujer durante esta etapa.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA MUJER EN POSPARTO



EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO

La ***evaluación antropométrica*** aporta información sobre el estado nutricional actual y su evolución en el tiempo mediante medidas simples y reproducibles. En posparto, interpretar las mediciones requiere considerar que existe una disminución progresiva de agua corporal, cambios en la composición corporal y variaciones por la lactancia.

Se sugiere registrar:

- Peso pre gestacional: para poder determinar el peso residual.
- Peso posparto real.
- Talla.
- IMC.
- Peso residual.
- Circunferencia de cintura (si es posible): en relación al riesgo cardiometabólico asociado a la adiposidad central, que puede permanecer o modificarse según el patrón de recuperación posparto.
- Perímetro braquial (si es posible): para estimar reservas corporales cuando se dispone de equipamiento y técnica estandarizada. En caso de no contar con todo el instrumental, la estimación del peso, talla, IMC y circunferencia de cintura constituyen los indicadores más importantes para la evaluación.
- Pliegues (según disponibilidad y capacitación).
- *Evolución temporal*: es importante poder analizar estos datos comparándolos con las mediciones registradas durante transcurso del embarazo y con la valoración pregestacional (si es que se dispone de este dato, de lo contrario indagar sobre el peso previo a la gestación).
- *Interpretación clínica general*: la pérdida de peso puede estar influenciada por la ganancia de peso durante la gestación, la lactancia materna, recuperación de tejidos, retención/redistribución de líquidos y nivel de actividad. Por eso, en el posparto es importante interpretar la antropometría junto con la historia clínica y la evaluación alimentaria.

EVALUACIÓN ALIMENTARIA DE LA MUJER EN POSPARTO



EVALUACIÓN ALIMENTARIA DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO

La **evaluación alimentaria** implica analizar la historia de alimentación actual y pasada (considerando sus hábitos previos a la gestación y durante la misma), así como el seguimiento de la misma, para establecer las características de la alimentación de la mujer y conocer el grado de adecuación de dicho consumo a las necesidades de energía y nutrientes maternos, sobre todo si está transitando la etapa de lactancia materna.

En el posparto, además del estado nutricional, interesa conocer el contexto en el que transcurre la alimentación materna, considerando su historia de lactancia, sueño insuficiente, estrés y cambios en la dinámica del hogar.

Dicha evaluación deberá integrarse con la evaluación antropométrica y bioquímica (si es que se disponen datos) para un análisis completo de la situación nutricional.

Implica recopilar información sobre todos los alimentos y bebidas consumidos durante un período de tiempo específico permitiendo orientar la planificación y el abordaje del tratamiento nutricional. Estos datos se obtienen a través de herramientas como el recordatorio de 24 horas, encuestas de frecuencia de consumo, anamnesis alimentaria, registro diario de ingestas, registro de pesada de alimentos, entre otros instrumentos, para identificar:

- Patrón alimentario y selección alimentaria predominante;
- Disponibilidad y accesibilidad alimentaria;
- Conductas de riesgo: salteos de comidas, dietas muy restrictivas, baja diversidad, consumo insuficiente de nutrientes esenciales;
- Consumo de alimentos fuentes de nutrientes esenciales para el posparto y grado de adecuación de los mismos a los requerimientos de la mujer-madre;
- Fraccionamiento, volumen de comidas y distribución diaria de alimentos;
- Hidratación diaria: requerimiento, consumo actual, grado de adecuación según su requerimiento, tipo de líquidos consumidos;
- Consumo de infusiones: tipo de infusión, cantidad consumida, momentos puntuales de su consumo;
- Suplementación recibida: suplemento, dosis, motivo de ello;
- Posibles intolerancias o aversiones alimentarias;
- Consumo de alimentos de riesgo (alcohol, cafeína, estimulantes, productos no pasteurizados, carnes crudas, embutidos, etc.);
- Método de cocción predominante, utilización de recursos endulzantes y de condimentación;
- Entorno de consumo de alimentos: realización de comidas en el hogar, trabajo, al paso; presencia de picoteo de alimentos, ingesta emocional;
- Otros datos que se considere de interés para ampliar el análisis de la historia alimentaria de la mujer.

Es importante mencionar que aunque se indague en la consulta sobre consumo de alimentos, en el informe de la evaluación alimentaria no se hablará de alimentos propiamente dichos sino que el análisis estará centrado en

los nutrientes aportados (o no) por dichos alimentos; en este sentido se deberá identificar cada uno de los macro y/o micro nutrientes cuya ingesta esté en déficit o en exceso según corresponda y su grado de adecuación respecto a las recomendaciones nutricionales, explicitando con que tablas o recomendaciones nutricionales se referencian; si no se detectarán nutrientes afectados por la ingesta bastará con explicitar que cumple con las recomendaciones nutricionales o su porcentaje de adecuación.

TABLAS PARA EL CÁLCULO DE ENERGÍA Y REQUERIMIENTO DE MACRO Y MICRONUTRIENTES PARA LA MUJER EN POSPARTO



TABLA DE PESO CORPORAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Talla (m)	Peso mínimo (kg)	Peso medio (kg)	Peso máximo (kg)
1.45	38,9	46,3	52,4
1.46	39,4	46,9	53,1
1.47	40	47,5	53,8
1.48	40,5	48,2	54,5
1.49	41,1	48,8	55,3
1.50	41,6	49,5	56
1.51	42,2	50,2	56,8
1.52	42,7	50,8	57,5
1.53	43,3	51,5	58,3
1.54	43,9	52,2	59,1
1.55	44,4	52,9	59,8
1.56	45	53,5	60,6
1.57	45,6	54,2	61,4
1.58	46,2	54,9	62,2
1.59	46,8	55,6	62,9
1.60	47,4	56,3	63,7
1.61	48	57	64,5
1.62	48,6	57,7	65,3
1.63	49,2	58,5	66,2
1.64	49,8	59,2	67
1.65	50,4	59,9	67,8
1.66	51	60,6	68,6
1.67	51,6	61,4	69,4
1.68	52,2	62,1	70,3
1.69	52,8	62,8	71,1
1.70	53,5	63,6	72

Talla (m)	Peso mínimo (kg)	Peso medio (kg)	Peso máximo (kg)
1.71	54,1	64,3	72,8
1.72	54,7	65,1	73,7
1.73	55,4	65,8	74,5
1.74	56	66,6	75,4
1.75	56,7	67,4	76,3
1.76	57,3	68,1	77,1
1.77	58	68,9	78
1.78	58,6	69,7	78,9
1.79	59,3	70,5	79,8
1.80	59,9	71,3	80,7
1.81	60,6	72,1	81,6
1.82	61,3	72,9	82,5
1.83	62	73,7	83,4
1.84	62,6	74,5	84,3
1.85	63,3	75,3	85,2
1.86	64	76,1	86,1
1.87	64,7	76,9	87,1
1.88	65,4	77,8	88
1.89	66,1	78,6	88,9
1.90	66,8	79,4	89,9
1.91	67,5	80,3	90,8
1.92	68,2	81,1	91,8
1.93	68,9	81,9	92,8
1.94	69,6	82,8	93,7
1.95	70,3	83,7	94,7
1.96	71,1	84,5	95,7

Los valores corresponden a ambos sexos y se calculan en base al Índice de Masa Corporal (IMC) OMS Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 1997. WHO Technical Report Series, No. 854.

Peso mínimo (IMC = 18,5 kg/m²), Peso máximo (IMC = 24,9 kg/m²) y Peso medio (IMC = 22 kg/m²).

Referencia: Nutrición y alimentación en el adulto - UNC

MÉTODO DE CÁLCULO DEL VALOR ENERGÉTICO TOTAL

Calculo Directo: Método según NRC 1989.

La 10° Edición de las Raciones Dietéticas Recomendadas de 1989, publicó una tabla de factores para calcular las raciones diarias de energía para personas adultas en base a diversos niveles de actividad física. Ellos incluyen cuotas de todos los componentes del gasto energético diario clasificados de acuerdo a la actividad.

CATEGORIA DE ACTIVIDAD (Descripción aproximada)	Consumo de energía (kcal/kg/día)	
	Varón	Mujer
Muy ligera Actividades que se hacen en su mayoría sentado o de pie sin mucho movimiento, bajo techo en ambiente templado.	31	30
Ligera/Poco activa (1) Actividades que se hacen sentado o de pie en ambiente templado, e implica caminar poco o en espacio reducido.	38	35
Moderada/Activa (1) Actividades que se hacen de pie, e implican caminar en lugares con temperatura variable.	41	37
Intensa/Muy activa Actividades que implican caminar llevando carga o cuesta arriba y al aire libre.	50	44
Excepcional Actividades con gran desgaste físico, a la intemperie.	58	51

Adaptado de NRC 1989. (1) Considerar que clasificar cada actividad en una categoría puede variar de acuerdo con la intensidad o el tiempo que se realice. Por ejemplo, una misma actividad puede ser considerada como ligera o moderada o pueden también usarse valores intermedios entre categorías (ej. ama de casa = podría usarse 35, 36 o 37 kcal/kg/d o profesor de escuela de verano = un calor cualquiera entre 41 y 50 kcal/kg/d).

Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins

Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies

Life Stage Group	Vitamin A (µg/d) ^a	Vitamin C (mg/d)	Vitamin D (µg/d) ^{b,c}	Vitamin E (mg/d) ^d	Vitamin K (µg/d)	Thiamin (mg/d)	Riboflavin (mg/d)	Niacin (mg/d) ^e	Vitamin B ₆ (mg/d)	Folate (µg/d) ^f	Vitamin B ₁₂ (µg/d)	Pantothenic Acid (mg/d)	Biotin (µg/d)	Choline (mg/d) ^g
Infants														
0–6 mo	400*	40*	10*	4*	2.0*	0.2*	0.3*	2*	0.1*	65*	0.4*	1.7*	5*	125*
6–12 mo	500*	50*	10*	5*	2.5*	0.3*	0.4*	4*	0.3*	80*	0.5*	1.8*	6*	150*
Children														
1–3 y	300	15	15	6	30*	0.5	0.5	6	0.5	150	0.9	2*	8*	200*
4–8 y	400	25	15	7	55*	0.6	0.6	8	0.6	200	1.2	3*	12*	250*
Males														
9–13 y	600	45	15	11	60*	0.9	0.9	12	1.0	300	1.8	4*	20*	375*
14–18 y	900	75	15	15	75*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	25*	550*
19–30 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	30*	550*
31–50 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	30*	550*
51–70 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.7	400	2.4 ^h	5*	30*	550*
> 70 y	900	90	20	15	120*	1.2	1.3	16	1.7	400	2.4 ^h	5*	30*	550*
Females														
9–13 y	600	45	15	11	60*	0.9	0.9	12	1.0	300	1.8	4*	20*	375*
14–18 y	700	65	15	15	75*	1.0	1.0	14	1.2	400 ⁱ	2.4	5*	25*	400*
19–30 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.3	400 ⁱ	2.4	5*	30*	425*
31–50 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.3	400 ⁱ	2.4	5*	30*	425*
51–70 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.5	400	2.4 ^h	5*	30*	425*
> 70 y	700	75	20	15	90*	1.1	1.1	14	1.5	400	2.4 ^h	5*	30*	425*
Pregnancy														
14–18 y	750	80	15	15	75*	1.4	1.4	18	1.9	600 ⁱ	2.6	6*	30*	450*
19–30 y	770	85	15	15	90*	1.4	1.4	18	1.9	600 ⁱ	2.6	6*	30*	450*
31–50 y	770	85	15	15	90*	1.4	1.4	18	1.9	600 ⁱ	2.6	6*	30*	450*
Lactation														
14–18 y	1,200	115	15	19	75*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*
19–30 y	1,300	120	15	19	90*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*
31–50 y	1,300	120	15	19	90*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*

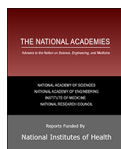
NOTE: This table (taken from the [DRI reports](https://www.nap.edu), see www.nap.edu) presents Recommended Dietary Allowances (RDAs) in **bold type** and Adequate Intakes (AIs) in ordinary type followed by an asterisk (*). An [RDA](#) is the average daily dietary intake level sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97–98 percent) healthy individuals in a group. It is calculated from an [Estimated Average Requirement](#) (EAR). If sufficient scientific evidence is not available to establish an EAR, and thus calculate an RDA, an

AI is usually developed. For healthy breast-fed infants, an AI is the mean intake. The AI for other life stage and gender groups is believed to cover the needs of all healthy individuals in the groups, but lack of data or uncertainty in the data prevent being able to specify with confidence the percentage of individuals covered by this intake.

- a As retinol activity equivalents (RAEs). 1 RAE = 1 µg retinol, 12 µg β-carotene, 24 µg α-carotene, or 24 µg β-cryptoxanthin. The RAE for dietary provitamin A carotenoids is two-fold greater than retinol equivalents (REs), whereas the RAE for preformed vitamin A is the same as RE.
- b As cholecalciferol. 1 µg cholecalciferol = 40 IU vitamin D.
- c Under the assumption of minimal sunlight.
- d As α-tocopherol. α-tocopherol includes *RRR-α-tocopherol*, the only form of α-tocopherol that occurs naturally in foods, and the 2*R*-stereoisomeric forms of α-tocopherol (*RRR-*, *RSR-*, *RRS-*, and *RSS-α-tocopherol*) that occur in fortified foods and supplements. It does not include the 2*S*-stereoisomeric forms of α-tocopherol (*SRR-*, *SSR-*, *SRS-*, and *SSS-α-tocopherol*), also found in fortified foods and supplements.
- e As niacin equivalents (NE). 1 mg of niacin = 60 mg of tryptophan; 0–6 months = preformed niacin (not NE).
- f As dietary folate equivalents (DFE). 1 DFE = 1 µg food folate = 0.6 µg of folic acid from fortified food or as a supplement consumed with food = 0.5 µg of a supplement taken on an empty stomach.
- g Although AIs have been set for choline, there are few data to assess whether a dietary supply of choline is needed at all stages of the life cycle, and it may be that the choline requirement can be met by endogenous synthesis at some of these stages.
- h Because 10 to 30 percent of older people may malabsorb food-bound B₁₂, it is advisable for those older than 50 years to meet their RDA mainly by consuming foods fortified with B₁₂ or a supplement containing B₁₂.
- i In view of evidence linking folate intake with neural tube defects in the fetus, it is recommended that all women capable of becoming pregnant consume 400 µg from supplements or fortified foods in addition to intake of food folate from a varied diet.
- j It is assumed that women will continue consuming 400 µg from supplements or fortified food until their pregnancy is confirmed and they enter prenatal care, which ordinarily occurs after the end of the periconceptual period—the critical time for formation of the neural tube.

SOURCES: *Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1997); *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1998); *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate* (2005); and *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D* (2011). These reports may be accessed via www.nap.edu.

From: Summary Tables



Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D.
Institute of Medicine (US) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium; Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, et al., editors.
Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

Copyright © 2011, National Academy of Sciences.

NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.

Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Elements Food and Nutrition Board, National Academies

Life-Stage Group	Calcium (mg/d)	Chromium (µg/d)	Copper (µg/d)	Fluoride (mg/d)	Iodine (µg/d)	Iron (mg/d)	Magnesium (mg/d)	Manganese (mg/d)	Molybdenum (µg/d)	Phosphorus (mg/d)	Selenium (µg/d)	Zinc (mg/d)	Potassium (mg/d)	Sodium (mg/d)	Chlorine (mg/d)
Infants															
0–6 mo	200 ^a	0.2*	200*	0.01*	110*	0.27*	30*	0.003*	2*	100*	15*	2*	400*	110*	0
7–12 mo	260 ^a	5.5*	220*	0.5*	130*	11	75*	0.6*	3*	275*	20*	3	860*	370*	0
Children															
1–3 y	700	11*	340	0.7*	90	7	80	1.2*	17	460	20	3	2,000*	800*	1
4–8 y	1,000	15*	440	1*	90	10	130	1.5*	22	500	30	5	2,300*	1,000*	1
Males															
9–13 y	1,300	25*	700	2*	120	8	240	1.9*	34	1,250	40	8	2,500*	1,200*	2
14–18 y	1,300	35*	890	3*	150	11	410	2.2*	43	1,250	55	11	3,000*	1,500*	2
19–30 y	1,000	35*	900	4*	150	8	400	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
31–50 y	1,000	35*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
51–70 y	1,000	30*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
> 70 y	1,200	30*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	1
Females															
9–13 y	1,300	21*	700	2*	120	8	240	1.6*	34	1,250	40	8	2,300*	1,200*	2
14–18 y	1,300	24*	890	3*	150	15	360	1.6*	43	1,250	55	9	2,300*	1,500*	2
19–30 y	1,000	25*	900	3*	150	18	310	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
31–50 y	1,000	25*	900	3*	150	18	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
51–70 y	1,200	20*	900	3*	150	8	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
> 70 y	1,200	20*	900	3*	150	8	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	1
Pregnancy															
14–18 y	1,300	29*	1,000	3*	220	27	400	2.0*	50	1,250	60	12	2,600*	1,500*	2
19–30 y	1,000	30*	1,000	3*	220	27	350	2.0*	50	700	60	11	2,900*	1,500*	2
31–50 y	1,000	30*	1,000	3*	220	27	360	2.0*	50	700	60	11	2,900*	1,500*	2
Lactation															
14–18 y	1,300	44*	1,300	3*	290	10	360	2.6*	50	1,250	70	13	2,500*	1,500*	2
19–30 y	1,000	45*	1,300	3*	290	9	310	2.6*	50	700	70	12	2,800*	1,500*	2
31–50 y	1,000	45*	1,300	3*	290	9	320	2.6*	50	700	70	12	2,800*	1,500*	2

NOTES: This table (taken from the DRI reports, see www.nap.edu) presents Recommended Dietary Allowances (RDAs) in bold type and Adequate Intakes (AIs) in ordinary type followed by an asterisk (*). An RDA is the average daily dietary intake level sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97–98 percent) healthy individuals in a group. It is calculated from an Estimated Average Requirement (EAR). If sufficient scientific evidence is not available to establish an EAR, and thus calculate an RDA, an AI is usually developed. For healthy breastfed infants, an AI is the mean intake. The AI for other life-stage and gender groups is believed to cover the needs of all healthy individuals in the groups, but lack of data or uncertainty in the data prevent being able to specify with confidence the percentage of individuals covered by this intake.

a Life-stage groups for infants were 0–5.9 and 6–11.9 months.

SOURCES: *Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1997); *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1998); *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); *Dietary Reference Intakes for Water*,

Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005); *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D* (2011); and *Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium* (2019). These reports may be accessed via www.nap.edu.

From: Appendix J, Dietary Reference Intakes Summary Tables



Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium.
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Food and Nutrition Board; Committee to Review the Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium; Oria M, Harrison M, Stallings VA, editors.
Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Mar 5.

Copyright 2019 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.

EVALUACIÓN BIOQUÍMICA DE LA MUJER EN POSPARTO



EVALUACIÓN BIOQUÍMICA DE LA MUJER DURANTE EL POSPARTO

La **evaluación bioquímica** constituye una información complementaria muy útil para profundizar la evaluación nutricional y proporcionar datos relevantes sobre las reservas maternas y el estado metabólico.

Se basa en la cuantificación de biomarcadores en sangre, orina y otros fluidos biológicos disponibles, ya sea en la historia clínica de la paciente o bien presentados durante la consulta o valoración nutricional, para identificar deficiencias o excesos de nutrientes, disfunciones metabólicas o estados inflamatorios que puedan comprometer la salud materna.

En el embarazo y el parto se producen cambios importantes (hemorragia, dilución por expansión de volumen, mayor demanda de micronutrientes). En el posparto estos signos y/o síntomas pueden persistir y manifestarse en consecuencia anemia, déficit de hierro o folato, alteraciones inflamatorias o metabólicas y riesgo según comorbilidades (diabetes gestacional, hipertensión, etc.).

Si bien estos datos de biomarcadores pueden no ser solicitados por el/la profesional Nutricionista, constituyen una herramienta fundamental para proporcionar información objetiva y precisa que complementa la valoración antropométrica, alimentaria y clínica; permitiendo la detección temprana del riesgo nutricional y orientando intervenciones específicas dirigidas a mejorar la salud de la mujer sin realizar un diagnóstico clínico específico.

Durante el posparto los biomarcadores básicos más significativos son:

- Hemoglobina (Hb) y/o hematocrito (Hto): para detectar anemia.
- Ferritina sérica: es uno de los mejores marcadores para evaluar reservas de hierro.
- Glucemia y perfil metabólico (cuando está indicado): glucemia basal y/o pruebas de tamizaje si hubo antecedentes de diabetes gestacional.
- Otros biomarcadores que se consideren necesarios para ampliar la valoración: estado de las reservas de micronutrientes específicos (hierro sérico, folato, vitamina B12, vitamina D, calcio), proteínas, perfil lipídico, perfil hormonal, etc.
- *Información importante:* no todos los laboratorios se piden en todas las pacientes. La selección depende del riesgo, presencia de signos y/o síntomas e historia clínica.

Es importante considerar que, para la interpretación y el uso clínico de los resultados, estos datos bioquímicos deben leerse considerando la presencia de síntomas clínicos, antecedentes previos de salud, ingesta estimada de nutrientes, suplementación recibida y grado de adherencia y resultados de la evaluación antropométrica.

A fines prácticos y relacionando con el contenido teórico disponible en el manual de la asignatura sólo abordaremos el análisis de algunos indicadores bioquímicos, para complementar la evaluación nutricional de la mujer en esta etapa y adecuar la planificación de su alimentación a estos datos de laboratorio.

Criterio diagnóstico para la anemia posparto

La anemia posparto se produce principalmente debido a una ingesta inadecuada de hierro antes y durante el embarazo, y a la pérdida de sangre durante el parto; en algunas mujeres, otros factores pueden contribuir a la anemia como la deficiencia de folato y vitamina B12 y los trastornos inflamatorios o infecciosos. Constituyendo una afección potencialmente prevenible con un gran impacto en el estado físico y mental de la madre tras el parto.

En general, la anemia se asocia con varias consecuencias adversas para la salud, como palpitaciones, mareos, falta de aire, debilidad, depresión, estrés, ansiedad, deterioro cognitivo.

Los puntos de corte para la anemia posparto varían según el período transcurrido:

- Hemoglobina puerperio inmediato (24-48 hs) ≤ 10 g/dL.
- Hemoglobina posparto (luego de los 7 días) ≤ 11 g/dL.
- Hemoglobina posparto (luego de las 8 semanas) ≤ 12 g/dL. (1-2-3-4)
- Ferritina: se recomienda la realización de un hemograma y ferritina sérica en todas las mujeres que hayan tenido un sangrado periparto significativo, entre 4 y 8 semanas posparto para evaluar la deficiencia de hierro; algunos expertos recomiendan evitar la medición de niveles de ferritina sérica en las primeras 6 semanas posparto. Valores inferiores a 30 ng/mL es indicativo de anemia, acompañándose con niveles de Hb por debajo de los límites normales para el posparto. (4)

Fuente consultada:

- 1) Guías de diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Hematología (SAH). 2023. https://sah.org.ar/docs/guias/2023/Guias_SAH_2023.pdf.
- 2) Api O, Breyman C, Çetiner M, Demir C, Ecdar T. Diagnosis and treatment of iron deficiency anemia during pregnancy and the postpartum period: Iron deficiency anemia working group consensus report. Turk J Obstet Gynecol. 2015 Sep;12(3):173-181. doi: 10.4274/tjod.01700. Epub 2015 Sep 15. PMID: 28913064; PMCID: PMC5558393.
- 3) Neef V, Choorapoikayil S, Hof L, Meybohm P, Zacharowski K. Current concepts in postpartum anemia management. Curr Opin Anaesthesiol. 2024 Jun 1;37(3):234-238. doi: 10.1097/ACO.0000000000001338. Epub 2024 Mar 22. PMID: 38390913; PMCID: PMC11062600.
- 4) Gómez Gallego J. Anemia durante el embarazo y el posparto. Ginecología y obstetricia 2025.