

GESTIÓN CLÍNICA

Edición N°: 1

Revisión N°:

Fecha: Julio de 2016

Fecha:

Responsable: Jefe del Servicio de Hospitalización

Área: Gestión Clínica

PROTOCOLO DE NUTRICIÓN PARA GESTANTES

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Grupo de Nutrición

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango
Gerente

Firma:

Firma:

HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	OBSERVACIONES
1		Julio de 2016	Grupo de Nutrición	Dr Jhon Jairo Vesga	Martha Lucia Vélez Arango	

COPIA NO CONTROLADA

**Resolución Número 1330
(25 de Julio de 2016)**

Por medio de la cual se Adopta las guías de manejo nutricional en gestantes, post parto y Guía de alimentación del niño/niña menor de 2 años hasta la adolescencia, tomando como base la resolución 412 del 2000, Guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Ministerio de la Protección Social.

El Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

- Que se hace necesario unificar los criterios para la elaboración, actualización y/o adaptación de las Guías de Práctica Clínica de la ESE, para una mejor aceptación, implementación y adherencia por parte del personal de salud que presta sus servicios en la institución, y que a la vez permita su actualización conforme a los avances técnico-científico y las directrices del Ministerio de protección social.
- Que se considera importante describir paso a paso las actividades que se desarrollan en cada uno de los procedimientos, para garantizar la unificación en la ejecución de éstos y así lograr el manejo adecuado de la patología del paciente, minimizando los riesgos en la prestación del servicio.
- Que las guías de manejo médicas, de enfermería y otras profesiones del área asistencial serán el soporte para el entrenamiento de los funcionarios y para en el manejo del paciente de la ESE.

RESUELVE

Artículo Primero: Adóptese y cúmplase con los lineamientos descritos en las guías de manejo nutricional en gestantes, post parto y Guía de alimentación del niño/niña menor de 2 años hasta la adolescencia.

Dado en Envigado el día veinticinco de Julio de 2016

MARTHA LUCÍA VÉLEZ ARANGO
Gerente

CONTENIDO

1. OBJETIVOS	5
2. POBLACIÓN OBJETIVO	5
3. EVIDENCIA CIENTÍFICA	5
4. CONCEPTOS GENERALES	8
5. VALORACIÓN NUTRICIONAL	9
5.1 HISTORIA NUTRICIONAL	9
5.2 ANTROPOMETRÍA	10
5.3 PARÁMETROS BIOQUÍMICOS.	11
5.4. DETERMINAR REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES	11
5.4.1 Kilo calorías:.....	11
5.4.2 Proteínas.....	13
5.4.3 Grasa	13
5.4.4 Carbohidratos.....	13
5.4.5 Vitaminas y minerales.	13
6. BIBLIOGRAFÍA	15
7. ANEXOS	16

COPIA NO CONTROLADA

1. OBJETIVOS

- Dar soporte nutricional de acuerdo a las necesidades y la condición médica de la mujer en embarazo.
- Evitar desnutrición intrahospitalaria en las gestantes, enfatizando en ácido fólico, hierro, calcio y proteínas.
- Disminuir complicaciones relacionadas con el soporte nutricional.
- Mejorar los resultados clínicos y disminuir los costos a través de un protocolo estandarizado.
- Estimular lactancia materna desde la gestación.
- Modificar las conductas alimentarias que pueden ser indeseables en beneficio de la salud materno-infantil.

2. POBLACIÓN OBJETIVO

Este protocolo de soporte nutricional, se aplica para la mujer gestante en la institución y para apoyo en caso de asesoría al momento del alta.

3. EVIDENCIA CIENTÍFICA

"la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales"

(Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993).

Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

ESCALA MODIFICADA DE SHCKELLE Y COLABORADORES

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
la. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
lb. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
Ila. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
Ilb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categoría I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencia categorías II o III

NIVELES DE EVIDENCIA

NIVEL	SIGNIFICADO
Ia	Evidencia procedente de meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados
Ib	Evidencia procedente de al menos un ensayo clínico aleatorizado
Ila	Evidencia procedente de al menos un ensayo clínico controlado no aleatorizado, bien diseñado. Estudios de cohorte con grupo de referencia
Ilb	Evidencia procedente de al menos un estudio cuasi experimental bien diseñado. Estudios de casos y controles.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y casos
IV	Evidencia procedente de reportes de comités de expertos, opinión o experiencia clínica de expertos

FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

GRADO	SIGNIFICADO
A	Evidencia de los niveles Ia y Ib
B	Evidencia de los niveles Ila, Ilb y III
C	Evidencia de los niveles IV
<input type="checkbox"/>	Considerado buena práctica clínica por el grupo que elaboró la GPC

4. CONCEPTOS GENERALES

La gestación es una etapa fundamental en la vida del ser humano en su periodo de formación dentro del vientre materno, época durante la cual se inicia el desarrollo de las características físicas y mentales del individuo. Por esta razón, cualquier problema o deficiencia que se presente durante la gestación se verá reflejada en la vida futura. Está demostrado incluso que el cerebro de la madre tiene adaptaciones especiales a estos cambios fisiológicos y neuroendocrinos especiales.

La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbilidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños(as) macrosómicos y por ese mecanismo, las distosias y complicaciones del parto. La atención de la embarazada lleva, entre otros aspectos, la evaluación de estado nutricional al inicio de la gestación con un seguimiento ponderal durante toda la etapa, y una orientación dietética que garantice una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.

Durante la gestación ocurren cambios fisiológicos normales como: aumento y desarrollo de las glándulas mamarias, aumento del abdomen e incremento en los requerimientos nutricionales y el aumento del peso corporal. Es un momento especial y, como tal, requiere una dieta adecuada. Ha de ser equilibrada y variada, pero no restrictiva.

EL CUERPO NECESITA AJUSTES NUTRICIONALES ESPECIALES, POR ESO CIERTOS REQUERIMIENTOS DEBEN TENERSE EN CUENTA EN LA ALIMENTACIÓN DE LA GESTANTE.

EN ESTA ETAPA LA ALIMENTACIÓN NO SÓLO DEBE COLABORAR EN LA NUTRICIÓN DEL BINOMIO MADRE-HIJO SINO QUE DEBE IR PREPARANDO A LA MADRE PARA UNA LACTANCIA SATISFATORIA.

La lactancia supone un desgaste energético importante para que el cuerpo elabore la leche materna, aproximadamente implica un promedio de 500-600 calorías extras. Sin embargo, la naturaleza le da prioridad al bebé y saca los nutrientes de donde los encuentra para producir la leche de la mejor calidad. Por eso, más allá de las calorías a ingerir, la clave es tener en cuenta las fuentes de energía y una reservas satisfactorias desde la gestación que evite a futuro problemas de

salud a la madre; estas reservas incluyen calorías con proteínas , fe , ac fólico, ca y en general vitaminas y minerales.

COMER DE CINCO A SEIS VECES AL DÍA, EVITAR EL AYUNO DE MÁS DE TRES HORAS Y ELEGIR ALIMENTOS QUE AYUDEN EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA, AL IGUAL QUE UNA BUENA HIDRATACIÓN ES LA MEJOR OPCIÓN.

Es recomendable aumentar la proporción de lácteos ya que tienen calcio, vegetales verdes, proteínas y carbohidratos complejos.

El calcio justamente es clave para evitar a futuro cualquier tipo de problemas en los huesos. Además de ingerirse a través de lácteos y otros alimentos.

En este período también es común que aumenten el apetito desde el segundo trimestre y ello requiera asesoría a la madre en la selección de alimentos.

Todo, absolutamente todo lo que la madre ingiere se lo transmite a su hijo de una u otra forma y también mas adelante a través de la leche. En términos generales, es importante evitar comidas con mucha sal, grasa trans o comidas muy condimentadas, Hierbas sin asesoría especializada, preferir alimentos caseros y naturales, evitar procesados, conservantes y bebidas con gas. El cigarrillo y alcoholes son enemigo del sistema nervioso del bebé. También se debe evitar exceso de café.

La fibra también ayuda a mejorar la digestión evitando el estreñimiento, además aumenta la sensación de saciedad.

La madre en condiciones normales no requiere de complementos nutricionales polimericos que con una inadecuada asesoría pueden contribuir a exceso de ganancia de peso con los riesgos que este tiene.

5. VALORACIÓN NUTRICIONAL.

5.1 Historia Nutricional

Incluye historia clínica, medidas antropométricas, anamnesis alimentaria y lectura de exámenes de laboratorio, con el fin de obtener el diagnóstico nutricional.

Datos generales: Edad, condición socio-económica, factores culturales, medio ambiente, factores psicológicos, factores que afecten el consumo, antecedentes

con lactancia si es el caso, otros consumos de opciones nutricionales del mercado.

5.2 Antropometría

1. Peso actual
2. Peso previo a la gestación y ganancia en la misma
3. Talla
4. la curva de ganancia de peso a utilizar en esta evaluación nutricional es la rejilla de Atalah (anexo1)

Para el uso de la rejilla de ganancia y monitoreo del peso se deben tener en cuenta el peso y la talla para determinar el IMC actual de la gestante (anexo 1) y ubicarlo en la gráfica de evaluación de ganancia de peso para la embarazada. Y buscar el punto de intersección con la edad gestacional (en semanas).

Se realiza además la clasificación nutricional de acuerdo con el Índice de Masa Corporal, así:

<de 18.5 bajo peso

18.5 – 24.9 normal

25 – 29.9 sobrepeso

30 – 34.9 obesidad grado I

35 – 39.9 obesidad grado II

40 -49.9 obesidad mórbida grado III

Mayor de 50 Súper-obesidad mórbida.

El peso corporal continua siendo una medida de valor dentro de la evaluación nutricional, se utiliza:

- PESO USUAL: **EN PACIENTE CON DÉFICIT DE PESO O EN EUTRÓFICO.**

- PESO DE REFERENCIA: **POR IMC EN PACIENTE CON SOBREPESO.**

- PESO AJUSTADO: **SE USA EN PACIENTE OBESO**

Peso Ajustado =: $PR + [0.25 \times (PA - PR)]$.

PR: peso de referencia

PA: peso actual

Clasificación del estado nutricional:

- Eutrófico o normal.
- Con desnutrición proteica o calórica (leve, moderada o severa).
- Obeso o con exceso de masa grasa.
- Con déficit de un nutriente.

Es fundamental que el IMC (anexo 2) se debe considerar en la valoración antropométrica pregestacional para determinar cuánto es la ganancia de peso esperada que debe tener la madre. El siguiente cuadro da una idea de la ganancia de peso esperada durante todo el embarazo.

Estado nutricional según IMC	Valores de referencia IMC	Porcentaje de aumento de peso(*)	Ganancia de peso kg/semana	Ganancia de peso total (kg)
Enflaquecida	<20	30	0.5-1.0	12.5 – 18.5
Normal	20 – 24.9	20	0.4	11.5 – 16
Sobrepeso	25 – 29.9	15	0.3	7 – 11.5
Obesidad	>30	15	0.2	6 – 7

Atalah. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional de embarazadas Rev. Med Chile N 125. 1997. Adaptada Sandra Restrepo.

5.3 Parámetros bioquímicos.

Glucemia inicial en caso de diabetes tipo I o II o diabetes gestacional previa, hb, hto.

Todo el laboratorio a criterio del médico tratante o sugerencia de nutricionista según el caso específico

5.4. Determinar requerimientos nutricionales

5.4.1 Kilo calorías:

Dependerá del estado nutricional y se ofrecerá en general así:

IMC de 18.5 – 24.9 35 Kcal por kg por día aproximadamente.

IMC de 25-29,9 35 Kcal por kg por día aproximadamente (se calcula por peso de referencia).

IMC menor de 18.5, Aporte calórico 40 Kcal aproximadamente.

IMC mayor de 35 Aporte calórico entre 25-30 Kcal, en caso de ser necesario se solicita interconsulta específica por nutrición por necesidad de cálculo calórico por peso ajustado.

La restricción severa de la energía para perder el peso no es apropiada en el embarazo. La restricción calórica puede producir cuerpos cetónicos y otros metabolitos que pueden crear tensión metabólica y pueden ser perjudiciales para el desarrollo fetal. La salud materna puede también ser comprometida.

Una reducción moderada de la ingesta de energía para controlar el aumento del peso puede ser apropiada en especial en obesidades mórbidas que llevan a mayor predisposición a diabetes gestacional, preclampsia.

Otra de las formas de calcular Las recomendaciones energéticas son las siguientes:

Tabla 2: Recomendaciones energéticas para gestantes según IMC para edad gestacional

Peso Meses	Kcal/kg pre concepcional			promedio kcal por peso ideal	
	1 trimestre	2 Trimestre	3 Ttrimestre	1	2 y 3
Peso normal para edad gestacional	30-35 kcal	30-35 kcal + 150- 300 kcal	30-35 kcal + 150- 300 kcal	30-35	36-38
Sobrepeso para edad gestacional	24 kcal (no menor a 1600 kcal)	24 kcal + 150-300 kcal	24 kcal + 150-300 kcal	28-30	30-33
Obesidad para edad gestacional	Restricción del 30%-33%, lo que equivale a 1600-1800 kcal/día			25	

NOTA: Se sugieren los anteriores aportes energéticos, con base a la experiencia profesional, el análisis y discusión de las recomendaciones calóricas propuestas por el Instituto Colombiano de bienestar familiar-ICBF (12) , Instituto Americano de Medicina -IOM (13), Food and Nutrition Board (5), FAO/OMS (14) , American College of Obstetrics and Gynecology –ACOG (16), American Diabetes Association-ADA (16,17,18) , Centro de diabetes Jouslin (15,16, 17).

En embarazo gemelar la ganancia de peso total es en promedio de 16 a 20kg.

5.4.2 Proteínas

1.2 a 1.5gr/ kg/ día: 15 - 20 % del V.C.T.

5.4.3 Grasa

Hasta el 30 % del V.C.T.

Se recomienda incluir pescados y fuentes de w3 (DHA), combinar dieta con oliva, canola, aguacate, soya, maní, nueces, Aceite de maíz, soya, girasol

5.4.4 Carbohidratos

50 – 60 % del V.C.T,

Aunque el uso de alimentos con bajo índice glicémico pueden aumentar saciedad, no hay evidencia suficientemente sustentada científicamente., Se sugiere disminuir CHO concentrados por las “calorías vacías” y el riesgo de exceso de peso.

La fibra: 20 – 25 gr fibra dietaría.

Como Se anoto anteriormente se debe evitar el consumo de alcohol, cigarrillo, exceso de bebidas oscuras y medicación sin autorización médica.

5.4.5 Vitaminas y minerales.

Ambulatoriamente La materna puede coordinar con el médico tratante y/o nutricionista suplementos de ca, minerales y vitaminas específicas. Hospitalizada en condiciones normales debe continuar con estas.

Debido a las necesidades incrementadas de hierro, se requiere la utilización de un suplemento. Se recomienda 30 mg/día de hierro ferroso para mujeres que tienen una alimentación balanceada preferiblemente entre las comidas y con bebidas que contengan ácido ascórbico (vit c), para lograr óptima absorción.

Se recomienda la administración de 400 ug de folato los primeros meses de gestación (sobre todo primer trimestre).

Durante la gestación puede ser necesaria la utilización de suplementos de calcio si la madre por cualquier razón, no ingiere la cantidad suficiente de alimentos fuentes que permita alcanzar la ingesta adecuada.

1. Requerimiento de vitaminas y minerales

Nutriente	Aporte recomendado		
	14- 18 años	19 - 30 años	31 - 50 años
Calcio mg/dl	1300	1000	1000
Fósforo mg/dl	1250	700	700
Hierro (a) mg/dl	27	27	27
Magnesio mg/dl	400	350	360
Vitamina A. ug/d	750	770	770
Tiamina mg/dl	1,4	1,4	1,4
Riboflavina mg/dl	1,4	1,4	1,4
Niacina mg/dl	18	18	18
Cinc mg/dl	10,0	11,0	11,0
Vitamina B6 mg/dl	1,9	1,9	1,9
Folato ug/d	600	600	600
Vitamina C. mg/dl	80	85	85
Vitamina D. ug/d	5*	5*	5*
Vitamina B12 ug/d	2,6	2,6	2,6
Sodio mg/dl	1500*	1500*	1500*
Fibra dietaría gdl	28	28	28
Potasio mg/dl	4700	4700	4700

Fuente: IOM: DRIS 2002/2005
AI*

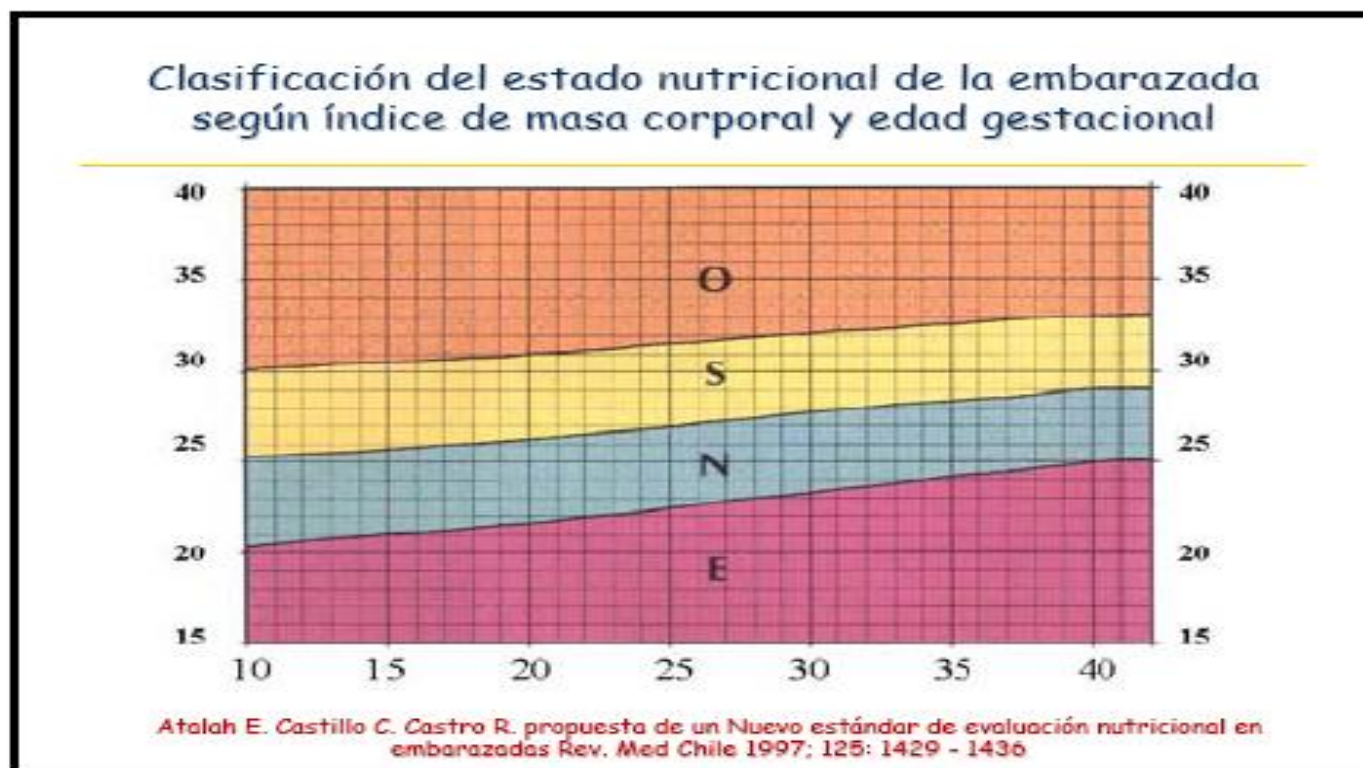
6. BIBLIOGRAFÍA

- Nutrición y Dietoterapia de Krause. Mc Graw Hill. Décima edición 2001.
- (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).
- Atalah. propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional de embarazadas rev. med chile n 125. 1997.
- ICBF. guías alimentarias para la población colombiana. 2002.
- Maternidad y Salud, Ciencia, Conciencia y Experiencia Observatorio de Salud de las Mujeres Subdirección General de Calidad y Cohesión Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid ,España, 2012.
- American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. “Breastfeeding and the use of human milk” Pediatrics Vol 100 no 6 dec 1197 1035 1039
- Secretaria de Salud de Envigado. Memorias capacitación en lactancia materna y cuidados del recién nacido julio a octubre de 2015. Operador crianza afectiva.

7. ANEXOS

ANEXO 1.

Gráfica para evaluación nutricional de la embarazada



COPIA N

ANEXO 2

Fuente: Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Elvira Calvo, Buenos Aires, 2009

