FORO DE EXPERTOS

Recomendaciones Nutriológicas en el Embarazo y Lactancia

RECOMENDACIONES NUTRIOLÓGICAS EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA

Dr. Eduardo Atalah Samur
Departamento de Nutrición
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile

1.- RECOMENDACIONES.

Las referencias más utilizadas internacionalmente son FAO/OMS/UNU y los de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos (NCR, NAS) las que muestran algunas diferencias (NCR tiene la ventaja de incluir mayor número de nutrientes). En el ciclo reproductivo existe un icremento de las necesidades de casi todos los nutrientes, respecto a mujeres adultas en edad fértil. Las únicas excepciones son vitamina A en el embarazo y hierro en la lactancia. Los incrementos fluctúan entre el 155 (energía) y 220% (folatos), aunque para la mayoría de los nutrientes las diferencias con la mujer no embaraza son del orden del 20 a 40%. Las necesidades en general son mayores en la lactancia, con la excepción de los folatos y el hierro que son superiores en el embarazo.

La necesidad adicional de energía en embarazadas normales es de 300 Kcal diarias segun RNC. El incremento podría ser menor en mujeres que reducen su actividad física, situación frecuente de observar al final del embarazo. El mayor aporte calórico equivale a 110 grms. de pan o a 2 tazas de leche con azúcar. Para la nodriza la suma de ambos alimentos permite cubrir las necesidades adicionales (500 Kcal). El incremento de proteínas de la embarazada se puede satisfacer con dos tazas de leche, al igual que el calcio y riboflavina. En otras palabras, dos tazas adicionales de leche perimiten cubrir gran parte de las necesidades adicionales del embarazo, en el caso que la alimentación previa sea adecuada. Es necesario además incentivar el consumo de una porción adicional de frutas y verduras para asegurar el aporte de otros micronutrientes.

El hierro es muy dificil de cubrir con medidas dietéticas. En nuestro país la dieta aporta alrededor de 15 mgr. hierro en población de ingresos bajos y el aporte extra que se requiere equivale al consumo de más de 500 grs. de carne al día. Se recomienda el uso de hierro medicamentoso en forma habitual durante el embarazo. Algo similar ocurre con los folatos (hígado, leguminosas y verduras de hojas verdes) ya que es dificil alcanzar el aporte con la dieta. Los suplementos vitamínicos y minerales durante el embarazo y lactancia son una medida necesaria en poblaciones de bajos ingresos.

Estudios nacionales han demostrado buen incremento de peso y adecuado peso al nacer en embarazadas que consumían 1900 Kcal, lo que sugiere que las recomendaciones podrían esta sobreestimadas. En la práctca habitual el consejo dietético de la embarazada no se realiza en función de las recomendciones nutricionales, sino de acuerdo a la curva de ganancia de peso y el estado nutricional.

2.- ESTADO NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA Y NODRIZA

A pesar de la reconocida vulnerabilidad de la embarazada pocos países de Latinoamérica disponen dnormas para evaluar el estado nutricional en este grupo, Chile fue pionero en este sentido ya que a partide 1981 el Ministerio de Salud comenzó a evaluar en forma estandarizada el estado nutricional de la población, utilizando el criterio propuesto por el Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. La tabla establece como peso ideal el peso normal para la talla (de acuerdo a normas internacionales) mas el incremento de peso esperado por el embrarazo para cada semana gestacional (10%).

En 1987 el Ministerio de Salud adoptó como referencia la gráfica de Rosso y Madrones considerando que:

a).- Se basa en datos experimentales y no en la concepción teórica

b).- Utiliza datos de población Chilena y no referencias internacionales;

c).- Que el método gráfico facilita el análisis de la evolución ponderal. La gráfica de incremeneto de peso, propone un rango de peso aceptable para cada edad gestacional expresado como porcentaje del peso/talla de una mujer no embrazada. Como el incremento del peso ideal se estima en 20% del peso aceptable, se considera normal un valor cercano al 100% en la primeras semanas de gestación y el 120% al final del embarazo.

La relación peso/talla por edad gestacional es fácil de medir, puede ser aplicada en cualquier

período del embarazo y refleja tanto las reservas como el incremento de peso esperado durante la gestación. Se requiere, eso sí conocer el peso, talla y edad gestacional. En algunos países de latinoamérica es dificil obtener esta información en forma estandarizada y en esas condiciones se pueden utilizar métodos más simples (perímetro braquial).

En la nodriza se aplican los mismo criterios que en una mujer no embarazada. Para interpretar el índice de masa corporal o la relación peso/talla debe recordarse que la madre acumula cerca de cuatro kilos de grasa durante el embarazo, los que determina que el valor normal sea superior al rango habitual.

3.- EFECTOS DE ESTADO NUTRICIONAL MATERNO EN EL EMBARAZO

3.-1 Desnutrición energético-protéica

Númerosa evidencia confirma que la desnutrición materna afecta el desarrollo fetal. La magnitud del efecto depende de la intensidad del deficit nutricional y del momento de la gestación en que se produce. El impacto es mayor cuando se asocia una desnutrición preconcepcional con un déficit durante la gestación. Los principales efectos observados en Chile son los siguientes:

a).- Disminución del peso promedio del recién nacido (200 a 500 grs. menos en madres con déficit nutricional); b).- Aumento de la proporción de recién nacidos de bajo peso: de 4 a 5% a10 o 15%; el peso insuficiente (2500 a 3000 grs), sigue una tendencia similar con un riesgo relativo tres veces mayor en mujeres desnutridas; c).- aumento de la proporción de pequeños para la edad gestacional (PEG): de 3 a 10% de acuerdo a las tablas de Lubchenko; d).- Aumento de la mortalidad perinatal y e).- Aumento del riesgo de desnutrición y de mortalidad durante el primer año de vida (riesgo relativo 2 a 3 veces mayor en niños de bajo peso).

Por análisis multivariado se ha estimado que el peso de nacimiento depende fundamentalmente de la edad gestacional (40-50% de la varianza), factores genéticos (20% de la varianza), factores nutricionales (10-15%) patologías del embarazo, tabaquismo entre otros. La nutrición es la variable que puede ser corregida con una mayor relación de costo-benficio. Las modificaciones que se logran en el peso al nacer tiene una alta rentabilidad social como lo demuestran dos evaluaciones económicas que se han realizado en Chile en relación al Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

3.2 Obesidad

Estudios nacionales y extranjeros demuestran un aumento sognificativo del riesgo de cesárea, complicaciones del parto y traumatismos del recién nacidos en mujeres obesas. La proporcione de niños macrosómicos (>4000 grs.) es varias veces mayor en mujeres obesas que en mujeres con estado nutricional normal. También se ha demostrado que un incremento de peso inferior a 5 Kg produce un aumento de la mortalidad perinatal, por lo cual no se recomiendan restricciones calóricas severas.

4.- INCREMENTO DE PESO OPTIMO

Es dificil que toda mujer llegue al embarazo con un peso normal, pero, a través del control prenatal, se pueden corregir los déficit existentes.

El incremeneto de peso óptimo va a depender del estado nutricional materno. Para embarazadas normales se ha estimado en 10 a 12 Kg, los que no se distribuyen uniformemente durante las 40 semanas de gestación. Las primeras 10 semanas es menos de un Kg. y después es relativamente lineal (algo superior entr las 20 y 30 semanas),para declinar levemente al final del embarazo. En promedio se espera un incremento de 350 a 400 grs. semanales desde la 10 semana de gestación hasta el término del embarazo.

Las madres enflaquesidas deben aumentar el peso necesario para llegar a un relación peso/talla de 120% al final del embarazo. Dependiendo del grado de déficit inicial ello representa entre 15 y 18 Kg. o un promedio de 500 a 600 grs. semanales, cifra superior a "un kilogramo por mes" que aplicaran tradicionalmente los obstetras. Aun cuando existe temos del equipo de salud por estipular incrementos de peso de esta índole, diversas experiencias demuestran que con ello no aumentan los riesgos obstetricos ni las patologías del embarazo.

En madres obesas se recomiendan incrementos equivalentes al peso del fetos y de los anexos (de 6 a 7 Kg. o 200 a 250 grs. semanales) cifra que se asocia con menores riesgos para la madre y el niño. Aun cuando es posible lograr un buen peso de nacimiento con incrementos de peso maternos menores, ellos aumentará los riesgos de mortalidad perinatal.

Según datos del Ministerio de Salud (1995) la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad durante el embarazo es de 46%. En Chile la obesidad materna tiene una fuerte asociación con la edad y la paridad materna, duplicándose su prevalencia en grandes multípara o en

embarazadas mayores de 35 años. A diferencia de lo observado en otros países de la región,el ciclo reproductivo determina un incremento progresivo de obesidad materna, uno de los factores de riesgo más importantes en las principales patologías del adulto Chileno. Ello sugiere que es necesario revisar la pauta alimentarias y criterios de evaluación nutricional en uso en la embarazada dado que puede estar contribuyendo a fomentar un incremento de peso mayor que el necesario.

5.- EFECTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO EN LA LACTANCIA

La lactancia representa la etapa de la vida con mayores requrimientos nutricionales (por los nutrientes que traspasan por la leche y el costo metabólico de sintetizarla). Contrariamente a los que podría esperarse son poco claros los efectos que se producen cuando este aporte no se cumple.

Los estudios disponibles no siempre han definido las características nutricionales materno, haciendo sinónimo pobreza con desnutrición lo que no es necesariamente válido. Tampoco se han diferenciado los efectos de la desnutrición (evaluada por técnica antropométricas) de un deficiente alimentación (evaluada por encuestas alimentarias) que reflejan aspectos diferentes.

La capacidad de lactar de una madre puede ser evaluada a través de distintos indicadores, los que se analizan a continuación con los resultados que hemos observado en estudios nacionales.

5.1- Volumen de leche secretada, que debe considerar las 24 hs. incluyendo las mamadas nocturnas (pesada diferencial, extracción de leche o metodos de dilución isotópica). Las madres normales producen alrededor de 400 ml. de leche al día las primeras semanas posparto , las que aumentan gradualmente hasta estabilzarse en 800 ml. día alrededor de las 6-8 semanas, cifras con amplia variabilidad individual. Estudios nacionales y extranjeros demustran que las madres con deficiente estado nutricional o de bajo nivel de vida tienen una menor capacidad de producir leche (200 a 250 ml. menos por día)

5.2 COMPOSICION CENTESIMAL.

Nuestra experiencia y la literatura nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

a).- las grasas varían tanto en cantidad como en calidad de los factores alimentarios y nutricionales. Se ha observado una diferencia promedio de 1 a 2 grs. en el contenido de la grasa entre madres "mal" y "bien" alimentadas y el contenido de ácidos grasos esenciales puede fluctuar ampliamente dependiendo de las características de la dieta (5 a 15% de las grasas totales). Dado que las grasas representan cerca del 50% de las calorías de la leche materna, su disminución afecta el aporte energético.

b).- las vitaminas lipo e hidrosolublees dependen de la dieta y/o reservas matenas y su contenido en la leche se ve afectado por una carencia y aumentado por una suplementación en caso de que exista un déficit. Sin embargo las diferencias observadas, la calidad de la leche materna en las madres de bajo nivel de vida es sorprendentemente buena en relación a lo esperado en función de su alimentación.

5.3 LA DURACION DE LA LACTANCIA no depende de factores nutricionales. Su mantención se debe a un estímulo hormonal que se produce cada vez que el niño succiona el pecho materno. Las lactancias más prolongadas se observan en países con deficientes condiciones nutricionales, aunque no necesariamente se asocian con un buen crecimiento infantil.

5.4 CRECIMIENTO DEL NIÑO

Una medición indirecta de la cantidad y calidad de la leche se obtiene de las curvas de crecimiento del niño. El crecimiento sin embargo no refleja necesariamente la capacidad de la madre para producir leche sino más bien del lactante para extraerla. Los datos que se disponen en poblaciones bien nutridas demuestran que la lactancia exclusiva permite el crecimiento óptimo los primeros seis meses de vida y hasta despues del año cuando es adecuadamente suplementada con otros alimentos. En comunidad con deficientes condiciones nutricionales la curva de peso empieza a declinar al tercer o cuarto mes, probablemente por una disminución del volumen o contenido de grasas (y energía) de la leche. Un estudio demostró una diferencia de 700 grs. de peso a los seis meses de edad entre hijos de madres enflaquecidas y normales, alimentados con pecho exclusivo, aunque la mitad de la diferencia fue determinada al momento de nacer.

5.5 SUPLEMENTACION ALIMENTARIA

Existen pocas intervenciones nutricionales de la nodriza adecuadamente señaladas y evaluadas y con frecuencia se confunden los efectos de la intervención educacional con la suplementación alimentaria. Los efectos demostrados en relación a la capacidad de lactar son limitados, siendo mucho mayor el impacto de la educación y capacitación de la madre en relación a técnicas de lactancia.

CAPILLA ALFONSINA