



**Nombre del profesor: L.N Daniela Monserrat Méndez Guillen.**

**Nombre del estudiante: Dili Haidee Reyes Argueta.**

**Curso: Planeación dietética.**

**Carrera: Nutrición.**

**Grado: 2do. cuatrimestre**

# DIETA EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA.

## concepto

El embarazo y la lactancia son periodos de mayores requerimientos nutricionales. La alimentación de la madre proporciona al niño los nutrientes necesarios para su desarrollo y atiende las demandas de su propio organismo

Desde la fecundación hasta el parto, el óvulo fertilizado (con un peso inferior a 100 µg) evoluciona hasta transformarse en un bebé con un peso promedio de aproximadamente 3.4 kg. Durante este periodo de desarrollo acelerado, la madre requiere nutrientes adicionales, como kilocalorías, proteínas, y ciertas vitaminas y minerales.

Las fuentes alimenticias de ácido linoleico son los siguientes aceites de maíz y girasol. El ácido alfa-linolénico se encuentra en estos aceites de canola, linaza y soja. Importantes fuentes de DHA son el pescado y los mariscos, porque no se requiere conversión por parte del organismo.

El RDA de ácido fólico para todas las mujeres en edad reproductiva especifica el ácido fólico sintético proveniente de alimentos fortificados o suplementos. Además, se espera el consumo de folato alimenticio derivado de una dieta variada.

## Recomendaciones

Cubrir las necesidades nutritivas propias de la mujer.  
• Satisfacer las exigencias nutritivas debidas al crecimiento fetal.  
• Preparar el organismo materno para afrontar mejor el parto.  
• Promover y facilitar la futura lactancia

se recomiendan suplementos con 30 mg de hierro diarios después del primer trimestre, que por lo regular se recetan como una tableta única dado que al utilizar suplementos con multiminerales sólo se absorbe 5% del hierro, en comparación con 10% en los suplementos que sólo contienen hierro

Otras vitaminas B de especial interés en el embarazo  
vitamina B12 y el ácido fólico, zinc, vitamina C, vitamina B-9

Debido a que los órganos fetales en rápido desarrollo incorporan ácidos grasos esenciales de cadena larga n-3 y n-6 en sus paredes celulares, la necesidad acumulada de ácidos grasos esenciales para el embarazo es de alrededor de 620 g.

## Necesidades energéticas.

A fin de sostener a la madre y al desarrollo del feto y de la placenta, se requiere un aumento de energía.

Desde el cuarto hasta el sexto mes, llamado segundo trimestre, gran parte de esta energía se dedica al crecimiento del útero (matriz) y de otros tejidos maternos

Durante los meses 7 a 9, o tercer trimestre, gran parte de la energía se dedica al feto y a la placenta.

una mujer embarazada necesita:

340 kcal adicionales por día en el segundo trimestre. 452 kcal adicionales por día en el tercer trimestre.

## Riesgos

la anemia materna al inicio del embarazo aumenta dos a tres veces el riesgo de parto prematuro y de neonatos con bajo peso al nacer

La madre también necesita proteína adecuada para el crecimiento de sus propios tejidos.

La deficiencia marginal de zinc se ha asociado con parto prematuro y complicaciones del parto, pero la medición del zinc en suero carece de una norma bien establecida.

La proteína se requiere para formar el tejido fetal

Cinco casos de sangrado intracranial grave tal vez relacionados con deficiencia de vitamina K dieron por resultado dos niños con graves incapacidades y tres muertes neonatales, incluido un lactante con malformaciones óseas generalizadas.

# DIETAS EN DISTINTAS ETAPAS Y ESTILOS DE VIDA.

## Control del peso

El volumen plasmático durante el embarazo se expande en cerca de 50%, y requiere una ingesta de líquidos de alrededor de 9 tazas diarias.

En promedio, una mujer cuyo peso es normal debe subir 1 a 2 kg.

Por semana durante el resto del embarazo. Sin importar su estatura y peso anteriores al embarazo, una mujer debe ganar cuando menos 10-12 kg durante el periodo de gestación.

por lo tanto

Adquirir menos del peso recomendado se asocia con retraso en el crecimiento fetal, bajo peso de nacimiento y aumento en la mortalidad perinatal.

En el extremo superior del espectro, la adquisición de un peso mayor al recomendado se asocia con bebés más grandes, parto por cesárea y retención del peso después del parto, al igual que con diabetes gestacional y preclamsia.

## Bases y normas.

Las mujeres maduras que se embarazan necesitan relativamente pocas modificaciones en las recomendaciones.

Las adolescentes embarazadas necesitan nutrientes para cubrir su propio desarrollo, al igual que el del feto.

Los planes de alimentación seleccionados por ellas mismas deben tener suficiente variedad para proporcionar todos los nutrientes requeridos.

Cinco casos de sangrado intracranial grave tal vez relacionados con deficiencia de vitamina K dieron por resultado dos niños con graves incapacidades y tres muertes neonatales, incluido un lactante con malformaciones óseas generalizadas.

Los siguientes cambios son adaptaciones que permiten el desarrollo del feto y, al mismo tiempo, satisfacer las necesidades maternas.

## Planificación del menú.

### Recomendaciones generales:

El perfil calórico de la dieta de una mujer embarazada es el mismo que el de una mujer adulta (10-15% kcal de proteínas, 50-55% de HC y 30% de lípidos).

Se recomienda distribuir la ingesta en unas cinco comidas al día para evitar ayunos prolongados y reducir en la medida de lo posible náuseas y vómitos.

Se deben seleccionar los alimentos en función de su calidad y no de la cantidad.

La alimentación debe incluir alimentos de todos los grupos.

Las técnicas culinarias más aconsejables son cocción al agua (vapor, hervido, escalfado), al horno, en papillote y a la plancha. Moderar las frituras, los estofados, los rebozados, los rehogados y los empanados.

Abstenerse de consumir alcohol y tabaco.

Moderar el consumo de sal (utilizar sal yodada), edulcorantes artificiales y bebidas que contienen cafeína.

Realizar AF moderada (caminar, nadar, ejercicios de preparación al parto) de forma regular.

Controlar el peso: no comer entre horas, moderar el consumo de azúcares, sales y otros alimentos con alto contenido energético que provocarían una ganancia excesiva de peso, y evitar dietas hipocalóricas que podrían conllevar deficiencias nutricionales en la madre y en el feto. Si la ganancia ponderal es insuficiente, recomendar enriquecimientos nutritivos.

## Riesgos

la alimentación del lactante con el fin de conseguir un crecimiento y desarrollo adecuados, y en sus aspectos terapéuticos, 53 a la prevención de enfermedades carenciales frecuentes, como las deficiencias de vitamina D o de hierro.

Las formas de obesidad que se inician en la infancia tienden a perpetuarse en el adulto y se asocian a otras enfermedades como la DM2.

la introducción de determinados alimentos como los cereales con gluten a determinadas edades puede tener relación con el desarrollo de la enfermedad celíaca.

La caries dental, que ya se manifiesta en la infancia, tiene repercusiones tardías en el adulto.

Dada la importancia de la prevención primaria de las enfermedades citadas, es labor del nutriólogo o pediatra establecer unos hábitos dietéticos adecuados desde el nacimiento y a lo largo de toda la edad pediátrica.

Por todo ello, la nutrición pediátrica va mucho más allá de la alimentación del lactante y de la prevención de deficiencias de macro- y micronutrientes en niños pequeños.

# DIETAS EN DISTINTAS ETAPAS Y ESTILOS DE VIDA.

## Diets post-lactancia.

La lactancia es la etapa inicial de la vida y abarca varios meses en los que el bebé se alimenta exclusivamente de leche, proporcionándole todos los nutrientes necesarios para su crecimiento saludable.

La composición de la leche varía durante la lactancia.

Después de un parto a término, el calostro se secreta durante los 4-7 días siguientes.

Entre los días 7 y 21 tras el parto se secreta la leche de transición y a partir de entonces la leche madura, cuya composición permanece estable el resto de la lactancia.

La calidad de la leche materna dependerá de la nutrición materna

### factores

los depósitos de nutrientes acumulados durante la vida intrauterina.

### la cantidad

biodisponibilidad de los nutrientes aportados por la leche y los factores genéticos y ambientales que modulan la eficiencia en la utilización de estos nutrientes.

## Nutrición del lactante.

la LM es el alimento idóneo para el lactante pequeño.

La OMS preconiza que debe ser el único alimento hasta los seis meses

### Factores nutricionales

a partir de los seis meses de edad (y en algunos casos a partir de los 4-5 meses) la LM puede no aportar suficiente energía, proteínas, hierro, calcio y vitamina D, especialmente si el volumen de LM es bajo.

Otros factores a valorar para la introducción de la AC son la velocidad de crecimiento, la edad de paso de los movimientos de succión, depuración a succión, maduración de los sistemas de digestión, absorción de la función renal, del desarrollo neuromotor, de la capacidad de defensa frente a proteínas heterólogas, el hábito intestinal.

## Introducción de alimentos.

### Recomendaciones generales:

La LM es el alimento ideal durante los seis primeros meses.

Se recomienda distribuir la ingesta en unas cinco comidas al día para favorecer la introducción de la AC se debe valorar el ambiente sociocultural, actitud de los padres y la relación madre-hijo. Evitar ayunos prolongados y reducir en la medida de lo posible náuseas y vómitos.

La AC no debe introducirse antes de las 17 semanas (cuatro meses cumplidos) ni más tarde de las 26 semanas.

Introducción de la AC debe hacerse cuando el lactante es capaz de mantenerse sentado con apoyo tiene buen control de los movimientos del cuello e inicia los movimientos de masticación. En cualquier caso, la edad de inicio de la AC debería individualizarse en cada lactante.

### Recomendaciones

Retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (soja, huevos, cítricos, frutos) más allá del quinto o sexto mes no ha demostrado reducir la incidencia de alergia, tanto en lactantes sanos como en los de riesgo atópico.

Es prudente evitar la introducción precoz (antes de los cuatro meses) y tardía (más de seis meses) del gluten. Posiblemente así puedan evitarse enfermedades con base inmunitaria como la celiaquía y la DM1.

Iniciar la administración de alimentos con grumos a partir de los 9-10 meses.

Valorar la administración de vitamina D. Probablemente se deba suplementar con 400 UI a todos los lactantes, especialmente si reciben LM y en invierno.

La LV no debería introducirse como principal bebida antes de los 12 meses, aunque puede administrarse en pequeños volúmenes añadidos a otros alimentos, por ejemplo en forma de yogur.

## normas de alimentación estrictas

LM exclusiva seis meses, y continuar por lo menos hasta los 12 meses. Cuando no sea posible, introducir una fórmula de inicio que puede mantenerse hasta los 12 meses o bien, a partir de los 4-6 meses, cambiarla por una fórmula de continuación, menos sofisticadas que las fórmulas de inicio en su composición y que por tanto deberían ser más baratas.

A partir del quinto o sexto mes se puede introducir: a) carne blanca (pollo), especialmente si es un lactante con riesgo de ferropenia o recibe exclusivamente LM; b) fruta, especialmente si precisa mayor aporte de fibra o la madre no toma suficientes alimentos que contengan vitaminas; c) cereales con gluten, en poca cantidad y aumentarla progresivamente, especialmente si está recibiendo LM. Así pues, empezar con carne, fruta o cereales va a depender de las características de cada niño.

A partir del sexto o séptimo mes, introducir más tipos de carne y pescado blanco (para aporte de AGP n-3).

A partir del octavo o noveno mes, introducir mayor variedad de alimentos, tanto de frutas como de alimentos proteicos, ya que son ricos en hierro (carnes, pescados blancos), aunque evitando abusar de ellos. A partir de los 8-10 meses se puede introducir LV en cantidades pequeñas, en forma de yogur.

Posiblemente no se precise la introducción de legumbres hasta pasados los 12 meses por su alto contenido en fibra mal digerible, aunque si las costumbres alimentarias de la familia incluyen el consumo de estos alimentos pueden introducirse más precozmente.

# DIETAS EN DISTINTAS ETAPAS Y ESTILOS DE VIDA.

## Normas y calendario.

El niño de uno a tres años se encuentra en una etapa de transición entre el periodo de crecimiento rápido del lactante y el periodo de crecimiento estable del escolar.

Las funciones digestivas adquieren un grado de madurez suficiente como para que la alimentación se asemeje a la del niño mayor.

### 1 a 3 años requerimientos

Energía: entre 1.000 y 1.300 kcal al día.

Proteínas: 1,1 g/kg/día lo cual equivale aproximadamente a 19 g/día, debiendo proporcionar del 5 al 20% del valor calórico total de la dieta (VCT).

HC: 130 g/día, entre el 45 y el 65% del VCT.

Fibra: Al de 19 g/día.

## Alimentación en el niño pre-escolar, escolar y adolescente.

### Los requerimientos 6 años

Energía: 1.742 kcal/día en niños y 1.642 kcal/ día en niñas.

Proteínas: 0,95 g/kg y día, lo cual significa aproximadamente 19 g/día (1030% del VCT)

Lípidos: no se precisa el total, ni como RDA ni como AI, aunque su aporte debe estar comprendido entre el 25 y el 35% del VCT, con AI de ACP n-3 de 10 g/día (5-10% del VCT) y de ACP n-6 de 0,9 g/día (0,6-1,2% del VCT). El informe conjunto FAO/OMS está en línea con estas recomendaciones, precisando los siguientes rangos: A.C.S. 8% del VCT, y A.C.P. 11% del VCT; además, fija que la AI de EPA y DHA debe ser 150-200 mg/día.

Proteínas: 1,1 g/kg/día lo cual equivale aproximadamente a 19 g/día, debiendo proporcionar del 5 al 20% del valor calórico total de la dieta (VCT).

## Nutrición del adolescente.

Este periodo se caracteriza por un rápido crecimiento en peso y talla, adquiriéndose el 50% del peso definitivo y el 25% de la talla adulta.

Los hábitos de vida desarrollados en la infancia y adolescencia son fundamentales para mantener un estilo de vida saludable en la adultez. Por eso, es crucial enfatizar la importancia de fomentar hábitos saludables durante estas etapas.

Además, en este periodo se producen unos patrones de vida muy diferenciados de unos adolescentes a otros, que van desde el sedentarismo hasta la práctica de deporte de competición.

Existen otras situaciones de riesgo nutricional, como el vegetarianismo y el embarazo.

# **BIBLIOGRAFIA**

**UDS.2023.ANTOLOGIA DE PLANEACION DIETETICA.PDF**

