



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA TÉCNICA: CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA



Lima, 2016



PERÚ

Ministerio
de Salud

GUÍA TÉCNICA: CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA

Elaborado por:
Luis Ángel Aguilar Esenarro



Lima, 2016

Catalogación hecha por el Centro de Información y Documentación Científica del INS

Aguilar Esenarro, Luis Ángel

Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera: guía técnica / Elaborado por Luis Ángel Aguilar Esenarro.-- Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2016.
55 p. : il., tab., gráf.; 20,5 x 29,5 cm.

1. EDUCACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 2. NUTRICIÓN PRENATAL
3. AUMENTO DE PESO 4. EMBARAZO 5. PERIODO POSPARTO 6. PERÚ

I. Perú. Ministerio de Salud

II. Instituto Nacional de Salud (Perú). Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

ISBN: 978-612-310-092-6

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2016-15989

1ra. edición (noviembre, 2016)

Tiraje: 9000 ejemplares

© Ministerio de Salud, 2016

Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 315-6600

Página web: www.minsa.gob.pe

© Instituto Nacional de Salud, 2016

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Teléfono: (511) 748-1111

Correo electrónico: postmaster@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

Impreso por:

SINCO INDUSTRIA GRÁFICA E.I.R.L.

R.U.C. 20524583071

Jr. Huaraz 449

Breña - Lima - Perú

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en www.ins.gob.pe

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio sin autorización del Instituto Nacional de Salud.

MINISTERIO DE SALUD

Ministra

Patricia Jannet García Funegra

Viceministra de Salud Pública

Silvia Ester Pessah Eljay

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Carlos Luis Ricse Cataño

DIRECCIÓN GENERAL DE INTERVENCIONES ESTRATÉGICAS EN SALUD PÚBLICA

Directora General

María del Carmen Calle Dávila

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Jefe

Luis Antonio Nicolás Suárez Ognio

Subjefe

Luis Rodríguez Benavides

CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Directora General

Nelly Mercedes Zavaleta Pimentel

Dirección Ejecutiva de Prevención de Riesgo y Daño Nutricional

Director Ejecutivo

Lucio Pepe Huamán Espino

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - INS
Luis Ángel Aguilar Esenarro

REVISORES DE LA GUÍA TÉCNICA

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición - INS
Rosa Victoria Salvatierra Ruiz
Mirko Luis Lázaro Serrano

Secretaría General - MINSA
Luis Robles Guerrero

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
Juan Daniel Aspilcueta Gho
Rosa Elena Lara Valderrama

Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial de la Salud - MINSA
Rosa María Pretell Aguilar

Corrector de textos: Daniel Cárdenas Rojas
Diseño y diagramación: Luis Villanueva Gamarra

PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LA GUÍA TÉCNICA

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - MINSA
Lucy Del Carpio Ancaya
Aurea Rosa Quispe Rivas
Julie Mariaca Oblitas

Dirección General de Promoción de la Salud y Gestión Territorial de la Salud - MINSA
María Elena Flores Ramírez
Liz Marivel Ampudia Ruiz

Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP
Elva Angélica Arellano Cueva
Giugliana Ayllón Bulnes
Juan Torres Osorio

UNICEF - Perú
Lena Arias Ramírez
Josefina Vásquez Awad

CARE - Perú
Walter Vilchez Dávila

Colegio de Obstetras del Perú
Flor de María Hospinal Pérez
Isabel Consuelo Francia Arias

Dirección Regional de Salud Cusco
Deyssi Lazo Valderrama
Cintia Chacón Ortiz de Orué
Liz Bianca Follano Monterroso
Heidy Begazo Bustinza
Clorinda Luque Franco
Erika Espejo Peña
Rossio Velásquez Guevara
Patricia Robles Altamirano
Anel Karina Quinto Villena
Silvia Karina Sernaqué Gutiérrez
Maritza Espinoza Serrano
Adelaida Sonia Apaza Maita
Doris Aydeé Zapata León

Dirección Regional de Salud Ayacucho
Priscila Laura Escobedo Apaza
Elías Llano Anahua
Dámaris Jemima Revatta Ñañez
Luz Marina Sagua Machaca
Bacilia Vivanco Garfias
Jesús Jenny Machaca Bonifacio
Milagros Virginia Nieto Cabana
Frida Gutiérrez Sulca
Yelina Romani Núñez
Sinthia Alaciel Anchante Flores
Víctor Denis Tenorio Aguirre
Magaly Ccoyllo Huamanyauri
Gloria Alminagorta Pedroza
Yovana Morote Huaytalla

Dirección Regional de Salud Junín
Silvia Rosario Villegas Lazo
Telma Sara Coaquera Alave
David Córdova Ricaldi
Irma Janet Torres Hidalgo
Carmen Miriam Segovia Matos
María Esther Hidalgo Zambrano
Gladys Quispe Gutiérrez
Glenda Maribel Fernández Mendoza
Juan Samuel Villegas Lazo
Helen Silvera Llana

Red de Salud Lima Norte IV - Microrred Los Sureños

Martha Elvira Olarte Moreno
María Victoria Quintanilla Capcha
Gladis Liliana Gonzales Rodríguez

Jaqueline Cusma Salinas
Elida Sarai Rojas Jara
Susan Karim Martínez Marcos

Milagros del Pilar Calderón Chávez
Victoria Ccahuana Ochante

Si por algún acto involuntario en la presente lista se omitió a alguna persona o institución que contribuyó en la elaboración del documento, ofrecemos de antemano nuestras más sinceras disculpas.



Resolución Ministerial

Lima, 30 de Julio del 2015



A. Velásquez



C. CHANAMÉ



P. MINAYA



S. RUIZ Z.



N. Reyes P.



E. GOZZER



J. Zavala S.



R. Panaherrera S.

Visto el Expediente N° 14-085655-003, que contiene el Oficio N° 383-2015-J-OPE/INS, del Instituto Nacional de Salud;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece las funciones rectoras del Ministerio de Salud y señala entre otras, la de formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación en salud y dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;

Que, el Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición – CENAN, es el encargado de programar, ejecutar y evaluar las investigaciones y el desarrollo de tecnologías apropiadas en el ámbito de la alimentación y nutrición humana. Asimismo, conduce el sistema de vigilancia nutricional y es responsable de realizar el control de calidad de alimentos, conforme a lo señalado en el artículo 39 del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2003-SA;

Que, en atención a ello, mediante el documento del visto, el Instituto Nacional de Salud, ha elaborado la propuesta de “Guía Técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puerpera”, que tiene como finalidad contribuir con el mejoramiento de la salud de la gestante y la puerpera, mediante intervenciones preventivas promocionales que aseguren la adecuada ganancia de peso durante la gestación, y la disminución del retardo de crecimiento intrauterino, anemia y desnutrición crónica infantil;

Que, estando a lo propuesto por el Instituto Nacional de Salud;

Con el visado de la Directora General de la Dirección General de Salud de las Personas, del Director General de la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica, del Jefe del Instituto Nacional de Salud, del Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud y del Viceministro de Salud Pública; y;

De conformidad con lo previsto en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la “Guía Técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera”, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar al Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, en coordinación con la Dirección General de Salud de las Personas, la asistencia técnica, así como la difusión y evaluación de lo dispuesto en la citada Guía Técnica.

Artículo 3.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones publique la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica: <http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=115>.

Regístrese, comuníquese y publíquese.


ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud



ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


ALFREDO LEÓN LÓPEZ
Fedatario de la Sede Central - MINSA



CONTENIDOS

PRESENTACIÓN	8
I. FINALIDAD	9
II. OBJETIVOS	9
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	9
IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA	9
V. CONSIDERACIONES GENERALES	10
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS	14
VII. RECOMENDACIONES	34
VIII. ANEXOS	35
IX. BIBLIOGRAFÍA	55

PRESENTACIÓN

Un inapropiado estado nutricional en la etapa preconcepcional, durante el embarazo y posterior al mismo, impacta de forma negativa sobre la salud de la madre y el niño, generando riesgos como una inadecuada ganancia de peso gestacional y anemia en la madre; en el caso del niño, incrementando el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, anemia, así como posibles riesgos nutricionales durante los primeros meses de vida. En ese sentido, la evaluación del estado nutricional y, por consiguiente, la consejería nutricional, se constituyen en intervenciones desarrolladas en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera, que contribuyen a prevenir un conjunto de riesgos asociados a la inadecuada alimentación y nutrición de la madre.

El Ministerio de Salud, según la Resolución Ministerial 827-2013/MINSA, aprobó la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna que considera, entre otros, aspectos relacionados a la valoración nutricional antropométrica y a la consejería nutricional durante la gestación como parte de los procedimientos necesarios para determinar el estado nutricional de la gestante, y de las actividades que deben ser brindadas desde los establecimientos de salud. Asimismo, teniendo en consideración que la consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional, orientado a promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de niñas y niños desde el período de la gestación, era de necesidad elaborar una guía técnica en consejería nutricional para la gestante y puérpera, dirigido al personal del salud responsable de la atención diaria de salud de este grupo poblacional, la cual sirva como insumo para las capacitaciones y asistencias técnicas que se brinden a las direcciones regionales de salud, gerencias regionales de salud y direcciones de salud, en el marco del fortalecimiento de competencias del personal de salud.

En este contexto, el Instituto Nacional de Salud a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, entidad responsable de promover y desarrollar investigaciones, tecnologías sanitarias y normativas relacionadas con la alimentación y nutrición de la persona, familia y comunidad; la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública como órgano técnico normativo de los procesos relacionados con la atención integral de salud, y los profesionales de nutrición y de la atención de la gestante y puérpera de los establecimientos de salud, participaron en la formulación de la presente guía técnica denominada: “Guía técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera”, para su implementación en los establecimientos de salud del país.

GUÍA TÉCNICA: CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA

I. FINALIDAD

Contribuir con el mejoramiento de la salud de la gestante y la puérpera, mediante intervenciones preventivas promocionales que aseguren la adecuada ganancia de peso durante la gestación, y la disminución del retardo de crecimiento intrauterino, anemia y desnutrición crónica infantil.

II. OBJETIVOS

Establecer la metodología estandarizada para realizar la consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera.

2.1. OBJETIVO GENERAL

2.2.1. Unificar los criterios sobre contenidos técnicos en alimentación y nutrición, que orienten la consejería nutricional a gestantes y puérperas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.2. Unificar la metodología estandarizada de consejería nutricional en el marco de la atención de salud de la gestante y puérpera.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Guía Técnica es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud, bajo el ámbito de competencia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de las direcciones regionales de salud, de las gerencias regionales de salud o la que haga sus veces en el ámbito regional.

De la misma manera, puede servir de referencia y como documento de interés en instituciones y organizaciones públicas y privadas.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR: CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA

La consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera comprende los procedimientos técnicos a seguir por los profesionales de la salud involucrados en la atención de gestantes y puérperas en los establecimientos de salud.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

Alimento: es toda sustancia o producto que, en su estado natural o elaborado, presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano. Los alimentos aportan energía y nutrientes que el organismo humano necesita a fin de satisfacer sus necesidades nutricionales, realizar sus diferentes funciones y mantener su salud.

Alimentación: es la ingestión de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman parte de nuestra dieta. La alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida y puede estar influenciada por diversos factores como los sociológicos, culturales, económicos, religiosos, comunicacionales, entre otros.

Alimentación saludable: es una alimentación variada, preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades.

Atención integral de salud: es la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las necesidades de salud de las personas, considerando las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de la salud mediante la intervención multidimensional de un equipo multidisciplinario de salud.

Atención preconcepcional / pregestacional: es el conjunto de intervenciones y actividades de atención integral, realizada en un establecimiento de salud por el profesional calificado, que se brinda a una mujer o a una pareja, con el fin de planificar una gestación y/o preparar a una mujer para el embarazo.

Atención prenatal reenfocada: es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos.

Atención del puerperio: es el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos hospitalarios y ambulatorios que se brinda a la mujer durante el período puerperal, con la finalidad de prevenir o detectar complicaciones.

Consulta nutricional: es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista, dirigida a la promoción, prevención, recuperación y control nutricional.

Edad gestacional (EG): es el tiempo de duración de la gestación, se mide a partir del primer día del último período menstrual normal y el momento en que se realiza el cálculo. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

Estado nutricional: es la situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida.

Estilo de vida saludable: es la forma de vivir de la persona adulta, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad.

Ganancia de peso gestacional: es la cantidad de peso que debe incrementar la mujer gestante durante el proceso de gestación.

Índice de masa corporal (IMC): es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$.

Nutrición: es el conjunto de procesos mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía, y que, a su vez, permite el funcionamiento normal de tejidos y órganos, y el crecimiento y mantenimiento de la vida.

Peso pregestacional: es la cantidad de masa corporal de la mujer antes del embarazo y se expresa en kilogramos (kg). Es de utilidad para identificar el índice de masa corporal pregestacional, el cual sirve para clasificar el estado nutricional de la gestante y monitorear su ganancia de peso de acuerdo a su clasificación.

Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical: es el clampaje y seccionamiento del cordón umbilical cuando han cesado sus pulsaciones, que coincide con 2 a 3 minutos luego del nacimiento del bebé.

Puerperio: es la etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta hasta las seis semanas o 42 días.

Riesgo nutricional: es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas por presentar malnutrición o tener inadecuadas hábitos o comportamientos alimentarios.

Valoración o evaluación nutricional: es el conjunto de procedimientos que realiza el profesional de la salud durante la atención prenatal o posnatal para determinar el estado nutricional de la persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar con relación a su estado nutricional.

5.2.1. Consejería con enfoque intercultural

La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación, y a involucrarse de modo proactivo, libre y consciente para buscar una solución. Tratándose del embarazo, es especialmente importante tomar en consideración los conocimientos locales al respecto, las particularidades culturales y etnolingüísticas; los saberes y conocimientos previos y las prácticas cotidianas referidas a esta etapa fundacional de la vida, una de las más pauteadas culturalmente debido al profundo significado que en todas las culturas tiene el hecho de engendrar y de nacer.

5.2. CONCEPTOS BÁSICOS

5.2.2. Intercambio dialógico

Es una conversación informal y flexible en la cual se discute no solamente un tema específico, sino el trasfondo cultural de esta; la cual requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad. Dicho de otra manera, en el intercambio dialógico no solo se intercambian ideas, sino que se busca el punto de equilibrio entre marcos de referencias culturales diferentes.

5.2.3. Interculturalidad en salud

Es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud-enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas, lo cual no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de mantener la salud, recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez, implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o coerción de ninguna de las partes.

5.2.4. Consejería nutricional a gestantes y puérperas

Es un proceso educativo comunicacional entre el profesional nutricionista o profesional de salud capacitado y calificado en consejería nutricional y la gestante o puérpera (idealmente con la presencia de la pareja y/o familiares), con el propósito de analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y reflexionando sobre aquellas de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural y debe ser complementado con las visitas domiciliarias, las cuales deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

5.2.5. Situaciones para brindar consejería a la gestante y puérpera

Es importante reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el profesional de salud y la gestante para brindar una consejería nutricional, por ello, es fundamental que esta atención se inicie desde el primer trimestre. Las situaciones para brindar consejería nutricional pueden ser las siguientes:

- Cuando la mujer acude para la atención pregestacional.
- Cuando una gestante o puérpera acude al establecimiento de salud por cualquier motivo.
- En las intervenciones extramurales, principalmente en las visitas domiciliarias.

Los establecimientos de salud deben organizarse de acuerdo a la categoría del establecimiento de salud, considerando la infraestructura, los recursos humanos y los recursos materiales.

5.3. REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1. Infraestructura

Los establecimientos de salud deben considerar un área física privada para la consejería nutricional, con buena iluminación, para realizar la valoración nutricional antropométrica. Es recomendable que en lo posible esta área sea de fácil acceso para gestantes y puérperas.

5.3.2. Recursos humanos

Los establecimientos de salud deben disponer de un profesional nutricionista, de no ser este el caso, deben disponer de un profesional de la salud calificado en consejería nutricional de gestantes y puérperas, y que realice a su vez atención prenatal y posnatal según la categoría del establecimiento de salud.

5.3.3. Recursos materiales

Los establecimientos de salud deben contar con los siguientes recursos:

Equipo antropométrico básico

- Balanza mecánica de plataforma (sin tallímetro incorporado), con resolución de 100 g y con capacidad máxima de 140 kg a más.
- Tallímetro fijo de madera según especificaciones técnicas¹.

Historia clínica

- Historia clínica materna perinatal con el gráfico de peso para la edad gestacional: los resultados obtenidos de la consejería nutricional, en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera, deben estar consignados en este documento.

Instrumentos de evaluación

- Tabla de clasificación del estado nutricional de la gestante según índice de masa corporal pregestacional (Anexo 1).
- Gráficas clínicas para monitorear la ganancia de peso en gestantes según la semana gestacional (Anexo 2).
- Tablas CLAP de peso para talla según semana gestacional (Anexo 3).
- Tablas de valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para personas adultas (Anexo 4).

Otros documentos y material de apoyo

- Guía técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de gestantes y puérperas.
- Material de comunicación culturalmente pertinente para la zona (afiches, rotafolios, folletos, cartillas, guías, dibujos, fotos, y otros) que permita dar mejor información a las gestantes, puérperas, pareja, familiares, entre otros.

¹ Contreras M, Palomino C. Guía Técnica: Elaboración y Mantenimiento de Infantómetros y Tallímetros de Madera. Instituto Nacional de Salud / UNICEF. Lima: 2007.

- Libro de seguimiento de la gestante y puérpera.
- Sistema de Información en Salud - HIS (Health Information System).

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

La guía técnica establece las siguientes consideraciones específicas para la consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera:

6.1. PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

6.1.1. La oportunidad

La consejería nutricional en la atención prenatal debe ser oportuna durante el primer, segundo y tercer trimestre de gestación, dado que cada trimestre del embarazo es una oportunidad para ofrecer las condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren la óptima formación, y adecuado crecimiento y desarrollo del embrión o feto. Cada momento es diferente, lo que sucede en un momento dado no se repite en otro, y si no existen condiciones favorables y permanentes en todos los momentos, la gestante y el embrión o feto habrán perdido estas oportunidades. De igual manera, durante el puerperio la consejería nutricional también es de suma importancia dado que debemos evaluar el estado nutricional y la alimentación de las puérperas, a fin de brindar una adecuada consejería nutricional.

Este principio debe considerar en el diálogo, los conocimientos previos y las costumbres de la gestante o puérpera, y a partir de ello orientar la consejería nutricional.

6.1.2. La responsabilidad

La responsabilidad de los cuidados durante la gestación y puerperio es compartido entre la gestante, la pareja, la familia y la comunidad; en tal sentido, es importante que ellos se involucren en el proceso y lo entiendan de esa manera, a fin de que puedan asumir su rol correctamente desde la etapa de la gestación, velando por el cuidado de la gestante, puérpera y el niño o la niña antes y después de su nacimiento.

Una buena consejería nutricional es el mejor apoyo que el profesional de salud puede dar a la gestante o puérpera para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

En el caso de gestantes adolescentes, es recomendable que asistan con un pariente mayor de edad, de preferencia con uno de los padres, y con su pareja, de ser este el caso.

6.1.3. La participación

El apoyo que la gestante y puérpera recibe del entorno (pareja, familiares y personal de salud), cumple un rol crucial en el desarrollo del embarazo y en el éxito del parto. Es muy importante que ella no esté ni se sienta sola, y que

se involucre en su propio estado, idealmente con su pareja; ello significaría, ante todo, brindar confianza, motivación y espacio para que se expresen en sus propias palabras, lo que siente y lo que piensan sobre la situación de la gestante y puérpera, y buscar alternativas conjuntas para mejorar.

A fin de establecer una adecuada consejería nutricional es importante establecer un vínculo entre el presente texto y la coyuntura en cada caso, así como las condiciones importantes a nivel práctico que puedan ayudar a mejorar habilidades para conversar mejor con la usuaria; distinguiendo tres dimensiones: el profesional de la salud que realiza consejería nutricional, la gestante o puérpera y su acompañante, y el mensaje.

6.2. ELEMENTOS CLAVES DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

6.2.1. Condiciones del profesional de salud que realiza consejería nutricional

Al realizar una consejería nutricional el profesional de salud debe tener en cuenta:

- La relación que establece entre los participantes.
- Las limitaciones temáticas.
- Las limitaciones lingüísticas o idiomáticas.
- El propósito de la conversación.
- El grado de formalidad.
- Los turnos en el diálogo o conversación.
- La cultura, las costumbres y hábitos.
- Los alimentos de la zona.

6.2.2. Condiciones de la gestante, puérpera y acompañante

El personal de salud debe mantener siempre la atención puesta en la gestante o puérpera y en su acompañante, que puede ser su pareja, familiar o pariente, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **La finalidad de la conversación:** el propósito de la conversación debe estar claro para que el profesional de salud pueda saber que es lo que va a negociar. Eso significa buscar e identificar las ideas o argumentos que se van a tratar.
- **La relevancia:** lo que se dice debe ser importante para que la gestante o puérpera se mantenga activa e interesada.
- **La pertinencia:** el argumento del profesional de salud debe ser coherente con el tema a tratar y con el contexto cultural donde esta trabaja y vive. Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a toda información que contribuya a entender mejor la situación, para orientar a la gestante o puérpera, teniendo en cuenta sus condiciones específicas de vida.

- **La suficiencia:** se refiere a la cantidad de información que la gestante y puérpera pueden asimilar en condiciones de calidad, en términos de atención y reflexión. No brindar más de dos o tres mensajes por sesión, dado que el profesional de salud puede confundirse o puede confundir a la usuaria.
- **La veracidad:** las gestantes y puérperas deben experimentar la veracidad y confiabilidad del argumento que refiera el profesional de salud, teniendo cuidado de no caer en contradicciones.

6.2.3. Condiciones del mensaje

En cuanto a la forma de manejar el mensaje, el profesional de salud debe tener presente:

- **Predictibilidad:** las preguntas, respuestas, silencios o gestos de la gestante o puérpera, proveen, a su vez, elementos para poder reaccionar, callar, saber qué respuesta tener o esperar el momento oportuno para decir algo o no decirlo. A esta propiedad del lenguaje humano se le llama predictibilidad, y puede ser muy útil en la consejería para orientar la conversación hacia toma de acuerdos, sin imponer nada.
- **Refuerzo formal:** son las señales con las que una persona cierra o reafirma las ideas que la usuaria está transmitiendo. Reforzar las intervenciones de la usuaria con enlaces y conectores discursivos o continuadores (por ejemplo: *ummm, claro, y que pasó*, entre otros), estos elementos no son necesarios informativamente; sin embargo, transmiten un clima de atención. Es importante elogiar y alentar cuando la usuaria refiera una práctica adecuada, y preguntar más y profundizar cuando se perciba que hay bloqueo o desánimo, evitando ser imprudente.
- **Sentido amplio:** debe evitarse presuposiciones o sobreentendidos. Esto es frecuente en contextos donde las personas provienen de culturas diferentes y no hay un adecuado manejo del enfoque intercultural. Explorar aspectos culturales, religiosos, sociales, entre otros, que guarden relación con el tema tratado, siempre en función del período gestacional y puerperal.
- **Imagen social:** se refiere a las actitudes, presentación personal, costumbres sociales, preferencias, entre otros. En los contextos donde el personal de salud trabaja, este principio de carácter general, puede llegar a determinar la construcción (la forma y el contenido) de las intervenciones: las adolescentes embarazadas, las mujeres maltratadas, o las futuras madres solteras o que han sido abandonadas luego de quedar embarazadas, pueden ser especialmente sensibles a la imagen social, lo que provoca un estrés adicional que tiene que ser tomado en cuenta. Atender o dejar hablar primero al hombre, o a quien parece más pudiente, hábil o poderoso, también puede ser frecuente y vulnera los derechos básicos de la persona.
- **El valor y el sentido cultural del silencio:** en toda conversación no hay solo palabras, también hay un tránsito o espacio entre lo que dice el profesional de salud y lo que responde la usuaria, que comúnmente llamamos “silencio”, el cual se define como la falta de actividad que

delimita la conversación entre las personas, señalando su comienzo, duración y final, marcando un ritmo entre ellos. Esta falta de actividad puede ser: cuando los hablantes se callan al mismo tiempo, cuando fracasa la petición o el cambio de turno, y porque el hablante se da cuenta que el oyente está distraído, y se queda callado para obligarlo a reaccionar.

- **La decodificación:** es la validación significativa del mensaje recibido a fin de asegurar la comprensión del mismo.

La gestación y el puerperio son dos de los estadios de vida trascendentales del ser humano y, a la vez, de mayor vulnerabilidad en el aspecto de salud y nutrición. Los mensajes en alimentación y nutrición que tienen que darse a gestantes y puérperas van a depender de su estado nutricional, y de la semana de gestación o de puerperio en la cual se encuentren:

6.3.1. Durante la gestación y el puerperio las necesidades de energía, macronutrientes y micronutrientes se incrementan

Gestación

- Los requerimientos de energía en el embarazo son necesarios para asegurar un adecuado crecimiento fetal, placentario, y otros tejidos maternos asociados, satisfaciendo las crecientes demandas metabólicas del embarazo, sin descuidar un adecuado peso materno, composición corporal y actividad física durante el periodo gestacional, así como una suficiente reserva de energía que contribuya con la lactancia después del parto.
- El costo energético durante el embarazo no es igual en todo el periodo de gestación; el depósito de proteína ocurre recién en el segundo trimestre (20%) y continúa en el tercer trimestre (80%). En ese sentido, con el objetivo de establecer el costo de la energía adicional en el embarazo, y procurando un aumento de peso promedio adecuado en la gestante de 12 kg al final del periodo.
- El Comité Consultivo en Energía FAO/OMS/UNU 2001, estableció para la mujer gestante no obesa, un aporte calórico adicional de 85 kcal/día, 285 kcal/día y 475 kcal/día para el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente, la cual representa durante todo el periodo gestacional un total de 77 000 kcal adicionales, aproximadamente.
- Asimismo, considerando que existe una gran proporción de mujeres no obesas, que no buscan consejería prenatal antes del segundo o tercer trimestre de la gestación, se propone considerar la recomendación del Comité Consultivo, añadiendo un extra de 85 kcal/día del primer trimestre al segundo trimestre. Redondeando estas cifras a efectos del cálculo estimado para nuestra población, se recomienda que las gestantes incrementen su ingesta alimentaria en 360 kcal/día en el segundo trimestre y 475 kcal/día en el tercer trimestre. Para las mujeres gestantes con baja ganancia de peso se recomienda un consumo adicional de 675 kcal (ver Anexo 8).

6.3. CONTENIDOS TÉCNICOS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO

- La restricción de energía y nutrientes durante el crecimiento intrauterino se ha identificado como marcador de nutrición fetal deficiente que adapta al feto y programa al individuo para ser propenso a enfermedades en la adultez, tales como diabetes *mellitus*, hipertensión, muerte por enfermedad coronaria isquémica, y otras.
- Toda mujer gestante debe ganar peso en esta etapa; por lo tanto, debe aumentar la cantidad de alimentos que consume diariamente. El consumo de una ración adicional a las comidas principales, es decir, de un refrigerio entre comidas, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud puede asegurar este incremento (Anexos 9, 10 y 11).

Puerperio

- El requerimiento de energía de una puérpera se define como el nivel de consumo de energía de los alimentos que va a equilibrar el gasto de energía necesaria para mantener el peso corporal y la composición corporal, nivel de actividad física y la producción de leche que son consistentes con la buena salud de la mujer y su hijo, y que le permitirá realizar actividades económicamente necesarias y socialmente deseables.
- Según la recomendación del Comité Consultivo de Expertos FAO/OMS/UNU 2001, las mujeres bien nutridas con una adecuada ganancia de peso gestacional deberían incrementar su ingesta alimentaria en 505 kcal/día para los primeros 6 meses de lactancia. Mientras que para mujeres que dan de lactar con algún grado de desnutrición y/o insuficiente ganancia de peso gestacional, debería adicionarse a sus demandas energéticas 675 kcal/día durante el mismo periodo (Ver Anexo 8).
- Una restricción calórica de moderada a importante, o el ayuno, reducen más el volumen de leche que su composición de nutrientes. Si la ingesta alimentaria de un macronutriente es inferior a lo recomendado, el efecto sobre la cantidad total de dicho nutriente en la leche es escaso o nulo. Sin embargo, la proporción de los ácidos grasos de la leche humana depende de la ingesta materna.

6.3.2. Las gestantes deben consumir diariamente tres comidas principales más una ración adicional, y las puérperas tres comidas principales más dos raciones adicionales

Durante la gestación las mujeres necesitan consumir mayor cantidad de alimentos para hacer frente al esfuerzo adicional que dicho estado exige a su cuerpo y cubrir así las necesidades nutricionales del niño o niña en formación, y de ella misma.

En términos prácticos, la gestante debe consumir una ración adicional más de las que consumía cuando no estaba gestando, para que no se agoten sus reservas nutricionales y cubra sus necesidades de energía, macro y micronutrientes. Si durante el embarazo la mujer presenta vómitos excesivos, se recomienda fraccionar el número de comidas sin disminuir la cantidad total de alimentos que la madre debe consumir diariamente.

En el caso de puérperas, deben consumir dos raciones adicionales más de las que consumía cuando no estaba gestando, para equilibrar el gasto de

energía necesaria con el fin de mantener el peso corporal y la composición corporal, nivel de actividad física y la producción de leche.

a. Necesidades de energía

En la gestante y púérpera se debe asegurar que las necesidades energéticas sean satisfechas, la Organización Mundial de la Salud recomienda para las gestantes una ingesta adicional de energía diaria por trimestre; estas recomendaciones de energía total en la gestante, deben estar de acuerdo al índice de masa corporal, a la ganancia de peso, a la edad materna y al apetito, para adaptarlas a una gestante en particular. Para el caso de púérperas, recomienda una ingesta adicional de 505 kcal/día para los primeros 6 meses de lactancia.

En relación a la mujer gestante con sobrepeso o con una ganancia de peso alta, no se debe hacer una restricción energética / proteica en su dieta, porque la evidencia sugiere que puede dañar el crecimiento fetal y no reduce el riesgo a preeclampsia o a la hipertensión.

b. Necesidades de macronutrientes

Carbohidratos saludables

Fomentar en la gestante el consumo de carbohidratos complejos, ya que se absorben más lentamente, así se evita el hiperinsulinismo reaccional al incrementar la glicemia.

Grasas saludables

Fomentar el consumo de ácidos grasos polinsaturados, incluyendo los ácidos linoleico y linolénico, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como oliva, maíz, girasol y maní. El porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida para facilitar la ingesta de ácidos grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (vitaminas A, D, E, K).

Proteínas saludables

Fomentar el consumo de proteínas de alto valor biológico (de origen animal), tales como: carnes blancas, pescados, sangrecita, hígado, huevos, entre otros.

6.3.3. Las gestantes y púérperas deben consumir diariamente los diferentes grupos de alimentos

Para cubrir las necesidades nutricionales de la mujer gestante y de la que amamanta se debe promover una dieta saludable y variada. Es decir, su alimentación debe contener los diferentes tipos de alimentos, tales como los cereales, las leguminosas o menestras, las carnes de aves, pescados, lácteos, huevo, vísceras, oleaginosas, frutas, verduras y tubérculos (Ver Anexos 9, 10 y 11).

Tener en cuenta que con las dietas vegetarianas no se cubre algunos micronutrientes, como el hierro, por lo que se tendrá que buscar en alimentos fortificados con estos suplementos. El consumo de los diferentes grupos de alimentos en cantidades adecuadas va llevar a cubrir las necesidades de energía, macronutrientes y micronutrientes.

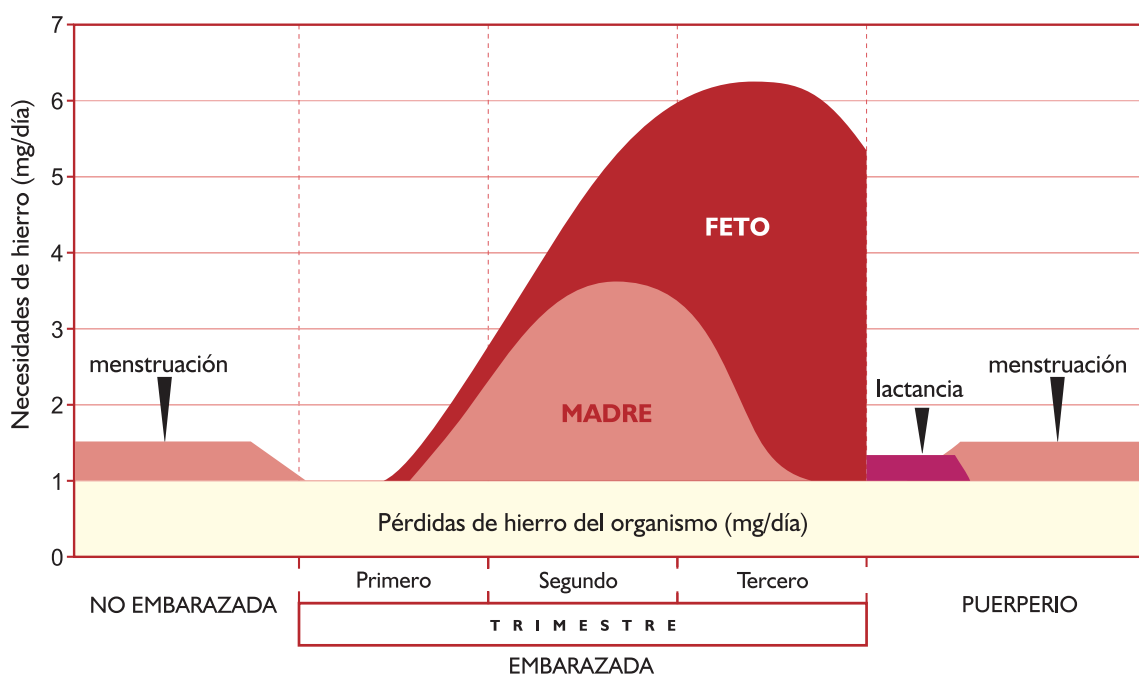
6.3.4. Las gestantes y puérperas deben consumir diariamente alimentos de origen animal

Las gestantes y puérperas deben incluir en su alimentación diaria alimentos de origen animal, estos le van aportar, además de proteínas de alto valor biológico, micronutrientes de alta biodisponibilidad, entre los principales tenemos al hierro, vitamina A, zinc, calcio y ácido fólico.

a. Consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro

Durante el embarazo y el puerperio la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto y evitar niñas y niños con bajo peso al nacer; asimismo, para prevenir la anemia, dado que está asociada con parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de riesgo en la mortalidad materna y alteraciones en la conducta de los hijos. Además, es probable que las escasas reservas maternas durante el embarazo afecten las reservas de hierro del recién nacido.

Figura 1. Necesidades de hierro durante el embarazo y puerperio



Fuente: ILSI – Conocimientos Actuales de Nutrición, Séptima Edición pp 301

El hierro proveniente de los alimentos de origen animal (hierro hem) es considerado de alta biodisponibilidad, es decir, se absorbe con mayor facilidad y se altera poco ante la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro; su porcentaje de absorción es del 15 al 35%. Los alimentos con mayor contenido de hierro hem son: sangre de pollo, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe) todo tipo de carnes, aves y pescado.

Figura 2. Contenido de hierro* en 100 g de alimentos de origen animal

Alimento	Hierro (mg)	Alimento	Hierro (mg)
Sangre de pollo cocida	29,5	Pavo, pulpa	3,8
Bazo	28,7	Carne de res, pulpa	3,4
Hígado de pollo	8,5	Pescados	2,5 - 3,5
Riñón	6,8	Carnero, pulpa	2,2
Pulmón (bofe)	6,5	Pollo, pulpa	1,5

* Cantidad de hierro promedio.

Fuente: INS/CENAN. Tabla Peruana de Composición de Alimentos. 7ma Edición.

Figura 3. Alimentación de la gestante y puérpera para prevenir la anemia

1 Plato grande de segundo que incluya una presa mediana o su equivalente a cinco cucharadas de alimentos de origen animal ricos en hierro.



b. Consumo de alimentos de origen animal ricos en ácido fólico

En la gestación es muy importante el ácido fólico, esta vitamina es necesaria para la producción del ADN, sin las cantidades adecuadas de ácido fólico, la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o la placenta. Una de las más graves consecuencias de la deficiencia de ácido fólico es el defecto del tubo neural que se forma en el primer mes del embarazo; por esto, es importante que la mujer en edad fértil consuma cantidades adecuadas de ácido fólico

antes del embarazo. Asimismo, su deficiencia también está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro. El ácido fólico está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos.

c. Consumo de alimentos de origen animal ricos en calcio

El calcio es necesario para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia. Existe evidencia de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida del embarazo, la cual incluye preeclampsia, eclampsia e hipertensión.

En nuestro país, el consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta; por esto, es importante recomendar el consumo diario de leche, yogur o queso tanto en la mujer gestante como en la mujer que da de lactar.

d. Consumo de alimentos de origen animal ricos en vitamina A

Esta vitamina es esencial para el crecimiento, la protección de las mucosas, sistema digestivo y respiratorio y para la defensa contra las infecciones que afectan a la madre y al niño; por ello, es importante asegurar las reservas maternas de vitamina A durante la gestación y durante la lactancia, a fin de promover una adecuada concentración de la misma en la leche materna. En tal sentido, debemos fomentar el consumo de alimentos de origen animal fuentes de vitamina A como carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos.

e. Consumo de alimentos de origen animal ricos en zinc

El zinc lo encontramos principalmente en carnes rojas, mariscos y vísceras. Al igual que con el hierro, es importante el consumo diario de alimentos de origen animal debido a que son fuentes de zinc más biodisponibles. Existe evidencia que el consumo adecuado de este micronutriente durante la gestación mejora el peso y talla del niño al nacer.

6.3.5. Es importante el consumo de frutas y verduras fuentes de vitamina A, C y fibra

Promover el consumo diario de frutas y verduras de diferentes colores (naranja, amarillo, rojo, morado, blanco, verde) a fin de contribuir a cubrir los requerimientos de micronutrientes y fibra en la mujer gestante.

Consumo de frutas y verduras ricas en carotenoides (provitamina A)

El riesgo de mortalidad materna puede reducirse si una mujer gestante o puérpera consume todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina.

Consumo de frutas y verduras ricas en vitamina C

Se recomienda que la gestante y la puérpera consuman diariamente alimentos ricos en vitamina C, debido a que se ha señalado valores bajos de esta vitamina en plasma con relación a problemas de preeclampsia y rotura

prematura de las membranas, la carencia afecta la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón y toronja son fuentes de vitamina C como también otras frutas no cítricas (piña, papaya, aguaje y melón), y de verduras como el tomate, brócoli y espinacas. Al ingerir estos alimentos junto con alimentos fuentes de hierro de origen vegetal se contribuye a que estos últimos se absorban y se utilicen mejor por el organismo.

Consumo de frutas y verduras ricas en fibra

Durante la gestación se debe fomentar el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales, leguminosas, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido en fibra.

La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de gestación.

El aumento del consumo de agua y otros líquidos, y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como de la que da de lactar.

Es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales, frijoles, frutas y verduras, que son los que tienen un alto contenido en fibra.

6.3.6. Suplementar con hierro y ácido fólico desde la semana 14 de gestación hasta los dos meses posteriores al parto

a. Suplementación con hierro

La administración profiláctica de suplementos de hierro es gratuita en todo establecimiento de salud y se debe iniciar a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio. Dado que las necesidades de hierro se incrementan durante el embarazo, la alimentación no alcanza a cubrir dichas necesidades, por lo que se recomienda suplementar con sulfato ferroso y, de esta manera, prevenir su deficiencia. El efecto de la suplementación es a corto plazo orientado a los grupos de riesgo, dentro de las cuales se encuentran las mujeres gestantes.

Se recomienda que la mujer gestante reciba suplementación con sulfato ferroso:

- A partir de las 14 semanas del embarazo.
- Dosis diaria de 300 mg (60 mg de hierro elemental).
- Hasta dos meses después del parto.

En casos de mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso (120 mg de hierro elemental).

Figura 4. Mensajes para el uso y consumo de suplementos de hierro

MENSAJES CLAVES PARA EL USO Y CONSUMO DE SULFATO FERROSO EN GESTANTES Y PUÉRPERAS		
Importancia de la prevención de la anemia	Indicaciones del sulfato ferroso	Advertencias del uso y conservación del sulfato ferroso
Causas y consecuencias de la anemia en gestantes y puérperas.	Administración en gestantes: Sulfato ferroso y ácido fólico (60 mg SO ₄ Fe, 400 µg ácido fólico) a toda gestante a partir de las 14 semanas hasta el parto.	En algunos casos puede ocasionar estreñimiento a deposiciones oscuras, náuseas, diarrea que son leves o pasajeras, si continúan acudir a evaluación médica.
Importancia del hierro y otros micronutrientes.	Administración en gestantes y puérperas: Sulfato ferroso y ácido fólico (60 mg SO ₄ Fe, 400 µg ácido fólico) a toda gestante y puérpera.	La administración de sulfato ferroso se inicia previa consejería sobre los beneficios y posibles efectos adversos de este suplemento.
Importancia del cumplimiento del uso del sulfato ferroso y de los controles periódicos durante la gestación reenfocada.	Administración: 01 tableta diaria, acompañar con alimentos ricos en vitamina C para ayudar en la absorción.	Debe ingerir el suplemento media hora antes del almuerzo. Advertir a la gestante que en caso de estreñimiento o gastritis debe fraccionar la ingesta antes de la comida principal y antes de acostarse.
Importancia de conocer los valores de la hemoglobina.	Monitoreo y seguimiento de la suplementación para asegurar la adherencia, durante el control prenatal y/o visita domiciliaria.	No ingerir el suplemento de hierro y ácido fólico con otros medicamentos.

b. Suplementación de ácido fólico

La administración profiláctica de ácido fólico que se brinda a toda gestante es de 500 µg, hasta las 13 semanas de gestación. A partir de las 14 semanas la dosis recomendada de ácido fólico es de 400 µg, y va acompañada con la dosis de sulfato ferroso (60 mg) que proporciona el Ministerio de Salud, esta última suplementación debe continuarse hasta el segundo mes después del parto.

c. Suplementación de calcio

Es la administración profiláctica de calcio (2000 mg al día), que se brinda a la gestante desde las 20 semanas de gestación hasta el parto.

6.3.7. Fomentar la suplementación de vitamina A en dosis única a la mujer puérpera en zonas de mayor riesgo

Estudios focalizados en zonas de mayor pobreza indican que aún las prevalencias de retinol sérico bajo están por encima del 20%. Por tanto, las poblaciones que viven en estas áreas presentan una ingesta deficiente de alimentos fuentes de vitamina A, elevadas tasas de mortalidad infantil y materna, alta prevalencia de desnutrición y parasitosis, y situaciones de pobreza y extrema pobreza. En tal sentido, una alternativa de protección es la suplementación a puérperas, con una dosis única de vitamina A de 200 000 UI administradas inmediatamente después del parto o dentro del primer mes posparto por el personal de salud.

6.3.8. Promover el consumo diario de sal yodada en zonas de sierra y selva

La recomendación de ingesta de yodo es 250 μg para la mujer gestante. El yodo es un micronutriente indispensable para la síntesis de las hormonas tiroideas, cuyo rol es esencial en el crecimiento y desarrollo, especialmente en el cerebro, su deficiencia ocasiona diferentes grados de retardo mental siendo su expresión más severa el cretinismo endémico.

Toda la población que reside en las regiones de la sierra y selva del Perú, está expuesta permanentemente al riesgo de sufrir las consecuencias de la deficiencia de yodo, pues sus suelos son pobres en este mineral y por por ello sus productos animales y vegetales no contienen las cantidades de yodo necesarias para satisfacer los requerimientos. Por ese motivo, se recomienda que la población de estas áreas agregue diariamente sal yodada en sus comidas.

6.3.9. Una buena nutrición de la adolescente en la etapa de gestación y lactancia reducen el riesgo de bajo peso al nacer, morbilidad, mortalidad materna y aseguran el éxito de la lactancia materna

Múltiples investigaciones evidencian a las madres adolescentes como un grupo de alto riesgo nutricional y de salud que requiere de especiales cuidados, se ha demostrado que las mujeres adolescentes que no han terminado su crecimiento tienen mayor probabilidad de alumbrar niños más pequeños que las mujeres mayores con el mismo estado nutricional. Probablemente esto se debe a la competencia por nutrientes que se establece entre la adolescente y el feto, ambos en crecimiento, que presentan mayores efectos negativos sobre los niveles de micronutrientes, en especial el hierro y el calcio; por lo tanto, genera estados de deficiencia y descompensación, como: la anemia gestacional, el mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y niñas y niños con bajo peso al nacer.

Los beneficios de la buena nutrición de la adolescente están dirigidos a mejorar el estado nutricional mediante una adecuada ganancia de peso y evitar una mayor reducción de las reservas de hierro, con la consiguiente

6.4. METODOLOGÍA DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

reducción de riesgo de bajo peso al nacer, de morbilidad y mortalidad materna, así como asegurar el éxito de la lactancia materna.

6.3.10. Es recomendable evitar el consumo de café y otras bebidas que contienen cafeína

Es recomendable limitar el consumo de café y otras bebidas que contengan cafeína (té, cacao, y ciertos refrescos) dado que está demostrada la asociación entre su consumo en la gestación y el aborto; más de 375 mg/día o más de cafeína consumida durante la gestación produce mayor frecuencia de abortos (una taza tiene aproximadamente 100 mg de cafeína).

Asimismo, se debe limitar el consumo de té, café, cocoa y chocolate, porque interfieren en la absorción de hierro proveniente de alimentos de origen vegetal cuando estos se consumen junto con las comidas; así también, se debe recomendar el disminuir o no consumir gaseosas, golosinas y dulces, dado que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso y obesidad.

El diálogo entre el profesional nutricionista o profesional de salud calificado en consejería nutricional y la gestante o puérpera debe tener una secuencia lógica que abarque desde el primer momento con una correcta apertura de la consejería hasta el momento final caracterizada por el cierre adecuado de la conversación.

6.4.1. Primer momento: explicación y análisis de la situación encontrada junto con la gestante o puérpera

El primer momento incluye la primera instancia de apertura de la consejería nutricional; para ello, el consejero debe tener en cuenta algunos aspectos claves antes de iniciar el diálogo, como por ejemplo: establecer una relación cordial con la gestante o puérpera, el ambiente donde se realiza la consejería nutricional, la situación actual, disponibilidad de equipos y materiales, tiempo transcurrido desde la última cita, profesional que la atendió en su última cita, tiempo de espera de las usuarias antes de pasar a consejería nutricional.

Como parte de la apertura es importante tener en consideración lo siguiente:

- 1) Iniciar el diálogo saludando y recibiendo amablemente a la gestante o puérpera, y a su acompañante de ser el caso, presentándose correctamente, e indicando su nombre y profesión, a fin que las usuarias identifiquen a la persona que la está atendiendo.
- 2) Crear un ambiente de confianza, comodidad y adecuado culturalmente para abrir la conversación y lograr la participación de la gestante o puérpera en la consejería nutricional. La comodidad no solo está referida al ambiente físico, sino también al entorno ambiental, es decir, evitar brindar consejería nutricional en ambientes ruidosos, o que no tengan privacidad, dado que esto puede influenciar en la incomodidad de la gestante o puérpera.

- 3) Verificar el registro de medidas antropométricas y antecedentes en salud y nutrición, en la historia clínica de la usuaria.
- 4) Verificar el cumplimiento de los acuerdos anteriores en consejería nutricional. De ser el caso de una gestante o puérpera que acude por primera vez al establecimiento de salud por su control prenatal o posnatal preguntarle si se ha atendido antes en otro establecimiento de salud, qué recomendaciones de alimentación y nutrición le brindaron la última vez, y si las ha cumplido. En caso no las haya cumplido, indagar las razones por las que no lo hizo.
- 5) Realizar la valoración nutricional antropométrica de la gestante según el índice de masa corporal pregestacional, y la ganancia de peso según estado nutricional, y transmitir el diagnóstico nutricional a la gestante, con lenguaje sencillo; asegurar su comprensión, y utilizar las gráficas de ganancia de peso según semana gestacional. Para el caso de puérperas, realizar la valoración nutricional antropométrica según su índice de masa corporal y perímetro abdominal.
- 6) Ofrecer argumentos y ejemplos que aseguran el interés por el tema a tratar. En gestantes, se debe explicar los efectos a corto, mediano y largo plazo de una inadecuada ganancia de peso, que permita no solo captar el interés de la gestante, sino también sensibilizarla e involucrarla en la solución de su situación actual. En ese sentido, debemos explicar la importancia del crecimiento y desarrollo del embrión o feto, y que en ese momento no solo está creciendo, sino que también está desarrollando sus funciones básicas como desarrollo del cerebro y conexión neuronal, y que cada momento que pasa este crecimiento y desarrollo es continuo; motivo por el cual, no puede perder oportunidades en esta etapa, dado que son irreversibles. Entre otras consecuencias tenemos: retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, baja longitud al nacer, sistema inmune disminuido, problemas de rendimiento cognoscitivo en la escuela, futuros adultos obesos y limitada expectativa laboral.

En el caso de puérperas, se debe explicar los efectos a corto, mediano y largo plazo de un inadecuado estado nutricional (delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros) y lo conveniente que es mantener el índice de masa corporal dentro de los rangos normales, entre 18,5 y <25,0.

- 7) Analizar junto con la gestante los factores de éxito, hábitos o acciones asertivas y positivas que favorecen su embarazo y elogiarlas. De igual manera, junto con las puérperas debemos analizar y elogiar los factores de éxito, hábitos o acciones positivas que favorecen un estado nutricional adecuado.

Nota: Si la ganancia de peso en gestantes o puérperas es adecuada debe darse el reconocimiento del caso, y motivarlas para continuar con los cuidados pertinentes y asistir a sus controles prenatales o posnatales según sea el caso.

Si la ganancia de peso es inadecuada o si presenta riesgo de malnutrición, se debe explicar a la gestante o puérpera lo que esto puede significar para la salud de ella y la de su bebe, y se debe derivar a un establecimiento

de salud que cuente con profesional nutricionista para que le brinde la consulta nutricional respectiva.

Si la consejería nutricional se realiza en el domicilio de la gestante o puérpera, es recomendable que el personal de salud se presente adecuadamente por su nombre y ocupación, no solo identificándose verbalmente, sino también mostrando alguna identificación.

6.4.2. Segundo momento: análisis de factores causales e identificación de necesidades junto con la gestante o puérpera

El profesional de salud debe analizar con la gestante, puérpera y/o su acompañante, todos los posibles factores implicados en la situación encontrada. Para ello, será necesario el uso de la ficha de evaluación de la alimentación de la gestante y puérpera (Anexo 5), cada vez que acuda a un establecimiento de salud para sus controles.

Es importante preguntar a la gestante o puérpera el motivo por el que está acudiendo a consejería nutricional y cuáles son sus inquietudes. Asimismo, al momento de realizar las preguntas, el profesional de salud debe tener en cuenta que las preguntas abiertas son muy útiles, frecuentemente comienzan con: ¿cómo?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué? Por ejemplo: “¿cómo está usted alimentándose?”. Las preguntas cerradas frecuentemente son menos útiles, sin embargo, a veces son convenientes hacer uso de ellas para tener precisión de un hecho; por ejemplo: “¿está usted tomando alguna vitamina o suplemento?”, si la gestante o puérpera dice “sí”, se puede continuar con una pregunta abierta para indagar algo más: “¿cómo está tomándola?” o “¿cómo le está yendo con la vitamina o suplemento?”.

En ese sentido, será de importancia analizar los siguientes factores:

- 1) Analizar causas o riesgos potenciales relacionados a la presencia de enfermedades, identificando posibles enfermedades como anemia, hiperémesis, obesidad, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias y otras. Asimismo, constituye también un factor de riesgo la presencia de parasitosis, la cual, según sea el caso, deberá ser referida para su descarte final y tratamiento.
- 2) Preguntar sobre los factores culturales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, entre otros).
- 3) Preguntar sobre los factores económicos en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: actividad de los miembros del hogar, ingresos, entre otros).
- 4) Preguntar sobre los factores emocionales que puedan estar afectando en el momento el estado de salud y nutrición de la gestante o puérpera.
- 5) Preguntar sobre los factores sociales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: participación en programas sociales, programas de apoyo alimentario, programa del vaso de leche, entre otros), a fin de brindar alternativas de alimentación en base a los alimentos que disponen.

- 6) Preguntar sobre los factores alimentarios, utilizando y registrando correctamente la ficha de evaluación de la alimentación de la gestante y puérpera (Anexo 5), indagando sobre las medidas que toma si su alimentación es fuera del hogar.
- 7) Hacer preguntas que le permiten conocer y analizar con la usuaria la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.
- 8) Dejar espacios para la reflexión, dado en que toda conversación no hay solo palabras, también hay espacios entre lo que dice el profesional de salud y lo que responde la usuaria.
- 9) Hacer preguntas amables para que la usuaria explique su situación y sus preocupaciones, y analizar la situación junto con ellas: ¿con quién vive?, ¿quién va a estar con ella al momento del parto?, ¿dónde y cómo va a ser el parto?, ¿si está todo dispuesto y bajo control para el momento del parto?, son cuestiones que no se pueden soslayar ni omitir pues contribuyen a darle tranquilidad y seguridad en la fase de espera.

6.4.3. Tercer momento: búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos que responden a las necesidades de la gestante o puérpera

En este momento se buscan y priorizan alternativas de solución a los factores causales identificados, teniendo en consideración la participación tanto del profesional de salud como de la gestante o puérpera; la decisión sobre qué alternativas son las más convenientes debe ser tomada finalmente por la usuaria, quien es la que conoce mejor sus recursos y posibilidades.

Los acuerdos negociados con la usuaria deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, para ello se debe considerar:

- 1) Evaluar con la usuaria lo que es práctico de hacer con el apoyo de su pareja y/o familia.
- 2) Informar y concientizar a la gestante sobre la importancia de realizar sus atenciones prenatales desde el primer trimestre, y de tomar los suplementos de ácido fólico, sulfato ferroso y calcio que se le entrega, tal como se le indica.
- 3) Buscar y proponer alternativas de solución, junto con la usuaria, que respondan a la situación encontrada.
- 4) Priorizar y brindar la cantidad de información requerida o mensajes claves que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).
- 5) Verificar el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).
- 6) Explicar que son acuerdos o compromisos, y que no solo son recomendaciones o mensajes.
- 7) Establecer acuerdos o compromisos concretos y factibles con la usuaria.
- 8) Establecer acuerdos en función al análisis de la información dada por la usuaria.

6.4.4. Cuarto momento: registro de acuerdos tomados

El profesional de salud responsable de la consejería nutricional deberá registrar en la historia clínica, los acuerdos (máximo tres) tomados con la gestante o puérpera, y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve, motivándola a ponerlas en práctica con el apoyo de su pareja y/o familia.

- 1) Registrar en la historia clínica los acuerdos o compromisos tomados con la gestante o puérpera.
- 2) Registrar los acuerdos en una hoja para que la gestante o puérpera se lo lleve por escrito.
- 3) Motivar a la gestante o puérpera a ponerlos en práctica con el apoyo de su pareja y/o familia.

6.4.5. Quinto momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados

Este momento corresponde al seguimiento de los acuerdos tomados, los cuales se realizarán en las citas posteriores, pudiendo ser incluso intramural y extramural. Es importante despedirse afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive a la usuaria a regresar a su siguiente control. En tal sentido, se debe considerar lo siguiente:

- 1) Realizar el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.
- 2) Concretar con la usuaria la fecha para la próxima cita.
- 3) Insistir en la ventaja del cumplimiento de los acuerdos tomados con la usuaria antes de despedirse.

NOTA

Las consejerías nutricionales que se realicen en el hogar, a través de las visitas domiciliarias, deben tener las siguientes consideraciones:

Durante el periodo de gestación

- 1.a Consejería en el hogar: actividad que se desarrolla entre el 4.º y 6.º mes de gestación sobre preparación para la lactancia materna, alimentación saludable, suplementación de hierro, entre otros cuidados prenatales para una maternidad saludable.
- 2.a Consejería en el hogar: actividad que se desarrolla entre el 7.º y 9.º mes de gestación, priorizando la importancia de la lactancia materna y alimentación de la gestante.

Durante el periodo de puerperio

- 1.a Consejería en el hogar: actividad que debe ser realizada hasta los primeros 7 días, en temas de lactancia materna, alimentación de la puérpera y suplementación.
- 2.a Consejería en el hogar: actividad que debe ser realizada entre los 28 y 30 días para reforzar los temas de alimentación saludable y suplementación.

La evaluación del desempeño del personal que realiza consejería nutricional puede desarrollarse de dos maneras: por observación directa, es decir, cuando el profesional de salud lo brinda a las gestantes o puérperas; y a través de una encuesta de percepción de usuarias respecto a la consejería nutricional recibida.

6.5.1. Evaluación del desempeño del personal que realiza consejería nutricional por observación directa

Para efectos de ir realizando el seguimiento, monitoreo y evaluación del desarrollo de la consejería nutricional en establecimientos de salud, podemos utilizar la observación directa siguiendo las pautas descritas en la Ficha de evaluación del desempeño o habilidades en la consejería nutricional de gestantes y puérperas (Anexo 6), la cual debe ser acompañado de una retroalimentación posterior brindada por el profesional de salud calificado. Sin embargo, es preciso tener presente que en este tipo de evaluación la presencia de un observador resulta perturbador tanto para la usuaria como para el profesional de salud; en estos casos, se sugiere, en primer lugar, explicar la presencia del observador a la usuaria, preguntarle si está de acuerdo con que esté presente, y que finalmente el observador cumpla una función de apoyo en la atención. Posteriormente, debe haber una retroalimentación, por parte del observador al profesional de salud evaluado, lo cual contribuirá a que identifique los aciertos y aspectos a mejorar en el desarrollo de la consejería nutricional.

6.5.2. Evaluación del desempeño del personal que realiza consejería nutricional a través de la percepción de las usuarias

Esta evaluación se realiza a través de una encuesta estructurada en base a la percepción de gestantes y puérperas que recibieron consejería nutricional (Anexo 7), es recomendable que esta sea realizada inmediatamente después de haber terminado la sesión, dado que puede generarse sesgos o errores. La opinión de las usuarias es un referente relativo, dado que depende de su propia necesidad del servicio, la confianza brindada, del momento, del nivel educativo de la usuaria, entre otras.

En el primer trimestre la madre busca adaptarse al embarazo. En algunos casos, esta etapa se caracteriza por presencia de náuseas, vómitos, hipotensión y poco aumento de peso.

El embrión o feto inicia el proceso de formación por lo que son necesarios alimentos ricos en ácido fólico, vitamina C y proteínas de buena calidad (de origen animal) y abundantes minerales. En tal sentido, es recomendable evitar consumir alimentos que estimulen las náuseas y vómitos, consumir alimentos tolerables y cuidar la hidratación de la gestante. Así como, disminuir las porciones de alimentos y aumentar la frecuencia de consumo, entre otros.

6.5. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL QUE REALIZA CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

6.6 CONSIDERACIONES ADICIONALES EN EL PRIMER, SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

En el segundo trimestre la madre pasa por una etapa de logro de adaptación al embarazo, caracterizado por un equilibrio total y aumento de peso. El feto atraviesa por el periodo de crecimiento y desarrollo de los órganos, y maduración de los mismos; por lo que son necesarios los alimentos ricos en proteínas y carbohidratos ligeros.

En el tercer trimestre, el feto crece a un ritmo que no igualará en etapas posteriores, alcanzando un peso adecuado para nacer sin ninguna complicación, siendo necesarios los alimentos ricos en proteínas y grasas útiles.

Motivar y preparar física y emocionalmente a la mujer gestante y puérpera para una lactancia materna exitosa

La gestante debe tener conocimiento, desde el inicio de la gestación, de las ventajas de la lactancia materna, para su salud y para su hija o hijo, e informar de las desventajas de la introducción de las leches artificiales.

a. Importancia de la lactancia materna exclusiva

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a la niña o niño durante los primeros 6 meses de vida, debido a sus ventajas nutricionales, inmunológicas, higiénicas y psicológicas. No existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad, y estimular la succión frecuente asegura la producción de leche materna.

Indicar las siguientes pautas a la madre:

- 1) Inicio precoz:** iniciar la lactancia materna exclusiva, lo más pronto posible después del parto (dentro de la primera hora de nacido).
- 2) Cantidad:** darle de lactar hasta que se vacíe cada pecho, porque la última leche también trae nutrientes indispensables para la niña o niño.
- 3) Frecuencia:** darle de lactar las veces que el niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche. Darle de los dos pechos cada vez. A partir de los tres o cuatro meses, el niño demanda más leche materna, por lo que es necesario incrementar la frecuencia y duración de las mamadas. La madre puede percibir que su niño no se satisface, existiendo el riesgo de introducir otros alimentos, por lo que se recomienda darle pecho con más frecuencia.

b. Preparación de los pezones

La preparación de los pezones debe ser progresiva y debe seguir las siguientes indicaciones:

- 1) Hacer masajes en forma circular alrededor de la mama, de arriba hacia abajo (se puede usar un peine) para estimular la producción.
- 2) Frotar suavemente los pezones para estimular los reflejos hormonales de la lactancia.
- 3) Rodear el pecho con una mano colocando el pulgar por arriba de la areola, y los demás dedos por debajo; presionar la mama, empujándola contra el pecho de la madre para exprimir la leche.
- 4) Comprimir la mama con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola y presionando sin que el dedo resbale hacia el pezón.

- 5) Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica. Si la leche no fluye, lo recomendable es relajarse y no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente, hasta producir el reflejo de eyección, en que saldrán uno o varios chorritos de leche por algunos minutos.

c. Reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad para dar de lactar

Transmitir a la madre en todo momento que ella tiene la capacidad de producir suficiente leche para satisfacer a su niña o niño, si está dispuesta a amamantarlo frecuentemente durante el día y la noche, y recibe el apoyo de las personas que la rodean.

El incremento de la frecuencia y duración de las lactadas hacen que la madre produzca toda la leche que su niño necesita en sí mismas. Es importante preparar al personal de salud para que brinde este apoyo.

d. Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia

Todas las madres que dan de mamar, principalmente las primerizas, deben ser orientadas y ayudadas para aplicar correctamente las técnicas para una lactancia efectiva y duradera.

Una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna exitosa; por tanto, se recomienda que la madre adopte una postura cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos.

La posición de la madre debe permitir que la cabeza del niño descanse sobre la flexión del codo. Al dar de lactar al bebé debe haber una alternancia de mamas, a fin de evitar la acumulación de leche en una de ellas. El vaciamiento adecuado asegura una buena alimentación.

Indicar las siguientes pautas de amamantamiento a la madre:

- Colocar el pezón en el labio inferior del bebé para que abra la boca; el bebé succionará más leche y no lastimará el pezón.
- Con el pezón, rozar el labio inferior para que el bebé abra bien la boca.
- Atraer al bebé hacia su pecho asegurando que la boca cubra la mayor parte de la areola. El labio inferior del bebé debe estar evertido (dirigido hacia afuera). La nariz y la barbilla del bebé deben estar tocando su pecho, recuerde que el bebé respira por las alas de la nariz.
- Sostener su pecho delicadamente y colocar sus dedos debajo del pecho, con el pulgar encima. Recuerde que el colocar los dedos en forma de tijera puede impedir que el bebé logre coger bien la areola.

Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y puérpera

A través de las actividades integrales de salud se puede promover la participación de la pareja, la familia y la comunidad, a fin de brindar el apoyo integral a la madre con énfasis en:

- Velar por una alimentación adecuada.
- Facilitar el reposo físico de acuerdo a la evolución del embarazo y el periodo de lactancia
- Brindar tranquilidad y apoyo emocional en el ambiente familiar.
- Asegurar el cumplimiento del control prenatal y posnatal.

El afecto y la consideración que brinde la pareja y la familia estimulan y motivan a la madre a dar lo mejor de ella a su niño.

El apoyo social de la comunidad constituye una estrategia eficaz para reducir el estrés y aumentar la autoestima en la mujer.

VII. RECOMENDACIONES

El personal de salud debe tener en cuenta lo siguiente:

- La valoración nutricional antropométrica es una evaluación esencial dentro de la atención prenatal de la mujer gestante, y atención posnatal de la puérpera, que permite la evaluación de las intervenciones orientadas a promover estilos de vida saludable, mejorar o recuperar la salud, contribuyendo al bienestar y calidad de vida de gestantes y puérperas.
- El desempeño del personal de salud para la adecuada consejería nutricional es clave para la toma de decisiones en el cuidado de gestantes.
- Las mujeres en la etapa preconcepcional deben recibir consejería nutricional y ser evaluadas para que inicien la gestación con un estado nutricional adecuado.
- Las gestantes con adecuada ganancia de peso según su semana gestacional deben recibir consejería nutricional, la cual debe ser brindada por el profesional nutricionista; de no contar el establecimiento de salud con este recurso, será el profesional de la salud capacitado y calificado en consejería nutricional.
- Los casos de gestantes con inadecuada ganancia de peso (baja ganancia de peso, alta ganancia de peso o riesgo de malnutrición) según semana gestacional, o puérperas con estado nutricional (delgadez, sobrepeso, obesidad, anemia, entre otros) deben ser derivados para consulta nutricional a fin de ser atendido por un profesional nutricionista; de no contar el establecimiento de salud con este recurso, será el profesional de salud capacitado en consejería nutricional, el encargado de brindar la consejería nutricional respectiva y derivarla al establecimiento de referencia, a fin de ser atendido por un profesional nutricionista.

VIII. ANEXOS

- Anexo 1.** Tabla de clasificación del estado nutricional de la gestante según índice de masa corporal pregestacional (IMC PG).
- Anexo 2.** Gráficas clínicas para monitorear la ganancia de peso en gestantes según la semana gestacional.
- Anexo 3.** Tabla CLAP de peso para talla según semana gestacional.
- Anexo 4.** Tabla de valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para personas adultas (puérperas).
- Anexo 5.** Ficha de evaluación de la alimentación de la gestante y puérpera.
- Anexo 6.** Ficha de evaluación del desempeño o habilidades en la consejería nutricional de gestantes y puérperas.
- Anexo 7.** Encuesta de percepción de gestantes y puérperas a la consejería nutricional recibida en el establecimientos de salud.
- Anexo 8.** Requerimiento de energía y de la ingesta energética adicional para gestantes y puérperas.
- Anexo 9.** Listado de alimentos nutritivos y económicos a nivel regional.
- Anexo 10.** Modelos de almuerzos para gestantes y puérperas.
- Anexo 11.** Modelos de refrigerios adicionales para gestantes y puérperas.
- Anexo 12.** Flujograma de atención para la consejería nutricional de gestantes y puérperas.
- Anexo 13.** Momentos de la consejería nutricional.
- Anexo 14.** Codificación HIS cuando se realiza consejería a la gestante y puérpera a través de la visita domiciliaria.

ANEXO 1
TABLA DE CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA GESTANTE
SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREGESTACIONAL (IMC PG)

IMC PG	Delgadez	Normal		Sobrepeso		Obesidad
	< 18,5	18,5	< 25,0	25,0	< 30,0	≥ 30,0
Talla (m)	kg	kg	kg	kg	kg	kg
1,35	33,6	33,7	45,4	45,5	54,5	54,6
1,36	34,1	34,2	46,1	46,2	55,3	55,4
1,37	34,6	34,7	46,8	46,9	56,2	56,3
1,38	35,1	35,2	47,5	47,6	57,0	57,1
1,39	35,6	35,7	48,2	48,3	57,8	57,9
1,40	36,1	36,2	48,9	49,0	58,7	58,8
1,41	36,6	36,7	49,6	49,7	59,5	59,6
1,42	37,2	37,3	50,3	50,4	60,3	60,4
1,43	37,7	37,8	51,0	51,1	61,2	61,3
1,44	38,2	38,3	51,7	51,8	62,1	62,2
1,45	38,7	38,8	52,4	52,5	62,9	63,0
1,46	39,3	39,4	53,1	53,2	63,8	63,9
1,47	39,8	39,9	53,9	54,0	64,7	64,8
1,48	40,4	40,5	54,6	54,7	65,6	65,7
1,49	40,9	41,0	55,4	55,5	66,5	66,6
1,50	41,5	41,6	56,1	56,2	67,4	67,5
1,51	42,0	42,1	56,9	57,0	68,3	68,4
1,52	42,6	42,7	57,6	57,7	69,2	69,3
1,53	43,2	43,3	58,4	58,5	70,1	70,2
1,54	43,7	43,8	59,1	59,2	71,0	71,1
1,55	44,3	44,4	59,9	60,0	71,9	72,0
1,56	44,9	45,0	60,7	60,8	72,9	73,0
1,57	45,5	45,6	61,5	61,6	73,8	73,9
1,58	46,0	46,1	62,3	62,4	74,7	74,8
1,59	46,6	46,7	63,1	63,2	75,7	75,8
1,60	47,2	47,3	63,9	64,0	76,7	76,8
1,61	47,8	47,9	64,7	64,8	77,6	77,7
1,62	48,4	48,5	65,5	65,6	78,6	78,7
1,63	49,0	49,1	66,3	66,4	79,6	79,7
1,64	49,6	49,7	67,1	67,2	80,5	80,6
1,65	50,2	50,3	67,9	68,0	81,5	81,6
1,66	50,8	50,9	68,7	68,8	82,5	82,6
1,67	51,4	51,5	69,6	69,7	83,5	83,6
1,68	52,1	52,2	70,4	70,5	84,5	84,6
1,69	52,7	52,8	71,3	71,4	85,5	85,6
1,70	53,3	53,4	72,1	72,2	86,6	86,7
1,71	53,9	54,0	73,0	73,1	87,6	87,7
1,72	54,6	54,7	73,8	73,9	88,6	88,7
1,73	55,2	55,3	74,7	74,8	89,6	89,7
1,74	55,9	56,0	75,5	75,6	90,7	90,8
1,75	56,5	56,6	76,4	76,5	91,7	91,8
1,76	57,2	57,3	77,3	77,4	92,8	92,9
1,77	57,8	57,9	78,2	78,3	93,8	93,9
1,78	58,5	58,6	79,1	79,2	94,9	95,0
1,79	59,1	59,2	80,0	80,1	96,0	96,1
1,80	59,8	59,9	80,9	81,0	97,1	97,2

ANEXO 2

GRÁFICAS CLÍNICAS PARA MONITOREAR LA GANANCIA DE PESO EN GESTANTES SEGÚN LA SEMANA GESTACIONAL



PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

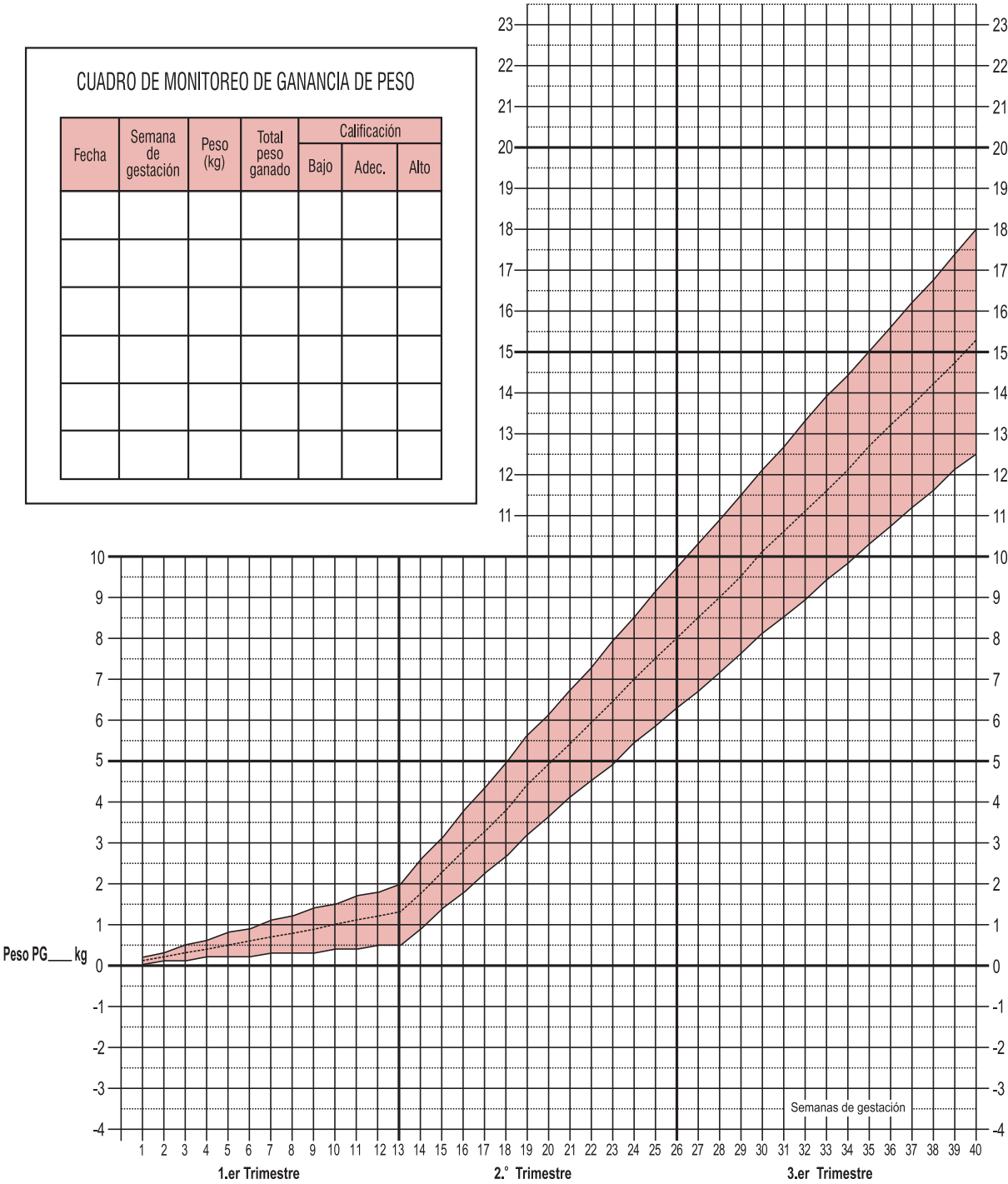


FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON BAJO DE PESO
IMC PG < 18,5 kg/m²

Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____

Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO						
Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto



Fuente: IOM (Institute of Medicine). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington. D.C.; 2009



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto
Nacional de Salud

Centro Nacional
de Alimentación y Nutrición



FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES NORMALES

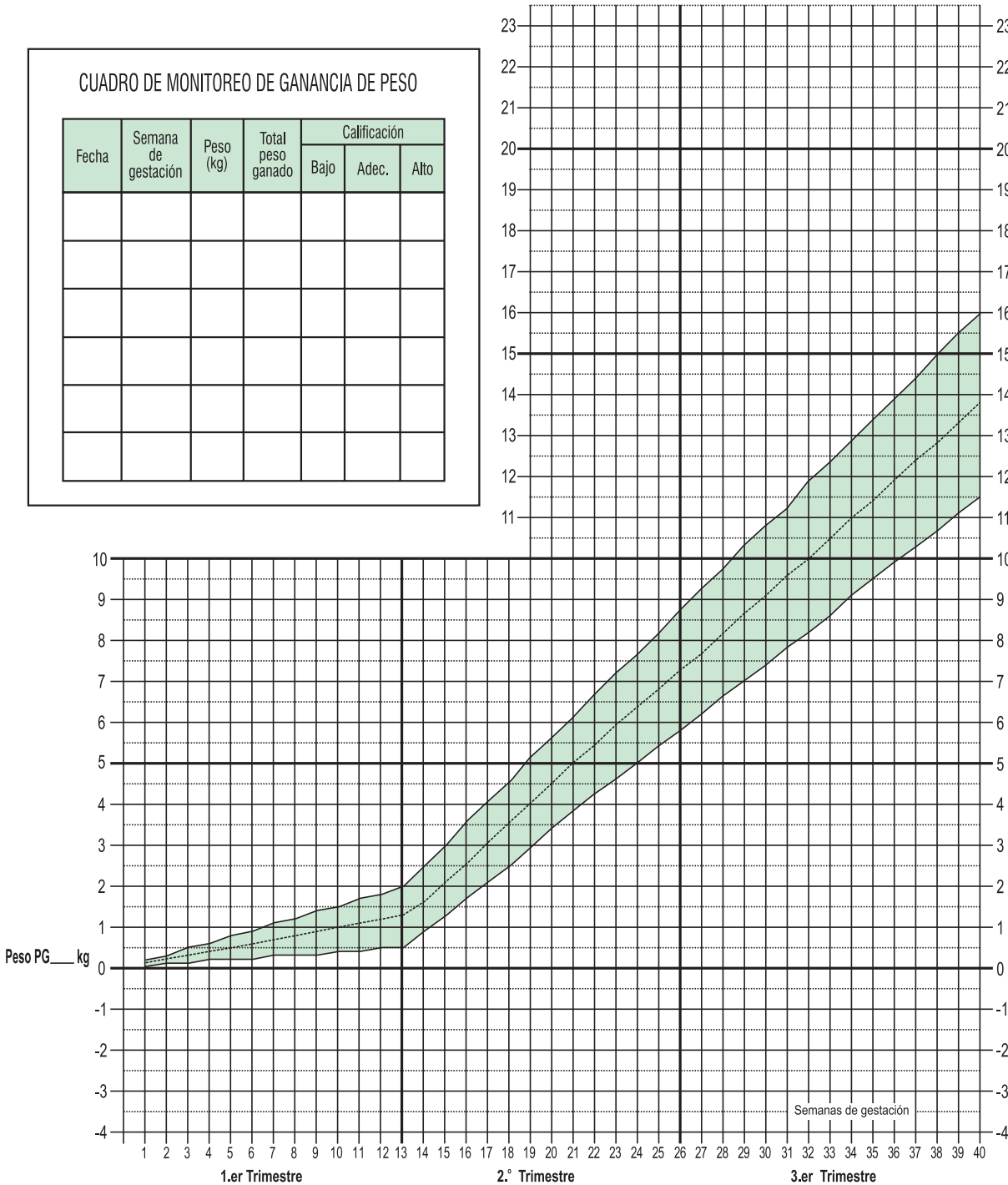
IMC PG 18,5 A < 25,0 kg/m²

Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____

Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha _____ / _____ / _____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO

Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto



Fuente: IOM (Institute of Medicine). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington. D.C.; 2009



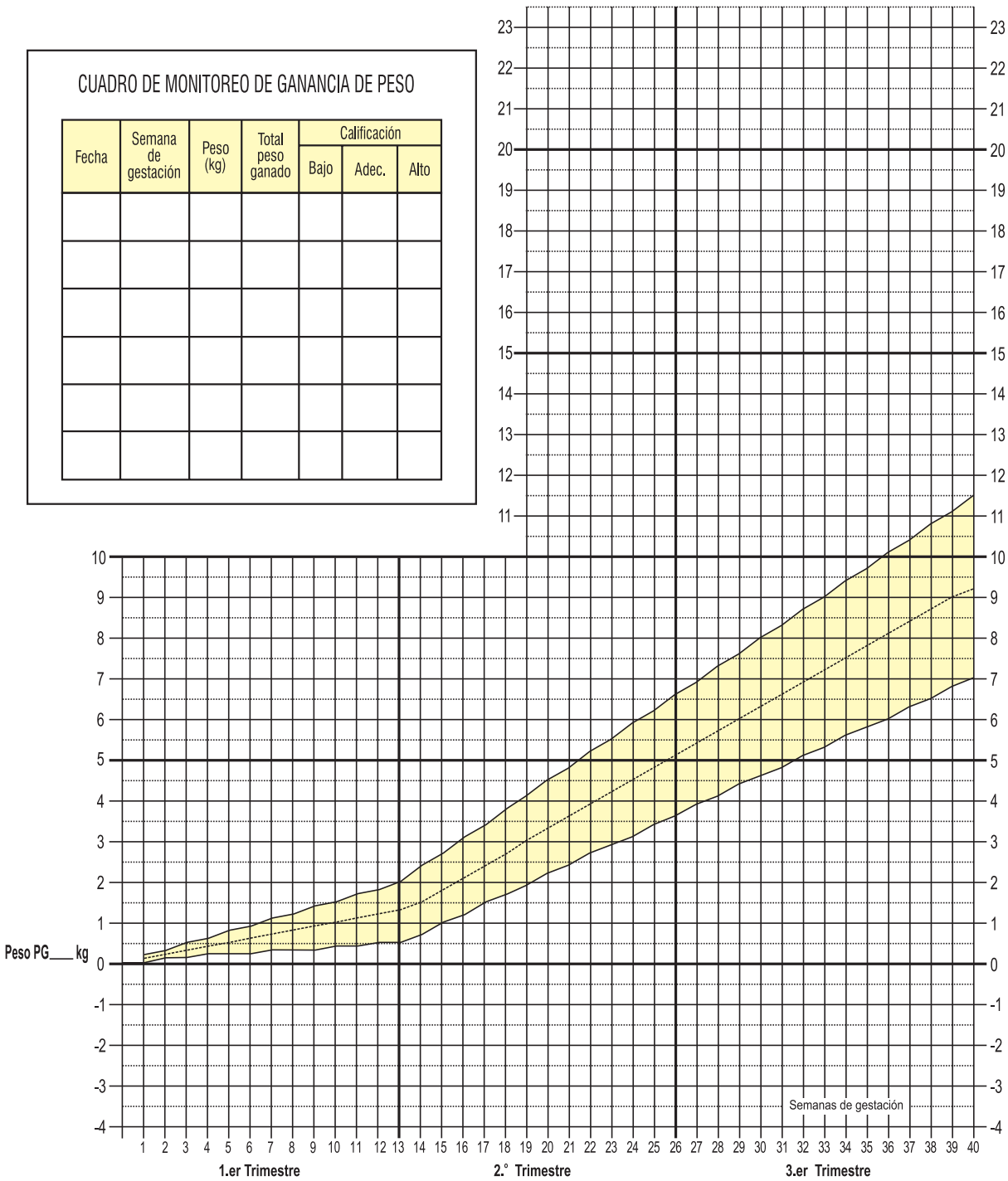
FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES CON SOBREPESO

IMC PG 25,0 A < 30,0 kg/m²

Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____

Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha ____/____/____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO						
Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto



Fuente: IOM (Institute of Medicine). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington. D.C.; 2009



Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud

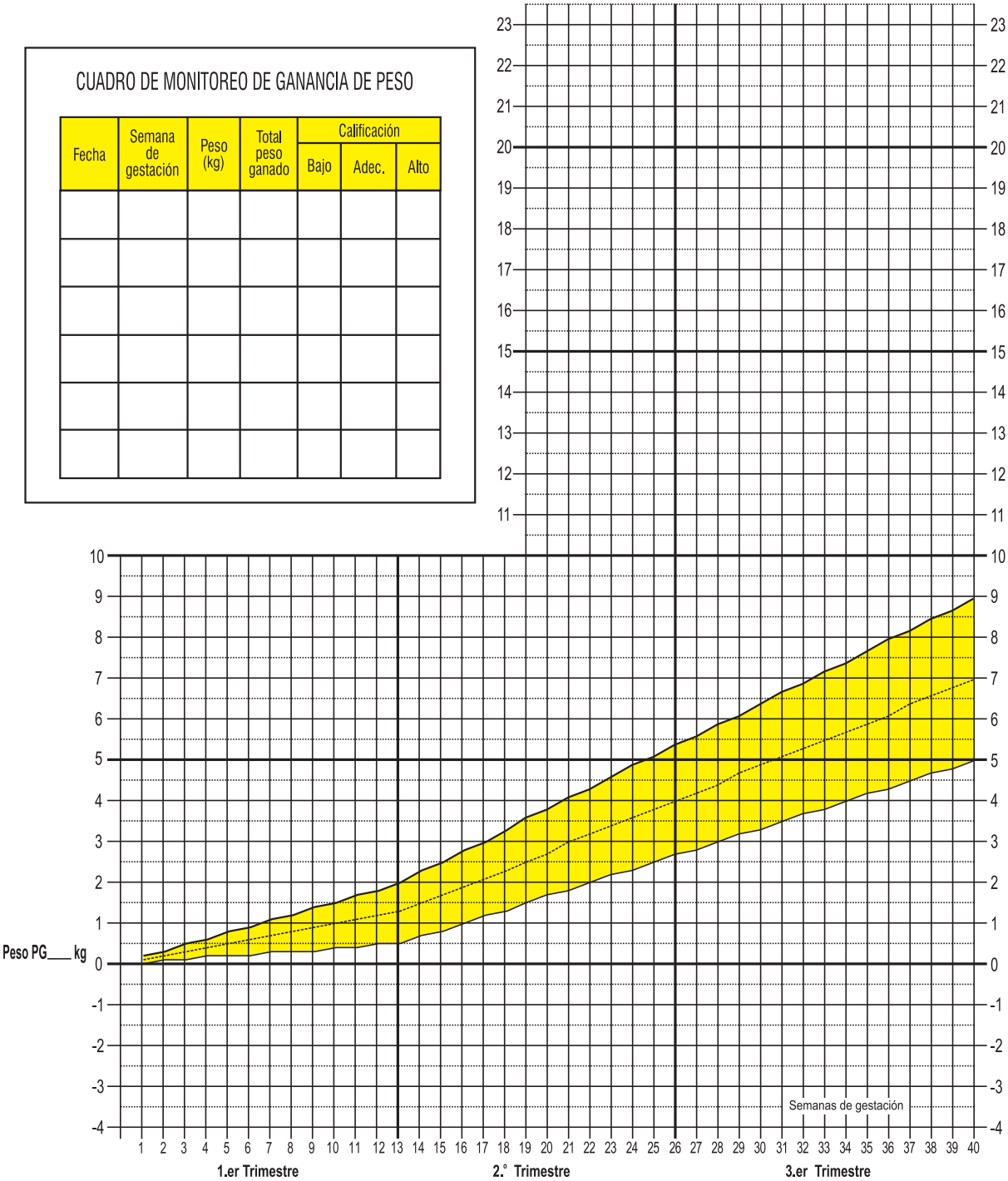
Centro Nacional de Alimentación y Nutrición



FICHA DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO EN GESTANTES OBESAS
IMC PG $\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$

Nombre _____ Peso Pregestacional _____ Talla _____ IMCPG _____
Edad _____ Fecha probable de parto _____ Fecha _____ / _____ / _____

CUADRO DE MONITOREO DE GANANCIA DE PESO						
Fecha	Semana de gestación	Peso (kg)	Total peso ganado	Calificación		
				Bajo	Adec.	Alto



Fuente: IOM (Institute of Medicine). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington. D.C.; 2009

ANEXO 3

TABLAS CLAP DE PESO PARA TALLA SEGÚN SEMANA GESTACIONAL
Peso para talla según edad gestacional (P10 y P90)

Talla en cm

Sem	Perc.	140 142	143 145	146 148	149 151	152 154	155 157	158 160	161 163	164 166	167 169
13	10	38,6	40,0	41,3	42,8	42,8	42,2	45,6	47,2	49,0	52,2
	90	51,3	53,1	54,9	57,0	58,8	60,7	62,7	65,1	67,2	69,4
14	10	39,5	40,9	42,3	43,8	45,2	46,7	48,3	50,1	51,8	53,4
	90	52,7	54,5	56,4	58,5	60,3	62,3	64,4	66,8	69,0	71,2
15	10	40,4	41,8	43,3	44,9	46,3	47,8	49,4	51,3	53,0	54,6
	90	53,1	55,0	56,9	59,0	60,8	62,8	64,9	67,4	69,6	71,8
16	10	41,3	42,8	44,2	45,9	47,3	48,9	50,5	52,4	54,1	55,9
	90	53,6	55,5	57,3	59,5	61,4	63,4	65,5	68,0	70,2	72,5
17	10	42,4	43,7	45,2	46,9	48,4	49,9	51,6	53,6	55,3	57,1
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
18	10	42,7	44,2	45,7	47,4	48,9	50,5	52,2	54,1	55,9	57,7
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,9	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
19	10	43,6	45,1	46,1	48,4	49,9	51,6	53,3	55,3	57,1	58,9
	90	54,0	55,9	57,8	60,0	61,6	63,9	66,0	68,5	70,8	73,1
20	10	44,5	46,1	47,6	49,4	51,0	52,6	54,4	56,4	58,3	60,2
	90	51,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
21	10	45,4	47,0	48,6	50,4	52,0	53,7	55,5	57,6	59,5	61,4
	90	54,5	56,4	58,3	60,5	62,4	64,4	66,6	69,1	71,4	73,7
22	10	45,9	47,5	49,1	50,9	52,5	54,2	56,1	58,2	60,1	62,0
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,2	72,0	74,3
23	10	46,3	47,9	49,6	51,4	53,0	54,8	56,6	58,8	60,7	62,6
	90	54,9	56,9	58,8	61,0	62,9	65,0	67,2	69,7	72,0	74,3
24	10	46,8	43,4	50,1	51,9	53,6	55,3	57,2	59,3	61,3	63,2
	90	55,4	57,3	59,3	61,5	63,4	65,5	67,7	70,3	72,6	74,9
25	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	55,8	57,8	59,8	62,0	64,0	66,1	68,5	70,8	73,2	75,5
26	10	47,2	48,9	50,5	52,4	54,1	55,8	57,7	59,9	61,9	63,9
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
27	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,3	58,3	60,3	62,5	64,5	66,6	68,8	71,4	73,8	76,1
28	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
29	10	47,7	49,3	51,0	52,9	54,6	56,4	58,3	60,5	62,5	64,5
	90	56,8	58,8	60,8	63,0	65,0	67,1	69,4	72,0	74,4	76,8
30	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,6	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
31	10	48,1	49,8	51,5	53,4	55,1	56,9	58,8	61,1	63,1	65,1
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
32	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
33	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	57,2	59,2	61,2	63,5	65,5	67,7	69,9	72,6	75,0	77,4
34	10	48,6	50,3	52,0	53,9	55,6	57,5	59,4	61,6	63,7	65,7
	90	59,9	59,7	61,7	64,0	66,0	68,2	70,5	73,2	75,6	78,0
35	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
36	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,1	60,2	62,2	64,5	66,6	68,7	71,0	73,7	76,2	78,6
37	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	66,3
	90	58,6	60,6	62,7	65,0	67,1	69,3	71,6	74,3	76,8	79,2
38	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,0	61,1	63,2	65,5	67,6	69,8	72,1	74,9	77,3	80,7
39	10	49,0	50,8	52,5	54,4	56,2	58,0	59,9	62,2	64,3	67,1
	90	59,5	61,1	63,7	66,0	68,1	70,3	72,7	75,5	77,9	81,4

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR

ANEXO 4
TABLA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL PARA PERSONAS ADULTAS (PUÉRPERAS)*

IMC Talla (m)	CLASIFICACIÓN						
	Delgadez		Normal		Sobrepeso		Obesidad
	III <16,0	II ≥16,0	I ≥17,0	≥18,5	≥25,0	I ≥30,0	II ≥35,0 III ≥ 40,0
Pesos (kg)**							
1,35		29,1	30,9	33,7	45,5	54,6	63,7
1,36		29,5	31,4	34,2	46,2	55,4	64,7
1,37		30,0	31,9	34,7	46,9	56,3	65,6
1,38		30,4	32,3	35,2	47,6	57,1	66,6
1,39		30,9	32,8	35,7	48,3	57,9	67,6
1,40		31,3	33,3	36,2	49,0	58,8	68,6
1,41		31,8	33,7	36,7	49,7	59,6	69,5
1,42		32,2	34,2	37,3	50,4	60,4	70,5
1,43		32,7	34,7	37,8	51,1	61,3	71,5
1,44		33,1	35,2	38,3	51,8	62,2	72,5
1,45		33,6	35,7	38,8	52,5	63,0	73,5
1,46		34,1	36,2	39,4	53,2	63,9	74,6
1,47		34,5	36,7	39,9	54,0	64,8	75,6
1,48		35,0	37,2	40,5	54,7	65,7	76,6
1,49		35,5	37,7	41,0	55,5	66,6	77,7
1,50		36,0	38,2	41,6	56,2	67,5	78,7
1,51		36,4	38,7	42,1	57,0	68,4	79,8
1,52		36,9	39,2	42,7	57,7	69,3	80,8
1,53		37,4	39,7	43,3	58,5	70,2	81,9
1,54		37,9	40,3	43,8	59,2	71,1	83,0
1,55		38,4	40,8	44,4	60,0	72,0	84,0
1,56		38,9	41,3	45,0	60,8	73,0	85,1
1,57		39,4	41,9	45,6	61,6	73,9	86,2
1,58		39,9	42,4	46,1	62,4	74,9	87,3
1,59		40,4	42,9	46,7	63,2	75,8	88,4
1,60		40,9	43,5	47,3	64,0	76,8	89,6
1,61		41,4	44,0	47,9	64,8	77,7	90,7
1,62		41,9	44,6	48,5	65,6	78,7	91,8
1,63		42,5	45,1	49,1	66,4	79,7	92,9
1,64		43,0	45,7	49,7	67,2	80,6	94,1
1,65		43,5	46,2	50,3	68,0	81,6	95,2
1,66		44,0	46,8	50,9	68,8	82,6	96,4
1,67		44,6	47,4	51,5	69,7	83,6	97,6
1,68		45,1	47,9	52,2	70,5	84,6	98,7
1,69		45,6	48,5	52,8	71,4	85,6	99,9
1,70		46,2	49,1	53,4	72,2	86,7	101,1
1,71		46,7	49,7	54,0	73,1	87,7	102,3
1,72		47,3	50,2	54,7	73,9	88,7	103,5
1,73		47,8	50,8	55,3	74,8	89,7	104,7
1,74		48,4	51,4	56,0	75,6	90,8	105,9
1,75		49,0	52,0	56,6	76,5	91,8	107,1
1,76		49,5	52,6	57,3	77,4	92,9	108,4
1,77		50,1	53,2	57,9	78,3	93,9	109,6
1,78		50,6	53,8	58,6	79,2	95,0	110,8
1,79		51,2	54,4	59,2	80,1	96,1	112,1
1,80		51,8	55,0	59,9	81,0	97,2	113,4
1,81		52,4	55,6	60,6	81,9	98,2	114,6
1,82		52,9	56,3	61,2	82,8	99,3	115,9
1,83		53,5	56,9	61,9	83,7	100,4	117,2
1,84		54,1	57,5	62,6	84,6	101,5	118,4
1,85		54,7	58,1	63,3	85,5	102,6	119,7
1,86		55,3	58,8	64,0	86,4	103,7	121,0
1,87		55,9	59,4	64,6	87,4	104,9	122,3
1,88		56,5	60,0	65,3	88,3	106,0	123,7
1,89		57,1	60,7	66,0	89,3	107,1	125,0
1,90		57,7	61,3	66,7	90,2	108,3	126,3
1,91		58,3	62,0	67,4	91,2	109,4	127,6
1,92		58,9	62,6	68,1	92,1	110,5	129,0
1,93		59,5	63,3	68,9	93,1	111,7	130,3
1,94		60,2	63,9	69,6	94,0	112,9	131,7
1,95		60,8	64,6	70,3	95,0	114,0	133,0
1,96		61,4	65,3	71,0	96,0	115,2	134,4
1,97		62,0	65,9	71,7	97,0	116,4	135,8
1,98		62,7	66,6	72,5	98,0	117,6	137,2

Fuente: Elaborado a partir de OMS, 1995. Serie de Informes Técnicos 854. El Estado Físico: Uso e Interpretación de la Antropometría. Ginebra. WHO/FAO, 2003, Technical Report Series 916. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneva

* Valores de peso e IMC considera primera cifra decimal sin previo redondeo.

** Las cifras que aparecen en cada columna según la talla del individuo representa el extremo inferior del rango de peso.

ANEXO 6
FICHA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA
NUTRICIONAL DE GESTANTES O PUÉRPERAS

	PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición								
				DIRESA		RED		MICRORRED		EE:SS.		

GUÍA PARA EVALUAR DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL											
FECHA: / /						TELÉFONO:					
DIRECCIÓN:											
DATOS GENERALES											
DIRESA/GERESA/DISA:						RED:			MICRORRED:		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:											
ÁMBITO:						1. Urbano			2. Rural		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EVALUADO/A:											
EDAD:		GRUPO OCUPACIONAL		1. Profesional		2. Técnico asistencial		3. Auxiliar			
¿FUE CAPACITADO EN CONSEJERIA NUTRICIONAL?						1. Sí			2. No		
¿QUIÉN REALIZÓ LA CAPACITACIÓN EN LA CUAL PARTICIPÓ?											
1. DGIESP		2. DGPSGTS		3. CENAN		4. DIRESA		5. RED		6. MICRORRED 7. OTROS	
¿HACE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN?						1. ≤ 1 año		2. > 1 año		3. > 2 años 4. Más de 3 años	
USUARIO: 1. GESTANTE 2. PUÉRPERA				SEMANA GESTACIONAL:		EDAD DE LA GESTANTE:					
NOMBRES Y APELLIDOS DEL EVALUADOR:											
PROFESIÓN:				INSTITUCION A LA QUE PERTENECE		1. DGIESP 2. DGPSGTS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORRED 7. OTROS.....					

ASPECTOS A EVALUAR EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE GESTANTES Y PUÉRPERAS											
HABILIDADES COMUNICACIONALES TRANSVERSALES						Bueno			Necesita mejorar		
a. Hace que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación adecuada.											
b. Hace gestos o evidencia postura corporal que apoya su actitud y demuestra interés por la usuaria.											
c. Demuestra actitud de escucha.											
d. Respeta, reconoce y elogia lo que hace bien, piensa y siente la usuaria.											
e. Da mensajes claros, concretos, convincentes y suficientes con enfoque intercultural.											
I. PRIMER MOMENTO: EXPLICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA JUNTO CON LA GESTANTE O PUÉRPERA						Bueno			Necesita mejorar		
1.1. Saluda y recibe amablemente a la usuaria, presentándose correctamente.											
1.2. Crea un ambiente de confianza, comodidad y adecuado culturalmente para abrir la conversación.											
1.3. Verifica el registro de medidas antropométricas y antecedentes de salud y nutrición en la historia clínica de la usuaria.											
1.4. Verifica el cumplimiento de los acuerdos anteriores en consejería nutricional.											
1.5. Realiza la valoración nutricional antropométrica de la usuaria, transmitiendo el diagnóstico nutricional con lenguaje sencillo, y asegurando su comprensión.											
1.6. Ofrece argumentos y ejemplos que aseguran el interés por el tema a tratar (efectos a corto, mediano y largo plazo).											
1.7. Analiza los factores de éxito, es decir hábitos o acciones que realiza correctamente la usuaria.											

II. SEGUNDO MOMENTO: ANÁLISIS DE FACTORES CAUSALES E IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES JUNTO CON LA GESTANTE O PUÉRPERA	Bueno	Necesita mejorar
2.1. Analiza causas o riesgos potenciales relacionados a la presencia de enfermedades.		
2.2. Pregunta sobre los factores culturales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, etc.).		
2.3. Pregunta sobre los factores económicos en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejm: actividad de los padres, ingresos, etc.).		
2.4. Pregunta sobre los factores sociales en la disponibilidad, accesibilidad, adquisición y consumo de alimentos (ejemplo: participación en programas sociales tales como el PIN, Vaso de Leche, etc.).		
2.5. Pregunta sobre los factores alimentarios, utilizando y registrando correctamente en los formatos de la historia alimentaria.		
Evalúa el tipo de preparación de las comidas.		
Evalúa la cantidad de alimentos que consume por comida		
Evalúa la frecuencia de alimentación diaria (cuántas veces come al día).		
Evalúa consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro (cucharadas).		
Evalúa el consumo diario de frutas y verduras (principal fuente de vitamina A y C).		
Evalúa si añade sal yodada a la comida familiar.		
Evalúa si le dieron suplemento de hierro, consumo, frecuencia y cantidad.		
Evalúa si le dieron suplemento de ácido fólico, consumo, frecuencia y cantidad.		
Evalúa si le dieron suplemento de calcio, consumo, frecuencia y cantidad.		
Evalúa el consumo, frecuencia y cantidad de lácteos y derivados.		
Evalúa el consumo de menestras.		
Evalúa la disponibilidad y accesibilidad de agua segura en el hogar.		
2.6. Hace preguntas que le permiten conocer y analizar con la usuaria la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.		
2.7. Deja espacio para la reflexión (momento de silencio).		
2.8. Hace preguntas para que la usuaria explique su situación y sus preocupaciones; y utiliza su información para hacer el análisis.		
III. TERCER MOMENTO: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y TOMA DE ACUERDOS QUE RESPONDEN A LAS NECESIDADES DE LA GESTANTE O PUÉRPERA	Bueno	Necesita mejorar
3.1. Evalúa con la usuaria lo que es práctico de hacer con el apoyo de su pareja y/o familia.		
3.2. Informa y concientiza a la gestante y puérpera sobre la importancia de realizar sus atenciones prenatales y posnatales desde el primer trimestre, y de tomar los suplementos de ácido fólico, hierro y calcio que se le entrega.		
3.3. Busca y propone alternativas de solución junto con la usuaria que respondan a la situación encontrada.		
3.4. Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (2 a 3 recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).		

3.5. Verifica el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).		
3.6. Explica que son acuerdos (compromisos), y que no solo son recomendaciones o mensajes.		
3.7. Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con la usuaria.		
3.8. Establece acuerdos en función al análisis de la información dada por la usuaria.		
IV. CUARTO MOMENTO: REGISTRO DE ACUERDOS TOMADOS		SÍNO
4.1. Registra en historia clínica los acuerdos o compromisos tomados con la usuaria.		
4.2. Registra los acuerdos en una hoja para que la usuaria se lo lleve por escrito.		
4.3. Motiva a la usuaria a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.		
V. QUINTO MOMENTO: CIERRE Y SEGUIMIENTO DE ACUERDOS TOMADOS		SÍNO
5.1. Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.		
5.2. Concreta con la usuaria la fecha para la próxima cita.		
5.3. Insiste en las ventajas del cumplimiento de los acuerdos tomados con la usuaria antes de despedirse.		
TOTAL		
MATERIAL DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA:		
Curvas clínicas IOM 2009 ☐ TABLAS CLAP ☐ Tabla VNA CENAN ☐ Carné CPN ☐		
Otros (especificar): _____		
MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO UTILIZADO:		
Laminado ☐ Rotafolio ☐ Folleto ☐ Tríptico ☐ Recetario ☐		
Otros (especificar): _____		
MATERIAL DE CONSULTA UTILIZADO: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil 2004 ☐		
Otros (especificar): _____		
OBSERVACIONES:		

ANEXO 7

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE GESTANTES Y PUÉRPERAS A LA CONSEJERIA NUTRICIONAL RECIBIDA EN EL ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

	PERÚ	Ministerio de Salud	Instituto Nacional de Salud	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición							
					DIRESA	RED	MICRORRED	EE:SS.			

SATISFACCIÓN DEL USUARIO : GESTANTES O PUÉRPERAS									
DIRESA/GERESA/DISA:					RED:			MICRORRED:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:									
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA ENTREVISTADA								SEXO	F M
PERSONA ENTREVISTADA				1. Gestante	2.Gestante+pareja	3.Gestante+familiar	4. Otro:		
NIVEL DE ESCOLARIDAD				1. Analfabeta	2. Primaria	3. Secundaria	4. Superior		
EDAD DE LA ENTREVISTADA			SEMANA GESTACIONAL:						
PARTICIPA DE PROGRAMAS SOCIALES		1. Vaso de Leche	2. Juntos	3. Ninguno	4. Otros:.....				
ZONA DONDE VIVE		1. Urbana	2. Rural			3. Otros:.....			
CASO TRATADO		1. Baja ganancia de peso			2. Adecuada ganancia de peso			3. Alta ganancia de peso	
		1.IMC PG Delgadez	2. IMC PG Normal	3.IMC PG Sobrepeso	4. IMC PG Obesidad	4. Otros:.....			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENTREVISTADOR									
PROFESIÓN/CARGO		INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE			1. DGIESP 5. RED	2.DGPSGTS 6. MICRORRED	3. CENAN	4. DIRESA	7. Otros:
1. ¿Quién lo atendió en la consejería nutricional?				a. Médico		b. Enfermera		c. Nutricionista	
				d. Obstetra		e. Técnico		f. Otros:	
2. ¿Cuánto tiempo esperó para la consejería nutricional? (minutos)									
3. Considera que el tiempo de espera para la consejería nutricional fue:				a. Muy breve		b. Breve		c. Ni breve ni largo	
				d. Largo		e. Muy largo			
4. ¿Está satisfecho con el trato que recibió en la consejería nutricional?				a. Muy satisfecho		b. Satisfecho		c. Más o menos satisfecho	
				d. Poco satisfecho		e. Insatisfecho			
5. ¿Por qué acudió a la consejería nutricional?				a. Por interconsulta del médico u otro profesional			b. Por interés propio / iniciativa propia		
				c. Porque le corresponde controles y vacunas			d. Porque pertenece a un prog. social		
				e. Otros:					
6. ¿Cuál fue el motivo principal de la consejería nutricional?				a. Control CPN			b. Enfermedades (IRA, EDA, otros)		
				c. Consejos alimentación de la gestante			d. Otros:		
7. ¿Le explicaron la situación nutricional encontrada, resultado de la consulta?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
8. ¿El personal de salud que lo atendió investigó sobre los factores causales?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
9. ¿Cuáles fueron los acuerdos tomados / recomendaciones en la consejería nutricional?									
a.									
b.									
c.									
11. ¿Le explicaron con palabras sencillas la situación encontrada y acuerdos llegados?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
12. ¿Cómo calificaría a la atención brindada durante la consejería nutricional?				a. Muy bueno		b. Bueno		c. Regular e. Muy malo	
13. ¿Le parecieron cómodos los ambientes para la consejería nutricional?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
14. ¿Durante la consejería se respetó su privacidad?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
15. En términos generales, ¿le resolvieron el problema motivo de la consejería nutricional?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
16. ¿La persona que la atendió le prestó atención?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
17. ¿Sintió algún tipo de maltrato por el personal de salud durante la consejería?				a. Sí		b. No		c. ¿Cuál?	
18. ¿Le dieron o programaron una próxima cita?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
19. ¿Regresaría para que la atienda nuevamente este personal?				a. Sí		b. No		c. No sabe / No responde	
20. Considera que el tiempo destinado para la consejería nutricional fue:				a. Muy breve		b. Breve		c. Ni breve ni largo	
				d. Largo		e. Muy largo			

ANEXO 8
REQUERIMIENTO DE ENERGÍA Y DE LA INGESTA ENERGÉTICA ADICIONAL PARA GESTANTES Y PUÉRPERAS

8.1. Requerimiento de energía para mujeres jóvenes y adultas según área de residencia:

Edad (años)	Ecuación* (IMC=22) ^b	ÁREA DE RESIDENCIA						Factor del NAF urbana ^d		Req. de energía área urbana (kcal)		Factor del NAF rural ^d		Req. de energía área rural (kcal)		Requerimientos (kcal)		
		URBANA			RURAL													
		Mediana ^c talla (m)	Mediana peso (kg)	TMB (kcal)	Mediana ^c talla (m)	Mediana peso (kg)	TMB (kcal)	NAF Ligera	NAF No Ligera*	NAF Ligera	NAF No Ligera*	NAF Ligera	NAF No Ligera*	NAF Ligera	NAF No Ligera*	Urbana** (72,3%)	Rural** (27,7%)	Nacional*** (100%)
MUJERES																		
18-29a	14,818(kg) +486,6	1,537	52,0	1257	1,507	50,0	1227	1,55	1,85	1948	2325	1,65	1,95	2024	2393	2003	2154	2045
30-59 a	8,126(kg) + 845,6	1,519	50,8	1258	1,497	49,3	1246	1,55	1,85	1950	2327	1,65	1,95	2056	2429	2028	2217	2080

Fuente:

(a) FAO/WHO/UNU. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome, 2001. Ecuaciones 4, 5 y 6 según sexo.

(b) FAO/WHO/UNU. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome, 2001. IMC recomendado para jóvenes (18 - 29 a) y adultos (30 - 59 a).

(c) INS/CENAN. Base de Datos ENAHO - CENAN II Semestre 2009 - I Semestre 2010. Mediana de la talla de los tres grupos poblacionales según sexo y área geográfica.

(d) FAO/FIVIMS 2004. Calculating Population Energy Requirements and Food Needs. User's manual. Nutrition Planning, Assessment and Evaluation Service. Food and Nutrition Division. Factor del Nivel de Actividad Física para determinar "Actividad Ligera" y "No Ligera" para poblaciones urbanas y rurales.

(*) "NAF No Ligera" (Nivel de actividad física no ligera), este criterio agrupa a las calorías consideradas para un individuo que presenta un estilo de vida moderado e intenso, según área geográfica de residencia (urbano y rural).

(**) Valor del requerimiento de energía total según área geográfica de residencia (urbana y rural).

(***) Requerimiento calórico calculado según ponderación de la distribución poblacional (urbano y rural), referido por el INEI/Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007.

8.2. Consumo de energía adicional para la mujer gestante y puérpera

Gestantes	Adición de energía (kcal)
Primer trimestre	85 kcal/día
Segundo trimestre	285 kcal/día
Tercer trimestre	475 kcal/día
Nota: Para gestantes con peso adecuado, que acuden a su primer control en el segundo trimestre, se recomienda adicionar a sus requerimientos 360 kcal/día durante el resto del mismo trimestre.	

Fuente: FAO/WHO/UNU. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome, 2001.

Puérperas	Adición de energía (kcal)
Puerperio	505 kcal/día
Nota: Para puérperas desnutridas o con ganancia insuficiente de peso, se recomienda adicionar a sus requerimientos en el primer semestre 675 kcal/día.	

Fuente: FAO/WHO/UNU. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome, 2001.

ANEXO 9

LISTADO DE ALIMENTOS NUTRITIVOS Y ECONÓMICOS A NIVEL REGIONAL

COSTA

	Proteínas	Hierro	Vitamina A (β-caroteno)	Vitamina C
1.	Pollo, hígado	Pollo, sangre cruda	Zanahoria	Mandarina
2.	Relleno	Res, bazo	Espinaca negra	Naranja
3.	Res, pulmón (bofe)	Relleno	Zapallo macre	Limón, jugo
4.	Pollo, carne	Pollo, hígado (*)	Tomate italiano	Piña
5.	Res, carne	Res, pulmón (bofe)	Espárragos	Maracuyá, jugo
6.	Pota	Res, riñón	Maracuyá, jugo	Granadilla
7.	Pescado caballa	Res, hígado (*)	Mandarina	Uva Italia
8.	Pescado jurel	Res, carne	Granadilla	Palta
9.	Pescado lisa	Pescado jurel	Naranja	Manzana nacional
10.	Huevo de gallina	Pescado bonito	Piña	Plátano de seda

SIERRA

	Proteínas	Hierro	Vitamina A (β-caroteno)	Vitamina C
1.	Res, riñón	Pollo, hígado (*)	Zanahoria	Naranja
2.	Pollo, hígado	Res, riñón	Espinaca negra	Limón, jugo
3.	Carnero, hígado	Relleno	Zapallo macre	Fresa
4.	Carnero, pulmón (bofe)	Res, pulmón (bofe)	Tomate italiano	Piña
5.	Res, Lengua	Carnero, hígado (*)	Espinaca blanca	Tuna
6.	Res, carne pulpa	Carnero, pulmón	Papaya	Mandarina
7.	Pollo, carne	Res, hígado(*)	Mandarina	Papaya
8.	Res, corazón	Pollo, corazón	Durazno	Maracuyá, jugo
9.	Carnero, carne	Res, corazón	Granadilla	Blanquillo
10.	Pescado trucha	Res, carne	Maracuyá, jugo	Pera de agua

SELVA

	Proteínas	Hierro	Vitamina A (β-caroteno)	Vitamina C
1.	Res, riñón	Relleno	Zanahoria	Camu camu
2.	Pollo, hígado	Pollo, hígado (*)	Espinaca negra	Naranja
3.	Res, pulmón (bofe)	Res, pulmón (bofe)	Culantro	Toronja
4.	Pescado pampanito	Res, hígado (*)	Toronja	Marañón
5.	Relleno	Pescado bagre	Jugo de maracuyá	Tomate italiano
6.	Huevo de gallina	Pescado yuliya	Zapallo	Ají dulce
7.	Res, lengua	Res, corazón	Plátano verde	Mandarina
8.	Pescado chita	Pollo, corazón	Sacha culantro	Carambola
9.	Pescado fuasaco	Pescado cazón	Tomate italiano	Jugo de limón
10.	Pescado lisa	Pescado chita	Mandarina	Papaya

FUENTE: INS/CENAN 2014. Tecnología educativa La Mejor Receta. Reportes regionales de alimentos nutritivos y económicos disponibles a nivel de mercados locales.

(*) Son fuentes excelentes de vitamina A (retinol).

ANEXO 10
MODELOS DE ALMUERZO PARA GESTANTES Y PUÉRPERAS

COSTA



SIERRA



SELVA



FUENTE: INS/CENAN 2013. Tecnología Educativa La Mejor Receta. Recetarios regionales.

ANEXO 11
MODELOS DE REFRIGERIOS ADICIONALES PARA GESTANTES Y PUÉRPERAS

COSTA

PAN CON HÍGADO ENCEBOLLADO +
CHICHA MORADA + GUAYABA



Aporte nutricional por ración:
energía: 295 kcal proteínas: 20,9 g hierro: 5,5 mg

TORTILLA DE CHOCHO CON CAMOTE +
REFRESCO DE CARAMBOLA + MANZANA



Aporte nutricional por ración:
energía: 292 kcal proteínas: 8,8 g hierro: 2,9 mg

SIERRA

CHIFA DE QUINUA + LIMONADA +
DURAZNO



Aporte nutricional por ración:
energía: 284 kcal proteínas: 14,9 g hierro: 3,9 mg

CHUÑO REBOZADO CON HUEVO +
LIMONADA + MANDARINA



Aporte nutricional por ración:
energía: 295 kcal proteínas: 7,8 g hierro: 1,2 mg

SELVA

PESCADO A LA PLANCHA CON PLÁTANO
ASADO + REFRESCO DE CAMU CAMU +
MANZANA



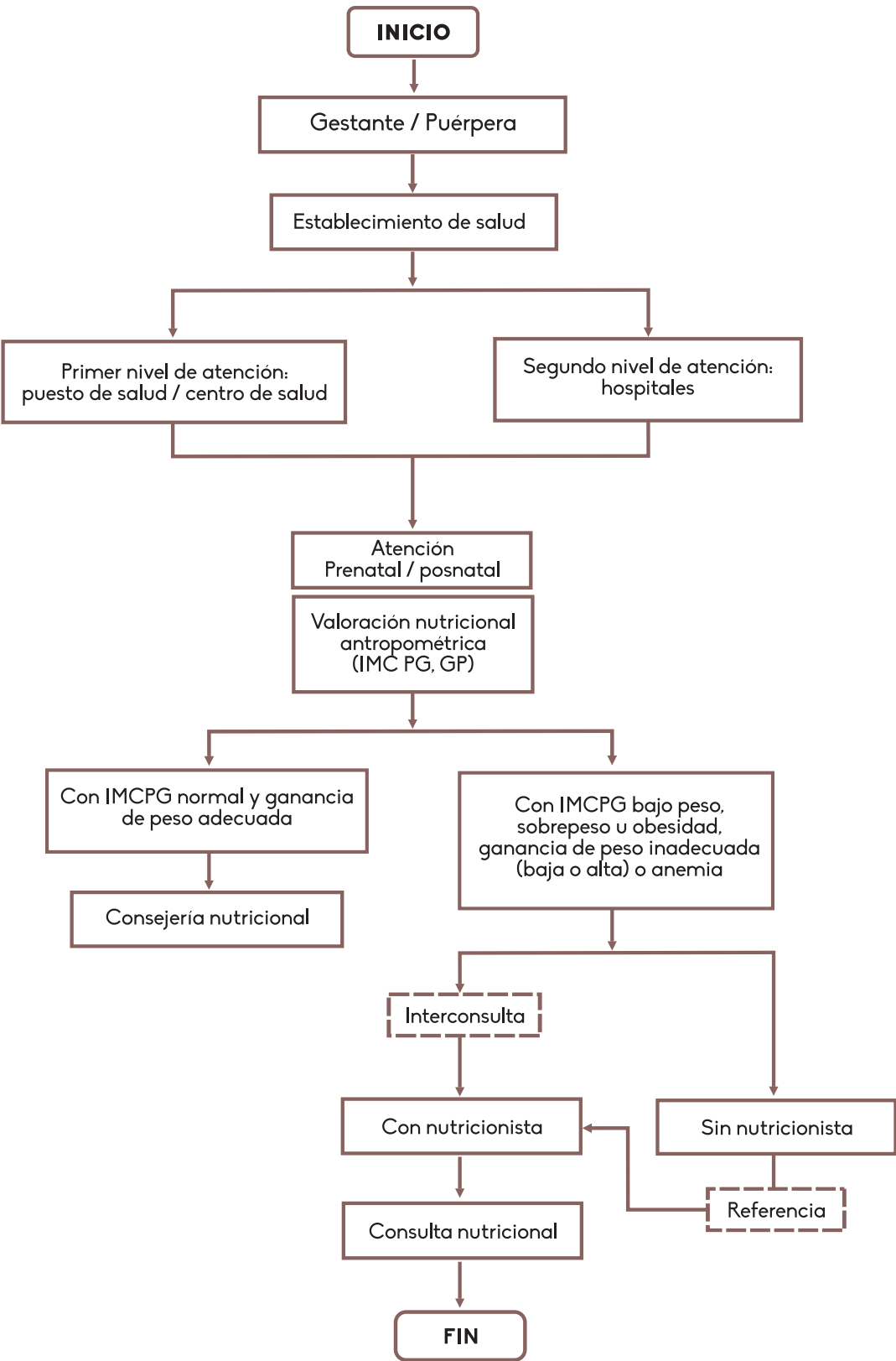
Aporte nutricional por ración:
energía: 292 kcal proteínas: 21,5 g hierro: 3,6 mg

YUCA RELLENA CON POLLO +
REFRESCO DE COCONA + MANZANA

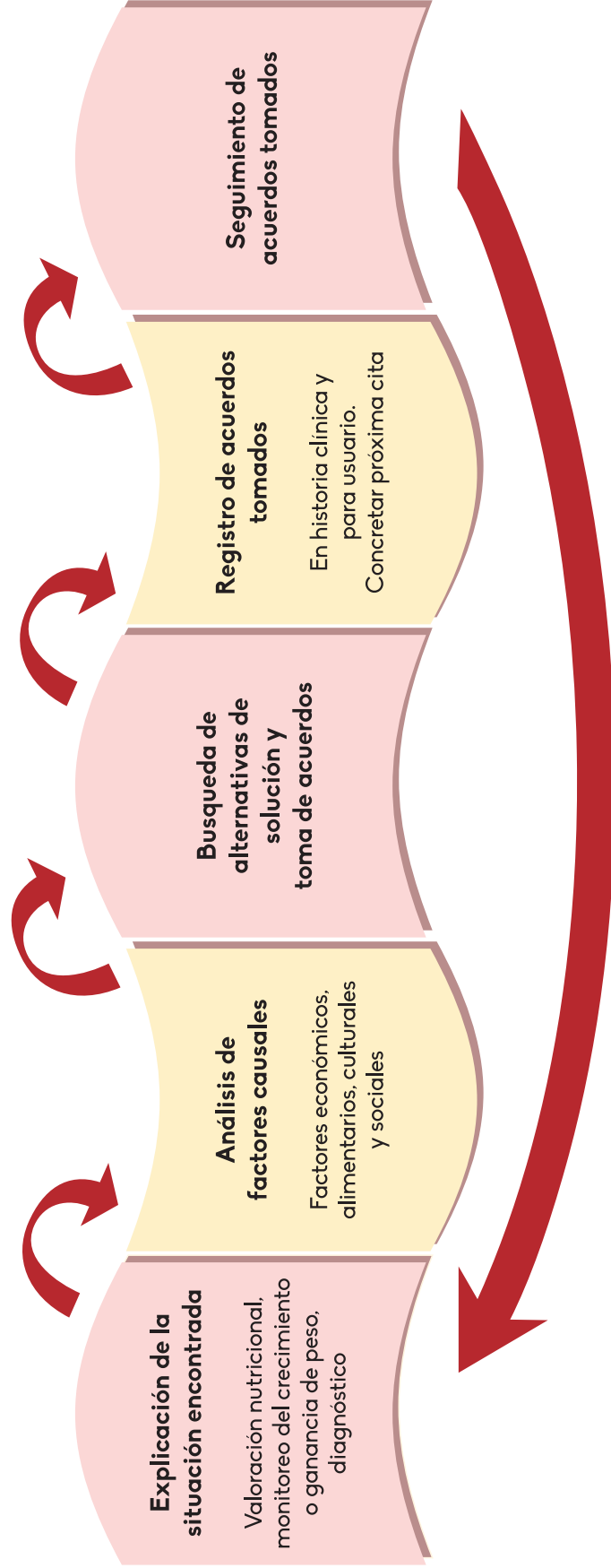


Aporte nutricional por ración:
energía: 268 kcal proteínas: 9,7 g hierro: 1,2 mg

ANEXO 12
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL
DE GESTANTES Y PUÉRPERAS



ANEXO 13
MOMENTOS DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL



ANEXO 14
CODIFICACIÓN HIS CUANDO SE REALIZA CONSEJERÍA A LA GESTANTE Y PUÉRPERA A TRAVÉS DE LA VISITA DOMICILIARIA

Consejería a la gestante:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
En el primer casillero Supervisión de embarazo con riesgo.
En el segundo casillero Consejería integral.
En el tercer casillero Visita domiciliaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem: Lab. anote:
En el primer casillero el trimestre de gestación 1, 2 o 3 según corresponda.
En el segundo casillero el número de consejería integral 1 o 2 según corresponda.
En el tercer casillero el número de visita domiciliaria 1 o 2 según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	E D A D	S E X O	ESTA- BLE	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	96552	2	80	Sechura	27 A	M	N	N	1. Supervisión Embarazo en Riesgo	P	☒	R	1	Z359
	☒			☒		2. Consejería Integral	P	☒	R	1	99401			
	95728463			☒		R	R	3. Visita Domiciliaria	P	☒	R	1	99344	

Consejería a la puérpera:

En el ítem: Diagnóstico motivo de consulta y/o actividad de salud, anote claramente:
En el primer casillero Seguimiento post parto de rutina.
En el segundo casillero Consejería integral.
En el tercer casillero Visita domiciliaria.

En el ítem: Tipo de diagnóstico marque siempre “D” en ambos casos

En el ítem: Lab anote:
En el segundo casillero el número de consejería integral 1 o 2 según corresponda.
En el tercer casillero el número de visita domiciliaria 1 o 2 según corresponda.

DÍA	H.C.	FINANC. DE SALUD	PERTE- NENCIA ÉTNICA	DISTRITO DE PROCEDENCIA	E D A D	S E X O	ESTA- BLE	SER- VICIO	DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DIAGNÓSTICO			LAB	CÓDIGO CIE/CPT
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD									P	D	R		
28	35424	2	80	Bagua	28 A	M	N	N	1. Seguimiento Post Parto de Rutina	P	☒	R		Z359
	68294502			☒		☒	2. Consejería Integral	P	☒	R	1	99401		
				☒		R	R	3. Visita Domiciliaria	P	☒	R	1	99344	

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Food and Agriculture Organization of the United Nations. World Health Organization. United Nations University. Human Energy Requirements. Food and Nutrition Technical Report Series. Report of a Joint FAO/WHO/UNU. Expert Consultation. Rome: FAO; 17 – 24 october 2001.
2. Grados FM, Cabrera R, Díaz J. Estado nutricional pregestacional y ganancia de peso materno durante la gestación y su relación con el peso del recién nacido. *Rev Med Hered* [online]. 2003, 14 (3):128-133. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2003000300006. Acceso al 19 de enero de 2015.
3. IOM (Institute of Medicine) 2007. Influence of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health: Workshop Report. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible en http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11817&page=R1. Acceso al 19 de enero de 2015.
4. IOM (Institute of Medicine) and NRC (National Research Council) 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: National Academies Press. Disponible en <http://www.nap.edu/catalog/12584.html>. Acceso al 19 de enero de 2015.
5. Ministerio de Salud (2007). Documento Técnico: Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales (Resolución Ministerial 142-2007/MINSA). Lima, Perú.
6. Ministerio de Salud (2009). Documento técnico: Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil (Resolución Ministerial 870-2009/MINSA). Lima, Perú.
7. Ministerio de Salud (2012). Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta (Resolución Ministerial 184-2012/MINSA). Lima, Perú.
8. Ministerio de Salud (2012). Directiva Sanitaria para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud (Resolución Ministerial 853-2012/MINSA). Lima, Perú.
9. Ministerio de Salud (2013). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna (Resolución Ministerial 827-2013/MINSA). Lima, Perú.
10. Ministerio de Salud (2014). Resolución Ministerial 159-2014/MINSA, que establecen precisiones y modifican la norma técnica de salud materna.
11. Organización Panamericana de la Salud. Conocimientos Actuales de Nutrición, Publicación científica 552. Washington DC: OPS, 2003.
12. Girard AW, Olude O. Nutrition Education and Counselling Provided during Pregnancy: Effects on Maternal, Neonatal and Child Health Outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2012, 26 (Suppl. 1): 191–204. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2012.01278.x/pdf>. Acceso 19 de enero de 2015.
13. WHO/FAO, (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Technical Report Series 916. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.

GUÍA TÉCNICA:
CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DE LA GESTANTE Y PUÉRPERA

Se terminó de imprimir en noviembre de 2016
en los talleres gráficos de SINCO INDUSTRIA GRÁFICA E.I.R.L.
Jr. Huaraz 449 - Breña, Lima • Teléfono 433-5974
sincoindustriagrafica@gmail.com

ISBN: 978-612-310-092-6



9 786123 100926



PERÚ

Ministerio
de Salud



Instituto Nacional de Salud
Jirón Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú
Teléfonos: (511) 748-0000 / 748-1111
Página web: www.ins.gob.pe