

Riesgo nutricional en gestantes hospitalizadas

Nutritional risk in hospitalized pregnant women

Pinzón Espitia, Olga Lucia^{1,2}

1 Universidad Nacional de Colombia.

2 Hospital Universitario Mayor Méderi.

Recibido: 31/enero/2017. Aceptado: 28/julio/2017.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el riesgo nutricional de gestantes hospitalizadas en un hospital de alto nivel de complejidad, mediante la herramienta de tamizaje nutricional en gestantes OLNUT.

Material y métodos: Investigación observacional, de cohorte transversal de 258 gestantes hospitalizadas. Se evaluó el riesgo nutricional al ingreso a la hospitalización mediante una herramienta de tamizaje, que indagó sobre cuatro aspectos claves: implicaciones del diagnóstico clínico en el estado nutricional, cambios en la alimentación, clasificación del IMC pregestacional y gestacional, los cuales permitieron clasificar la población según el riesgo nutricional y derivar a un plan de cuidado nutricional.

Resultados: Se detectó riesgo nutricional alto en 194 pacientes (75.2 %), con la herramienta de tamizaje. Se observa que 117 pacientes (45.3%) de la población fue hospitalizada con diagnósticos clínicos que impactaban el estado nutricional, siendo relevante destacar que 158 (61.2%) gestantes iniciaron el embarazo con un IMC normal, y al ingreso hospitalario 121 (46.9%) de las gestantes aun conservaban el IMC dentro de parámetros de normalidad.

Conclusiones: La herramienta de tamizaje nutricional en gestantes OLNUT, permite de manera sencilla, establecer el riesgo nutricional de las mujeres en embarazo, al ingreso a la hospitalización.

Correspondencia:

Olga Lucia Pinzón Espitia
olpinzone@unal.edu.co

PALABRAS CLAVES

Mujeres embarazadas, estado nutricional, malnutrición, evaluación nutricional.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional risk of hospitalized pregnant women in a hospital of high complexity, using the nutritional screening tool in OLNUT pregnant women.

Material and methods: Observational, transverse cohort study of 258 hospitalized pregnant women. Nutritional risk was assessed at admission to the hospital by means of a screening tool, which investigated four key aspects: implications of clinical diagnosis in nutritional status, changes in diet, classification of pregestational and gestational BMI, which allowed the classification of the population Depending on nutritional risk and refer to a nutritional care plan.

Results: High nutritional risk was detected in 194 patients (75.2%), with the screening tool. A total of 117 patients (45.3%) of the population were hospitalized with clinical diagnoses that impacted the nutritional status, and it was important to note that 158 (61.2%) pregnant women started the pregnancy with a normal BMI, and 121 (46.9%) had hospital admission. Of the pregnant women still maintained the BMI within parameters of normality.

Conclusions: The nutritional screening tool in OLNUT pregnant women allows, in a simple way, to establish the nutritional risk of pregnant women on admission to the hospital.

KEYWORDS

Pregnant Women, nutritional status, malnutrition, nutrition assessment.

ABREVIATURAS

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, décima versión.

IMC: Índice de Masa Corporal.

FUM: Fecha Última Menstruación.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OLNUT: Herramienta de tamizaje nutricional en gestantes.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional durante el embarazo juega un papel fundamental, la OMS hace énfasis en la influencia de este en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre, y por consiguiente es de suma relevancia gestionar la atención nutricional ya que una afectación de mismo puede ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño¹.

La Academia Americana de Nutrición y Dietética establece como componentes claves del proceso de cuidado nutricional en la gestante, un adecuado aumento de peso y un consumo saludable de alimentos que permitan cubrir los requerimientos nutricionales, con el objetivo de favorecer un adecuado estado de salud y reducir el riesgo de un desarrollo fetal subóptimo y de problemas crónicos de salud tanto en la madre como en el niño².

Un adecuado seguimiento de aspectos nutricionales de la gestante es relevante en la medida que permite evitar accidentes maternos graves, reducir los riesgos obstétricos asociados a la obesidad con el fin de asegurar un crecimiento fetal armónico³.

Es relevante establecer estrategias que permitan priorizar el tamizaje nutricional al ingreso de la madre gestante a una hospitalización, con el fin de detectar factores de riesgo derivados de la patología de base, el inadecuado consumo de alimentos, el peso e índice de masa pregestacional y el inadecuado ganancia de peso corporal, con el fin de derivar a un tratamiento nutricional como parte integral del proceso de cuidado nutricional intrahospitalario.

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el riesgo nutricional de gestantes hospitalizadas en un hospital de alto nivel de complejidad, mediante la herramienta de tamizaje nutricional en gestantes "OLNUT" la cual permite indagar sobre cuatro aspectos, las impacto del diagnóstico clínico en el estado nutricional de la gestante, cambios en la ingesta de alimentos, cambios de peso pregestacional y gestacional, para así establecer el riesgo nutricional y definir el plan de cuidado nutricional.

MÉTODOS

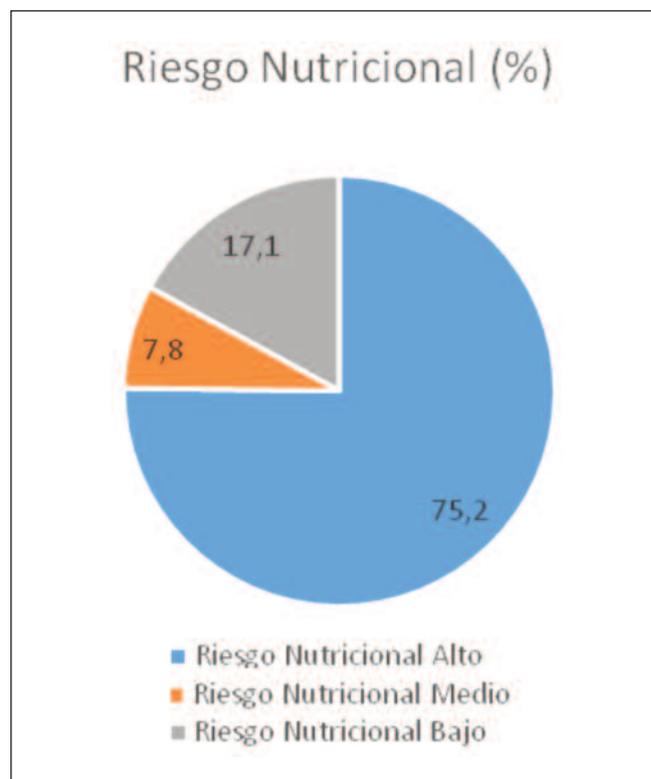
El presente estudio se trata de una investigación observacional, de cohorte transversal, llevada a cabo durante el año

2016, fueron analizadas 258 fichas de tamizaje del riesgo nutricional y realizadas en gestantes hospitalizadas, definidas por la herramienta OLNUT⁴, la cual indaga acerca de cuatro categorías para establecer el riesgo nutricional: implicaciones del diagnóstico clínico en el estado nutricional, cambios en la ingesta de alimentos, clasificación por IMC pregestacional y clasificación del estado nutricional gestacional.

Los criterios de inclusión fueron gestantes hospitalizadas con más de 10 semanas de gestación en el servicio de salud sexual y reproductiva por ginecobstetricia, se adoptó este criterio de inclusión teniendo en cuenta que al establecer la clasificación nutricional por tablas de Atalah⁵ es posible establecer el índice de masa corporal gestacional como indicador a partir de la semana 10 de embarazo. Se excluyeron las mujeres con embarazo múltiples o que al momento de la indagación no recordaba con precisión datos antropométricos pre-gestacionales⁶.

Para el análisis estadístico se incluyeron las siguientes variables: diagnóstico clínico (CIE-10), edad, semana de gestación, peso pregestacional, peso gestacional talla, IMC pregestacional, IMC gestacional, clasificación del estado nutricional por Atalah y cambios en la ingesta de alimentos. Para cada variable se calculó la mediana, desviación estándar (DS), y frecuencias en porcentajes. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa Excel (Microsoft).

Figura 1. Distribución de la actividad enzimática de la maltasa en las tres secciones intestinales, según tipo de tratamiento.



El presente estudio se clasifica sin riesgo según la resolución número 8430 DE 1993 (Octubre 4) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la República de Colombia. El tamizaje nutricional forma parte del proceso de cuidado nutricional institucional, y tiene por objeto mejorar la salud de la embarazada y está encaminado a lograr una atención nutricional oportuna.

RESULTADOS

Del total de 258 gestantes tamizadas con la herramienta OLNUT, 194 pacientes (75.2 %) fue clasificada con riesgo nutricional alto (Figura 1). En el presente estudio se encontró que la edad media de la población fue de 25.56 años, y la edad gestacional de 24.5 semanas (Tabla 1).

Al ingreso se evidenció que el diagnóstico de mayor prevalencia fue el de Infección de vías urinarias, sitio no especificado presente en el 20.5% de las gestantes (Tabla 2). En relación al impacto del diagnóstico clínico en el estado nutricional de la gestante, durante el año de aplicación del tamizaje, medido mediante la herramienta OLNUT, incluyó 45 (17.4%) pacientes clasificadas como gestantes de alto riesgo en historia clínica, y 72 (27.9%) gestantes en las cuales posiblemente la patología se constituía en un factor que podría conllevar a alteraciones nutricionales y/o metabólicas; al comparar la clasificación del IMC pregestacional y gestacional (Tabla 3), se evidenció que el 38.8% de la población inició el embarazo con un estado de malnutrición, el cual incrementó al 53.1% según la clasificación de Atalah en el momento de la internación hospitalaria, incluyendo 43 gestantes con bajo

Tabla 1. Características de la población de gestantes hospitalizadas y tamizadas nutricionalmente (n=258).

Característica	Media	Mediana	Desviación estándar
Edad de la madre (años)	25.6	24	8.7
Edad gestacional – FUM (semanas) a la aplicación del tamizaje nutricional	24.5	27	9.4
Talla (mt)	1.59	1.59	0.06
Peso pregestacional (Kg)	58.6	58	16.7
Peso gestacional actual (Kg)	66.3	65	14.9
IMC pregestacional (Kg/T ²)	23.1	22.6	6.9
IMC gestacional (Kg/T ²)	26.9	27.3	5.5

Tabla 2. Diagnósticos clínicos de ingreso.

CIE-10	Diagnóstico clínico	n	%
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	53	20.5
O140-141-149	Preeclampsia	13	5.0
O200	Amenaza de aborto	4	1.6
O210	Hiperémesis gravídica leve	8	3.1
O233	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	9	3.5
O240	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo	1	0.4
O249	Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo	2	0.8
Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado	26	10.1
Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	7	2.7
Otros diagnósticos		135	52.3

Tabla 3. Resultados del tamizaje nutricional mediante herramienta OLNUT.

Escala OLNUT	Criterio	n	%
Impacto del diagnóstico clínico en el estado nutricional			
3	Definitivamente (Gestante de alto riesgo)	45	17.4
2	Posiblemente	72	27.9
0	No	141	54.7
Cambios en la ingesta de alimentos			
4	Si. Recientemente ha disminuido la ingesta (consumo únicamente de alimentos líquidos)	16	6.2
3	Sí. Recientemente ha disminuido la ingesta (sólidos incompletos)	72	27.9
2	Si. Recientemente ha tenido un aumento significativo de la ingesta de alimentos, mayor al recomendado para el embarazo.	26	10.1
0	Sin cambios. Alimentación adecuada para la edad gestacional.	144	55.8
Clasificación por IMC pregestacional			
4A	IMC \leq 18,4 Déficit	7	2.7
0	IMC 18,5-24,9 Normal	158	61.2
3	IMC \geq 25- \leq 29,9 Sobrepeso	60	23.3
4B	IMC $>$ 30 Obesidad	33	12.8
Clasificación del estado nutricional gestacional			
4A	Bajo Peso	43	16.7
0	Normal	121	46.9
3	Sobrepeso	47	18.2
4B	Obesidad	47	18.2

peso (16.7%) y 94 (36.4%) gestantes clasificadas en sobrepeso y obesidad.

DISCUSION

Actualmente existen herramientas para categorizar el estado nutricional de las gestantes⁵⁻⁷, sin embargo hay una necesidad de establecer herramientas de tamizaje y de valoración del estado nutricional que no solo tengan en cuenta la clasificación por IMC, sino factores como los propuestos por la herramienta OLNUT, relacionados con el impacto de la enfermedad en el estado nutricional y los cambios en la ingesta de alimentos que contribuyan a estados como el bajo peso, el sobrepeso o la obesidad, instrumentos de mínima complejidad y requerimiento de tiempo para su aplicación al ingreso a la hospitalización de la gestante.

Es por ello que en la presente investigación se decidió evaluar el riesgo nutricional de gestantes hospitalizadas en un hospital de alto nivel de complejidad, mediante la herramienta de tamizaje nutricional en gestantes "OLNUT", teniendo en cuenta que varios estudios muestran como un inadecuado estado nutricional de las gestantes, contribuye en la morbimortalidad neonatal y las complicaciones asociadas al inadecuado peso al nacer⁸⁻¹².

Otro factor relevante, es el cambio en la alimentación de la gestante, el cual fue evidenciado en el 44.2% de la población objeto de estudio. Langley-Evans¹³ resaltan como la variación en la calidad o la cantidad de nutrientes consumidos por las madres durante el embarazo, puede ejercer efectos en la programación y constituirse en un factor de riesgo importante para las enfermedades no transmisibles de la edad adulta¹³.

Autores como Bhutta, Das, et al⁸, hacen referencia a la necesidad de intervenciones implementadas a gran escala que evidencien la efectividad de las intervenciones nutricionales al abordar la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes en mujeres gestantes, incluyendo estrategias de participación de la comunidad, fomentando el empoderamiento de la mujer, la agricultura, los sistemas alimentarios, la educación, el empleo, la protección social y las redes de seguridad⁸.

CONCLUSIONES

La herramienta de tamizaje nutricional en gestantes OL-NUT, permite de manera sencilla, establecer el riesgo nutricional de las mujeres en embarazo, para así derivar a una atención nutricional oportuna en el marco de una atención integral en salud, en un colectivo de pacientes que son de interés y prioridad para las instituciones hospitalarias y la salud pública de un país.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de investigación del CIMED y la Universidad Nacional de Colombia por incentivar la investigación en beneficio de un manejo integral de los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Darnton-Hill I. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo OMS [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/elena/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
2. Kaiser LL, Campbell CG. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstract: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014;114(9):1447.
3. Falen J. Necesidades nutricionales. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 41(3):14-20. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1758>.
4. Pinzón - Espitia inventor. Herramienta de tamizaje del riesgo nutricional en gestantes - OLNUT. Desarrollo de investigación 06072015.
5. Atalah Samur E, Castillo L, Castro Santoro R, Aldea P. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 1997;125(12):1429-36.
6. Grandi C, Luchtenberg G, Sola H. Evaluación nutricional durante el embarazo: Nuevo estándar. *Medicina (Buenos Aires)*. 2007;67(6):677-84.
7. Mardones S, Rosso Rosso P. Desarrollo de una curva patrón de incrementos ponderales para la embarazada. *Rev Med Chile*. 1997;125(12):1437-48.
8. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*. 2013;382(9890):452-77.
9. Lindmark G. Energy and protein intake in pregnancy: RHL commentary (last revised: 31 October 2003). *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/topics/pregnancy-and-childbirth/antenatal-care/nutrition-during-pregnancy/energy-and-protein-intake-pregnancy>.
10. Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*. 2014;9(2):447-83.
11. Grieger JA, Clifton VL. A review of the impact of dietary intakes in human pregnancy on infant birthweight. *Nutrients*. 2014;7(1):153-78.
12. Jimenez S, Rodríguez S. Sobrepeso y obesidad en embarazadas cubanas. *Nutr clín diet hosp*. 2011;31(3):28-34.
13. Langley-Evans S. Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2015;28(s1):1-14.