



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EN
Escuela de
Nutrición | FCM



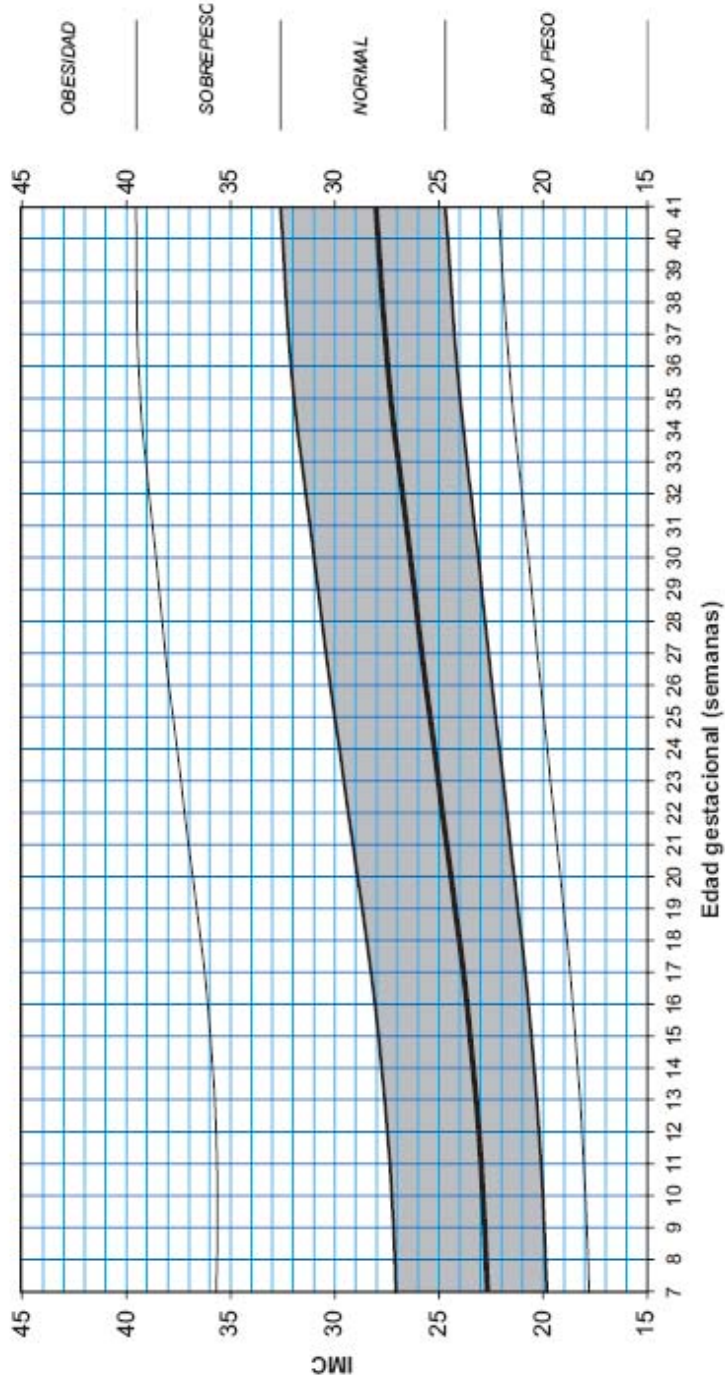
**Nutrición
Materno Infantil**

TABLAS Y GRÁFICAS

Evaluación alimentaria nutricional de la mujer gestante

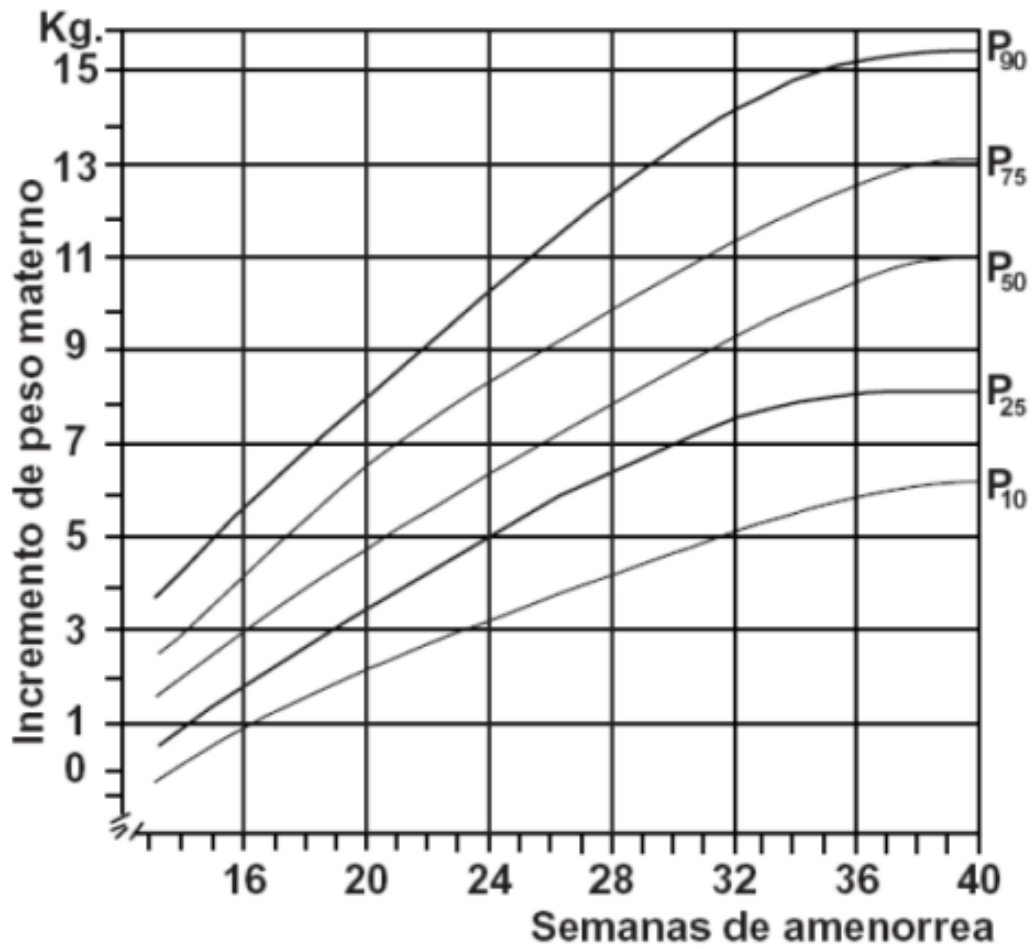


INDICE DE MASA CORPORAL POR EDAD GESTACIONAL



Calvo, EB, López LB, Balmaçada Y, et al. Reference charts for weight gain and body mass index during pregnancy obtained from a healthy cohort. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2009;22(1):36-42.

INCREMENTO DE PESO MATERNO EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL



Tomado de Fescina et al. 1984

Aumento de peso según IMC inicial

Categoría de peso según IMC inicial	Aumento total al término (kilos)	Aumento en el 1° trimestre (kilos)	Aumento semanal en el 2° y 3° trimestre. (gramos)
Bajo peso (IMC <18,5)	12,5 a 18 kg.	0,5 a 2	500 (440-580)
Peso normal (IMC 18,5 a 24,9)	11,5 a 16		400 (350-500)
Sobrepeso (IMC 25 a 29,9)	7 a 11,5		300 (230-330)
Obesidad (IMC ≥ 30)	5 a 9		200 (170-270)

Fuente: Kathleen M. Rasmussen and Ann L. Yaktine, Editors; Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Institute of Medicine; National Research Council, 2009.

PESOS Y TALLAS DE REFERENCIA, BASADOS EN UN RANGO DE INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) DE 18,5 A 25 kg/m² Fuente: National Academy of Science, USA 2002.

Talla (m)	Peso para IMC 18,5 kg/m ²	Promedio IMC	Peso para IMC 24,9 kg/m ²
MUJERES			
1,47	40	46	54
1,5	42	48	56
1,52	43	50	58
1,55	44	52	60
1,57	46	53	62
1,6	47	55	64
1,63	49	57	66
1,65	50	59	68
1,68	52	61	70
1,7	53	62	72
1,73	55	64	75
1,75	57	66	76
1,77	58	67	78
1,78	59	68	79
1,8	60	70	81
1,83	62	72	84
1,85	63	74	86
1,88	65	76	88
1,91	67	78	91
1,93	69	80	93
1,96	71	82	96
1,98	72	84	98
HOMBRES			
1,47	40	49	54
1,5	42	51	56
1,52	43	52	58
1,55	44	54	60
1,57	46	55	62
1,6	47	58	64
1,63	49	60	66
1,65	50	61	68
1,68	52	64	70
1,7	53	65	72
1,73	55	67	75
1,75	57	69	76
1,77	58	70	78
1,78	59	71	79
1,8	60	73	81
1,83	62	75	84

1,85	63	77	86
1,88	65	80	88
1,91	67	82	91
1,93	69	84	93
1,96	71	86	96
1,98	72	88	98

MÉTODOS DE CÁLCULO DEL VALOR ENERGÉTICO TOTAL

1- Cálculo Directo: Método según NRC 1989

La 10ª Edición de las Raciones Dietéticas Recomendadas de 1989, publicó una tabla de factores para calcular las raciones diarias de energía para personas adultas en base a diversos niveles de actividad física. Ellos incluyen cuotas de todos los componentes del gasto energético diario clasificados de acuerdo a la actividad.

CATEGORIA DE ACTIVIDAD (Descripción aproximada)	Consumo de energía (kcal/kg/día)	
	Varón	Mujer
Muy ligera Actividades que se hacen en su mayoría sentado o de pie sin mucho movimiento, bajo techo en ambiente templado.	31	30
Ligera/Poco activa (1) Actividades que se hacen sentado o de pie en ambiente templado, e implica caminar poco o en espacio reducido.	38	35
Moderada/Activa (1) Actividades que se hacen de pie, e implican caminar en lugares con temperatura variable.	41	37
Intensa/Muy activa Actividades que implican caminar llevando carga o cuesta arriba y al aire libre.	50	44
Excepcional Actividades con gran desgaste físico, a la intemperie.	58	51

Adaptado de NRC 1989. (1) Considerar que clasificar cada actividad en una categoría puede variar de acuerdo con la intensidad o el tiempo que se realice. Por ejemplo, una misma actividad puede ser considerada como ligera o moderada o pueden también usarse valores intermedios entre categorías (Ej. Ama de casa= podría usarse 35, 36 o 37 kcal/kg/d o Profesor de Escuela de verano= un valor cualquiera entre 41 y 50 kcal/kg/d).

Embarazo niveles de hemoglobina, hematocrito y ferritina

HEMATOLOGÍA	VALORES DURANTE GESTACIÓN
Hematocrito	33 – 44%
Hemoglobina	11 – 14 g/dl
Cuenta eritrocítica	$4,0 \times 10^6 / \text{mm}^3$
Cuenta leucocítica	$9,2 (6 - 16) \times 10^3 / \text{mm}^3$
Neutrófilos	$(3,8 - 10) \times 10^3 / \text{mm}^3$
Linfocitos	$(1,3 - 5,2) \times 10^3 / \text{mm}^3$
Monocitos	Sin cambios
Eosinófilos	Sin cambios
Cuenta plaquetaria	110.000 – 400.000 / ml
Fibrinógeno	400 – 650 ng/dl
Ferritina	15 – 150 ng/dl
Fierro	90 mcg/dl
Transferrina	300 – 600 mcg/dl
COAGULACIÓN	
Tiempo de Sangría	Sin cambios
Tiempo de tromboplastina parcial activado	Sin cambios
Tiempo de protrombina	Sin cambios
Tiempo de trombina	Sin cambios
FACTORES DE COAGULACIÓN	
Factor VIII	120 – 200%
Factores IX, X	90 – 120%
Factores VII, XII	Sin cambios
Factores II, VI, XI	Sin cambios
Factor V	Sin cambios
BIOQUÍMICOS	
BUN	5 – 12 mg/dl
Creatinina	< 0,8 mg/dl
Magnesio	1,6 – 2,1 mg/dl
Osmolaridad	275 – 280 mOsm / kg H ₂ O
Sodio	130 – 140 mEq/L
Potasio	3,3 – 4,1 mEq/L
Cloro	93 – 100 mEq/L
Ácido Úrico	1,2 – 4,5 mg/dl
Proteinuria	< 300mg/dl
Clearence de creatininuria	120 – 160 ml/min
Complemento (total)	200 – 400 CH50
C ₃	100 – 180 mg/dl
ENDOCRINOS	
ACTH	Sin cambios
Aldosterona plasmática	< 20 ng/dl
Aldosterona en orina	15 – 40 mcg/día
Cortisol plasmático	15 – 35 mcg/dl
Hormona de crecimiento	Sin cambios
Insulina	8 – 30 μ U/ml
Hormona paratiroidea	10 – 20 pg/ml

Fuente Ministerio de Salud Chile.2015

Existen diferentes definiciones de anemia durante el embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para que exista anemia, los valores de hemoglobina (Hb) deben ser menores de 11 g/dL. Por otro lado, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), toma diferentes límites inferiores según el trimestre. Por lo tanto, define la anemia gestacional cuando la Hb es menor a 10,5 g/dL y/o el Hematocrito (Hto) es menor de 32 % durante el segundo trimestre, o cuando son menores a 11g/dL y/o 33 % en el primer y tercer trimestre.¹⁻²

En las personas sanas, la mayoría del hierro absorbido por el organismo se incorpora a la hemoglobina de los hematíes. El resto se almacena como ferritina y hemosiderina, quedando pequeñas cantidades que forman parte de proteínas como la mioglobina y de ciertos enzimas. La ferritina y la hemosiderina se encuentran principalmente en el hígado, pero también se pueden almacenar en la médula ósea, el bazo y el músculo esquelético.

Ferritina valores normales 12 a 307 µg/l (3)

Ferritina baja (indica anemia) <12 µg/l

En la tabla del Ministerio de Salud de Chile el valor de Ferritina esta expresado en ng/dl (nanogramos por dl)

Bibliografía

1. O'Farrill-Santoscoy F, O'Farrill-Cadena M, Frago-Morales L. Evaluación del tratamiento a mujeres embarazadas con anemia ferropénica. Ginecol Obstet Mex 2013;81:377-381.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. Obstet Gynecol. 2008;112(1):201-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181809c0d..
3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/ferritin-test/about/pac-20384928>

EJES GENERALES PARA LA EVALUACIÓN ALIMENTARIA NUTRICIONAL

Estos datos pueden o no estar en la síntesis de caso o historia clínica que trabajamos en cada clase, lo importante es identificar si estos datos están para poder realizar un adecuado diagnóstico nutricional y por ende una descripción lo más completa posible en el Informe Alimentario Nutricional.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA		
	¿Se encuentra dentro de los valores esperados?	Observaciones
Peso previo a la gestación		
IMC durante la gestación		
Incremento de peso durante la gestación		
Peso para la edad		
Long. Corporal o Talla para la edad		
IMC para la edad		
Perímetro cefálico para la edad		
Perímetro de cintura		

EVALUACIÓN ALIMENTARIA		
	Describir lo que observa en relación a cada ítem	¿Resulta adecuado/suficiente?
Presencia/ ausencia de alimentos fuente de nutrientes esenciales		
Presencia/ausencia de alimentos fuente de nutrientes críticos		
Evaluación de la ingesta energética		
Evaluación de la ingesta de líquidos		
Evaluar la distribución diaria de alimentos o fraccionamiento		
Evaluación del volumen de cada comida		
Evaluación de las características físicas		

(texturas y/o consistencias, temperatura, etc)		
Evaluación de las características químicas		
Conductas individuales a tener en cuenta		
Conductas del entorno social cercano que pueden influir en el comportamiento		
Características socioeconómicas que pueden limitar el acceso a alimentos		

EVALUACIÓN BIOQUÍMICA		
	¿Se encuentra dentro de los valores esperados?	Observaciones
Recuento de eritrocitos		
Hemoglobinemia		
Ferritina		
Glucemia		
Albuminemia		



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EN
Escuela de
Nutrición | FCM



Nutrición
Materno Infantil

EL INFORME ALIMENTARIO NUTRICIONAL

Un informe es el producto de una evaluación, es una exposición de hechos a partir de la indagación que se realiza de una situación determinada. Es de carácter temporal, es decir, que lo presentado se refiere al análisis de hechos en un periodo determinado.

Los informes tienen su lenguaje particular, el cual se encuentra en el cuerpo de normas que analiza (valoración antropométrica, gráficas y normas de referencia, índices e indicadores, referencia nutricional, porcentaje de adecuación etc.)

Es importante aclarar antes de avanzar en este tema, que el Informe es una estrategia comunicacional, y como tal depende de su objetivo el formato que tomará, es importante al producirlo tener claridad a quien va dirigido, a un/a colega, a un profesional de las ciencias de la salud o de las ciencias sociales, entre otros.

El objetivo del Informe Alimentario Nutricional elaborado por el/la profesional Nutricionista es comunicar información significativa respecto al diagnóstico antropométrico y/o alimentario nutricional, de un niño/a o adulta en etapa de gestación y/o postparto.

¿Qué datos se relevan en una entrevista de evaluación alimentaria nutricional?

1. **Datos personales** del niño, niña, embarazada o mujer post parto que incluye Nombre completo, fecha de nacimiento, domicilio o contacto (mail-teléfono), fecha de consulta, si es un informe solicitado indicar por quién y con qué objetivo.

2. **Antecedentes relevantes.**

Se registran los datos obtenidos en la anamnesis, o de la historia clínica o el carné perinatal que se considera importante para la evaluación y que tengan relación con el proceso alimentario-nutricional.

Es importante consignar si los datos fueron aportados por el padre, por la madre, por la o el cuidador o por la mujer. Datos del embarazo que pueden ser relevantes en la entrevista, a modo de ejemplo se describen algunas situaciones que pueden considerarse al realizar un informe nutricional: si se trata o trató de un embarazo de alto riesgo por antecedentes patológicos como hipertensión arterial, problemas tiroideos, diabetes gestacional etc.; antecedentes de parto vaginal o por cesárea; nacimiento a término, pre-término, prematurez, etc; datos de embarazos anteriores; antecedentes familiares de relevancia respecto a hábitos alimentarios, enfermedades prevalentes, crónicas, metabólicas u otras.



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EN
Escuela de
Nutrición | FCM



Nutrición
Materno Infantil

3. Evaluación antropométrica

Registrar los datos antropométricos que enunciarán los índices evaluados (peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, IMC según edad gestacional, peso residual en la mujer post parto etc.) su posición con respecto a los parámetros de referencia (percentiles, puntaje z) y los puntos de corte esperados según gráficas de referencia utilizadas. Con cada uno de los índices que se utilicen se deberá realizar una evaluación e informe.

4. Anamnesis alimentaria/Evaluación alimentaria

Registrar los datos alimentarios que hacen referencia a la información proveniente de la aplicación de métodos de evaluación alimentaria (anamnesis alimentaria, recordatorio de 24 hs, frecuencia de consumo etc) y constituye la principal herramienta diagnóstica del/la Lic. en Nutrición ya que permiten evaluar a partir de la ingesta, rechazos, acceso alimentario, identificar a aquellos **macro y micro** nutrientes que pudieran estar **afectados** en su ingesta y comparar los valores de referencia según se trate de lactantes, niños/as o embarazadas, a los que deberá apuntar en el tratamiento nutricional.

5. Evaluación bioquímica

Registrar los datos bioquímicos (estos no han sido solicitados por el/la profesional Nutricionista) si el o la paciente los poseen o se encuentran disponibles en la historia clínica, estos constituyen un dato complementario importante para ser evaluado e incorporado al informe alimentario nutricional.

Algunos de los más significativos son los que se obtienen del examen de laboratorio de muestras de sangre o de orina para evaluar un nutriente en particular, por ejemplo hemoglobina en sangre, glucemia, colesterolemia, trigliceridemia, insulinemia, calcemia, proteinemia o proteinuria, albuminemia o albuminuria etc.

6. Elaboración del Informe

El informe alimentario nutricional completo o parcial incorpora los resultados del proceso de evaluación de los datos disponibles: en forma descriptiva o de diagnóstico con las respectivas especificaciones.

A modo de ejemplo, se sugiere iniciar con el nombre del niño o de la mujer embarazada; a continuación incluir los datos antropométricos, y/o alimentarios y/o bioquímicos, que son producto de la información/evaluación diagnóstica y la interpretación de cada uno.



Universidad
Nacional
de Córdoba



FCM
Facultad de
Ciencias Médicas



EN
Escuela de
Nutrición | FCM



Nutrición
Materno Infantil

Respecto a **los datos antropométricos** se deberá describir el punto exacto donde se ubica el/los índice/s evaluado/s en el niño/a o mujer embarazada o en etapa de post parto (peso/edad-peso/talla, IMC/edad, etc) los percentiles o desvíos estándar que se consideran según patrón de referencia, los valores esperados, y el nombre de las gráficas de referencia o tablas utilizadas en cada caso, con su correspondiente evaluación diagnóstica. A estos se le deberá incorporar los **datos nutricionales** provenientes de la anamnesis alimentaria describiendo el análisis de la ingesta identificando cada uno de los micro o macro nutrientes en déficit o exceso y su adecuación a las recomendaciones nutricionales, explicitando con que tablas o recomendaciones se referencian; si no se detectarán nutrientes afectados en la ingesta bastará con explicitar que cumple con las recomendaciones nutricionales o su porcentaje de adecuación; y si hubiera **datos bioquímicos relacionados a aspectos alimentarios nutricionales** los deben incorporar evaluando si se encuentran o no dentro de los valores esperados. El informe puede incorporar la prescripción dietética, características físico-químicas, energéticas, o de distribución, etc. (por ejemplo: fraccionamiento, cociente g/kcal mayor a 1, alimentos fuente de nutrientes críticos, entre otros).

La evaluación debe estar lo más completa posible de manera que el profesional que recibe este informe pueda utilizarlo para la evaluación integral del niño/a o embarazada, para completar un diagnóstico y/o para el seguimiento en la Historia Clínica.

No forman parte del Informe nutricional: la selección alimentaria, recomendaciones alimentarias, recomendaciones higiénico-sanitarias, cálculos energéticos, de micro o macronutrientes, etc.

El Informe Nutricional también puede ser una herramienta de contrareferencia en aquellos casos de derivación.

¿Cómo formulamos una recomendación alimentaria nutricional?

A continuación, les compartimos algunos aspectos a tener en cuenta al momento de elaborar recomendaciones alimentario-nutricionales para la mujer madre y el/la niño/a.

- Las recomendaciones son enunciados que están dirigidos siempre hacia la mujer madre, adultos que estén a cargo del cuidado del niño/a, adolescentes y/o niños/as, según el caso. No van dirigidas a otro profesional. Esto influirá en el contenido y el lenguaje que utilizaremos en la elaboración del mensaje.
- Al mensaje lo expresamos en función de alimentos, reemplazos y porciones, utilizando medidas caseras de referencia para orientar el consumo.
- Es importante considerar el contexto sociocultural, económico, político, etc. al momento de elaborar dicha recomendación para facilitar el acceso a las mismas.
- Las recomendaciones deben ser claras, concisas, puntuales y deben considerar las individualidades de cada persona.

Ejemplo:

- Incorporar una cucharada de aceite de una sola semilla en almuerzo y cena.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES GESTACIONAL:

- Glucemia plasmática en ayunas entre:
 - 92 mg/dl (5,1 mmol/l) y
 - 125 mg/dl (6,9 mmol/l).
- Uno o más valores iguales o superiores a los siguientes puntos de corte en una PTOG con 75 gramos de glucosa:
 - Ayunas: 92 mg/dl (5,1 mmol/l).
 - 60 minutos: 180 mg/dl (10,0 mmol/l).
 - 120 minutos: 153 mg/dl (8,5 mmol/l).

Voto LS, et al. Consenso de diabetes Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional. F.A.S.G.O. Volumen 11 - N° 2 - Septiembre 2012

Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Vitamins

Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academies

Life Stage Group	Vitamin A (µg/d) ^a	Vitamin C (mg/d)	Vitamin D (µg/d) ^{b,c}	Vitamin E (mg/d) ^d	Vitamin K (µg/d)	Thiamin (mg/d)	Riboflavin (mg/d)	Niacin (mg/d) ^e	Vitamin B ₆ (mg/d)	Folate (µg/d) ^f	Vitamin B ₁₂ (µg/d)	Pantothenic Acid (mg/d)	Biotin (µg/d)	Choline (mg/d) ^g
Infants														
0–6 mo	400*	40*	10*	4*	2.0*	0.2*	0.3*	2*	0.1*	65*	0.4*	1.7*	5*	125*
6–12 mo	500*	50*	10*	5*	2.5*	0.3*	0.4*	4*	0.3*	80*	0.5*	1.8*	6*	150*
Children														
1–3 y	300	15	15	6	30*	0.5	0.5	6	0.5	150	0.9	2*	8*	200*
4–8 y	400	25	15	7	55*	0.6	0.6	8	0.6	200	1.2	3*	12*	250*
Males														
9–13 y	600	45	15	11	60*	0.9	0.9	12	1.0	300	1.8	4*	20*	375*
14–18 y	900	75	15	15	75*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	25*	550*
19–30 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	30*	550*
31–50 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.3	400	2.4	5*	30*	550*
51–70 y	900	90	15	15	120*	1.2	1.3	16	1.7	400	2.4^h	5*	30*	550*
> 70 y	900	90	20	15	120*	1.2	1.3	16	1.7	400	2.4^h	5*	30*	550*
Females														
9–13 y	600	45	15	11	60*	0.9	0.9	12	1.0	300	1.8	4*	20*	375*
14–18 y	700	65	15	15	75*	1.0	1.0	14	1.2	400ⁱ	2.4	5*	25*	400*
19–30 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.3	400ⁱ	2.4	5*	30*	425*
31–50 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.3	400ⁱ	2.4	5*	30*	425*
51–70 y	700	75	15	15	90*	1.1	1.1	14	1.5	400	2.4^h	5*	30*	425*
> 70 y	700	75	20	15	90*	1.1	1.1	14	1.5	400	2.4^h	5*	30*	425*
Pregnancy														
14–18 y	750	80	15	15	75*	1.4	1.4	18	1.9	600ⁱ	2.6	6*	30*	450*
19–30 y	770	85	15	15	90*	1.4	1.4	18	1.9	600ⁱ	2.6	6*	30*	450*
31–50 y	770	85	15	15	90*	1.4	1.4	18	1.9	600ⁱ	2.6	6*	30*	450*
Lactation														
14–18 y	1,200	115	15	19	75*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*
19–30 y	1,300	120	15	19	90*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*
31–50 y	1,300	120	15	19	90*	1.4	1.6	17	2.0	500	2.8	7*	35*	550*

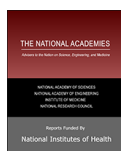
NOTE: This table (taken from the DRI reports, see www.nap.edu) presents Recommended Dietary Allowances (RDAs) in **bold type** and Adequate Intakes (AIs) in ordinary type followed by an asterisk (*). An RDA is the average daily dietary intake level sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97–98 percent) healthy individuals in a group. It is calculated from an Estimated Average Requirement (EAR). If sufficient scientific evidence is not available to establish an EAR, and thus calculate an RDA, an

AI is usually developed. For healthy breast-fed infants, an AI is the mean intake. The AI for other life stage and gender groups is believed to cover the needs of all healthy individuals in the groups, but lack of data or uncertainty in the data prevent being able to specify with confidence the percentage of individuals covered by this intake.

- a As retinol activity equivalents (RAEs). 1 RAE = 1 μg retinol, 12 μg β -carotene, 24 μg α -carotene, or 24 μg β -cryptoxanthin. The RAE for dietary provitamin A carotenoids is two-fold greater than retinol equivalents (REs), whereas the RAE for preformed vitamin A is the same as RE.
- b As cholecalciferol. 1 μg cholecalciferol = 40 IU vitamin D.
- c Under the assumption of minimal sunlight.
- d As α -tocopherol. α -tocopherol includes *RRR- α -tocopherol*, the only form of α -tocopherol that occurs naturally in foods, and the 2*R*-stereoisomeric forms of α -tocopherol (*RRR-*, *RSS-*, and *RRS- α -tocopherol*) that occur in fortified foods and supplements. It does not include the 2*S*-stereoisomeric forms of α -tocopherol (*SRR-*, *SSR-*, *SRS-*, and *SSS- α -tocopherol*), also found in fortified foods and supplements.
- e As niacin equivalents (NE). 1 mg of niacin = 60 mg of tryptophan; 0–6 months = preformed niacin (not NE).
- f As dietary folate equivalents (DFE). 1 DFE = 1 μg food folate = 0.6 μg of folic acid from fortified food or as a supplement consumed with food = 0.5 μg of a supplement taken on an empty stomach.
- g Although AIs have been set for choline, there are few data to assess whether a dietary supply of choline is needed at all stages of the life cycle, and it may be that the choline requirement can be met by endogenous synthesis at some of these stages.
- h Because 10 to 30 percent of older people may malabsorb food-bound B₁₂, it is advisable for those older than 50 years to meet their RDA mainly by consuming foods fortified with B₁₂ or a supplement containing B₁₂.
- i In view of evidence linking folate intake with neural tube defects in the fetus, it is recommended that all women capable of becoming pregnant consume 400 μg from supplements or fortified foods in addition to intake of food folate from a varied diet.
- j It is assumed that women will continue consuming 400 μg from supplements or fortified food until their pregnancy is confirmed and they enter prenatal care, which ordinarily occurs after the end of the periconceptual period—the critical time for formation of the neural tube.

SOURCES: *Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorous, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1997); *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1998); *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); *Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate* (2005); and *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D* (2011). These reports may be accessed via www.nap.edu.

From: Summary Tables



Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D.
 Institute of Medicine (US) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium; Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, et al., editors.
 Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

Copyright © 2011, National Academy of Sciences.

NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.

Dietary Reference Intakes (DRIs): Recommended Dietary Allowances and Adequate Intakes, Elements Food and Nutrition Board, National Academies

Life-Stage Group	Calcium (mg/d)	Chromium (µg/d)	Copper (µg/d)	Fluoride (mg/d)	Iodine (µg/d)	Iron (mg/d)	Magnesium (mg/d)	Manganese (mg/d)	Molybdenum (µg/d)	Phosphorus (mg/d)	Selenium (µg/d)	Zinc (mg/d)	Potassium (mg/d)	Sodium (mg/d)	Chloride (mg/d)
Infants															
0–6 mo	200 ^a	0.2*	200*	0.01*	110*	0.27*	30*	0.003*	2*	100*	15*	2*	400*	110*	0
7–12 mo	260 ^a	5.5*	220*	0.5*	130*	11	75*	0.6*	3*	275*	20*	3	860*	370*	0
Children															
1–3 y	700	11*	340	0.7*	90	7	80	1.2*	17	460	20	3	2,000*	800*	1
4–8 y	1,000	15*	440	1*	90	10	130	1.5*	22	500	30	5	2,300*	1,000*	1
Males															
9–13 y	1,300	25*	700	2*	120	8	240	1.9*	34	1,250	40	8	2,500*	1,200*	2
14–18 y	1,300	35*	890	3*	150	11	410	2.2*	43	1,250	55	11	3,000*	1,500*	2
19–30 y	1,000	35*	900	4*	150	8	400	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
31–50 y	1,000	35*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
51–70 y	1,000	30*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	2
> 70 y	1,200	30*	900	4*	150	8	420	2.3*	45	700	55	11	3,400*	1,500*	1
Females															
9–13 y	1,300	21*	700	2*	120	8	240	1.6*	34	1,250	40	8	2,300*	1,200*	2
14–18 y	1,300	24*	890	3*	150	15	360	1.6*	43	1,250	55	9	2,300*	1,500*	2
19–30 y	1,000	25*	900	3*	150	18	310	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
31–50 y	1,000	25*	900	3*	150	18	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
51–70 y	1,200	20*	900	3*	150	8	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	2
> 70 y	1,200	20*	900	3*	150	8	320	1.8*	45	700	55	8	2,600*	1,500*	1
Pregnancy															
14–18 y	1,300	29*	1,000	3*	220	27	400	2.0*	50	1,250	60	12	2,600*	1,500*	2
19–30 y	1,000	30*	1,000	3*	220	27	350	2.0*	50	700	60	11	2,900*	1,500*	2
31–50 y	1,000	30*	1,000	3*	220	27	360	2.0*	50	700	60	11	2,900*	1,500*	2
Lactation															
14–18 y	1,300	44*	1,300	3*	290	10	360	2.6*	50	1,250	70	13	2,500*	1,500*	2
19–30 y	1,000	45*	1,300	3*	290	9	310	2.6*	50	700	70	12	2,800*	1,500*	2
31–50 y	1,000	45*	1,300	3*	290	9	320	2.6*	50	700	70	12	2,800*	1,500*	2

NOTES: This table (taken from the DRI reports, see www.nap.edu) presents Recommended Dietary Allowances (RDAs) in bold type and Adequate Intakes (AIs) in ordinary type followed by an asterisk (*). An RDA is the average daily dietary intake level sufficient to meet the nutrient requirements of nearly all (97–98 percent) healthy individuals in a group. It is calculated from an Estimated Average Requirement (EAR). If sufficient scientific evidence is not available to establish an EAR, and thus calculate an RDA, an AI is usually developed. For healthy breastfed infants, an AI is the mean intake. The AI for other life-stage and gender groups is believed to cover the needs of all healthy individuals in the groups, but lack of data or uncertainty in the data prevent being able to specify with confidence the percentage of individuals covered by this intake.

a Life-stage groups for infants were 0–5.9 and 6–11.9 months.

SOURCES: *Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D, and Fluoride* (1997); *Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B₆, Folate, Vitamin B₁₂, Pantothenic Acid, Biotin, and Choline* (1998); *Dietary Reference Intakes for Vitamin C, Vitamin E, Selenium, and Carotenoids* (2000); *Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc* (2001); *Dietary Reference Intakes for Water*,

Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate (2005); *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D* (2011); and *Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium* (2019). These reports may be accessed via www.nap.edu.

From: Appendix J, Dietary Reference Intakes Summary Tables



Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium.
National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Food and Nutrition Board; Committee to Review the Dietary Reference Intakes for Sodium and Potassium; Oria M, Harrison M, Stallings VA, editors.
Washington (DC): National Academies Press (US); 2019 Mar 5.

Copyright 2019 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health.