DOCUMENTO DE ORIENTACION MODIFICACIONES ALIMENTARIAS EN COMUNIDAD DE CUIDADO 2020

SUBDIRECCIÓN PARA LA VEJEZ
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCCION

JUSTIFICACION

DIETA NORMAL

DIETAS MODIFICADAS EN CONSISTENCIA

DIETA LIQUIDA

DIETA LIQUIDA COMPLETA

DIETA BLANDA MECANICA O SEMIBLANDA

DIETA BLANDA

DIETA TURMIX

DIETAS MODIFICADAS EN EL CONTENIDO DE ENERGIA Y/O NUTRIENTES

DIETA HIPOCALORICA

DIETA HIPOGRASA

DIETA HIPERCALORICA HIPERPROTEICA

DIETA HIPOGLUCIDA

DIETA HIPOSODICA

DIETA RENAL

DIETAS ESPECIALES

DIETA VEGETARIANA

DIETA LIBRE DE GLUTEN

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se describen las bases técnicas, a partir de las cuales se realiza la derivación de dietas y planificación dietoterapéutica para las personas mayores de 60 años beneficiarias de los Centros de Protección Social del proyecto 1099 Envejecimiento Digno, Activo y Feliz. Dicha planeación parte del reconocimiento de las necesidades nutricionales especiales y cambios particulares requeridos en la alimentación de la persona mayor , las cuales impactan directamente en su calidad de vida al disminuir las complicaciones de salud derivadas de una dieta inadecuada (malnutrición, deterioro inmunológico, prolongación del tiempo de cicatrización, anemia y aceleración del proceso de envejecimiento) , asímismo una alimentación adecuada favorecerá el goce satisfactorio del momento de la alimentación.

El termino *dieta* comúnmente se suele restringir al plan alimentario prescrito a un enfermo (régimen dietético), no obstante la palabra dieta hace referencia a todo plan alimentario diario de un individuo o una comunidad.

La Dietética como ciencia está compuesta por 2 aspectos fundamentales: ladietología (estudio de la dieta) referido a la alimentación normal, que es aquella que reúne los requisitos de una alimentación balanceada y saludable, dirigida a las personas sanas, con el fin de mantener un adecuado estado nutricional y prevenir enfermedades crónicas. Por otra parte, la dietoterapia (tratamiento por la dieta), se encarga del régimen alimentario de personas que sufren alguna enfermedad, haciéndose necesario realizar modificaciones al patrón de alimentación normal. Las dietas terapéuticas pueden constituir la base del tratamiento de una determinada enfermedad, ayudar a la curación o a disminuir los efectos de ciertas enfermedades.

La dieta normal constituye el patrón de alimentación de las personas que norequieren dieta terapéutica, así mismo es la base a partir de la cual se

realizan las diferentes modificaciones alimentarias, las cuales pueden presentarse incluso de forma combinada en una misma persona para las disimiles patologías que pueden presentarse.

Las clasificaciones de la mayoría de las dietas terapéuticas suelen hacerse con un criterio nosológico (dieta en la hipertensión, dieta en la cirrosishepática, dieta en la insuficiencia hepática, dieta en la insuficiencia cardíaca, dieta en la insuficiencia renal y otras). No obstante en el presente documento se clasificaran las dietas terapéuticas en aquellas modificadas en consistencia y las modificadas en el aporte de energía y nutrientes, para cada tipo de dieta se encontrará una contextualización de su uso, descripción general, seguido de los objetivos alimentarios y nutricionales y las respectivas recomendaciones de alimentos permitidos y restringidospara cada caso.

JUSTIFICACIÓN

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación irreversible de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad y finalmente a la muerte.(OMS) No hay una persona mayor «típica». Las variaciones en la salud de las personas mayores dependen de factorescomo la genética, el sexo, la etnia los entornos físicos y sociales y el mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida. La dieta saludable, realizar una actividad física periódicamente y abstenerse de fumarson factores contribuyen a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, mejorar las facultades físicas y mentales para retrasar la dependencia y preservar la función cognitiva en la vejez.

Dado a la heterogeneidad del proceso de envejecimiento y de las patologíasagregadas que pueden presentar las personas mayores, no se debe realizar la aplicación de una misma dieta para todo el grupo poblacional, es por ello que se hace necesario elaborar una guía con la cual se pueda realizar la planeación dietética con el objetivo de minimizar las complicaciones asociadas con una alimentación inadecuada y favorecer un estado de saludy nutrición óptimo de acuerdo a las necesidades de la persona mayor.

De acuerdo a lo anterior surge la necesidad de unificar para el servicio socialCentro de Protección Social los criterios en el manejo dietoterapéutico con base en la literatura científica, razón por la cual se realiza una breve síntesis de las indicaciones y recomendaciones alimentarias y nutricionales basadas en la evidencia, establecidas para las principales derivaciones dietarías.
Es importante mencionar que a partir del trabajo interdisciplinario es

necesario el abordaje integral de la persona mayor para la implementación de las dietas terapéuticas, se requiere realizar un proceso de sensibilización con la persona mayor desde el enfoque psicosocial y nutricional para contribuir a la reconstrucción de conocimientos en el área de alimentación y nutrición para promover el bienestar y favorecer la adherencia a la dieta.

DIETA NORMAL

Hace referencia a la alimentación estándar completa, equilibrada, suficiente, y adecuada, que aporta la cantidad de energía y nutrientes recomendada para un determinado grupo de edad con un óptimo estado de salud y de nutrición.

Este tipo de alimentación está basada en las recomendaciones alimentarias basadas en la evidencia científica, en la cual se establece la distribución de macronutrientes, los requerimientos diarios de vitaminas y minerales, y con base en ello el tamaño de las porciones de cada uno de los alimentos fuentes de cada uno de los respectivos nutrientes.
En Los Centros de Protección social brindan 5 tiempos de comida, suministrando el 100 % de las calorías y nutrientes requeridos por laspersonas mayores diariamente con base las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes determinadas para la persona mayor según la Resolución 3803 de 2016, así como las metas nutricionales para este grupo poblacional definidas en las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años ICBF 2015.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Proteger de la malnutrición en todas sus formas, realizar la promoción deuna alimentación saludable que prevenga el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y en general al mantenimiento de un adecuado estado de salud.

INDICACIONES

Este tipo de alimentación se recomienda para las personas con un adecuadoestado nutricional, sin patologías agregadas.

RECOMENDACIONES

- Suministrar como mínimo tres porciones de leche y derivados como yogurt, kumis, quesos, cuajada con el fin de contribuir al consumo adecuado de alimentos fuentes de calcio, esenciales para contribuir ala reducción de enfermedades crónicas como la osteoporosis.
- Incluir el consumo de tres porciones frutas enteras y dos porciones de verduras de diferentes colores y características para favorecer el aporte de vitaminas y fibra, dado el incremento de las necesidades de vitaminas y minerales en las personas mayores , que bien puede deberse a una deficiente absorción intestinal, a la mayor frecuencia de enfermedades y al consumo de ciertos medicamentos.
- Reducir el azúcar adicionada a jugos no ácidos, bebidas calientes (tinto, aromática, café, chocolate, Maizena, avenas y otras coladas), de igual modo no se permite el consumo de bebidas industrializadas como gaseosas, jugos artificiales con sabor a frutas, bebidas energizantes, entre otras. La OMS recomienda limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10% de la ingesta calórica total. Para obtener mayores beneficios se recomienda reducir su consumo amenos del 5% de la ingesta calórica total.
- Debe incluir cortes con el menor contenido de grasa posible, carnes magras sin piel o sin parte visible. se recomienda estimular el consumo de pescado en particular pescados como el salmón, la trucha, atún, sardinas, por la calidad de sus grasas en relación con la prevención de las enfermedades cardiovasculares.
- En cuanto a las grasas son indicados alimentos fuentes de ácidos grasos mono y poliinsaturados , se recomienda de preferencia elconsumo de aceite de oliva, girasol, canola y aguacate. En ningún caso se recomienda el consumo frecuente de alimentos con altocontenido de grasas saturadas y grasas de origen animal como: pieles de carnes, crema de leche, biscocheria, productos de paquete entre otros.
- Mantener el consumo de sal por debajo de 5 gramos diarios (equivalentes a menos de 2 g de sodio por día) ayuda a prevenir la hipertensión y reduce el riesgo de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares entre la población adulta (8). • Suministra por lo menos 2 veces a la semana leguminosas.

DIETAS MODIFICADAS EN CONSISTENCIA

En este grupo de dietas la principal característica es el cambio que sufren los alimentos con respecto a la textura en la cual son administrados a continuación se describen 5 tipos de dietas diferentes

DIETA LÍQUIDA CLARA

Esta dieta proporciona los requerimientos diarios de agua, pero estimulamuy poco el tracto gastrointestinal. Esto se alcanza al costo de proporcionar pocas cantidades de proteínas o grasa, macronutrientes que son estímulos potentes de la secreción gástrica y pancreática, así como de la motilidad gastrointestinal.

Proporciona alimentos y líquidos claros a temperatura ambiente. La dieta líquida resulta

insuficiente en contenido energético y nutrientes esenciales. No se recomienda durante más de tres días como única fuente de alimentación. Si se requiere por más tiempo, se aconseja el empleo de suplemento nutricional comercial, nutrición enteral o nutrición terapéuticaparenteral. Se usa para hacer transiciones de alimentación parenteral a la enteral o en periodos de pre y postoperatorio.

Se suministran solo líquidos claros no viscosos. Adicionalmente la alimentación y se recomienda un volumen total de 64 onzas de líquidos claros, razón por la cual debe ser fraccionada por lo menos en siete tiempos de comida, e incluso más de acuerdo a la tolerancia de la persona. Teniendo en cuenta lo anterior se debe iniciar la prueba de tolerancia con dos onzas de agua (60 ml) y el consumo se aumenta entre una y tres onzas en cada toma cada hora.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Promover la estimulación del tracto gastrointestinal de las personas que no han tenido una alimentación oral por alguna razón mediante el suministro de alimentos y preparaciones de fácil digestión para así contribuir al incremento progresivo de una alimentación completa, suficiente y adecuada para mejorar el estado de salud y nutrición de las personas.

INDICACIONES

- En la preparación para operaciones de intestino o colonoscopia. • En la fase de recuperación de operaciones de abdomen cuando sepresenta un íleo incompleto.
- En otras condiciones agudas en las que existe un trastorno grave enla función gastrointestinal, por ejemplo, en la gastroenteritis aguda.
- En la etapa inicial de la transición de la nutrición endovenosa a ladieta líquida completa o dieta sólida en el postoperatorio.
- Preparación dietética, previa exploración o intervención del intestino. • En pacientes gravemente debilitados como primera etapa dealimentación oral.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Té, café descafeinado, jugos de frutas colados y diluidos, gelatina,miel , azúcar y caldos claros sin grasa.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● No está indicado el consumo de bebidas carbonatadas (gaseosas o bebidas con gas), leche y sus derivados, ni suplementos de vitaminas y minerales. ● No se deben emplear edulcorantes artificiales en las preparaciones de alimentos.
● La persona no debe ingerir más líquidos después de que se sienta satisfecho ● No se recomienda el uso de pitillos (para evitar el ingreso de aire al estómago), ni el consumo súbito de los alimentos.
● Los alimentos y preparaciones no deben las temperaturas extremas (frías: congeladas o refrigeradas o calientes: hirviendo) (Patricia Savino, Nathan Zundel, 2013)

DIETA LÍQUIDA COMPLETA

Se confecciona para proveer nutrientes adecuados en una forma que no sea necesario masticar, su principal característica es que todos los alimentos y preparaciones deben tener una consistencia en estado completamente líquido, libre de fracciones de alimentos que puedan generar atragantamiento o dificultades durante el proceso de deglución.

En ocasiones es necesario suplementar con módulos nutricionales de proteína, carbohidratos o grasas, debido a que en algunos casos no se logra un adecuado aporte de nutrientes especialmente cuando existenalteraciones en el vaciamiento gástrico. (Parra, 2010)

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Suministrar alimentación oral que sea bien tolerada por la persona en estadoagudo o incapacitado para masticar o deglutir los alimentos sólidos, contribuir a la hidratación y mantenimiento del estado nutricional del pacientecubriendo las recomendaciones de energía y nutrientes.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA LÍQUIDA COMPLETA

- Personas que no pueden masticar apropiadamente o con trastornos esofágicos o gástricos que interfieren con el movimiento normal de los alimentos sólidos.
- Puede ser empleada combinada con dilataciones en el tratamientode la estenosis esofágica.
- Se puede administrar a través de un tubo de gastrostomía paraderivar la obstrucción esofágica.
- Son útiles temporalmente en el período postoperatorio, cuando lospacientes no han recuperado la fuerza para masticar los alimentos.
- En presencia de alteraciones en la masticación o la deglución.
- Inflamación moderada del tracto gastrointestinal.
- Pacientes en fase aguda.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Se deben incluir todos los alimentos en emulsiones o licuados resultados de emulsiones en la que se emplea como medio de dispersión la leche de vaca.
- Se permiten lácteos y sus derivados.
- Se aceptan preparaciones líquidas como sopas que incluyan carnes, raíces, tubérculos, cereales (arroz, trigo, cebada, maíz.), leguminosas,las cuales pueden ser enriquecidas con aceite de canola, girasol o soya (una cucharadita) deben ser coladas.
- Se emplean preparaciones como coladas en leche de vaca, candiles, cremas de frutas, flanes, pudines.
- Los alimentos y preparaciones deben estar a temperatura corporal (no frías: congeladas o refrigeradas, ni calientes: hirviendo).
- Frutas y vegetales colados.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- No está indicado el consumo de bebidas carbonatadas (gaseosas obebidas con gas)

● No se deben emplear edulcorantes artificiales en las preparacionesde alimentos.
● No se recomienda el uso de pitillos (para evitar el ingreso de aire al estómago),ni el consumo súbito de los alimentos

DIETA BLANDA MECANICA O SEMIBLANDA

Es una alimentación modificada en consistencia que reduce el esfuerzo durante el proceso en la masticación, está compuesta por alimentos líquidosy alimentos con textura pastosa. (Nutrición Hospitalaria, Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral, 2019) es una dieta en general modificada en textura para facilitar su masticación. Inicialmente incluye carne molida o picada y frutas y verduras cocidas. Se puede incluir natillas, flanes, arroz conleche, mermeladas de frutas y compotas, entre otras.
Esta dieta se confecciona a partir de una mayor variedad de alimentos que ladieta líquida completa para aquellos pacientes que tienen dificultad para masticar o tienen una estenosis anatómica del tubo digestivo alto.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Facilitar el proceso de alimentación y nutrición mediante la modificación de las texturas de los alimentos de la alimentación normal, con el objetivo de favorecer la masticación y la deglución.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA SEMIBLANDA

- Se recomienda en personas con alteraciones en el proceso de masticación o deglución por diferentes causas.
- Pacientes con dificultad para masticar, sea debido a edad avanzada, debilidad postoperatoria o problemas dentales.
- Debilidad en el proceso de masticación en periodos postoperatorios.
- Problemas graves dentales o ausencia de dentadura
- Limitaciones físicas para la manipulación y el consumo completamente coordinado para el consumo de los alimentos.
- Enfermedades o secuelas neurológicas que impiden el proceso autónomo y regulado de la alimentación: parálisis cerebral, accidentes cerebrovasculares y secuelas de este.
- Personas con estado de conciencia levemente alterados.
- Algunos pacientes con estenosis esofágica, estenosis de otras partesdel tracto gastrointestinal.
- Antecedentes de tos o ahogo durante las comidas, regurgitación dealimentos o líquidos por la nariz.
- Infecciones respiratorias recurrentes y pérdida de peso.
- Pacientes expuestos a tratamientos con radioterapia, quimioterapia oláser. •

Pacientes que progresan desde la nutrición enteral o parenteral haciala alimentación convencional.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Se deben incluir todos los alimentos en texturas tipo puré, molido o rallado finamente.
- Se aceptan alimentos enteros de textura suave como huevo picado, cuajada o queso blando picado, carnes molidas o desmechadas.
- Se recomienda el consumo de verduras cocidas y de frutas en texturas tipo puré.
- Los panes y derivados deben ser blandos tales como: galletas deleche, mantecadas, ponqués suaves.
- Se permite el suministro de pastas cortas y blandas, así como dearroz blanco.
- Los alimentos como yuca, papa, plátano, arracacha se debenofrecer en puré o soufflé.
- Las sopas deben ser licuadas. Se permiten las cremas.
- Se emplean preparaciones como coladas en leche de vaca, candiles, cremas de frutas, flanes, pudines.
- Los alimentos y preparaciones deben estar a temperaturacorporal (no frías: congeladas o refrigeradas, ni calientes:hirviendo).
- Carnes, aves, pescados, siempre que sean molidas o licuadas.
- Vegetales previamente cocidos y licuados.
- Frutas frescas y en conservas sin cáscara ni semillas.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- No ofrecer embutidos, quesos duros
- No suministrar alimentos tostados o crocantes como arepas,tostadas, panes hojaldrados, alimentos integrales.
- No suministrar alimentos aglutinantes que pueden generar atragantamientos cómo envueltos.
- Evitar el suministro de frutas duras como coco, mango verde,manzana verde, durazno u otros con alto contenido de fibras.
- No suministrar carnes o pescados en porciones enteras en preparaciones fritas, apanadas. De igual modo se deben evitar carnes con alto contenido de tejido conectivo duro o que contengan huesos o espinas.
- Evitar el consumo de verduras crudas con textura rígidas que requieren de procesos complejos de masticación como apio, zanahoria cruda
- Pueden ser beneficiosas ciertas restricciones dietéticas para pacientes con reflujo esofagogástrico. Los alimentos que disminuyen la presión del esfínter esofagogástrico incluyen tomates y jugo de tomates, frutas cítricas, chocolate, pimienta, y numerosos alimentos grasos.

DIETA BLANDA

Es una dieta de poca estimulación del aparato digestivo la cual se caracteriza por ofrecer alimentos de consistencia blanda y textura suave. (Parra, 2010) Es una dieta no productora de gas, no solo se refiere a "tierno" o "fácil masticación", sino a **"fácil digestión"**.

Este tipo de dieta aporta alimentos íntegros con pocos condimentos y un contenido en fibra moderadamente bajo. Constituye la transición entre la dieta líquida y la dieta general.

No carece de nutrientes en comparación con las recomendaciones dietéticasdiarias, siempre que el paciente sea capaz de consumir cantidades adecuadas de alimentos.

Se ofrecen comidas de pequeño volumen hasta que se establece la tolerancia del paciente al alimento sólido. Se debe individualizar según el diagnóstico clínico, la intervención quirúrgica, el apetito del paciente, su
tolerancia al alimento, el estado nutricional previo y la capacidad de masticación y deglución.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Proveer una alimentación y nutrición de forma completa, pero con mínima estimulación digestiva a través de la ingesta de alimentos de consistencia blanda facilitando el proceso de masticación y deglución, cubriendo las necesidades nutricionales del paciente.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA BLANDA

- Personas con dificultad en el proceso de masticación, debido a diferentes causas como edad avanzada, problemas dentales o debilidad postoperatoria. • Personas con patologías como gastritis, esofagitis, hernia hiatal, úlcera o colitis.
- Personas que presentan estado leve alterado de conciencia.
- En personas debilitadas e incapaces de consumir una dieta general oen pacientes con problemas gastrointestinales leves.
- Personas que desarrollan infecciones respiratorias recurrentes.
- Pacientes que progresan desde la nutrición enteral o parenteral haciala alimentación convencional.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- utilizar preferiblemente tipos de cocción como hervidos, a la plancha,asados o al horno.
- Suministrar cremas o sopas con presencia de alimentos deconsistencia blanda.
- Sólo se aceptan el consumo de fruta en compotas, papillas o entrozos muy pequeños.
- Las verduras deben ser servidas en forma de puré o cocidas.
- Entre los alimentos permitidos del grupo de los derivados lácteos seencuentra la leche desnatada, queso blanco y yogurt.

- También es permitido el consumo de carnes, aves y pescados,siempre que sean de textura suave. se incluye el huevo.
- Se incluye cereales y derivados de cereales como arroz, pasta, pan,patatas, excepto los de alto contenido en fibra.
- El consumo de postres como flan, gelatina, pudines, mermelada,natilla y helado pueden ser incluidos.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- No se suministran verduras crudas ni verduras como brócoli, coliflor, habichuela o tomate, tampoco carnes duras con tejido conectivo,frutas acidas, leguminosas con cáscara, alimentos fritos o muy condimentados.
- No suministrar bebidas con gas, bebidas alcohólicas, cafeína ychocolate. •

Las bebidas que contienen cafeína, como el té negro y algunasbebidas gaseosas no deben consumirse.

- Las leguminosas se pueden excluir en la dieta blanda, por laflatulencia. •

Evitar alimentos grasos

- No incluir frutas enteras.

DIETA TURMIX

El objetivo de este tipo de dieta es Disminuir el trabajo gastrointestinal y probar tolerancia con alimentos de fácil masticación y deglución. Está indicada en pacientes de edad avanzada, pacientes con alteración de procesos de masticación y deglución, pacientes con dentadura deficiente, post operatorios como trasplantes, donde esté comprometido algún segmento de TGI (tracto gastrointestinal).

Este tipo de dieta está constituida por preparaciones mixtas, las cualescontiene líquidos y sustancias sólidas cuyas partículas se encuentran en suspensión o emulsión, resultando una preparación semilíquida. Se suministra en volúmenes pequeños; en caso de ser dieta Hiperprotéica o Hipercalórica, en nueves y onces se ofrecerá, bebidas Hipercalóricas. Para dar la textura que se necesita en cada preparación se utiliza la aplicación del espesante

RECOMENDACIONES:

- Introducir en la boca de pequeñas cantidades de alimentos o líquidos, “cuchara de café” y si lo tolera pase a “cuchara cadete” y después a “cuchara sopera”. Evite usar jeringas y pajitas.
- Elegir alimentos que estimulen sensorialmente como alimentos ácidos y temperaturas frías (helado de limón o de piña).
- Hacer 5 ó 6 comidas a lo largo del día.
- Intentar al menos 2 litros de líquidos al día. Si exceso de moco: evitar alimentos muy dulces o zumos cítricos. Hay 5 tipos de consistencia: líquida, néctar, miel, pudin y semisólida.
- No mezclar alimentos con distintas consistencias (Ej: sopa caldosa con fideos).

Ablandar los alimentos sólidos con salsas, leche ó caldo, para conseguir una consistencia semisólida.

• Preparar purés variados no muy densos: Ej mezclar los primerosplatos (patatas, verduras, arroz , pasta o legumbres) con los segundos (aves, carne, pescado o huevo) y añadiéndoles leche en vez de caldos.

• Triturar los alimentos en el momento de tomarlos y no añadir más líquido del necesario.

• Procurar que los triturados de frutas, verduras, legumbres, carne y pescado, no tengan residuos como espinas, huesitos, pepitas, semillas ó pieles. Y una vez triturados, pasarlos por el pasapuré. Se pueden usar purés y papillas para adultos, ya preparados yenriquecidos comercialmente.

• Se pueden diluir en caldo, leche o en agua, y existen otros cereales instantáneos para adultos que puede emplear en el desayuno y merienda. Si problemas con los líquidos: evitar(agua, caldo, té,...).

• Se pueden utilizar espesantes comerciales que le puede recetar su médico. Estos espesantes pueden ser de sabor neutro para añadirse a triturados salados, leche, caldos, infusiones o zumos colados. También los hay saborizados para mezclar con agua o zumos. Se presentan en polvo y según la cantidad (en cucharas) que añada y el

espesante concreto que utilice, conseguirá diferentes texturas:Néctar, Miel ó Pudding.

• Para aumentar el aporte de calorías y proteínas en los triturados o en las comidas añadir: Leche :Leche en polvo (10 cucharadas) en cada litro de leche entera o semidesnatada. A primeros platos (sopas,purés y cremas), salsas, y postres (batidos, fruta fresca o en almíbar), en éstos últimos también puede añadir leche condensada. Tómela acompañada de cereales, galletas, cacao, azúcar, miel, etc.

• Yogur: A batidos de frutas, cereales y salsas para ensaladas. Acompáñelo de

frutos secos troceados o molidos, azúcar, miel, leche condensada, etc. • Queso: Fundido, rallado o quesitos en porciones a purés, sopas,cremas, pasta, patatas, tortillas, suflés, crepes…

• Huevo: Cocido rayado o triturado a legumbres, arroces, pasta, patata, sopas, purés, cremas, verduras, salsas, batidos de leche y helados. Claras o huevo entero cocido a bechamel, postres como flan o natillas.

• Carne y pescado: Sumergirlos en leche antes de cocinarlos.Triturados en platos con verduras, salsas, sopas, cremas, etc. Con salsas de tomate frito, nata líquida, etc. Posición más adecuada:Sentado, con la espalda apoyada y recta (ayudarse con conjines sies necesario), con 90º de flexión de cadera y rodillas, los pies apoyados en el suelo o en un soporte. La espalda y la cabeza bien alineadas. La cabeza flexionada hacia el pecho y al tragar intentar acercar lo más posible la barbilla al pecho y mirando al “ombligo”.

• Evitar acostarse inmediatamente después. Estar sentado ó incorporado en la cama a 45º, al menos 30 minutos después de las comidas. En caso de pérdida de fuerza en una parte del cuerpo, rotar la cabeza hacia ese lado y coma hacia ese lado. Al acabar de comer asegúrese de que no quede ningún resto de comida en la boca.

DIETAS MODIFICADAS EN EL APORTE DE ENERGIA MACRO O MICRO NUTRIENTES

En este grupo se describen el grupo de dietas en las cuales se requiere realizar modificaciones al aporte de algunos de los siguientes :calorías, proteínas, grasas carbohidratos así como en el aporte de Sodio potasio entre otros micronutrientes.

DIETA HIPOCALORICA

Se define como una alimentación que aporta menos calorías de las establecidas como estándar para lograr un adecuado funcionamiento corporal de acuerdo a su edad y género, debido a que se encuentra en un estado de malnutrición por exceso de peso: sobrepeso u obesidad, razón porla cual su principal objetivo es contribuir a la reducción de peso y de los riesgos asociados al exceso de peso.
Teniendo en cuenta lo anterior existen diferentes tipos de alimentación hipocalorica de acuerdo al nivel de restricción de energía y las características de la distribución de macronutrientes.
1. Hipocalóricas equilibradas; aportan 1.200 kcal o más al día.
2. Hipocalóricas bajas en calorías, aportan entre 800 y 1.200 kcaldiarias. 3.
Hipocalóricas muy bajas en calorías, tiene un aporte calórico inferioro igual a 800 kcal diarias. (Sauraa, 2014;)
Las dietas de adelgazamiento no carecen intrínsecamente de vitaminas o minerales en relación con las recomendaciones dietéticas diarias. Sin embargo, aquéllas que aportan menos de 1200 kcal al día rara vez satisfacen las recomendaciones, lo que hace que se prescriba unsuplemento multivitamínico.

Un balance negativo de 500 kcal/día, si se mantiene por semanas o meses, puede tener como resultado la pérdida promedio de 1 libra/semana. Si se

desea una pérdida de peso más rápida, pueden ser usadas dietas entre600 y 1000 kcal/día, con un cuidadoso seguimiento médico y suplementación de nutrientes esenciales, y su empleo debe ser a corto plazo.

En general, no se aconsejan dietas que aporten menos de 800 kcal/día, las cuales estarían limitadas a circunstancias extremas en las que resulta necesaria una rápida pérdida de peso con la finalidad de aliviar otros trastornos potencialmente letales. Nunca se deben indicar dietas inferiores a1200 kcal/día a pacientes con actividad física moderada o intensa.

La ingestión energética diaria de 600 kcal ha sido asociada con muerte súbita causada por arritmias con desbalance electrolítico o degeneración del miocardio, además de la pérdida de masa corporal magra.

La pérdida rápida de más de 10 % de peso puede comprometer al paciente, mientras que la misma pérdida a largo plazo puede tener mejores resultados.
La sobrealimentación o alimentación compulsiva tras la privación calórica (es decir, el fenómeno del “comedor reprimido”) agrava la problemática planteada y puede contribuir, en gran medida, al patrón cíclico de incremento y pérdida de peso experimentado por muchos individuos con dietas de adelgazamiento.

Las dietas con contenido relativamente elevado de hidratos de carbono complejos y baja en grasas, que tienen un contenido elevado en fibra y volumen, se pueden asociar con mayor tendencia a inducir saciedad y constituyen la base de las recomendaciones dietéticas.

La distribución porcentual energética de la dieta debe ser, en esos casos, la siguiente:

Proteínas 15 a 20 %Grasas
< 30 %

Hidratos de carbono55 a 60 %

En relación con los hidratos de carbono, deben ser de tipo predominantemente complejo: vegetales, viandas, cereales y leguminosas.

La ingesta total del día debe ser distribuida en cinco frecuenciasalimentarias: desayuno, nueves, almuerzo, onces y comida.

Entre los alimentos restringidos están las bebidas alcohólicas y losalimentos con gran contenido de azúcar y grasa.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Ocasionar un balance energético negativo, para provocar la movilización de las reservas de energía y así contribuir a la pérdida moderada del peso en el tiempo y sostenible a largo plazo en las personas con sobrepeso u obesidad, reducir los riesgos asociados al desarrollo de otras comorbilidades y la morbimortalidad debida a éste estado de malnutrición.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA HIPOCALORICA

● Personas con exceso de peso: sobrepeso u obesidad.
● Personas con patologías que requieran de pérdida de peso paramejorar su estado de salud de acuerdo al diagnóstico médico y al criterio del profesional en Nutrición y Dietética.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Las verduras crudas o cocidas deben predominar en el consumo de los tiempos principales de comida. Se recomienda doble o triple porción (por lo menos la mitad del plato) para favorecer la saciedad y la reducción de las velocidades de absorción de azúcares y grasas.
- Consumir por lo menos tres porciones de frutas enteras incluyendo por lo menos una de color amarillo o naranja intenso para contribuir con el aporte de vitaminas esenciales como la vitamina c y a.
- Preferir el consumo de carnes magras o con bajo contenido de grasa como pechuga de pollo o pavo, así como de carnes magras de cerdoy res, las cuales deben estar preparadas a la plancha, cocidas o al horno.
- Incluir en a la alimentación pescados naturales ricos en ácidos grasos esenciales (omega 3) como atún, trucha, salmón en preparaciones asadas, cocidas o al horno. (Elizabeth Pérez-Cruz,2013)
- Preferir el consumo de leche y derivados semidescremados o descremados. • En dietas con muy bajas y muy bajas en calorías se deben suplementar vitaminas y minerales que no sean aportados adecuadamente por la alimentación. (Sauraa, 2014;)
- Se permite el uso de aderezos en ensaladas y carnes a partir de zumos de frutas y aceites de girasol, canola u oliva.
- Se acepta el consumo en pequeñas porciones de alimentos con grasas saludables como frutos secos (almendras, maní, semillas)
- Evitar los alimentos con elevado contenido de grasas saturadas y colesterol.

• Comer despacio y en plato pequeño.

• Limitar el tamaño de lasporciones.

• Evitar segundas porciones.

• Practicar la actividad física con una frecuencia de 5 a 7 vecespor semana, al menos por 30 min, previa consulta médica.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

• Reducir el consumo de azúcares de azúcar adicionada (bebidas calientes, jugos, coladas) y alimentos con alto contenido de estos como postres, bebidas gaseosas e industrializadas, ponqués y productos de galletería. (Dávila-Torres, González Izquierdo, & Barrera-Cruz, 2015)

• No consumir snacks o alimentos con alto aporte de energía por porción. • Minimizar al máximo el consumo de alimentos ricos en energía a partir de grasa como margarina, mantequilla, crema de leche, helados de crema, productos de panadería y galletería. (anhuezaCatalán, Durán Agüero, & Torres García, 2015) • Evitar el consumo de salsa o aderezos con alto contenido de azúcares y grasas, y además industrializados

• Limitar el consumo de alimentos de alta densidad calórica y/o de poco valor nutricional, sobre todo los que tienen un elevado contenidode azúcar. • Evitar o limitar el consumo de alcohol.

DIETA HIPOGRASA

Es una alimentación caracterizada por un aporte reducido de grasas provenientes de la alimentación inferior o igual al 20% de las recomendaciones de energía establecido para una persona de acuerdo a su edad, género y estado de salud. Esta derivación dietaria se recomienda en casos de problemas metabólicos o clínicos como enfermedades hepáticas o alteraciones en el funcionamiento de la vesícula biliar. (anhueza Catalán, Durán Agüero, & Torres García, 2015)

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

• Mejorar el estado de salud y nutrición de las personas con alteraciones en el metabolismo de las grasas secundarias a patologías hepáticas o por otras razones clínicas.

• Modificar el perfil lipídico, normalizando o controlando los nivelesplasmáticos del colesterol y de sus fracciones.

• Evitar y/o retrasar el desarrollo de la lesión aterosclerótica y los eventos clínicos relacionados con esta, fundamentalmente en personas con historia familiar de enfermedades cardio y cerebrovasculares y hábitos alimentarios y es- tilos de vida inadecuados.

• Promover y fomentar en la población hábitos alimentarios adecuadosy saludables.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA HIPOGRASA

● Personas con exceso de peso: sobrepeso u obesidad
● Enfermedades con diagnóstico de dislipidemias.
● Personas con enfermedades hepáticas
● Alteraciones en el funcionamiento de la vesícula biliar

ALIMENTOS RECOMENDADOS

• Preferir el consumo de aceites de canola, oliva, girasol en bajascantidades como aderezos alternativos y naturales.

• Consumir carnes sin piel y magras, preferiblemente pechuga de pollo o pescados con alto contenido de ácidos grasos esenciales (omega3) como atún, salmón, trucha (Elizabeth Pérez-Cruz, 2013).

• Utilizar técnicas culinarias que no aporten grasa: plancha, asado,horno, vapor, evitar las frituras, empanados, dorados.

• Preferir el consumo de alimentos con alto aporte de fibra soluble como coadyuvante para la reducción de la absorción de ácidos grasos como: avena, cebada, fresas, mora, guayaba, maracuyá.

• Preferir lácteos descremados.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● Reducir la ingesta de alimentos con alto contenido de grasa saturadas como snacks, productos de panadería, galletería, lácteos y derivados enteros. ● Evite el consumo de manteca, chicharrones, vísceras grasas (menudo, chunchullo.), tocineta.
● No consumir crema de leche, helados de crema, ni untaduras como margarina o mantequilla. (anhueza Catalán, Durán Agüero, & Torres García, 2015)

DIETA HIPERCALÓRICA-HIPERPROTEICA

Es una alimentación en la que se permite el consumo de todos los grupos de alimentos, debido a que existe un déficit en el estado nutricional que requierela recuperación y la ganancia progresiva de peso hasta lograr un peso saludable. Este tipo de alimentación se recomienda en personas con alguna enfermedad de base de alto gasto metabólico o en personas que han sido privadas de una alimentación completa y suficiente por largos periodos de tiempo.

La alimentación hipercalórica se caracteriza por aportar energía en proporciones que pueden comprender el rango entre el 10% y el 80% superiores a los requerimientos de una persona sana. Las variaciones dependen del gasto metabólico asociado a cada estado patológico. Mientras que la alimentación hiperproteica se caracteriza por una distribución de macronutrientes de proteína entre el 15% y el 20% de la distribución de energía total diaria. (Ministerio de Salud Y Protección Social, 2016)

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES
Contribuir al restablecimiento de un adecuado estado nutricional en las personas con delgadez y déficit de reservas corporales mediante una alimentación rica en energía y

nutrientes a través del incremento de las porciones establecidas como estándar para una persona en un determinado grupo de edad y género.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR ALIMENTACIÓN HIPERCALORICA- HIPERPROTEICA

● Personas con adecuado estado nutricional con enfermedades de altogasto energético como: cáncer, Epoc, VIH entre otras de alto gasto
● Personas en riesgo de desnutrición o desnutrición en algún grado. ● Personas con anorexia. Personas con hipoalbuminemia Personas con síndrome nefrótico.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

● Elegir alimentos de alta densidad en energía y nutrientes como huevos, quesos, leche y derivados, carnes, pescados, mariscos para suministrar porciones adicionales en por lo menos dos tiempos de comida enalmuerzo y cena.
● Enriquecer de energía preparaciones como las sopas, cremas y ensaladas con alimentos fuente de grasas esenciales mediante la adición de una cucharadita de aceite de canola, girasol y oliva, con una frecuencia de por lo menos dos veces al día. ● Aumentar la densidad de energía y nutrientes mediante preparaciones 100% en leche como bebidas calientes, coladas y bebidascon frutas.
● Se permite la adición de alimentos con alto contenido de grasascomo untaduras como: aceite de oliva, margarina, mantequilla de leche de vaca, "mantequilla de maní" y otras untaduras elaboradas a partir de frutos secos. Igualmente se admite el consumo de mermeladas y otros dulces que puedan acompañar las preparaciones usuales.
● En el desayuno, almuerzo y cena se debe suministrar media o una porción adicional de alimentos como arepa, pan, envuelto, ponqué, galletas, arroz, papa, yuca, plátano, arracacha con el fin de aumentar el aporte de energía. La porción puede variar entre los 30 y 50 g, dependiendo de los

alimentos. Se mantiene la recomendación de Alimentos integrales.
● Se recomienda incluir en la alimentación una porción de 30 g frutossecos o 3 cucharadas de maní, almendras, nueces.
En el desayuno, almuerzo y cena se debe suministrar media adicional dealimento proteico ofrecido por tiempo de comida .

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● Se recomienda no exceder el aporte excesivo de alimentos fuentes de calorías vacías a partir de azúcares. Se deben suministrar alimentos con composición más compleja como cereales, raíces, tubérculos y plátanos.

● No se recomienda el consumo excesivo de alimentos industrializados con contenidos de conservantes que pueden tener efectos adversos para la salud (benzoatos de sodio y potasio, propionato de sodio, nitritos, nitratos) como gaseosas, bebidas industrializadas, snacks, dulces y postres.

● Evitar el consumo diario de alimentos fuentes de grasas saturadas como carnes gordas, margarinas, mantequillas y alimentos de panadería hojaldrados y galletería. Así mismo se recomienda evitar la ingesta de alimentos como chicharrón, tocino, piel de animales (lechona, piel de pollo asado) y vísceras grasas (menudo, chunchullo, bofe), ya que deben ser de consumo ocasional.

DIETA HIPOGLUCIDA.

Esta dieta se basa en el control de la ingesta de energía, proteínas, grasas e hidratos de carbono. Entre las consideraciones dietéticas adicionales se incluyen la regularidad del horario de las comidas, la distribución uniforme deenergía e hidratos de carbono entre las comidas y el control de la ingesta de grasa saturada y colesterol.
Este tipo de dieta está compuesta por hidratos de carbono de absorciónlenta que evitan

elevaciones bruscas de la glucemia después de su ingestión. Los hidratos de carbono simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos y oligosacáridos) están restringidos y se desaconseja el consumo de sacarosa (azúcar).
Se sabe que los intercambios de alimentos fuentes de carbohidratos no son necesariamente equivalentes. El índice glucémico sirve para medir estadiferencia de composición. Los alimentos como el pan blanco y la papa, que tienen un elevado índice glucémico, aumentan la glucemia más rápidamente, sin embargo, muchos factores influyen en la respuesta corporala un alimento particular, incluidos la cantidad, el tipo de grasas y fibra en la comida; la dosis y el tipo de las medicinas utilizadas, y la función del tracto digestivo.

El índice glucémico ha demostrado ser un concepto nutricional útil en la clasificación química de los carbohidratos (simples o complejos, azúcares o almidones, disponibles o no disponibles), especialmente en relación con la velocidad con la que un hidrato de carbono consumido influye en los niveles séricos postprandiales de glucosa durante un período determinado. Por definición, corresponde a la suma de la cantidad de azúcares, almidones, polisacáridos y maltodextrinas disponibles en el alimento, que pueden calcularse como disponibles. De hecho, el índice glucémico es un indicador de la respuesta glucémica relativa a los carbohidratos de la dieta.

En los alimentos el índice glucémico es el producto de una serie de factores físicos y químicos que interactúan en el alimento entre los que destacan: las técnicas de procesamiento (molienda y congelación), culinarias (calor, agua y tiempo de preparación), tipo de almidones (amilosa y amilopectinas), contenido de fibra, tipo de hidratos de carbono, contenido de grasas, yacidez (utilización de vinagre y jugo de limón) y el grado de absorción intestinal, que a su vez depende de la composición, estructura terciaria y susceptibilidad a la digestión enzimática de los hidratos de carbono contenidos en los alimentos.

La glucosa y el pan blanco a menudo se utilizan como valores de referencia, porque provocan el incremento más rápido y drástico de los niveles deglucemia. En la evaluación de los alimentos individuales, la glucosa y el pan blanco reciben un valor de 100. Los valores del índice glucémico se agrupan en tres categorías

1. Índice glucémico alto≥ 70
2. Índice glucémico intermedio 56-69
3. Índice glucémico bajo de 0-55.

Tabla 9.2. Índice glucémico de algunos alimentos

Alimentos	**Índice**	**Alimentos**	**Índice**
Glucosa	100	Papa	De 80 a 90
Miel	De 80 a 90		
Pan blanco	De 70 a 79		
Arroz blanco	De 70 a 79		
Arroz integral	De 60 a 69		
Lentejas	De 20 a 29	Habas	
Plátano	De 60 a	Poroto Soya	De 10 a 19
Papa frita		Fideos blancos	De 50 a 59
			De 50 a 59
		Porotos	De 40 a 49
		Manzana	De 30 a 39
			De 20 a 29

El aporte de hidratos de carbono oscila generalmente entre 120 y 300 g diarios. No son aconsejables las dietas que contengan cantidades superiores a 300 g, excepto

cuando se prescriban a individuos con una actividad física importante, ni tampoco suministrar un aporte inferior a 100 g porque incrementa el catabolismo proteico y graso, y estimula la cetosis.

La ingestión proteica recomendada por la American Diabetes Association es de 0,8 g/kg/d, con el propósito de disminuir la morbilidad de la nefropatía.
La ingestión de grasas saturadas y colesterol debe ser limitada por la predisposición de los pacientes diabéticos a las dislipidemias y la enfermedad vascular aterosclerótica.
Una dieta rica en fibra mejora el control de la glucemia. Por lo general,se acepta que estas dietas, particularmente las ricas en fibra soluble, sonútiles para el control de la glucosa y los lípidos en la sangre, razón por la cual se le sugiere al diabético ingerir alimentos con grandes contenidos de estas, con el fin de lograr una ingesta diaria de 25 a 30 g. Dentro de las fuentes de fibra soluble se encuentran las frutas, lasleguminosas, la avena y los vegetales.
Hoy día, una de las teorías postuladas para explicar muchas de las complicaciones del llamado síndrome angiopático del diabético es el estrés oxidativo, de aquí la importancia que se deriva de un mayor consumo de sustancias antioxidantes, propiedad que se relaciona con determinadas vitaminas y minerales, así como fotoquímicos presentesen las frutas y vegetales, de allí la importancia en el aumento de su consumo.
Edulcorantes. En la actualidad, en la dieta para diabéticos de distintos países se utilizan edulcorantes de elevada intensidad, que proporcionan cantidades insignificantes de energía, como ocurre con el aspartamo, la sacarina, el acesulfano potásico y el ciclamato.
El objetivo principal de estos agentes consiste en proporcionar un sabor dulce a los alimentos y bebidas, sin aportar energía ni incrementar la glucemia.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

- Contribuir al cuidado del estado de salud y nutrición de las personas mediante el consumo de alimentos de bajo índice glucémico con elfin de mejorar los niveles pre y post pradiales para contribuir en el control de los niveles de glucemia.
- Minimizar las fluctuaciones de la glucemia. Evitar la hiperglucemia o hipoglucemia.
- Promover un peso saludable.
- Normalizar los niveles de lípidos plasmáticos y de tensión

arterial. • Detener, retrasar o evitar las complicaciones vasculares.

- Lograr una buena calidad de vida.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA HIPOGLUCIDA.

Se recomienda para personas con riesgo de exceso de peso, sobrepeso uobesidad.
● Indicada para personas con intolerancia a los carbohidratos,diabetes y dislipidemias (hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia)
● Se recomienda en personas con enfermedades coronaria.
ALIMENTOS RECOMENDADOS
● Para las personas mayores insulinorequirientes la alimentación debe ser fraccionada por lo menos en 6 tiempos de comida: desayuno, nueves, almuerzo, onces, cena y refrigerio nocturno
● Prefiera el consumo de cereales y derivados integrales. De igual modo prefiera el consumo de leguminosas enteras.
● Disminuir la porción de cereales, raíces, tubérculos y plátanos. ● Consuma porciones

dobles de verduras especialmente crudas por lo menos dos veces en el día.
● Igualmente se recomienda el consumo de 3 porciones de fruta preferiblemente con cáscara. Teniendo en cuenta el índice glucémico prefiera el consumo frecuente de cerezas, ciruelas, coco, frambuesa, fresa, granadilla, kiwi, mandarina, manzana, pera, durazno.

• Se reemplaza el azúcar por un edulcorante artificial que no aporte carbohidratos. • Se suministra ensalada cruda, excepto en paciente inmunosuprimido que tenga la indicación de no alimentos crudos.

• Preferir suministro de lácteos descremados

• Las bebidas lácteas deben ser tipo light.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● Evite el consumo de alimentos como azúcar, panela o miel , postres como arequipe, bocadillo, mermeladas y bebidas industrializadas como gaseosas, refrescos de caja o botella
● No se recomienda el uso de edulcorantes artificiales: acesulfame, aspartame, debido a que estos incrementan la fructosa en sangre y tienen relación con las dislipidemias, preferir otros como la stevia.

• Se restringe los productos de panadería refinados o con adición de carbohidratos simples como pan blanco, tortas, ponqués, roscones, bizcochos, hojaldres, entre otras. • Las preparaciones fritas se limitan

DIETA RENAL

Se conoce por estudios realizados que del 50 al 70 % de los pacientes con enfermedad renal crónica presentan algún grado de desnutrición, por diferentes causas: dietas restrictivas, anorexia, pérdidas de nutrientes aumentadas en los pacientes en diálisis, gastritis, trastornos de la absorción intestinal, hipercatabolia, por la propia diálisis, etc. Por estas razones, todos deben recibir apoyo alimentario y nutricional.
La dieta renal se define como la alimentación establecida en los pacientes con enfermedad renal aguda y crónica establecida como medida preventiva para frenar el riesgo cardiovascular y el deterioro de la función renal mediante una alimentación que favorezca el metabolismo de los nutrientes que dependen de la función del riñón. (Manuel Gorostidi1*, 2014)
A grandes rasgos se caracteriza por ser una alimentación ligeramente reducida en los aportes de alimentos fuentes de proteína (0,8 g/kg/día en adultos con FG estimado < 30 ml/min/1,73 m2 (ERC grados 4-5)), debido a que un aporte elevado dietético de proteínas en el paciente con ERC conlleva acumulación de toxinas urémicas. Adicionalmente se deben realizarrestricciones importantes alimentos fuentes de minerales como sodio (4-6 g de sal/día), potasio y fósforo, así como de alimentos con alto contenido de grasa saturadas debido a que la pérdida de la función renal se relaciona con un incremento de la hipertensión arterial y de los riesgos cardiovasculares.
Adicionalmente el manejo terapéutico del paciente con enfermedad renal puede desarrollarse como secundario a patologías iniciales como ladiabetes, motivo por el cual debe hacerse un manejo integral considerando las recomendaciones establecidas para las dos patologías. Es importante tener en cuenta entre los objetivos el manejo de la hemoglobina glucosilada (HbA1C) < 7 % (GR 1A), salvo en casos frágiles con riesgo de hipoglucemias o con comorbilidades importantes que reduzcan la expectativa de vida, en los que el objetivo será una HbA1C entre 7,5 % y 8
% (GR 2C). En pacientes muy ancianos y frágiles puede considerarse un objetivo de HbA1C más laxo de < 8,5 %40.
El cálculo de las necesidades energéticas debe ser individual, aunque, de manera

general, por las pérdidas existentes y por los procesos crónicos inflamatorios e infecciones a repetición, requieren una dieta hipercalórica,con aporte de proteínas específicas según la enfermedad, y con cantidades suficientes de hidratos de carbono y grasa para satisfacer sus necesidades energéticas.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Contribuir en la reducción del riesgo cardiovascular y el deterioro de lafunción renal mediante una alimentación que favorezca el metabolismo de los nutrientes que dependen de la función del riñón con el fin de mejorar el estado de salud y nutrición de las personas y de esta forma contribuir al bienestar y calidad de vida de los pacientes.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA RENAL

- Personas con enfermedad renal crónica o aguda
- Personas diabéticas con riesgo de enfermedad renal
- Personas con síndrome nefrótico.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

● Se recomienda el consumo frecuente de carnes magras: pechuga de pollo y el consumo moderado de carnes con mayor contenido de grasasaturadas: res, cerdo. Prefiera la ingesta de pescados con alto contenido de omega 3: salmón, trucha, atún. ● Prefiera el consumo de alimentos naturales como arepas de maíz, trigo o avena como sustitutos del pan o las galletas.
● Se recomienda el consumo de cuajada debido a su menor aporte de sal. ● Prefiera el consumo de frutas como maracuyá, mandarina, kiwi, sandía, pera, manzana, pitaya, fresa, mango, piña, cerezas y uvas por su bajo contenido de potasio. De igual modo se recomienda el consumo más frecuente de pepino, brócoli, coliflor, maíz tierno y pimentón.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- Modere el consumo de sal en alimentos y preparaciones. Adiciones solo 4 pizcas de sal en todas las preparaciones de alimentos en eldía, por tal motivo use especias naturales para potenciar los sabores agradables de los alimentos como cúrcuma, pimentón, cebolla y ajo.
- Evitar el consumo de productos integrales en particular productos de panadería integral.
- No se recomienda el consumo de alimentos enlatados, encurtidos y alimentos industrializados con alto contenidos de sales y conservantes.
- No use salsas y aderezos industrializados por su alto contenido de sal. De igual modo evite el consumo de alimentos tipo snacks o alimentos de paquete.
- Consuma ocasionalmente productos de panadería y derivados por su alto contenido de sal.
- No se recomienda el consumo frecuente de frutas como guanábana, papaya, granadilla, coco, guayaba, banano, durazno, naranja y melón por su alto contenido de potasio.
- Evite el aporte excesivo de proteína a partir del consumo de carnes y la combinación de arroz con alguna leguminosa: frijol, lenteja, arveja, garbanzo. • No consuma alimentos tipo salchicha, jamón, jamones, salchichón debido a su

alto contenido de grasas no saludables, sales y conservantes potencialmente cancerígenos.

- Consuma ocasionalmente verduras como apio, tomate, rábano, espinaca y ahuyama.
- El sabor de las comidas se mejorará con aromatizantes y especias naturales: perejil, cilantro, apio, ajo, cebo- lla, algunas gotas de limón,etc.
- Algunas medidas para reducir el contenido de potasio en los alimentos es: cortar los alimentos en pequeños pedazos y poner-los en remojo; hervir y cambiar varias veces el agua. Las frutas pueden ser cocinadas en almíbar o en mermeladas.

En resumen la dieta renal se controla el consumo de líquidos, proteínas, fosforo , potasio y calcio. En general se deben pasar por doble cocción los granos, cocinas las frutas y verduras idealmente utilizar frutas y verduras congeladas , se disminuye el consumo de sal, evitan el consumo de alimentos integrales y frutos secos.

En predialisis la dieta es restringida en líquidos según cantidad de orina, baja en proteína, no alimentos integrales, se controla elconsumo de lácteos, frutas como el banano, melón , uvas pasas y naranja , así mismo no endulzar con panela, no cereales para el desayuno granolas , no pastelería industrial, no salsas industriales evitar la acelga el brócoli , el aguacate y las espinacas, disminuir consumo de sal. Solo consumir medio vaso de leche al día y demás lácteos solo 2 o 3 veces a la semana. Carnes blancas o rojas solo una porción al día.

En diálisis la dieta se mantiene igual solo que carnes blancas o rojas se pueden consumir 2 al día, se pueden adicionar claras de huevo a las preparaciones para incrementar consumo de proteínas en diálisis peritoneal.

DIETAS CON MODIFICACIONES EN MICRONUTRIENTES

DIETA HIPOSÓDICA

El tratamiento de la HTA se adecua al paciente, según las cifras de TA que presenta. En algunos casos la dieta, por sí sola, puede ser suficiente, sobre todo si se asocia a la reducción del peso corporal, independientemente de suIMC e incrementa la actividad física de manera notable.

La alimentación en la dieta hiposódica se caracteriza por la restricción leve, moderada o severa de la ingesta de alimentos fuente de sodio, especialmente el consumo de sal. La restricción de sodio se hace en diferentes niveles según: edad del paciente, severidad de la enfermedad y tratamiento. Finalmente, contribuyendo con el aporte aporte suficiente
de energía en función de las necesidades del paciente y equilibrio entre los nutrientes.

El sodio que se ingiere en la alimentación diaria proviene específicamente de los alimentos que lo contienen, o sodio de constitución y la sal de adición, es decir, el cloruro sódico que se añade en la mesa o en la cocina. En la alimentación habitual se consume un promedio de 10 a 15 g de ClNa, que equivalen a 3900 - 5900 mg de Na. (Lorenzo V, 2016)

- 1 gClNa = 390 mgNa
- 1 mEqNa=23 mgNa
- Dieta hiposódica moderada: contiene en 1g a 2,5 g al día.
- Dieta hiposódica leve: contiene de 2 g hasta 5 g al día.

La restricción de sodio en la alimentación se puede lograr promoviendo utilizar solo la sal de cocción y la que se consume en los alimentos elaborados. Se conoce que la reducción de aproximadamente 70 a 100 mEq/día puede reducir la TA, independientemente del consumo de medicamentos. Una reducción moderada del

sodio dietético hasta niveles inferiores a 2,3 g/día (100 mEq), permite reducir la TA. Aproximadamente, el10 % del sodio de la dieta lo aporta el con tenido natural de los alimentos, enespecial los de origen animal como las carnes, los huevos y los derivados lácteos. También algunas verduras lo contienen en forma natural y se debenconsumir con moderación. Los alimentos industrializados, por lo general, utilizan el benzoato sódico y el citrato sódico.

Es importante conocer que existen personas sensibles al sodio (natriosen- sibles) y otras que son resistentes (natriorresistentes). Por esta razón, se recomienda una dieta hiposódica a todo paciente y de forma permanente, unavez que haya sido diagnosticado como hipertenso. Sin embargo, esto explicaque algunos hipertensos no mejoren su enfermedad solamente con la reducción del sodio.

En la tabla 8.6 se muestran las modificaciones del estilo de vida en elmane- jo delhipertenso.

Tabla 8.6. Modificaciones del estilo de vida en el manejo del hipertenso* +

Modificación	**Recomendación**	**Reducción aproximada de laTAS**
Reducción de peso corporal normal	Mantenimiento del peso (IMC 18,5-24,9 kg/m^2)	5 a 20 mmHg/10 kg dereducciónde Peso
Dieta tipo DASH		8 a 14 mmHg
Reducción de sodio dietético	no más de 100 mmol día (2.4 gsodio o 6 de sodio cloruro)	2 a 8 mmHg
Actividad física		
Moderación en el consumo de alcohol		de 2 copas (30 mL de etanol) al día en los varones y no másde una en las mujeres
Consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales	Hacer ejercicio físicoaerobio regular como caminar rápido(al menos 30 min al día, casi todos los días de la semana)	4 a 9 mmHg 2 a 4
Reducir consumo de sodio,	Limitar el consumo a no más	mmHg

DASH, *Dietary Approaches to Stop Hipertension*.

* Para la reducción de todos los factores de riesgo, dejar de fumar. + Los efectos de estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes. Potasio. La

hipótesis de las funciones del potasio en el manejo de lahipertensión arterial se basa en las siguientes teorías:
El potasio induce la relajación del músculo liso vascular y, por tanto,disminuye la resistencia vascular periférica.
Las cargas de potasio originan natriuresis (aumento de la excreción de sodio).

Los suplementos de potasio reducirían la liberación de renina, hormonaimportante en los mecanismos que desencadenan la hipertensión arterial).
Se recomiendan aproximadamente entre 50 a 90 mmol/día, sobre todo si provienen de las frutas y los vegetales frescos. Algunos pacientes contratamiento farmacológico que eliminan potasio, pueden presentar síntomas de decaimiento, por ello será necesaria la utilización de suplementos de potasio, puesto que la dieta generalmente no puede suplir este efecto negativo de algunos diuréticos. Es preciso tener presente que los individuos con insuficiencia renal crónica o bajo tratamiento con un grupo de antihipertensivos conocidos como inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) requieren un ajuste del potasio en la dieta para evitar una hiperpotasemia.
Calcio. Existen estudios y ensayos clínicos en los que se sugiere que una dieta hipocálcica se asocia con un incremento de la presión arterial, debidoa los mecanismos como el efecto directo del calcio sobre el tono del músculo liso vascular y la disminución que produce del tono simpático central.
Estudios realizados han demostrado una disminución moderada, pero a la vez significativa, de la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica con complementos de calcio. Desde el punto de vista nutricional se recomienda una ingesta de 1 200 mg de calcio a través de la dieta en individuos y grupos vulnerables (embarazadas, madres que lactan, ancianos y adolescentes) y de 800 mg/día en adultos sanos.
A continuación se describen otros factores a tener en cuenta:
Cafeína. La ingestión de cafeína aumenta las cifras de presión arterial agudamente, pero la tolerancia a este efecto presor se desarrolla muy rápido.
Sobrepeso y obesidad. Los estudios epidemiológicos de Framingham han demostrado que la prevalencia de HTA en obesos es casi el doble de la que presentan las personas con peso normal.
Los estudios de INTERSALT también han reflejado la asociación positiva que existe entre el IMC y la HTA.
La distribución de la grasa corporal en el organismo influye sobre la elevación de las cifras de presión arterial. Existen evidencias científicas de que individuos con una distribución de la grasa de tipo superior tienen una prevalencia mayor de HTA que los individuos que no la presentan, o sea, la obesidad de tipo central o visceral o abdominal o del tren superior guarda con la HTA una relación más estrecha que la obesidad del tren inferior.
Se plantea que la pérdida de peso reduce la presión arterial en una gran parte de los sujetos hipertensos, cuyo peso supera en más del 10 % supeso saludable. Grasas saturadas. Se les reconoce involucradas en la patogenia de la HTA, mientras las monoinsaturadas tienen un efecto protector. Se debe tener en cuenta con el tratamiento hipotensor si el paciente es dislipidémico o no, porel efecto secundario sobre los lípidos de algunas de la drogas hipotensoras como los diuréticos y los betabloqueadores.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

- Contribuir al control de la hipertensión y/o promover la pérdida del exceso de líquidos retenidos, los cuales son manifestaciones clínicas de trastornos primarios como insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal e insuficiencia hepática, mediante una restricción alta, leve o moderada de la ingesta de alimentos fuente de Sodio en la dieta. (Foudation, 2014)
- La reducción del peso, la cual genera una caída moderada pero a la vez

significativa, de la presión arterial.

- Se obtendrá beneficio al disminuir el contenido de grasa saturada de la dieta y al incrementar la ingestión de grasa monoinsaturada.
- Incrementar la ingesta de alimentos ricos en potasio, magnesio y calcio por su efecto protector sobre la tensión arterial.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA HIPOSÓDICA

● Pacientes que presentan un aumento de líquido extracelular. Generalmente se observa en patologías como insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio en fase aguda y angina de pecho.
● Pacientes con afecciones renales como glomerulonefritis edematógena, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica, insuficiencia renal aguda en la fase oliguria, hemodiálisis y en pacientes trasplantados, tratados con corticoterapia. ● Pacientes con enfermedades del hígado con ascitis y edemas. ● Pacientes que reciben tratamientos prolongados con glucocorticoides (prednisona, dexametasona, prednisolona, cortisol, acetato de cortisona.) que provocan retención de sodio.
● Pacientes que han pasado por una cirugía cardiaca, pues durante el periodo postoperatorio es conveniente, a veces, establecer una restricción desodio y de líquidos, para reducir los riesgos de edema pulmonar. Posteriormente, la restricción de sodio se limitará a los pacientes que presentan enfermedad valvular.
● En casos de hipertensión arterial. Está demostrado que la mayoría de las veces la hipertensión mejora con la restricción de sodio, aunque se trata de una afección multifactorial. (Foudation, 2014)

ALIMENTOS RECOMENDADOS

- Es una realidad que la dieta baja en sodio es a menudo de difícil aceptación por parte de las personas mayores, por lo cual es conveniente utilizar todos los recursos posibles para evitar lainapetencia, como, por ejemplo: • La presentación. Esta debe ser atractiva a la vista a fin de estimular las secreciones gástricas.
- Métodos de cocción. Es mejor la cocción al vapor que la cocción al agua, ya que, esta diluye el sabor de los alimentos. Otras formas de cocción útiles son a la plancha, en papillote, en estofados o guisados.
- Manejo del sabor reemplazando a la sal de adición. Se debe encontrar recursos para que los alimentos sean deleitables, utilizando potenciadores de sabor, como: • Ácidos: vinagre, limón.
- Aliáceos: ajo, cebolla, cebolletas, escalonias, puerros.
- Especias: pimienta, pimentón, paprika, curry, azafrán, canela.
- Hierbas aromáticas: albahaca, hinojo, comino, estragón, laurel,menta, perejil, romero, tomillo, etc.
- Aceite con sabor, como el de oliva.
- En una dieta hiposódica leve o estándar, se deben incluir todos los grupos de alimentos en moderación, ya que el sodio está presente, prácticamente, en todos los alimentos, y es evidente que se debe restringir el nivel de consumo de sal de

mesa y los alimentos que contienen sodio añadido en el curso de su fabricación, tales como enlatados, conservas, embutidos, empaquetados.

- Los alimentos que se pueden incluir en la dieta estándar son: Carnes, aves, vísceras como lengua, riñones e hígado, pescados frescos de agua dulce o de mar, huevos, leche, esta se debe prescribir la cantidad exacta por el aporte de sodio, queso sin sal, pan y biscotes sin sal, harina, sémolas, pastas alimenticias, cereales, patatas, legumbres, ver-duras, hortaliza, fruta natural o zumos naturales, frutos secos, frutos oleaginosos, aceites vegetales, azúcar, agua natural u aguas minerales de baja mineralización

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● Restricción del consumo de sal de adición como sal de cocina y de mesa, sal marina y sal yodada.
● Evitar el consumo de carnes saladas, ahumadas y curadas, pescados ahumados y secados, crustáceos, moluscos y caviar. Adicionalmente, quesos con sal. ● No se permite la inclusión a la dieta de productos de charcutería. ● Eliminar el consumo de productos de panadería, especialmente aquellos productos en los cuales se añadió sodio durante su fabricación como pan salado, biscotes salados, pasteles, galletas industriales, entre otros.
● Omitir el consumo de productos de preparación instantánea comosopas, purés o cremas.
● Excluir las bebidas industrializadas con o sin gas.
● Evitar el uso de mantequilla, margarinas, condimentos salados comomostaza, mayonesa, entre otras salsas y las conservas en general.

DIETA ALTA EN FIBRA

Se caracteriza por el aumento del consumo de alimentos cuyo componente principal es la fibra. Tradicionalmente, el concepto de fibra incluye a todos aquellos hidratos de carbono que no se digieren ni absorben en la parte alta del tubo intestinal, llegando intactos al intestino grueso, específicamente al colon. (Rosalía Sánchez Almaraz, 2015) En la literatura, la fibra se ha clasificado en función de su condición de solubilidad; en función de su comportamiento en contacto con el agua (fibra soluble e insoluble) y de su fermentabilidad (fibras no fermentables, fibras parcialmente fermentables, fibras fermentables). La fibra soluble incluye el almidón resistente, pectinas, gomas, mucílagos, algunas hemicelulosas y polisacáridos no amiláceos de reserva de la planta. Son compuestos que forman geles en el tracto digestivo y por ende muchos de sus efectos fisiológicos incluyen el retraso en el vaciamiento gástrico o elenlentecimiento del mismo y disminución de la absorción de ciertos nutrientes en el intestino delgado, y por último La fibra insoluble incluye la celulosa, algunas hemicelulosas, lignina y otros polifenoles. A diferencia dela fibra soluble, esta puede ser fermentada por las bacterias colónicas. Presentando un importante papel en la formación y el tránsito intestinal del bolo fecal, aumentando el volumen del mismo y disminuyendo su tiempo de tránsito. Sin embargo, según estudios, algunas fibras insolubles también pueden ser rápidamente fermentadas, por eso en su clasificación, el nivel de fermentabilidad es igual importante.
La Asociación Americana de Dietética (ADA) establece el consumorecomendado de fibra en adultos en 25-30 g/día, o 10-13 g. de fibra por cada 1000 kcal consumidas. Igualmente, la proporción insoluble/soluble debe ser 3/15. Por otro lado, la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria cita algunas recomendaciones dietarías para el consumo de fibra, para adultos mayores, se recomienda el consumo de 10-13 g. de fibra por cada 1000 kcal.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

- Aumento de la motilidad intestinal.

• Incremento de la producción de ácidos grasos volátiles (flatulencia). • Acción como agente higroscópico.

• Disminución de la presión intraluminal del colon.

• Actuación como una débil resina de intercambio catiónico.

• Alteración del metabolismo de los ácidos biliares.

• Influencia sobre la respuesta insulínica y el metabolismo de laglucosa.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA ALTA EN FIBRA

• Por sus características fisiológicas y múltiples efectos a nivel • el tránsito digestivo se considera que tiene un papel importante en la fisiopatología, prevención y tratamiento de múltiples enfermedades, tales como: • Enfermedades gastrointestinales. Estreñimiento, diarrea, síndrome de intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, diverticulosis y Síndrome de intestino corto.

• Enfermedades metabólicas. Diabetes Mellitus e hiperglucemia, obesidad, hiperlipidemia, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico.

• Papel terapéutico en Encefalopatía hepática leve e Insuficiencia renalcrónica por efectos de la fibra sobre la excreción de nitrógeno en las heces.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

● Al tratarse de una dieta rica en fibra es conveniente fraccionarla en 4-5 tomas a lo largo del día para asegurar una ingesta adecuada de energía y nutrientes. ● Es necesario incluir en la dieta alimentos fuente de fibra, tales como: verduras, frutas frescas, legumbres, cereales integrales, frutos y frutas secas. ● Es muy importante que al igual de incluir alimentos con alto contenidode fibra se acompañe del consumo abundante de líquidos (mínimo 8-10 vasos diarios de agua o infusiones o caldos desgrasados o zumos).

● Se aconseja el consumo de lácteos, ya que el yogur y otras leches fermentadas contienen microorganismos que ayudan a equilibrar la flora del intestino y mejoran las secreciones intestinales.

● En cuanto a cereales y derivados de cereales es recomendable que sean integrales.

● Aumentar el consumo de verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos. Se recomienda que la porción de ensalada en el plato ocupe la mitad del mismo. ● Se sugiere el consumo de frutas frescas y con piel.

● Se debe incluir frutos secos como parte un tiempo de comida oacompañante de una comida principal.

● Igualmente se deben incluir alimentos frescos y variados de todos ola mayoría de los grupos de alimentos en porciones adecuadas.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

● Conviene evitar el consumo de alimentos clasificados como astringentes, tales como: arroz blanco, sémola de arroz, pasta alimentaria, patata, zanahoria, limón, manzana al horno, pera cocida, dulce demembrillo, plátano maduro, té reposado y vino tinto.

DIETA ASTRINGENTE

La alimentación en la dieta astringente está indicada en la enfermedaddiarreica sin importar la etiología de la misma. La enfermedad diarreica esun síndrome de origen

multicausal en la que se destaca en primer lugar la
interacción de agentes patógenos (virales, bacterianos, y parasitarios) con el organismo humano. Otras posibles causas son alergias alimentarias,

trastornos de absorción/digestión, cuadros quirúrgicos, ingesta de fármacos e Intoxicación por metales pesados. El daño producido en el epitelio intestinal produce evacuaciones con moco, sangre y leucocitos en heces y pérdidas anormales de sales y agua. Generalmente, se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal.

Este tipo de dieta se caracteriza por la exclusión de alimentos y preparaciones que aportan fibra dietética predominantemente enzimática, irritantes de la mucosa digestiva (condimentos, aceites recalentados, lactosa), estimulantes (cafeína, alcohol, cacao, etc.), aquellos que favorecen la distensión (alimentos productores de gas), y por ultimo aquellos que estimulan el trabajo mecánico del tubo digestivo (fibra dietética insoluble), abundante en agua y fibra no enzimática.

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Reducir la duración y las molestias de la diarrea por medio de la prohibición de determinados alimentos y la reintroducción progresiva de otros, mantenery/o recuperar el balance hidroeléctrico, mantener y/o recuperar el estado nutricional, mantener el reposo del tracto gastrointestinal, fomentar la recuperación espontanea del intestino, favorecer la absorción de nutrientes, evitar cronicidad de la enfermedad a través de alimentos astringentes, los cuales ayudan a reducir la estimulación de las secreciones gastrointestinalesy por ende enlentecer el tránsito intestinal.

INDICACIONES PARA SUMINISTRAR LA DIETA ASTRINGENTE ● La alimentación astringente está indicada en enfermedades diarreicas, independientemente de sus causas.

ALIMENTOS RECOMENDADOS

● Se recomiendan alimentos absorbentes o astringentes como arroz, plátano, papa, yuca, ñame, auyama sin concha, zanahoria y calabaza cocida, membrillo en almíbar, manzana, pera y durazno, estas últimas cocidas o al horno.
● Se recomienda que las preparaciones se licuen y pasen por colador, pues evitar el consumo de alimentos en forma de trozos ayuda a que no se incremente el peristaltismo intestinal.
● Los alimentos deben estar bien cocidos y en preparaciones blandas. ● Ofrecer tomas frecuentes y en poca cantidad de acuerdo a tolerancia y preferencia del paciente en cada tiempo de comida, para no exceder la capacidad intestinal de absorción.
● Reponer las pérdidas de líquido con solución oral o líquidos caseros (jugos no azucara-dos, sopas, agua e infusiones).
● Utilizar aceites vegetales líquidos (aceite de maíz, canola y/u oliva)de primera elección. La selección de grasas de origen vegetal esfundamental y siempre es bien tolerada. No se debe realizar limitación
excesiva del contenido de grasa en la dieta y, por otro lado, el consumo excesivo durante el episodio diarreico es contraproducente.
● Incluir alimentos de alto valor proteico e hipoalergénica como carnesmagras y aves.
● Se considera que continuar la alimentación unida a la terapia de rehidratación oral.

ALIMENTOS RESTRINGIDOS

- Leche entera, descremada o deslactosada, yogurt, kumis; alimentos productores de gas; verduras crudas; preparaciones con salsas, fritos, aderezos, azúcares y postres

- Evitar el consumo de alimentos ricos en fibra insoluble, en especial legumbres, verduras fibrosas y que producen flatulencia, hortalizas y algunas frutas enteras. Entre ellos se encuentran la espinaca, acelga,remolacha, coles, frutas crudas y secas y las legumbres inicialmente.
- Deben evitarse alimentos con alto contenido de grasa, cremas, grasavisible de las carnes, piel de animales, vísceras, entre otros.
- No usar grasas en forma excesiva en la preparación de los alimentos, es decir evitar freír, rebosar y empanizar.
- No se recomienda hojaldre ni añadir alimentos untados, ricos engrasas saturadas y grasas trans como mantequilla, margarina, salsascomerciales, crema de leche, flan, natillas, nata, suero, manteca, repostería y bollería industrial.
- Se recomienda no endulzar las bebidas con azúcar, miel o panela.
- No utilizar jugos o compotas industrializadas.
- No suministrar bebidas recreativas (deportivas, maltas, refrescos, jugos envasados) ni gelatinas, debido a que incrementan la carga osmótica por la gran cantidad de azúcares.
- No escoger cereales y derivados de cereales integrales.
- Evitar alimentos irritantes como el café, chocolate, cacao y picantes. • Omitir aquellos alimentos con alto contenido de sodio como caldos sintéticos, embutidos, enlatados, conservas y empaquetados, pues pueden empeorar la diarrea por su efecto osmótico y facilitar desequilibrio hidroelectrolítico. El té es una bebida de bajo contenido de sodio, pero contribuye a la depleción de potasio. • Es conveniente no introducir alimentos nuevos durante el proceso diarreico porque predispone a rechazos y vómitos.
- Se evitará la fibra vegetal, ya que aumenta el volumen intestinaly estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal.
- Se suprimirán los guisos, fritos, embutidos y salados, porque irritan lamucosa • digestiva.
- Se evitarán las grasas, por ser de digestión prolongada.
- Se evitarán los estimulantes del reflejo gastrocólico y delperistaltismo: café, zumos de naranja azucarados.

DIETA LIBRE DE GLUTEN

Se define como la alimentación en la cual se elimina completamente algunasproteínas que se encuentran en forma natural en alimentos como el trigo, la avena, el centeno y en todos los alimentos con ingredientes derivados, debido a que existe condición que favorece la intolerancia al gluten. (Virginia Estévez, 2016)

Entre las indicaciones de este tipo de dieta se encuentran la enfermedad celíaca, de origen autoinmune que afecta la mucosa del intestino delgado y cuyo desencadenante es la ingesta de gluten. (Cobos-Quevedo OJ, 2017).
Los síntomas principales de manifestaciones menores incluyen o dispepsia, distensión abdominal, alteraciones leves del tránsito intestinal similares a las de Síndrome de Intestino Irritable, anemia de causa no precisada, fatiga aislada, hipertransaminasemia

de causa no precisada, infertilidad, alteraciones neurológicas centrales y periféricas, osteoporosis, talla baja, defectos del esmalte dental, dermatitis herpetiforme. Mientras que las manifestaciones mayores incluyen (diarrea, esteatorrea, baja de peso y otras características de malnutrición como calambres, tetania, edema periférico debido a alteraciones electrolítica e hipoalbuminemia).

De igual modo la dieta libre de gluten debe administrarse a personas con sensibilidad no celíaca al gluten con el fin de reducir las alteraciones gastrointestinales y mejorar la calidad de vida. (FELIPE MOSCOSO J.1, 2016)

OBJETIVOS ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

Lograr un adecuado estado de salud y nutrición en las personas con intolerancia al gluten mediante la eliminación radical de alimentos con glutencon el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida.

INDICACIONES

● Personas con intolerancia al gluten no celiaca
● Enfermedad celiaca
● Alergia alimentaria al trigo

ALIMENTOS PERMITIDOS

● Aumentar el consumo de alimentos que no contengan gluten como arroz, maíz, mijo, quinoa, harina de chía, sorgo y derivados.
● Se recomienda el consumo de alimentos derivados del maíz como arepas, tortillas de maíz, envueltos.
● Se permite el consumo de panes sin gluten, elaborados a partir de harinas de arroz, maíz. De igual modo se recomienda el consumo de raíces (yuca, arracacha), tubérculos (papa) y plátanos como alimentos equivalentes
en energía.

- Se recomienda para el consumo de bebidas tipo coladas alimentoscomo la fécula de maíz

● Se permite el consumo de alimentos industrializados declarados como libres de gluten, es decir con menos de 1 ppm, según lo establecido por la FDA (Food and Drug Administration) en la evaluación de riesgo para proteger de una respuesta clínica a las personas celiacas. (Cobos-Quevedo OJ, 2017)

ALIMENTOS RECHAZADOS

● Evitar el consumo de alimentos como harina de trigo y derivados como alimentos de panadería y galletería elaborados con trigo.
● No se recomienda el consumo de avena y derivados.
● No consumir alimentos industrializados elaborado con trigo, cebada, centeno o avena, o con trazas de alguno de estos alimentos.
● No se recomienda el consumo de alimentos que pueden contener trazas de gluten, los que con mayor frecuencia contienen son alimentoscomo salsas de mostaza, tomate, extractos de carnes, embutidos de carnes, caramelos y helados

DIETA VEGETARIANA

Es cada vez mayor el número de personas con dieta vegetariana por razones de salud, economía, religión, ecología o filosofía.

Las dietas vegetarianas se clasifican en:

- Vegetarianos totales.
- Frutarianos: solo consumen frutas frescas, frutos secos y nueces,miel y aceite de oliva.

- Lactovegetarianos: consumen alimentos vegetales junto con leche yproductos lácteos.
- Lactoovogetarianos: consumen alimentos vegetales junto con leche yderivados y huevos.
- Semivegetarianos o vegetarianos parciales: consumen algunos grupos de productos animales, pero no todos, consumen carne roja y/o pueden excluir algunos productos animales.

La *American Dietetic Association,* reconoce que las dietas vegetarianas bien planificadas son compatibles con un aporte nutricional adecuado al grado de selección de alimentos y las pautas de alimentación se ajustan a las recomendaciones dietéticas de cada individuo y dependen del tipo de dieta vegetariana elegida y del grado de selección de alimentos y planificación de lacomidas. Las dietas vegetarianas pueden contener
cantidades limitadas o nulas de proteína de alta calidad, vitamina B_{12}, vitamina D, riboflavina, calcio, cinc y hierro. Es preciso valorar la ingesta de cada individuo, estudiando su suficiencia nutricional y suplementándola en caso necesario. Si estas dietas no se planifican cuidadosamente pueden plantear riesgos durante algunos períodos de la vida.

Las dietas lactovegetarianas y lactoovogetarianas resultan adecuadas desde el punto de vista nutricional, si se seleccionan correctamente. Estas dietas tam bién satisfacen las necesidades inducidas por el estrés que supone el crecimien- to, el embarazo y la lactancia.

Es preciso planificar con cuidado las dietas vegetarianas puras, puesto que estas carecen de fuentes concentradas de proteínas con proporciones deseables de aminoácidos esenciales y aportan cantidades limitadas de calcio, hierro, cinc, riboflavina, vitamina B12 y vitamina D.

Toda dieta debe incluir cantidades generosas de cereales integrales y sus derivados. Asimismo, durante el día se deben consumir diversos tipos dealimen- tos cuyas proteínas se complementen entre sí.

BIBLIOGRAFÍA

La Habana, 2008 Catalogación Editorial Ciencias Médicas Hernández Fernández, Moisés. Dietoterapia / Moisés Hernández Fernández…et al; revisión técnica Santa Jiménez.La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.229p. : tab. (Temas de Nutrición) Datos CIP-Editorial Ciencias Médicas, Martín González, Isabel C Manual de dietoterapia/Isabel C. Martín González: Delia Plasencia Concepción, Troadio L. González Pérez. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2001X, 182 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. La Habana, 2004. Hollenbeck CB, Coulston AM. Diabetes Mellitus. En: Organización Panamericana de la Salud. Instituto Internacional de Ciencias de la Vida.Conocimientos actualessobre Nutrición. 6th ed.Washington: OPS-ILSI;1991:419-21

(Publicación Científica, 532).

Kaye Foster-Powell, Janette B. Miller. International Table of Glycemic Index. Am J Clin Nutr 1995; 62:871s-93s. Mann J. Dietary fibre and diabetes revisited. Eur J Clinical Nutr 2001; 55:919-21.

Martín I, Plasencia D, González T. Manual de Dietoterapia. Ed. CienciasMédicas, 2001. Insti- tuto de Nutrición e Higiene de los Alimentos.

Mc Auley KA, et al. Intensive lifestyle changes are necessary to improveinsulin sensitivity. Diabetes Care 2002; 25: 445-52.

Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una consulta mixta de expertosOMS/FAO. OMS, Serie de Informes Técnicos 916. Ginebra 2003; Organización Mundial de la Salud.

Reavens GM. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes 1998;37:1 595-607. Report of the Expert Comitee on diagnosis and classification
of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20:1 183-97.Rojas HE. La Fibra Dietética. En: Los Carbohidratos en la Nutrición Humana.
Grupo Aula Médica, S.A, 1994:119-38.Vessby B. Subsituting dietary saturated for

monosaturated fat impairs insulin sensitivity in healthy men and women: the KANWU Study. Diabetologia 2001; 44:312-19.(8) Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
FELIPE MOSCOSO J.1, a. (2016). Enfermedad celíaca. Revisión. RevistaMedica de Chile, 211-221.
Foudation, N. K. (2014). National Kidney Foudation Nutrition. Retrieved from https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-6125%20-%20Nutrition%20and%20CKD%20Stage%201-4.pdf
Lorenzo V, L. D. (2016). Manejo nutricional en la enfermedad renal crónica.Revista nefrologia, 99. Retrieved from http://www.revistanefrologia.com/es-monografias nefrologia-dia-articulo-manejo-nutricional-enfermedad-renal- crnica-99 Manuel Gorostidi1*, R. S.-V. (2014). guías KDIGO para la evaluación y eltratamiento de la enfermedad renal crónica. Revista Nefrología, 30-34.
Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana.Obtenido De https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SN A/guias alimentarias-basadas-en-alimentos.pdf
Ministerio de Salud Y Protección Social. (Agosto de 2016). Recomendaciones de ingesta de Energia y Nutrientes para la población colombiana.Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203 803%20de%202016.pdf
Nutrición Hospitalaria, Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral.(2019). Nutrición en el anciano. Nutrición hospitalaria, 35, 1059.
Parra, R. A. (2010). CARACTERIZACIÓN DE LAS DIETAS TERAPEUTICAS OFRECIDAS EN HOSPITALES Y CLINICAS UNIVERSITARIAS EN BOGOTÁ. Obtenido http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis517.pdf
Patricia Savino, Nathan Zundel. (2013). Manejo nutricional posoperatorio decirugía bariátrica. Scielo, 73-83.
Indicaciones de diferentes tipos de fibra en distintas patologías. Nutrición Hospitalaria, 2372-2383.
Sauraa, J. (2014;). Evidencias científicas sobre la eficacia y seguridad de ladieta proteinada. Rev. Andal Med Deporte., 7(1):27-32.
Sanhueza Catalán, J., Durán Agüero, S., & Torres García. (2015). Ácidosgrasos dietarios y su relación con la salud. Nutrición hospitalaria, 259.
Virginia Estévez, M. A. (2016). La dieta sin gluten y los aliementos libres de gluten. Revista Chilena de Nutrición, 428-433.