



***MANUAL TÉCNICO DE  
NOMENCLATURA DIETÉTICA  
Código MT.GM.ARSDT. Nut 001.  
Versión 01***

***Caja Costarricense del Seguro Social  
Gerencia Médica  
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud***

**2013**

**ELABORADO POR:**

Alejandra Sánchez Alvarado

Luisa Fernanda del Rio O

Yanci Méndez Arce

Verónica Vellido Irías

H. Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Coordinación Nacional de Nutrición.

H. San Juan de Dios.

H. Nacional de Niños. Dr Carlos Sáenz H.

**Colaboraron:**

Andrea Sánchez Salas

Leilin Chiong Lee

Larissa Muñoz Rivera

Sandra Redondo Álvarez

H. México.

H. Nacional Siquiátrico.

H. Nacional de Geriatria y Gerontología.

Centro Nacional de Rehabilitación.

**Validado por:**

Cyndy Molina Fernández

Ednita Araya Gómez

Fanny Castillo Lara

Graciela Rojas Figueroa

Heivy Méndez Arias

Laura Gómez Camacho

María Esther Solano Cabezas

Nuria Ramírez Umaña

Pilar de la O Castro

Rocío Coto Varela

H. Max Terán Valls

H. Golfito

H. San Juan de Dios

H. San Juan de Dios

H. Tony Facio.

H. San Francisco de Asís.

H. Carlos Luis Valverde Vega.

H. Enrique Baltodano Briceño.

H. Nacional de Niños.

H. San Rafael de Alajuela.

Scarlett Murillo Vargas	H. de los Chiles.
Stephanie Villalobos Anchía.	H. San Vicente de Paúl.
Silvia M Guevara Gómez	H. La Anexión.
Vera Avendaño Núñez	H. de las Mujeres Adolfo Carit Eva
Yorleny Barrantes Marín	H. Upala
Yuniritz White Wright	H. San Vito

**Revisado por** Mario Mora Ulloa ARSDT

**Aprobado por:** Gerencia Médica -37.551-5 - 23 de  
Agosto del 2013

**Fecha de Emisión:** Agosto 2013

**Próxima Revisión:** Agosto 2015

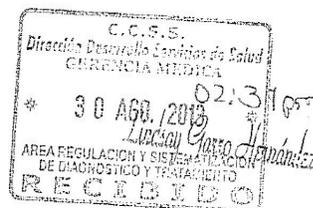
### **Agradecimientos**

Al Consejo de Educación Permanente de Nutrición del CENDEISSS, a los profesionales de los Servicios de Nutrición participantes en la homologación y unificación de criterios, que hicieron posible la elaboración del manual técnico de Nomenclatura Dietética de la Caja Costarricense del Seguro Social.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
GERENCIA MÉDICA  
Teléfono: 2539-0000 Ext 7600  
FAX: 2539-1435 ó 0925

23 de agosto del 2013  
GM-37.551-5



Doctor  
Raúl Sánchez Alfaro, Director a.i.  
**Dirección Desarrollo de Servicios de Salud**  
Presente

**ASUNTO: AVAL DOCUMENTO "MANUAL TÉCNICO DE NOMENCLATURA DIETÉTICA"**

Estimado Doctor:

En atención a su oficio DDSS-1135-13, de fecha 31 de julio del 2013, le informo que esta Gerencia avala el documento: "Manual Técnico de Nomenclatura Dietética", mismo que de previo cuenta con el aval técnico del Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento y aprobación de su Dirección.

En razón de lo anterior, le instruyo para que se realice los trámites correspondientes para la divulgación, asesoría correspondiente y puesta en práctica de dicho documento.

Atentamente,

**GERENCIA MÉDICA**

**Dra. María Eugenia Villalta Bonilla**  
**GERENTE**

MEVB/ASM/mdm

- Dr. Mario Mora Ulloa, Jefe Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, DDSS.
- Dra. Luisa Fernanda Del Río Olivera, Coordinación Nacional de Nutrición.
- Archivo

## Índice

I. Introducción .....	6
II. Definiciones, abreviaturas y símbolos .....	8
III. Referencias Normativas .....	8
IV. Alcance y campo de aplicación .....	9
V. Objetivo General .....	9
Objetivos Específicos .....	9
VI. Metodología .....	10
VII. Marco conceptual.....	14
VIII. Herramientas de aplicabilidad.....	18
IX. Monitoreo y auditoría del Manual Técnico .....	18
X. Contenido.....	19
A. Dietas de progresión.....	19
C. Dietas terapéuticas.....	36
D. Dietas para disfagia.....	44
XI. Glosario.....	58
XII. Referencias.....	64
Anexo #1	
Anexo #2	
Anexo #3	
Anexo #4	

## I. Introducción

La alimentación en los hospitales es un tema considerado clave, ya que al adecuarse a las necesidades del individuo, puede ser de gran utilidad en el tratamiento de patologías a través de dietas específicas o terapéuticas (Mesejo et al. 2000). Además, la alimentación hospitalaria es el segundo factor en importancia a la hora de valorar la calidad asistencial por parte de los enfermos y sus acompañantes, después de la atención y amabilidad del personal sanitario (Andrés et al. 2009).

El proceso organizativo para proveer alimentos involucra no solo a nutricionistas y su personal auxiliar, sino a otros profesionales en salud relacionados con el cuidado de los pacientes; debiéndose realizar una importante labor informativa para que todas las áreas conozcan las diversas dietas disponibles, sus características y forma de solicitarlas, tanto en pacientes ingresados como en aquellos de régimen ambulatorio (Gómez, C.C., Iglesias, Rosado. A.I., de Cos Blanco. s.f).

El Manual de Nomenclatura Dietética de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), nace con la intención de estandarizar el lenguaje técnico referente a las dietas utilizadas en la atención nutricional de pacientes. Pretende ser una herramienta actualizada, sucinta y directa para su aplicación en los establecimientos de salud; que contribuya a minimizar errores en la prescripción e indicación de la dieta; además de facilitar la educación nutricional y el manejo de pacientes trasladados entre centros hospitalarios o referidos para su manejo ambulatorio. Servirá también como herramienta docente, permitiendo cubrir las necesidades de información técnica a un grupo más amplio de usuarios, como médicos, enfermeras y estudiantes universitarios.

El manual define y caracteriza las dietas comúnmente prescritas en el ámbito hospitalario, constituyendo la base de la planificación de los menús que deben elaborarse en los Servicios de Nutrición de la institución, siendo una herramienta útil para todos los profesionales implicados en el abordaje integral del paciente, en busca de una mejora continua en la calidad de la atención.

***“No hay una práctica culinaria que requiera más atención y dedicación, que aquella relacionada con la dieta del enfermo”***

*Isabella Beeton, Cookery and Household Management, 1861*

## II. Definiciones, abreviaturas y símbolos

ADA:	American Dietetic Association.
ALAD	Asociación Latinoamericana de Diabetes
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
( cP).	Centipoise (unidad de viscosidad dinámica)
CEPN	Consejo de Educación Permanente de Nutrición
CENARE:	Centro Nacional de Rehabilitación
CENDEISS:	Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.
CHO	Carbohidratos
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios en Salud
gr	Gramos
JADA:	Journal of American Dietetic Association.
HTA	Hipertensión arterial
Kcal	Kilocaloría
VET	Valor Energético Total

## III. Referencias Normativas

Oficio Consejo de Educación Permanente de Nutrición. CEPN – Cendeisss 20 de Junio de 2011

Informe de auditoría ASS-349-2011

Manual de normas, procedimientos y sistemas de los Servicios de Nutrición de los Hospitales (1988).

## **IV. Alcance y campo de aplicación**

El contenido del manual puede ser utilizado por personal médico, de enfermería y nutrición, principales actores involucrados en la prescripción de dieta requerida por el paciente y solicitud de la misma; así como la preparación y distribución de los alimentos que la componen. Incluye también a cualquier profesional del área de la salud que, como resultado de su labor, deba referirse al tema de la nutrición y alimentación pertinente en diversas condiciones clínicas.

La nomenclatura definida en el documento debe ser implementada en la actividad asistencial de los Servicios de Nutrición, desde la compra de alimentos, elaboración del ciclo de menú, identificación de la dieta de los pacientes (tarjetas y censos) e intervención nutricional.

## **V. Objetivo General**

Estandarizar la nomenclatura dietética utilizada en la atención de pacientes en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, por medio de la unificación de los nombres y características de las diferentes dietas requeridas para el manejo dietoterapéutico de su condición de salud.

### ***Objetivos Específicos***

Elaborar el manual técnico de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible y el consenso de profesionales de nutrición que laboran en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Divulgar el contenido del manual en los diversos grupos de profesionales involucrados en la atención nutricional del paciente.

Implementar la nomenclatura dietética en la red de servicios de la institución, tanto en la planificación de la alimentación hospitalaria como en actividades relacionadas con educación nutricional.

## **VI. Metodología**

El Manual de Nomenclatura Dietética se elabora como respuesta a la solicitud presentada por el Consejo de Educación Permanente en Nutrición del CENDEISSS, debido a la necesidad de homologar las dietas utilizadas en la labor del profesional en Nutrición.

El grupo conformado a solicitud de este Consejo inició el proceso de reuniones en febrero del 2012, para establecer las pautas a seguir en el desarrollo del manual y el cronograma de las actividades pertinentes.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para seleccionar documentos con información válida y relevante, para fundamentar los conceptos teóricos y orientar los contenidos de las diferentes dietas.

Con la finalidad de conocer la situación de la nomenclatura dietética actual, se solicitó información disponible en cada hospital sobre las dietas utilizadas en la alimentación de pacientes. Posteriormente se hizo una sistematización de la información recibida, analizando los nombres de dietas más usados, el propósito de las mismas y la concordancia entre las definiciones de dietas con nombres similares.

Según este análisis se enlistaron las dietas que, de acuerdo al consenso del grupo desarrollador del manual, deben ser consideradas como base en la planificación de la alimentación hospitalaria. Luego se envió a consulta el nombre seleccionado para cada dieta según una definición básica de la misma, por medio

de un formulario con preguntas de selección única, que fue contestado por nutricionistas de diferentes hospitales. Basados en las respuestas con mayor consenso y su concordancia con los conceptos bibliográficos, se definieron los nombres de las dietas básicas.

Se incluyó un apartado específico para el tipo de pacientes atendidos en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), denominado “Dietas para pacientes con Disfagia” debido a la dificultad de agruparlas dentro de las dietas básicas seleccionadas.

A partir de este momento se inició la redacción del contenido del Manual de Nomenclatura Dietética, considerando los diversos insumos de información disponibles y el consenso del grupo de expertos encargado de este documento. Con el fin de estandarizar los nombres de algunos regímenes dietéticos especiales se incluyó un glosario con las definiciones de dichas dietas.

La codificación de las dietas del manual es una práctica recomendada en bibliografía relacionada con el tema, que puede utilizarse tanto para fines operativos como estadísticos; ya sea en la identificación del paciente o en la generación de informes de producción. Para los regímenes dietéticos definidos en este documento, se propuso el sistema de códigos que se muestra en el Cuadro N° 1.

**Cuadro N°1**  
**Codificación de los regímenes incluidos en el Manual Técnico**  
**de Nomenclatura Dietética**

<b>A. Dietas de progresión</b>		
A.1 Líquidos claros	A.2 Papilla	A.3 Blanda
A.4 Normal		
<b>B. Dietas con modificación de textura</b>		
B.1 Líquidos completos	B.2 Suave	B.3 Licuado artesanal por sonda
B.4 Fórmula por sonda		
<b>C. Dietas terapéuticas</b>		
C.1 Modificada en carbohidratos	C.2 Hiposódica	C.3 Hipograsa
<b>D. Dietas para disfagia</b>		
D.1 Líquidos ralos	D.2 Líquidos tipo néctar	D.3 Líquidos tipo miel
D.4 Líquidos tipo pudding	D.5 Suave sin grumos	D.6 Suave con grumos
D.7 Semisólidos	D.8 Blanda mecánica	
<b>E. Dietas especiales</b>		
E.1 Electiva	E.2 Sin gluten	E.3 Sin lactosa

Fuente: Grupo desarrollador Manual Nomenclatura Dietética, 2013.

Para la validación del texto final se seleccionó a un grupo de nutricionistas, quienes posterior a la lectura del documento con los conceptos referentes a la nomenclatura dietética, procedieron a completar un formulario diseñado para recolectar las opiniones y observaciones sobre el contenido. Cada formulario fue revisado para evaluar, de acuerdo a la evidencia aportada, la necesidad de

realizar cambios en el documento aplicando las sugerencias de los participantes en la proceso.

Para cumplir con parámetros de calidad metodológica, se completó el documento con la redacción de los apartados sugeridos para el desarrollo de un manual técnico, según los define el “Manual Metodológico para la construcción de un Manual Técnico en la DDSS” (2012).

Antes de su impresión final, el manual pasó por las revisiones de rigor y el aval de la Gerencia Médica de la CCSS, para que se oficializar su publicación e implementación en la institución.

## VII. Marco conceptual

Los manuales de práctica clínica juegan un rol único en el sentido que resumen la evidencia producto de la investigación y el consenso de expertos, en guías para el uso de los profesionales en la atención de pacientes. El predecesor de los manuales de nutrición clínica es el manual de dietas, originalmente definido por Doris Johnson como “...una guía de procedimientos para todos los grupos en el hospital que están relacionados con la preparación y servicio, tanto de la dieta normal como de las terapéuticas” (Chima, 2007).

Planificados y escritos por nutricionistas, los manuales de dietas fueron pensados desde sus orígenes como una herramienta de comunicación interdisciplinaria; que también corresponden a un criterio de calidad en la evaluación de hospitales (Donelan et al 2011). Al principio estos manuales incluían una lista de modificaciones dietéticas para su selección y uso por el médico tratante, mientras que personal de enfermería y nutrición debían implementar y supervisar la ejecución de estas órdenes. Con la posterior evolución de estos documentos no sólo los médicos sino nutricionistas, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales, han asumido un rol más autónomo en la toma de decisiones sobre el manejo nutricional, siempre bajo la supervisión del médico (Chima, 2007).

En 1941 el Departamento de Guerra de Estados Unidos publicó el “*Technical Manual of Hospital Diets*”, cuyo propósito era estandarizar el diseño de menús y la preparación de las dietas en hospitales militares; donde se enlistaban regímenes terapéuticos para el tratamiento de patologías como úlceras, estreñimiento y tuberculosis, entre otras. Posteriormente el “*Handbook of Diet Therapy*” (1946) a cargo de Dorothea Turner de la Asociación Americana de Dietistas (ADA), definió un patrón básico y modificaciones dietéticas entre las que se pueden mencionar la dieta blanda, hipocalórica, diabética y baja en purinas (Chima, 2007).

En el pasado la nomenclatura dietética utilizó nombres de médicos como el régimen Giovanni-Giovanetti para el manejo de enfermedad renal; o bien se les designó en función del objetivo terapéutico, como el caso de la dieta antiulcerosa aplicada en pacientes con úlcera péptica. Esta práctica fue cuestionada en el editorial de Weng (1954) incluido en el Journal of the American Dietetic Association (JADA) por ser ambigua y confusa, razón por la que actualmente se ha eliminado su uso en la definición de los nombres de dietas de los manuales institucionales.

A nivel nacional el “Manual de normas, procedimientos y sistemas de los Servicios de Nutrición de los Hospitales” de la CCSS (1988) estableció que además de la dieta normal, se brindarían las siguientes dietas terapéuticas: líquidos claros, líquida estricta, líquidos amplios, dieta blanda, hipograsa, hiposódica, modificada en carbohidratos e hipocalórica. Además hace referencia que el manejo con dietas especiales de pacientes que no puedan ubicarse en uno de los patrones establecido, debe hacerse a través del cálculo individual por un nutricionista.

Como cualquier manual de dietas la información incluida en este documento es para ser usada como una guía, ya que las necesidades nutricionales y condición clínica de algunos individuos pueden requerir una evaluación y plan de manejo específico; que no necesariamente podrá ser satisfecho con lo establecido en las dietas básicas de este manual.

Aunque los nombres de las dietas incluidas en este manual son de aplicación obligatoria, la operacionalización de las mismas depende de las características de cada sitio u hospital. Según Dárdano (2012) *“La planificación de la alimentación de individuos hospitalizados debe basarse en la dieta normal...”*, haciendo las modificaciones necesarias para satisfacer las necesidades de los mismos, garantizando la adecuación terapéutica requerida para el manejo de la patología de fondo.

La definición del aporte calórico y distribución de macronutrientes de la dieta normal debe hacerse en base a lo estipulado por la dieta básica de la institución. A cada servicio de nutrición según sus recursos y el tipo de cliente que atiende, le corresponde definir el tipo de alimentación terapéutica que se ofrecerá dentro del menú básico del servicio; utilizando como guía lo que se indica en este manual.

El tipo de alimentos a incluir puede modificarse según estacionalidad y disponibilidad de alimentos, características climáticas de la zona y en función de su aceptación por parte de los pacientes, demostrada mediante encuestas de aceptación (Gómez Candela et al .s.f).

Este documento pretende abarcar las dietas usadas habitualmente en los centros hospitalarios de nuestro país, con la finalidad de que la petición y su puesta en práctica sean entendidas fácilmente por todos. Siempre se plantearán situaciones que exijan el diseño de dietas especiales o individualizadas, que por su escasa demanda, escapen del alcance de este manual.

La estructura recomendada por autores en el tema, indica que cada dieta debe incluir al menos los siguientes apartados (Chima, 2007) (Moreno y Martínez, 2004):

- Denominación genérica o nombre
- Principio o definición de la misma
- Objetivos o resultados esperados
- Adecuación en términos de nutrientes esenciales o macronutrientes
- Lista de alimentos permitidos y restringidos,
- Recomendaciones de uso

Tomando en cuenta las características de las dietas básicas desarrolladas, se agruparon en cuatro categorías: de progresión, con modificación de textura, terapéuticas y el módulo para disfagia.

Una dieta terapéutica es aquella ordenada como parte de un tratamiento para una enfermedad o condición clínica, con el fin de eliminar, reducir o aumentar algunos nutrientes en la alimentación (Joint Committee on Administrative Rules, s.f.).

En el caso de las dietas modificadas en textura, tienen la función de proveer al paciente alimentos en una consistencia que facilite y favorezca la masticación y deglución de los mismos.

Las dietas de progresión son ampliamente utilizadas en el ámbito hospitalario, principalmente en el área quirúrgica o, en situaciones donde la condición del paciente hizo necesario la suspensión de la vía oral y posterior reinicio hasta llegar a su estado basal. Tanto las dietas de progresión como las modificadas en textura pueden ser indicadas en combinación con cualquier dieta terapéutica.

Un aspecto fundamental al diseñar cualquier tipo de dieta es el hecho de tener el efecto deseado en el paciente, es decir, que cumplan con el objetivo de la misma o el fin para el que han sido diseñadas. Por esta razón la operacionalización de un concepto teórico en lo referente a las dietas de un manual, debe apegarse estrictamente a la última evidencia disponible y un deseo de mejora continua en la labor profesional, que permita descartar del quehacer diario los vicios, mitos y prácticas que persisten más en razón de la costumbre que de la razón.

***“Todas las dietas terapéuticas deben basarse en los requerimientos normales del individuo.... si algún nutriente debe restringirse, la dieta debe ser adecuada a los requerimientos en los otros aspectos”***

Rose Simmonds, Handbook of Diets, 1937

## **VIII. Herramientas de aplicabilidad**

Cuadro resumen con la información básica de las dietas incluidas en el manual, en presentación de bolsillo y tamaño carta para ser utilizado en los puestos de enfermería.

## **IX. Monitoreo y auditoría del Manual Técnico**

La evaluación de la aplicación del Manual Técnico se realizará un año luego de su divulgación e implementación oficial.

### ***Contactos para consultas***

Alejandra Sánchez Alvarado. Nutricionista, Servicio de Nutrición, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

Tel 22121069

correo electrónico [amsanche@ccss.sa.cr](mailto:amsanche@ccss.sa.cr)

Luisa Fernanda del Río. Nutricionista, Coordinación Nacional de Nutrición

Tel 25394311

correo electrónico [ldelrio@ccss.sa.cr](mailto:ldelrio@ccss.sa.cr)

Sandra Redondo. Nutricionista, Servicio de Nutrición, Centro Nacional de Rehabilitación CENARE.

Tel 22328233

correo electrónico [redondo@ccss.sa.cr](mailto:redondo@ccss.sa.cr)

Verónica Bellido Irías. Nutricionista, Servicio de Nutrición, Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.

Tel 25233600 ext. 4000

correo electrónico [vbellidoi@ccss.sa.cr](mailto:vbellidoi@ccss.sa.cr)

Yancy Méndez Arce. Nutricionista, Servicio de Nutrición, Hospital San Juan de Dios.

Tel 25478507

correo electrónico [ymendeza@ccss.sa.cr](mailto:ymendeza@ccss.sa.cr)

## **X. Contenido**

### ***A. Dietas de progresión***

#### ***A.1 Líquidos claros***

##### ***DEFINICIÓN***

Es una dieta que aporta un mínimo de calorías y electrolitos, compuesta por líquidos translúcidos o alimentos que se convierten en líquidos al llegar al estómago y no estimulan de forma importante el proceso digestivo. Contribuye a prevenir la deshidratación y reducir el residuo colónico al mínimo (Department of Development Services-California, 2003) (Mesejo et al. 2000).

La reducción del estímulo gastrointestinal se debe a la ausencia casi total de aporte proteico y grasa, que son potentes estimuladores de la secreción gástrica, pancreática y de la motilidad gastrointestinal (Martín y González, 2001).

El reducido número de alimentos que se pueden incluir en este régimen no permite modificar las opciones del menú y la rotación de preparaciones, por lo que este tipo de dieta suele ser monótona (Moreno y Martínez, 2004).

##### ***VALOR NUTRICIONAL***

Es nutricionalmente incompleta, con un aporte calórico cercano a las 500 kcal, limitado prácticamente a la energía proveniente de carbohidratos simples. (Mesejo et al (2000) (Mahan y Escott- Stump, 2011). En el caso de los pacientes diabéticos debe de igual manera mantenerse el aporte de azúcar, ya que todos los individuos requieren energía para llenar sus necesidades calóricas (Morrison Management Specialits, 2011).

Por su composición, este tipo de dieta no puede restituir los electrolitos que se pierden en el vómito y la diarrea, por lo que a menudo se utiliza la restitución mediante líquidos intravenosos, hasta que se pueda avanzar a una dieta que sea más adecuada desde el punto de vista nutricional (Mahan y Escott-Stump, 2011).

Cuando se requiere mejorar el aporte nutricional de este tipo de dieta, o la misma debe mantenerse por más de tres días, puede complementarse con una estrategia de soporte nutricional como la utilización de una fórmula enteral apropiada o terapia parenteral (Mahan y Escott-Stump, 2011) (Martín y González, .2001) (Mesejo et al .2000) .

### **INDICACIONES PARA SU USO**

Es recomendada para la comprobación de tolerancia digestiva tras el reposo intestinal por cirugía, ayuno o nutrición parenteral; siempre que se haya puesto en funcionamiento el peristaltismo intestinal (Mesejo et al .2000) .También se utiliza en el proceso de preparación intestinal para prueba diagnóstica o cirugía; así como trastornos graves de la función gastrointestinal como hiperemesis, enfermedad diarreica aguda, gastroenteritis e ileo adinámico.

Debido a que es deficiente en contenido de macro y micronutrientes su uso exclusivo debe limitarse a un periodo no mayor de 24-72 horas (Department of Development Services-California, 2003).

De acuerdo con el *Manual de Atención Nutricional de la American Dietetic Association (2010)*, no hay datos que apoyen el uso de este tipo de dieta como parte de la transición de alimentación posoperatoria, en cirugías que no involucren el tracto gastrointestinal (Department of Development Services-California, 2003).

### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Agua, té de manzanilla y aguadulce.

- Jugo de manzana, pera o melocotón.
- Agua de arroz, avena o cebada colada.
- Frescos naturales no ácidos y colados.
- Atol de maicena o avena en agua, sin grumos y colado.
- Sustancia de res o pollo desgrasada.
- Gelatina líquida o sólida.
- Fórmula nutricional polimérica que no aporte más de 3 gramos de fibra en 500 ml (Recomendación N°26, Guía de atención nutricional del paciente quirúrgico, 2011).

Cuando la dieta líquidos claros se utilice para preparación intestinal, debe excluirse la gelatina de color rojo, anaranjado o morado, dado que puede ocultar o también simular lesiones en la mucosa intestinal que afectan la calidad del diagnóstico del endoscopista.

## ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

Los alimentos que no estén mencionados en el apartado anterior

### ***A.2 Papilla***

#### ***DEFINICIÓN***

Es una dieta que ofrece al paciente una alimentación de fácil digestión, combinando la modificación de textura con la eliminación de alimentos que por sus características producen un mayor estímulo sobre el sistema digestivo; tales como alimentos fuentes de proteína animal (lácteos y carnes), frutas y vegetales crudos, así como aquellos que contengan abundante tejido conectivo, irritantes gástricos o que estimulen en forma importante el reflejo gastrocólico (Manual de Dietas Hospital San Juan de Dios , Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología .s.p. Costa Rica, 2012).

## **VALOR NUTRICIONAL**

Debido a sus características es nutricionalmente incompleta ya que el aporte de proteína, vitaminas, minerales como el calcio, puede ser insuficiente para cubrir los requerimientos basales; por lo que es conveniente suplementar con fórmula nutricional polimérica o módulos de nutrientes, según la condición nutricional del paciente y en casos que se deba prolongar su uso.

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Está indicada en:

- Posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal como transición luego de tolerar líquidos claros.
- Pacientes con alimentación por sonda que requieren prueba de tolerancia oral.
- Pacientes que por su condición clínica no toleran los alimentos incluidos en la dieta blanda o la suave.

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Puré de papa, camote, tiquizque, ñame, ñampí.
- Sustancias o caldos desgrasados, cremas de vegetales en agua.
- Cereales: pan blanco preferiblemente tostado.
- Vegetales: zapallo, chayote, ayote tierno.
- Otros: azúcar, miel, jalea, gelatina, colado de frutas.
- Líquidos: frescos no ácidos, agua de avena o agua de arroz colada, jugos de frutas no ácidos, té de manzanilla o menta, suplementos nutricionales y módulos de nutrientes.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

- Líquidos: café, té negro, chocolate, bebidas gaseosas.
- Lácteos y derivados.
- Carnes y huevo.
- Frutas.
- Cereales y tubérculos: cualquier otro que no esté mencionado en el apartado anterior.
- Sopas deshidratadas.
- Vegetales: cualquier otro que no esté mencionado en el apartado anterior.

### **A.3 Blanda**

#### **DEFINICIÓN**

Es una dieta que limita algunos alimentos crudos y/o fuentes de fibra insoluble, muy condimentados, altos en grasa o preparados en forma de frituras; así como alimentos que potencialmente pueden producir flatulencia, con el fin de reducir el estímulo del sistema digestivo (Mesejo et al. 2000) (Morrison Management Specialists, 2011).

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Es nutricionalmente completa, con un aporte de calorías, macro y micronutrientes que responde a las recomendaciones según las características de la población meta. Esta dieta contiene cantidades moderadas de fibra, eliminando principalmente la fracción insoluble (Morrison Management Specialists, 2011).

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Está indicada en pacientes con alteraciones de la función gastrointestinal, que requieren reducción en el aporte de fibra insoluble, grasa y otros irritantes que pueden acentuar la presencia de síntomas digestivos. Por lo anterior se utiliza principalmente como protección gástrica y en pacientes con una digestión alterada e ineficiente, por ejemplo aquellos en el posoperatorio inmediato (Mesejo et al 2000) (Hospital Samaritano Sao Paulo, 2009) (Moreno y Martínez, 2004).

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Cereales no integrales: arroz, macarrones, tortilla, pan y galletas sin relleno.
- Verduras harinosas: papa y camote sin cáscara, ñampí, tiquizque y yuca.
- Lácteos y derivados: con contenido 0% y 2% grasa, ya sea con o sin lactosa.
- Huevo duro, picado, en torta u horneado (moldeado)
- Frutas: papaya, banano y otras como el melocotón, durazno, pera, manzana y nectarina, siempre que se consuman sin cáscara.
- Vegetales: zapallo, zuchinni, zanahoria, ayote tierno, ayote sazón, chayote condimentos naturales cocinados (apio, chile dulce, cebolla, ajo, etc.), espinaca.
- Carnes: cortes de res de textura suave y bajos en grasa, pollo sin piel, pescado, atún en agua.
- Otros: azúcar, miel, jalea, aceite vegetal, margarina, gelatina, colado de frutas.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Los alimentos de cada grupo que no estén mencionados en el apartado anterior. La restricción de leguminosas, frutas cítricas o ácidas, bebidas y postres ácidos, así como de fibra insoluble, se basa en referencias de pacientes que

aducen malestar producido con su consumo; sin embargo lo anterior carece de evidencia científica; por lo que la aplicación de esta medida dietética está relacionada con la tolerancia del paciente (Rodríguez y González, 1997).

Las guías de manejo clínico de enfermedad gastrointestinal no respaldan la restricción del consumo de productos lácteos bajos en grasa o descremados, siempre y cuando no sobrepasen 1-2 tazas por día; dado que la evidencia disponible es contradictoria y poco concluyente para afirmar que exista un beneficio en esta medida dietética. (Asociación Española de Gastroenterología, 2007).

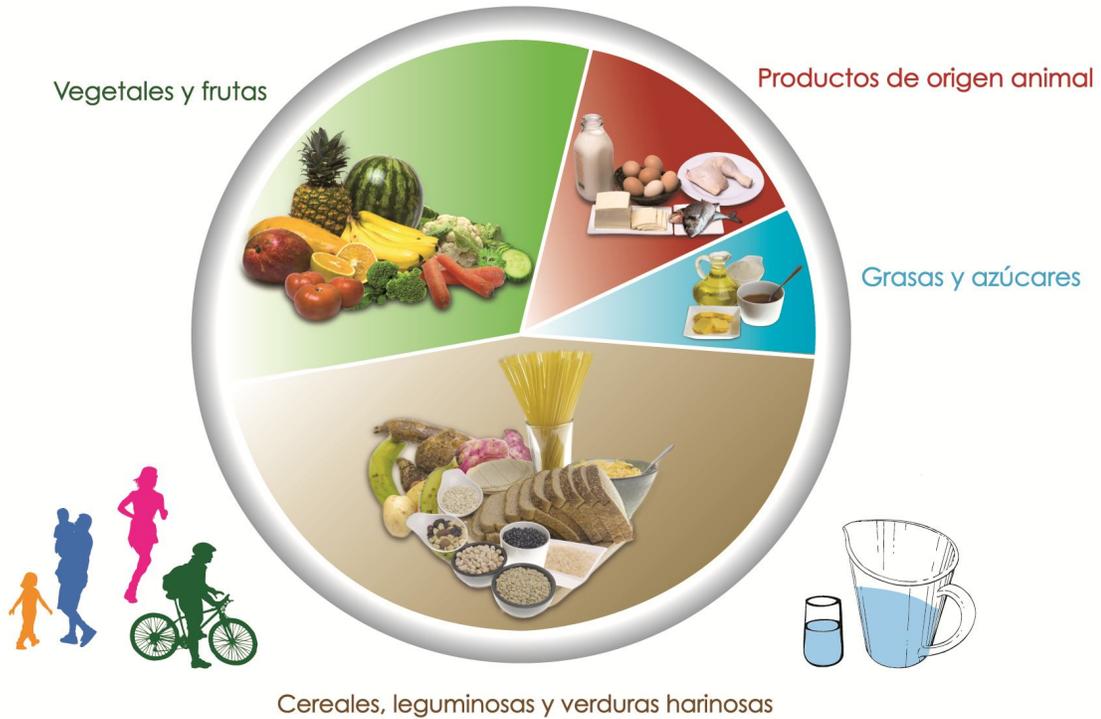
#### **A.4 Normal**

##### ***DEFINICIÓN***

Es la dieta básica del hospital, tomada como referencia para derivaciones de dietas terapéuticas. Está basada en recomendaciones para una alimentación saludable de acuerdo a lo establecido en las Guías Alimentarias para Costa Rica (Ministerio de Salud, 2011) Figura 1.

**Figura 1**

## Círculo de la Alimentación Saludable



Su planificación incluye todos los grupos de alimentos (Cereales, leguminosas y verduras harinosas, Vegetales y frutas, Productos de origen animal, grasas y Azúcares), con variedad de formas de preparación, sabores, colores y texturas.

La selección de los alimentos que componen esta dieta debe tener también en consideración el área geográfica, las costumbres culinarias de la comunidad y la disponibilidad de alimentos (Ministerio de Salud, 2011), (Gómez Candela et al. s.f). Por lo tanto, puede presentar algunas variaciones según el centro hospitalario donde se aplique, en atención a características específicas de la población atendida.

## **VALOR NUTRICIONAL**

Es nutricionalmente completa, con un aporte de calorías, macro y micronutrientes, en proporciones adecuadas para cubrir los requerimientos del paciente hospitalizado (Gómez candela et al. s.f).

Está indicada en pacientes que no requieren modificaciones dietéticas específicas, con una adecuada funcionalidad del tracto gastrointestinal en lo que respecta a los procesos de masticación, deglución, digestión, absorción y excreción.

## ***ALIMENTOS PERMITIDOS***

Todos los que puedan ser adquiridos y preparados, según las condiciones y recursos de cada establecimiento de salud; siguiendo los lineamientos para una alimentación saludable (Mesejo et al. 2000).

## ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

Aquellos que no cumplan con lo establecido en el punto anterior.

## **B. Dietas con modificación de textura**

### **B.1 Líquidos completos**

#### **DEFINICIÓN**

Es una modificación en la consistencia o textura de la dieta normal, que incluye alimentos que son líquidos a temperatura ambiente o temperatura corporal; eliminando además irritantes mecánicos (Department of Development Services-California, 2003).

Dado que produce poca estimulación del tracto gastrointestinal, se recomienda su uso en pacientes que no pueden masticar, deglutir o digerir en forma adecuada los alimentos de consistencia sólida.

Una variación de este tipo de dieta se denomina “líquidos fríos”, la cual se utiliza en pacientes con cirugía maxilofacial, amigdalectomía y adenoidectomía, para evitar el sangrado oral. Incluye los mismos alimentos sugeridos de la dieta líquidos completos, siempre que se puedan ofrecer al paciente a temperatura ambiente o de refrigeración.

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Es nutricionalmente balanceada y completa en aporte de macro y micronutrientes, ya que es posible incluir todos los grupos de alimentos; siempre y cuando estos se ajusten a la textura líquida.

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Se indica en casos de estenosis del tracto gastrointestinal, acalasia y otros tipos de disfagia mecánica, síndrome pilórico, oclusión intestinal, fracturas o procedimientos quirúrgicos a nivel maxilofacial.

Para los pacientes con disfagia funcional o de origen neurológico se sugiere utilizar los regímenes incluidos en el apartado de “dietas para disfagia”.

Este tipo de dieta no debe utilizarse como prueba de tolerancia luego de cirugía gastrointestinal, en cuyo caso la prescripción más adecuada es la dieta líquidos claros. No obstante, pueden ser útiles en la evolución posoperatoria de pacientes que no han recobrado la fuerza para masticar alimentos, antes de pasar a un régimen sólido, y con el fin de evitar la prolongación innecesaria del déficit calórico promovido por la dieta líquidos claros.

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Todos los permitidos en la dieta líquidos claros.
- Café, té negro o con leche.
- Bebidas a base de leche y yogurt.
- Jugos de fruta, incluyendo néctares y jugos con pulpa.
- Flanes.
- Helado común, helado de yogurt y nieves.
- Helados de fruta y paletas de helado
- Azúcar, miel y jarabes.
- Licuados y cremas de vegetales.
- Gelatina o colado de frutas.
- Fórmula nutricional polimérica y módulos de nutrientes.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Los alimentos que no estén mencionados en el apartado anterior y/o que no puedan ser preparados en la textura requerida por este tipo de dieta. En casos de intolerancia a la lactosa documentada previamente, o como un problema transitorio en relación a la evolución clínica del paciente, deben omitirse los alimentos que aporten este disacárido (Martín y González. 2001).

### **B.2 Suave**

#### **DEFINICIÓN**

Se caracteriza por tener modificaciones en textura para facilitar los procesos de masticación y deglución, con el objetivo de permitir a los pacientes una ingesta adecuada de nutrientes y de líquidos para promover un buen estado nutricional; mientras se reduce el riesgo de ahogo y aspiración (Maher, 2007).

Esta dieta incluye alimentos de todos los grupos, siempre que se encuentren finamente picados, molidos y humedecidos; susceptibles de ser majados con un tenedor para texturizarlos (Department of Developmental Services State of California, 2003).

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Es una dieta nutricionalmente completa, con un aporte de calorías, macro y micronutrientes que responda a las necesidades del paciente según su condición física, clínica y nutricional. Se caracteriza por ser baja en fibra debido a la texturización requerida para suministrar alimentos en esta dieta, situación que puede ameritar el uso de suplementos dietéticos en pacientes cuya condición clínica lo justifique.

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Puede ser utilizada en pacientes con:

- Dificultad para masticar, debido a: debilidad postoperatoria en procedimientos que no involucren el sistema digestivo, problemas dentales o edentulismo, problemas neurológicos.
- Dificultad para deglutir
- Estenosis esofágica o estenosis de otras partes del tracto gastrointestinal
- Antecedentes de tos o ahogo durante las comidas, regurgitación de alimentos o líquidos por la nariz
- Expuestos a tratamientos con radioterapia o quimioterapia.
- Progresión desde la nutrición enteral o parenteral hacia la alimentación normal.

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Sopas a base de res, pollo, pescado y cremas de vegetales.
- Cereales: panes y galletas suaves o remojados, pastas con salsa, cereal de desayuno en hojuelas de maíz, leguminosas licuadas o majadas, arroz tipo “guacho”.
- Verduras harinosas: papa y camote sin cáscara, ñampí, tiquizque.
- Lácteos y derivados: con contenido 0% y 2% grasa, ya sea con o sin lactosa.
- Huevo duro, picado, en torta u horneado (moldeado).
- Frutas: papaya, banano o compotas de frutas (fruta cocida).
- Vegetales: zapallo, zuchinni, zanahoria, ayote tierno, ayote sazón, chayote, condimentos naturales cocinados (apio, chile dulce, cebolla, ajo, etc.), espinaca.
- Carnes: carne molida baja en grasa, pollo sin piel desmenuzado, pescado, atún en agua.

- Otros: azúcar, miel, jalea, aceite vegetal, margarina, gelatina, colado de frutas.
- Líquidos: frescos naturales, jugo de fruta, té, café, chocolate, aguadulce y suplementos nutricionales.

### ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

- Cereales: cualquier variedad integral, leguminosas en grano entero, granola, tortillas.
- Sopas deshidratadas.
- Verduras harinosas: tubérculos cocidos con cáscara, plátano verde y la yuca.
- Frutas: otras no mencionadas en el apartado anterior.
- Vegetales: vainica, maíz, vegetales crudos.
- Carnes: otros cortes no mencionados en el apartado anterior.

### ***B.3 Licuado artesanal por sonda***

#### ***DEFINICIÓN***

Se le llama también fórmulas licuadas caseras o mezclas poliméricas licuadas (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2012), ya que se homogenizan alimentos comunes con el fin de lograr una consistencia adecuada, para ser administrada a través un acceso enteral de calibre grueso, en pacientes con un tracto gastrointestinal funcional y utilizable (Terapia nutricional, s.f.). (Gómez Candela et al. s.f.).

Los alimentos una vez licuados deben colarse para eliminar el residuo que pueda obstruir la sonda, lo que provoca pérdidas que afectan la exactitud del valor nutricional estimado inicialmente (Castillo y Yanyachi, 2000). Un estudio desarrollado en cuatro hospitales de Filipinas con el fin de analizar la calidad

nutricional y viscosidad de mezclas licuadas para alimentación enteral, mostró que no es posible predecir el aporte final de macro y micronutrientes, siendo probable que el paciente reciba menos cantidad de los requerimientos prescritos por el profesional en Nutrición (Sullivan et al. 2004).

Son susceptibles de contaminación por microorganismos patógenos en diferentes puntos del proceso de preparación, como la manipulación de los alimentos, utensilios y el almacenamiento de los licuados (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2012).

El riesgo de contaminación, la inexactitud de su aporte nutricional y el desarrollo de las fórmulas enterales comerciales, han provocado que estos licuados caigan en desuso, en busca del mayor beneficio para la seguridad del paciente (Terapia nutricional, s.f.). (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2012) (Gómez Candela et al. s.f).

## **VALOR NUTRICIONAL**

La definición de requerimientos de energía, macronutrientes y la densidad calórica de los licuados artesanales, deben basarse en una valoración nutricional según las características del paciente; lo que permite establecer el número de tomas y volumen de cada una. En la medida de lo posible, debe aplicarse un ajuste debido a la pérdida de fracción utilizable con el colado; la cual no siempre puede ser cuantificada (Castillo y Yanyachi, 2000).

Este tipo de alimentación puede incluir el uso de fórmulas modulares para complementar y/o mejorar el aporte de los licuados, en relación a los requerimientos del paciente.

## **INDICACIONES DE USO**

Se utiliza en pacientes a los que se les ha colocado un acceso enteral. Los licuados artesanales se caracterizan por tener una viscosidad elevada e irregular, que favorece la formación de estratos o capas en el líquido; lo que no favorece su administración a través de bomba de infusión (Castillo y Yanyachi, 2000).

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

Actualmente hay pocas publicaciones que aporten evidencia para respaldar el uso o restricción de alimentos en la preparación de este tipo de dieta. Dado que el residuo proveniente de los ingredientes se elimina a través del colado, no se justifica una selección de alimentos a partir de su contenido de fibra excepto en el sentido de facilitar la preparación de los licuados al utilizar variedades que no dejen tanto residuo al colar. Por otra parte la viscosidad de los almidones provenientes de cereales y tubérculos, si es una variable que influye en las características físicas del licuado; tomando en cuenta que el nivel de fluidez debe promover un adecuado paso por la sonda de alimentación. Según Alvis et al. (2008), para preparar alimentos fluidos, deben utilizarse almidones de baja viscosidad.

Se seleccionan alimentos de los diferentes grupos (Ministerio de Salud, 2011) (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2012) (Chima, 2007):

- Productos de origen animal: huevo entero, clara de huevo, leche, pollo sin piel, carne molida baja en grasa, sustancia desgrasada.
- Frutas y vegetales: jugo de manzana o de naranja, papaya, melón, manzana, sandía, fresas, banano, ayote sazón, chayote o ayote tierno, zanahoria, espinaca.
- Cereales, verduras harinosas y leguminosas: yuca, arroz, papa, galletas sin relleno (tipo Soda o María), agua de arroz o de avena.
- Azúcares: miel de abeja, azúcar.

- Grasas: aceites de origen vegetal.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Aquellos no mencionados en el apartado anterior y otros asociados a intolerancias demostradas en la historia dietética del paciente; como por ejemplo casos de intolerancia a la lactosa o alergia a la proteína láctea.

## **B.4 Fórmula por sonda**

### **DEFINICIÓN**

Se refiere al uso de fórmulas comerciales autorizadas en la institución que son administradas en bolos o por bomba de infusión, a través un acceso enteral en pacientes con un tracto gastrointestinal funcional y utilizable. Por lo anterior se pueden definir dos derivaciones en este tipo de dieta:

- Fórmula por sonda en bolos
- Fórmula por sonda en bomba de infusión

### **VALOR NUTRICIONAL**

El aporte de este tipo de dieta puede ser nutricionalmente completo o incompleto, dependiendo del tipo fórmula y volumen utilizado, en relación a las necesidades del paciente.

### **INDICACIONES DE USO**

Se utiliza en pacientes a los que se les ha colocado un acceso enteral.

## ***ALIMENTOS PERMITIDOS***

Cualquier fórmula o módulo de nutrientes aprobada para ser administrada por un acceso enteral, que satisfaga las necesidades del paciente según su condición clínica.

## ***ALIMENTOS NO PERMITIDOS***

Cualquier producto que tenga contraindicación para su uso por un acceso enteral.

## ***C. Dietas terapéuticas***

### ***C.1 Modificada en carbohidratos***

#### ***DEFINICIÓN***

Es una dieta que elimina la sacarosa en la preparación de alimentos del menú hospitalario, favoreciendo el consumo de carbohidratos complejos con una distribución similar o aporte consistente en cada tiempo de comida; con el fin de favorecer el mantenimiento de los niveles de glicemia dentro de los rangos normales (American Diabetes Association, 2004).

Los carbohidratos son los nutrientes que más impactan el valor de la glicemia por lo cual, para el tratamiento nutricional de la Diabetes Mellitus, es importante considerar todos los alimentos que aportan carbohidratos como son las harinas, frutas y lácteos (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007).

El manejo nutricional con una alimentación acorde a las necesidades de las personas portadoras de diabetes, es parte fundamental de la atención integral que debe brindar el equipo de salud; con el fin prevenir o corregir las alteraciones metabólicas (Caja Costarricense de Seguro Social, 2007).

El uso de términos como “dieta ADA”, “dieta sin azúcares simples” o “dieta sin azúcar agregada” han sido descartados del lenguaje en los manuales de dietas institucionales en relación a la planificación de alimentación de individuos con Diabetes Mellitus (Departamento of Development Services-California, 2003).

### ***VALOR NUTRICIONAL***

Es nutricionalmente completa, con una distribución de carbohidratos, grasas y proteínas ajustada para las necesidades individuales y que favorezcan el alcance de metas metabólicas (ADA, 2013). Se sugiere una distribución de carbohidratos 50-60%, grasas no más del 30% y no exceder 1gr/kg/d de proteína (ALAD, 2008).

Las recomendaciones del aporte total y la distribución de la grasa no son específicas para diabetes, sino que están extrapoladas de pacientes con enfermedad cardiovascular, ya que el riesgo se considera equivalente. Se sugiere limitar el consumo de grasas saturada a menos de 7% (nivel de evidencia B), minimizar la ingesta de trans (ADA, 2013) y el colesterol a menos de 200 mg/día (ALAD, 2008). En lo referente a fibra dietética, se utiliza el consumo recomendado para la población general, de 14 gramos por cada 1000 kcal (Instituto Mexicano de Seguro Social, 2011) (ADA, 2013).

### ***INDICACIONES PARA SU USO***

Está indicada en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1, tipo 2, Diabetes Gestacional, intolerancia a los carbohidratos y en cualquier otro trastorno

de la glicemia, en el que la aplicación de este régimen pueda resultar beneficiosa según criterio del profesional.

### ***ALIMENTOS PERMITIDOS***

Leguminosas, cereales, panes, galletas, tubérculos, frutas, vegetales, lácteos, carnes.

### ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

Carbohidratos simples de rápida absorción, azúcar de mesa, miel de abeja, aguadulce, jalea, jugos de frutas con azúcar agregada, galletas con relleno, frituras como formas de preparación, embutidos, quesos altos en grasa “amarillos”, leche entera.

## ***C.2 Hiposódica***

### ***DEFINICIÓN***

Es una dieta que restringe la adición de sal u otros productos que contienen sodio en la preparación de alimentos, utilizados con el fin de realzar el sabor de los mismos. También excluye la mayoría de productos procesados, que contienen preservantes o aditivos a base de sodio.

### ***VALOR NUTRICIONAL***

Es nutricionalmente completa, con excepción del aporte de sodio que se establece en un valor inferior al recomendado para la población en general, entre 1500 y 2000 mg diarios (Mahan y Escott –Stump. 2001) (National High Blood Pressure Education Program, 2004). (Mataix Verdú, 2009) (Caja Costarricense de Seguro Social, 2009).

Los alimentos en su forma natural contienen pequeñas cantidades de sodio, aporte que aumenta con el procesamiento de productos como panes y lácteos; por

lo que una dieta preparada sin agregar sal en la cocción, puede contener cerca de 1000 mg de sodio.

De acuerdo a lo anterior y en relación al rango de restricción de sodio recomendado (1500-2000 mg), la diferencia de entre 500 y 1000 mg puede completarse al agregar sal a la alimentación del paciente; lo que equivale entre un cuarto y media cucharadita de sal (1 - 2.5 gr).

El Servicio de Nutrición debe definir la forma de cubrir los requerimientos de sodio en la alimentación del paciente sometido a este régimen dietético, ya sea durante la preparación y cocción de los alimentos, o en la distribución de los mismos.

Dado que algunas patologías pueden requerir una restricción mayor de sodio, potasio y proteína que la definida para la dieta hiposódica, estos casos deben ser abordados por el nutricionista de manera individual, para la planificación de la alimentación. En el caso de hospitales con una proporción importante de pacientes con enfermedad renal, puede resultar más conveniente desarrollar un menú derivado de la dieta hiposódica, contemplando además las restricciones de líquidos y electrolitos que se requieren en promedio (Dónelan et al. 2011). Siendo que las necesidades mínimas estimadas de sodio son de 400mg/día, ningún plan de alimentación debe aportar menos de este valor (Gómez Candela et al. s.f). (Rujinsky, 2007).

Las recomendaciones del aporte total y la distribución de la grasa se basan en los factores de riesgo cardiovascular que pueden presentar los sujetos que requieran este tipo de dieta. Se sugiere limitar el consumo de grasa saturada a menos de 7% (nivel de evidencia A), minimizar la ingesta de trans y el colesterol a menos de 200 mg/día (ADA, 2008). (ALAD, 2008).

### **INDICACIONES PARA SU USO**

Se aplica principalmente en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial (HTA), así como en presencia de edema, ascitis, enfermedad renal, enfermedad hepática, cardiopatías, insuficiencia cardiaca congestiva, úlceras bucales, y otras patologías que se puedan ver beneficiadas de una restricción dietética de sodio.

### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

La dieta se caracteriza por la inclusión de frutas, vegetales, productos lácteos bajos en grasa saturada, pollo, pescado, frijoles y otras leguminosas, aceites vegetales saludables; así como una disminución en el consumo de carnes, bebidas azucaradas, jaleas y azúcar de mesa. La selección y distribución de alimentos debe basarse en las recomendaciones de la “Guía para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial” (2009) Cuadro No 2

## **Cuadro N° 2**

### **ALIMENTOS QUE DEBEN CONSUMIRSE DIARIAMENTE**

Grupo Alimentos	Porciones Diarias*	Tamaño de porción	Alimentos	Aporte de Nutrientes a la Dieta Dash
Frutas Frescas	4	2-3 Tazas de Frutas	Preferir: Banano, naranja, papaya, mango.  Puede Consumir otras que estén en cosecha	Potasio  Magnesio  fibra
Vegetales	5	2 tazas Vegetales Crudos + 1½ Vegetales	Preferir : Espinaca Zanahoria tomate, repollo, Vainicas, Ayote sazón, brócoli ,hojas Verdes (mostaza quelites acelga )  Otros : chayote , ayote coliflor,zapallo,pepino,remolacha,culantro,	Potasio  Magnesio  Fibra

		cocidos	chile	
--	--	---------	-------	--

### Continuación Cuadro N° 2

Leguminosas	2	1 taza frijol cocido	Opciones. Frijoles, negros rojos, blancos, garbanzos, lentejas, cubaces.	Energía Magnesio Proteína Fibra
Cereales y Verduras harinosas	3	1/2 taza cocida	Arroz papa yuca plátano camote o tiquizque o ñampi.	Energía Fibra
	2		2 Tortillas pequeñas, cuatro “dedos “de baguete, una rodaja pan cuadrado.	
Alimentos de origen Animal	1½	1½ Taza	Leche 2% grasa o yogurt Descremado	Calcio Proteína
	1½	1½ tajada (45g)	Queso Tierno con poca sal	
	3	90 g o 3 onzas	Media pechuga o un muslo de pollo sin piel o una porción de pescado( similar al tamaño de la palma de la mano	Proteína Magnesio
Grasas	3	Cucharaditas	Aceite para cocinar de soya, maíz, oliva, girasol o canola.	Energía

*Cálculo basado en una dieta de 1800 Kcals. Este cálculo es una guía general, debe ser adaptado a las necesidades diarias de cada persona.*

*Fuente: Guía para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2009*

### **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Condimentos artificiales, productos ahumados, embutidos, productos enlatados; así como cualquier producto procesado que en su contenido nutricional

refiera un aporte superior a los 140 mg de sodio por porción (Caja Costarricense de Seguro Social, 2009).

### **C.3 Hipograsa**

#### **DEFINICION**

La dieta hipograsa es una dieta nutricionalmente balanceada, la cual puede aportar entre 20 y 30 % de grasa del valor calórico total, dependiendo del objetivo del tratamiento dietoterapéutico. La magnitud en la reducción de grasa debe ser determinada en función de la condición clínica y diagnóstico del paciente, por lo que también se relaciona con los diagnósticos más prevalentes en los salones de hospitalización; es decir, si se relacionan con enfermedad cardiovascular o con problemas malabsortivos.

Se aconseja utilizar formas de cocción como los son el vapor, hervido, horno, plancha y estofado, dado que por sus características favorecen el omitir la adición de grasa en la preparación de alimentos (Mesejo et al.2000).

Cuando se aplica a casos de disfunción hepática y biliar la prescripción de grasa puede ser menor del 20% de las calorías totales, junto con la limitación de alimentos flatulentos con el fin de evitar complicaciones; tales como brócoli, coliflor, repollo, sandía, melón, leguminosas y naranja (Mesejo et al.2000)

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Es nutricionalmente completa, ya que a pesar de reducir el aporte diario de calorías provenientes de la grasa, puede planificarse de tal forma que llene los requerimientos del paciente.

Al igual que en el caso de la dieta diabética e hiposódica, las recomendaciones se basan en los factores de riesgo cardiovascular, por lo que se

limita el consumo de grasa saturada a menos de 7%, polinsaturada en menos de 10%, monoinsaturada en no más de 13% y colesterol inferior a 200 mg/día (ADA, 2008) (ALAD, 2008).

### ***INDICACIONES PARA SU USO***

La dieta hipograsa se usa para personas con problemas de dislipidemia, enfermedad vesicular y hepática, pancreatitis, obesidad, diabetes e hipertensión arterial; así como cualquier otra patología que se vea beneficiada de la reducción del aporte de grasa.

### ***ALIMENTOS PERMITIDOS***

- Lácteos y derivados: productos con contenido de 0 al 2% en grasa, siempre que se ajuste a la cantidad de gramos permitidos por día en la dieta planificada por el Servicio de Nutrición (Caja Costarricense de Seguro Social, 2004).
- Carnes: cortes de res sin grasa visible (magra), pollo sin piel, pescado.
- Frutas y vegetales: todas sin excepción.
- Cereales: todos los tipos, siempre que no sean preparados en forma de frituras o con aderezos.
- Grasas: aceite vegetal, margarinas reducidas en grasa, según cantidades permitidas por el porcentaje diario del valor energético total /(VET).

### ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

- Lácteos: productos a base de leche entera, leche condensada, leche evaporada, quesos maduros o amarillos.
- Carnes: cortes grasosos o con piel, embutidos, preparaciones fritas o empanizadas.
- Cereales: galletas con relleno, repostería dulce o salada.

- Grasas: productos altos en grasa saturada, grasas trans y colesterol.

## ***D. Dietas para disfagia***

La disfagia es un trastorno que afecta la habilidad para deglutir debido a procesos patológicos, estructurales o funcionales a nivel oro faríngeo o esofágico (Velasco et al. 2007). Su diagnóstico y tratamiento es un área relativamente nueva en medicina, en donde la intervención temprana y el abordaje multidisciplinario juegan un rol importante en la recuperación del paciente, prevención de la desnutrición, minimizar los riesgos de aspiración y deshidratación (Laurenti, 2007).

El tratamiento nutricional de los pacientes debe ser individualizado, ya que no todos tienen las mismas dificultades al masticar y/o deglutir alimentos; donde el nivel de discapacidad va a estar determinada por la región del sistema nervioso central dañado. Se debe considerar no solo las necesidades nutricionales, sino también los cambios en el apetito, por una alteración en la percepción organoléptica, causada por la disminución del gusto, olfato y de la producción de saliva.

Hay alteraciones en el reflejo deglutorio, la postura, equilibrio, coordinación y la regulación del bolo alimenticio que inciden en la ingesta de alimentos, además de factores psicológicos, como el miedo a la asfixia y la depresión.

Las dietas modificadas en textura tienen dos componentes “el líquido y sólido”, con 4 categorías cada uno. La combinación de un tipo de dieta del módulo líquido con otra del módulo sólido, dan como resultado el aporte de energía y macronutrientes que diariamente se brinda al paciente.

Idealmente estas categorías de textura deben ser prescritas por un terapeuta del lenguaje, pero ante la ausencia de este profesional, el equipo de salud puede observar algunos signos en el paciente y, junto con el nutricionista, definir la textura a indicar. (Anexo N°1)

### **Componente líquido**

En este componente se utilizan tres densidades, las cuales se muestran en el cuadro N°3. Está compuesto por preparaciones líquidas de mediana y alta densidad y viscosidad variada, espesadas con féculas o espesante comercial, cuyo sabor y color es variado.

**Cuadro N°3**  
**Categorías del componente líquido según densidad**

<b>Tipo de densidad</b>	<b>Tipo de líquido</b>	<b>Nombre de la categoría</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Baja</b>	Ralos	Líquidos ralos	Administrados con o sin pajilla
<b>Media</b>	Espesos	Líquidos tipo néctar	
<b>Alta</b>		Líquidos tipo miel	
		Líquidos tipo pudding	

Fuente: Esquema componente líquido dietas modificadas en textura. Servicio Nutrición CENARE 2012

### **Componente sólido**

Este componente está formado por 3 módulos de donde se desprenden a su vez 4 categorías de dieta, como se detalla en el cuadro N°4

**Cuadro N°4**  
**Categorías de dieta del componente sólido de**  
**Dietas modificadas en textura**

<b>Módulo</b>	<b>Nombre de la categoría</b>
<b>Suave</b>	Suave
	Suave con grumos
<b>Semisólido</b>	Semisólido
<b>Sólidos</b>	Blanda mecánica

Fuente: Esquema componente sólido dietas modificadas en textura. Servicio Nutrición CENARE 2012

## **D.1 Líquidos ralos**

### **DEFINICIÓN**

Líquidos de baja densidad, que según la American Dietetic Association (ADA) es aquel que no deja capa en el recipiente que lo contiene, con una viscosidad líquido (es decir, el grosor o resistencia al flujo) de 1-50 centipoise (cP). (Pelletier et al. 2003).

Se puede administrar con o sin pajilla según lo indique el terapeuta del lenguaje. Este componente no nutricional es muy importante a la hora de distribuir la alimentación, porque es referente de la capacidad de succión del paciente.

### **VALOR NUTRICIONAL**

Esta categoría de líquido aporta de 300 – 435 Kcal (se puede suplementar si el paciente lo amerita). Su aporte de macronutrientes varía si se prepara en base leche o agua, así el porcentaje de carbohidratos (CHO) varía de un 82 a 100%. Por esta razón su uso en pacientes diabéticos debe ser monitoreado en forma más estricta.

### **INDICACIONES PARA SU USO**

Está indicada en pacientes con trastornos de deglución que toleran la textura líquida (nivel funcional 8 diagnosticado por terapeuta del lenguaje).

### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

Agua, infusiones tipo té, gelatina, helados, jugos, frescos naturales, leche o bebidas con leche (si el paciente la tolera), suplementos nutricionales. (Anexo N°2).

### **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Aquellos que no cumplan con lo establecido en el punto anterior.

### **D.2 Líquidos espesos (tipo néctar)**

#### **DEFINICIÓN**

Líquidos de mediana densidad (escasa viscosidad a temperatura ambiente), que según ADA es aquel que deja una fina capa en el recipiente que lo contiene y puede ser sorbido a través de una pajilla. Con una viscosidad de 51-350 centipoise (cP). (Pelletier et al. 2003)

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Esta categoría de líquido aporta de 500 a 775Kcal, (se puede suplementar si el paciente lo amerita). Su aporte de macronutrientes varía si se prepara en base leche o agua, así el porcentaje de CHO varía de un 78-100%. Por esta razón su uso en pacientes diabéticos debe ser monitoreado en forma más estricta.

#### **INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes que no pueden ingerir líquidos de baja densidad. (Nivel funcional 7 diagnosticado por terapeuta del lenguaje).

### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Bebidas frías: agua, jugos de frutas, frescos naturales con 1 cucharada de espesante por 6 onzas (se debe usar la medida incluida en el espesante\*), licuado de frutas colado, yogurt líquido.
- Bebidas calientes: Leche (si el paciente la tolera), agua dulce, té, café con o sin leche, leche con chocolate, con 1 cucharada de espesante por 6 onzas (se debe usar la medida incluida en el espesante).
- Suplementos nutricionales: En caso de Ensure® o Enterex® preparaciones con una densidad calórica de 1.1cal/cc tienen esta textura. (Anexo N°3)

### **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Todas las bebidas sin espesar, gelatina y helados porque se convierten en líquido de baja densidad en la boca.

### **D.3 Líquidos espesos (tipo miel)**

#### **DEFINICIÓN**

Líquidos de alta densidad (mayor viscosidad a temperatura ambiente), que según ADA es aquel que deja una capa gruesa en el recipiente que lo contiene, al verterlo cae muy despacio o gotea, no puede ser sorbido a través de una pajilla y puede ser bebido de un vaso o taza. Tienen una viscosidad de 351-1,750 centipoise (cP). (Pelletier et al. 2003)

#### **VALOR NUTRICIONAL**

Esta categoría de líquido aporta de 500 a 775Kcal, (se puede suplementar si el paciente lo amerita). Su aporte de macronutrientes varía si se prepara en base leche o agua, así el porcentaje de CHO varía de un 78-100%. Por esta razón su uso en pacientes diabéticos debe ser monitoreado en forma más estricta.

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes que no pueden ingerir líquidos de baja y mediana densidad. (Nivel funcional 6, diagnosticado por terapeuta del lenguaje).

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Bebidas frías: agua, jugos de frutas, frescos naturales con 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante por 6 onzas (se debe usar la medida incluida en el espesante\*), licuado de frutas colado, yogurt líquido. (Anexo N°4).
- Bebidas calientes: Leche (si el paciente la tolera), agua dulce, té, café con o sin leche, leche con chocolate, con 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante por 6 onzas (se debe usar la medida incluida en el espesante).
- Suplementos nutricionales: En caso de Ensure® o Enterex® preparaciones con una densidad calórica de 1.2cal/cc tienen esta textura.

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Todas las bebidas sin espesar, gelatina y helados porque se convierten en líquido de baja densidad en la boca.

### **D.4 Líquidos tipo pudding**

#### **DEFINICIÓN**

Líquidos de alta densidad (mayor viscosidad a temperatura ambiente), que según ADA es aquel que no cae al verterlo y adopta la forma del recipiente que lo contiene. No puede ser bebido de un vaso o taza, por lo que debe tomarse con cuchara y su viscosidad es >1,750 centipoise (cP). (Pelletier et al. 2003). Por ser

este un líquido de alta densidad al igual que el tipo miel y, para facilitar procesos de producción, se puede omitir esta categoría en la planificación del menú.

### **D.5 Suave sin grumos**

#### **DEFINICIÓN**

Dieta modificada en textura, constituida por alimentos licuados o majados y colados, consistencia homogénea que no requiere masticación (tipo puré) (Figura N°2)

**Figura N°2**

#### **Ejemplo de Dieta suave sin grumos**



#### **VALOR NUTRICIONAL**

Esta dieta aporta 935Kcal, con un 54% CHO, 14% proteína y 32% grasa

#### **INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes con trastornos de deglución que se les impiden la ingesta de alimentos en trozos (pequeños y grandes) o con granos.

#### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Vegetales cocidos licuados y colados: cremas de vegetales (brócoli, coliflor, espinaca, pollo con vegetales, apio, zanahoria), cremas de leguminosas (garbanzos, lentejas, frijoles molidos), purés (ayote sazón, papa, plátano maduro, camote)
- Frutas licuadas o majadas y coladas. colado tipo “gerber”, flanes en leche o de frutas (tipo néctar o miel).

## ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

Todos aquellos que suponen un alto riesgo de atragantamiento (Anexo N°5).

### ***D.6 Suave con grumos***

#### ***DEFINICIÓN***

Dieta modificada en textura, constituida por alimentos de textura suave con pequeños trozos de alimentos (todo es majado o triturado con el tenedor), por lo que requiere mínima masticación. Esta dieta siempre debe llevar una crema o puré (Anexo N°6)

La presentación es poco atractiva para el usuario ya que los vegetales se sirven en el plato en trozo y el auxiliar de cocina los tritura y mezcla con la carne o huevo, el puré o crema, para que se le suministren al paciente, como se muestra en la figura N°3

**Figura N°3**  
**Ejemplo de Dieta Suave con grumos**



**1. Dieta suave con grumos distribuida al paciente**



**2. Alimentos se trituran con el tenedor por el acompañante del paciente**



**3 y 4 Alimentos triturados mezclados con el puré o crema, para que paciente los ingiera**

**VALOR NUTRICIONAL**

Esta dieta aporta 1100 Kcal, con un 50% CHO, 20% proteína y 30% grasa

**INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes con trastornos de deglución que se les impiden la ingesta de alimentos en trozos grandes o con granos.

**ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Huevo picado finamente o duro picado finamente, atún procesado, carne molida bien cocida.

- Vegetales majados como zanahoria, chayote, ayote sazón, ayote tierno y zucchini sin semillas.
- Pastas majadas o picadas, solas o mezcladas con carne procesada.
- Frutas: banano o papaya en trozos pequeños o majadas, flanes de frutas textura tipo néctar.
- Leguminosas molidas (frijoles, lentejas, garbanzos sin la piel).
- Purés majados de tubérculos como papa, plátano maduro, camote.
- Crema de vegetales: brócoli, coliflor, espinaca, pollo con vegetales, apio, zanahoria.

### ***ALIMENTOS PROHIBIDOS***

Todos aquellos que suponen un alto riesgo de atragantamiento (Anexo N°5).

### ***D.7 Semisólidos***

#### ***DEFINICIÓN***

Dieta modificada en textura, constituida por alimentos de consistencia suave, en donde todo va picado. No se deben dar alimentos que suelten boronas como pan tostado. Se pueden suministrar todos aquellos alimentos que se pueden romper con la uña sin hacer mayor esfuerzo o que en la boca al presionar con la lengua y el cielo de la boca, el alimento se deshace sin dificultad (Figura N°4).

**Figura N°4**  
**Ejemplo de Dieta Semisólidos**



### **VALOR NUTRICIONAL**

Esta dieta aporta 1665 Kcal, con un 51% CHO, 19% proteína y 30% grasa

### **INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes con trastornos de deglución que se les impiden la ingesta de alimentos en trozos grandes o con granos.

### **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Carne molida, pollo o pescado picado o desmenuzado, huevo picado y duro, atún.
- Picadillos con/o sin carne molida excepto de vainica, con maíz y de plátano verde.
- Ensaladas cocidas y picadas.
- Pastas picadas solas o mezcladas con carne procesada.

- Vegetales cocidos como zanahoria, chayote, ayote sazón, ayote tierno y zucchini sin semillas.
- Frutas crudas de consistencia suave (banano-papaya), frutas cocidas (como la manzana)
- Caldos o consomés espesados según el componente líquido

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Picadillos de vainica, con maíz y de plátano verde, vegetales crudos, arroz o granos enteros además de todos aquellos que suponen un alto riesgo de atragantamiento (Anexo N°5).

## **D.8 Blanda mecánica**

### **DEFINICIÓN**

Dieta modificada en textura, de fácil masticación, constituida por alimentos en trozos, no contiene piezas enteras. No se deben dar alimentos que suelten boronas como el pan tostado (Figura N°5)

**Figura N°5**

**Ejemplo de Dieta Semisólidos**



## **VALOR NUTRICIONAL**

Esta dieta aporta 1665 Kcal, con un 55% CHO, 15% proteína y 30% grasa

## **INDICACIONES PARA SU USO**

Se prescriben a pacientes con trastornos de deglución que aún no pueden hacer gran esfuerzo al masticar los alimentos y que tienen riesgo de atragantamiento con algunos alimentos (Anexo N°5).

## **ALIMENTOS PERMITIDOS**

- Arroz simple o compuesto (con pollo, carne o atún), frijoles, garbanzos, lentejas, gallo pinto
- Carne de res, pollo o pescado en tiritas o cubitos.
- Ensaladas cocidas de caracolitos, rusa o papa.
- Vegetales en trozo como ayote tierno y zucchini sin semillas, chayote tierno, coliflor o brócoli.
- Picadillos: ayote tierno, chayote, papa o vainica con o sin carne.
- Vegetales harinosos como: papa, ayote sazón, plátano maduro o camote.
- Frutas como sandía, banano, fresas y papaya
- Sopa con vegetales y/o fideos

## **ALIMENTOS PROHIBIDOS**

Todos aquellos que suponen un alto riesgo de atragantamiento (Anexo N°5).

*Combinación de módulos:* como se mencionó al inicio de este apartado, el módulo sólido se combina con algunos de las categorías de líquidos, dando como resultado el aporte total de energía y macronutrientes. En la figura N°6 se muestran algunas de las combinaciones con su respectivo aporte calórico.

**Figura N°6**  
**Ejemplo de combinación de módulos**



SUAVE SIN GRUMOS + LIQUIDOS  
RALOS 1310-1430 Kcal



SEMISOLIDOS + LIQUIDOS TIPO MIEL  
2055-2445 Kcal



BLANDA MECANICA + LIQUIDOS  
TIPO RALOS 2200-2300 Kcal

## XI. Glosario

***Dieta asistida:*** Se aplica a cualquier tipo de dieta incluida en el manual, cuando sea necesaria la colaboración de un miembro del equipo de salud o de familiares, para lograr que el paciente consuma en forma adecuada y eficiente los alimentos. Debe ser tomada en cuenta por el personal de enfermería para distribuir las funciones entre el personal disponible en el salón y evitar bajas ingestas a consecuencia de pérdida de temperatura por exposición extensa del alimento a temperatura ambiente, cuando el paciente no puede comerlo por sí mismo.

***Electiva:*** Es una dieta conformada por los gustos y preferencias de un paciente específico por lo que no se ajusta normalmente a un único tipo de dieta ya sea básica o terapéutica (Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2012) (Donelan et al. 2011). Implica el diseño de un menú individualizado para el paciente que la requiere, según los objetivos de la intervención nutricional

***Dieta libre de o sin gluten:*** Elimina alimentos que contienen gluten como el trigo, centeno, avena, cebada o sus derivados, como la malta; así como aquellos alimentos que en el proceso de manufacturación contienen esos granos como base, estabilizadores, emulsificantes o agentes espesantes (Department of Developmental Services State of California, 2003 ). La avena se puede incluir en pequeñas cantidades sin efectos adversos; sin embargo, en ocasiones se contamina con trigo durante el proceso industrial y por ello debe evitarse en las etapas iniciales del tratamiento de la enfermedad celiaca (Mahan y Escott-Stump, 2005).

***Dieta sin lácteos :*** Diseñada para prevenir o reducir síntomas asociados con la ingesta de leche de vaca y sus productos derivados; por lo que se debe evitar ingredientes como crema, mantequilla, leche en polvo, queso y otros productos

que contienen suero, sólidos lácteos, caseína o lactosa (Department of Developmental Services State of California, 2003 ).

***Dieta sin lactosa:*** Elimina los alimentos que contienen lactosa como leche y productos lácteos, como parte del manejo de individuos que tienen síntomas de intolerancia a la lactosa, o diagnosticados con deficiencia de lactasa. El yogurt y algunos quesos pueden ser bien tolerados ya que en el proceso de fermentación se transforma la lactosa a ácido láctico, por lo que igual se requiere su incorporación cuidadosa a la dieta.

***Dietas “híper” e “hipo”:*** Dado que conocer el requerimiento del paciente es necesario para establecer la restricción y el consecuente desbalance energético, este tipo de dieta debe individualizarse por lo que no puede existir un único patrón o “dieta” que aplique en todos los casos. Es recomendable la valoración por un nutricionista para definir la prescripción dietética y en función de eso, desarrollar un plan o ejemplo de menú según la dieta del patrón que se ajusta a la condición del paciente (Morrison Manegement Specialists, 2011). Por ejemplo, una dieta hipoproteica puede basarse en la dieta hiposódica cuando se aplique a pacientes con enfermedad renal. Por otro lado, una dieta hiperproteica puede basarse tanto en la dieta normal en un paciente politraumatizado, como en la dieta suave, cuando se trate de un adulto mayor con problemas de masticación y úlceras por presión. Se usan en combinación con una dieta básica ya sea normal, con modificación de textura o terapéutica.

***Dieta hiperproteica (HPE):*** Dieta equilibrada con aumento proporcional de proteínas y calorías

***Dieta hipoproteica (HPO):*** Dieta con bajo contenido en proteínas (20g 40g 60g) por lo que no cubren los requerimientos proteicos recomendados para el adulto. El aporte energético es adecuado, a expensas de los hidratos de carbono fundamentalmente y de las grasas.

**Dieta hipercalórica (HCe):** Aquella dieta que tiene al menos 500 Kcal más sobre el requerimiento usual del paciente.

**Dieta hipocalórica (HCo):** Puede considerarse como la base de todo tratamiento para el control de la obesidad, que busca reducir el aporte calórico para promover un balance calórico negativo y la consecuente pérdida ponderal de peso (Moreno y Martínez, 2004).

**Ovolactovegetariana (Ovl):** Variante de la dieta vegana que incluye huevos y productos lácteos además de aquellos de origen vegetal (Morrison Management Specialits, 2011)

**Lactovegetariana (Lv):** Variante de la dieta vegana que incluye productos lácteos además de aquellos de origen vegetal (Morrison Management Specialits, 2011)

**Vegana (Vg):** Solo se incluyen alimentos de origen vegetal o provenientes de plantas (Morrison Management Specialits, 2011)

**Cetogénica :**Para uso en control de epilepsia.

**Dieta baja en vitamina K:** Para uso concomitante con la terapia anticoagulante con warfarina.

**Dieta Baja en yodo:** Para uso en terapia de yodo radioactivo.

**Dieta Neutropénica o de baja carga bacteriana:** Se indica en pacientes de trasplante de médula ósea e inmunosupresos por quimioterapia con menos de 500 neutrófilos (Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud 2012) (Morrison Management Specialits, 2011). Cumple los siguientes principios:

- Evita alimentos que pueden contener bacterias gram negativas y algunas levaduras.

- Preparada según técnicas seguras de manipulación de alimentos.
- Evita alimentos intrínsecamente contaminados con microorganismos como huevos duros, carne cruda o poco cocida, pescado, marisco y leche no pasteurizada.
- Evita verduras crudas (ensaladas), frutas crudas, carnes y huevo crudo o poco cocido. Yogures con actividad microbiana, cuyos probióticos se agregan luego de la pasteurización.

***Dieta Baja en residuo o astringente*** : Una dieta baja en residuo se considera aquella baja en fibra (de 10 a 15 gramos o menos de fibra por día) con limitaciones adicionales en la ingesta de leche, productos lácteos y jugo de ciruela. Está diseñada para reducir la frecuencia y volumen de las heces al prolongar el tiempo que toma a los desechos de la digestión, viajar a través del tracto digestivo. Incluye cereales refinados, carne molida, lácteos no más de 2 tazas al día, jugos colados o sin pulpa, café. No incluye leguminosas, maíz dulce, brócoli, jugos con pulpa (Utah Digestive Health Institute, 2013)

Cuando esta dieta se utilice en pacientes con enteropatías o en posoperatorios que cursen con diarrea aguda o crónica, se debe eliminar la lactosa y sustancias que estimulen el reflejo gastrocólico como el café (Servicio andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2012).

***Alta en fibra:*** Contiene elevadas cantidades de lignina, celulosa, hemicelulosa y pectina, por lo que incrementa tanto la fibra soluble e insoluble, para aportar entre 30 y 40 gramos diarios (Martín y González 2001) (Moreno y Martínez, 2004). Por sus características es sinónimo también de “dieta alta en residuo”. Esta dieta debe también involucrar un aumento en la cantidad de líquidos, para evitar efectos contraproducentes de la fibra a nivel intestinal.

**Preparación para guayaco:** Las pruebas inmunológicas para la detección de sangre oculta no requieren restricción dietética. Las restantes pruebas químicas necesitan eliminar 4 días antes de su realización las carnes rojas, ya que por su

contenido de mioglobina y hemoglobina, pueden dar falsos positivos. También es necesario eliminar los vegetales con actividad peroxidasa como los nabos, rábanos, coliflor y melón (Martín y González, 2001).

En el metaanálisis de Pignone et al. (2001) se concluyó que las restricciones dietéticas no parecen disminuir la aparición de falsos positivos, si el tipo de prueba para buscar sangre oculta en heces, es de tipo “rehidratada”.

***Dietas para errores innatos del metabolismo*** : Agrupa varios regímenes para: intolerancia a la fructosa, Galactosemia, Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (EEOJA) , Fenilcetonuria (FCU).

Los cambios en la dieta pueden controlar el trastorno, siendo el tipo y grado de los mismos dependientes del error metabólico específico. Por ejemplo, las personas con galactosemia deben evitar la leche y los productos lácteos, incluyendo el yogur, el queso y los helados, y en su lugar deben utilizar alimentos y sustitutos de la leche libres de lactosa y galactosa. (Medline Plus., Lee, K, G. A.D.A.M., 2011)

***Dieta baja en cobre:*** Utilizada como coadyuvante del tratamiento farmacológico en la enfermedad de Wilson, la cual debe aportar entre 1 y 2 gramos de cobre por día, lo que limita el consumo de alimentos como: vísceras, mariscos, leguminosas, camote, papa, semillas, entre otros (Morrison Management Specialits, 2011).

***Soporte enteral oral:*** Suministro de una fórmula enteral polimérica, módulo proteico o una combinación de ambos, a través de la vía oral, en adición a la dieta prescrita.

***Soporte enteral:*** Suministro de alguna de los tipos de alimentación posibles (licuado artesanal, fórmula en bolos o por bomba de infusión) a través de un acceso enteral o sonda.

**Soporte parenteral:** Técnica de nutrición artificial que consiste en la administración de energía y nutrientes a través de un acceso venoso, en casos que no es posible utilizar el tracto gastrointestinal o resulta insuficiente para la adecuada nutrición del paciente (Servicio andaluz de Salud, Consejería de Salud, 2012).

## XII. Referencias

- American Diabetes Association (2004). *Diabetes Nutrition Recommendations for Health Care Institutions. Position Statement*. Diabetes Care, vol. 27, sup 1.
- American Diabetes Association (2008). *Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes*. Position Statement. A position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care.
- American Diabetes Association (2013). *Position Statement. Standards of Medical Care in Diabetes*. Diabetes Care, vol 36, suplement 1.
- American Diabetes Association. (2013). *Dietas libres de Gluten*. [Sitio en Internet]. American Diabetes Association. Consultado en: [www.diabetes.org](http://www.diabetes.org).
- Academy of Nutrition and Dietetics (2010). *Practice tips: Hospital RDs and Nutrition (diet) order writing*. Consultado en: [www.eatright.org/WorkArea/PT-QM5407-Hospital-Nutrition-\(Diet\)-Order-April-2010\\_Rev-04042013.pdf](http://www.eatright.org/WorkArea/PT-QM5407-Hospital-Nutrition-(Diet)-Order-April-2010_Rev-04042013.pdf)
- Alvis A., Vélez C. A., Villada, H.S. y Mendoza M.R (2008) *Análisis Físico-Químico y Morfológico de Almidones de Ñame, Yuca y Papa y Determinación de la Viscosidad de las Pastas*. Información Tecnológica-Vol. 19 N°1-2008, pág.: 19-28 Consultado en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642008000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07642008000100004&script=sci_arttext)
- Andrés, M. A.; Arencibia, R. T.; Arévalo, C. A.; Caracuel, G. A.; Domínguez, H. T.; Fernández, D. R. et al (2009). *Actualización en Bromatología Hospitalaria*. Nestlé Nutrition, Editorial Glosa S.L. Barcelona, España.
- Asociación Española de Gastroenterología (2007) *Guía de Práctica Clínica ERGE. Manejo del paciente con enfermedad de reflujo gastroesofágico*. Consultado en: <http://www.iacs.aragon.es/awgc/contenido.detalle.do?idContenido=242&viedede=null>
- Bradshaw, J.; Strowd. L.; Pillsbury, D. (2008). *Managing Dysphagia: Lack of Standardization on Food Viscosities ay Compromise Patient Care*. Formerly Nutrition & the M.D 34(8) p.1
- Castillo, A. M. & Yanyachi, P. M. (2000). *Evaluación de la calidad higiénico sanitaria en fórmulas de nutrición enteral usadas en dos hospitales de la Ciudad de Lima*. Tesis inédita UNMSM. Consultado en [www.cybertesis.edu.pe/sdx/sdx/oai/sisbib/documents?Verb](http://www.cybertesis.edu.pe/sdx/sdx/oai/sisbib/documents?Verb)

- Caja Costarricense de Seguro Social (1988). *Manual de normas, procedimientos y sistemas de los Servicios de Nutrición*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2004). *Guía para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de las Dislipidemias para el primer nivel de atención*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2007) .*Guía para la atención de las personas diabéticas tipo 2*. San José Costa Rica
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2009). *Guías para la detección, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial*. San José, Costa Rica.
- Chima, C. (2007). *Diet Manuals to Practice Manuals: The Evolution of Nutrition Care*. Nutrition in Clinical Practice 22: 89-100.
- De Luis, D., Aller, R. & Zarzuelo, S. (2006). *Sal en la dieta en la era de los antihipertensivos*. Med Clin (Barc). 127 (17): 673-5. Localizador Web artículo 165.943
- Department of Developmental Services State of California. Health and Human Services Agency (2003). *Diet Manual* .Consultado en: <https://dds.ca.gov/Publications/docs/ddsdietmanual.pdf>
- Donelan, A., Bowen, L., Gimmsom, A., Hanazawa, S., Saied, S., Slee, C., Steinbock, E., Williams, K. (2011). *Delivering nutritional care through food and beverage services*. The British Dietetic Association. Consultado en: <http://www.docstoc.com/docs/70934879/delivering-nutritional-care-through-food-and-beverage-services>.
- Gómez Candela, C. Iglesias Rosado, A. I. de Cos Blanco (S.F) *Manual de Nutrición Clínica*. Hospital Universitario La Paz, Madrid Consultado en: <http://es.scribd.com/doc/16100019/Manual-Nutricion>
- Hospital Greenwich (s.f) *Qué es una dieta normal?*. Servicios de Alimentos y Nutrición de Greenwich Hospital 203-863-3000 anexo 5211. Consultado en: [http://www.greenhosp.org/upload/docs/FactSheets/Spanish/diet\\_regular.pdf](http://www.greenhosp.org/upload/docs/FactSheets/Spanish/diet_regular.pdf)
- Hospital Samaritano Sao Paulo, Serviço de Gastronomia e Nutrição. (2009) *Manual para prescrição de dietas no Hospital Samaritano*. Consultado en: [www.samaritano.org.br](http://www.samaritano.org.br)
- Jackson, R. (2005). *New CMS guidelines for Hospital Diet Orders*. Health Care Food and Nutrition Focus, vol. 22 núm. 11.

- J. C. de la Cruz, Castillo Pineda, R. Figueredo Grijalva, C. Dugloszewski, J. A. S. Ruy Díaz Reynoso, J. V. Spolidoro Noroña (2008) *Declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales*. Nutr. Hosp. v.23 n.5 Madrid set.-oct. Consultado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-6112008000700002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-6112008000700002&script=sci_arttext)
- Joint Committee on Administrative Rules, Administrative Code. (2009) Title Public Health, Chapter I Department of Public Health, section 225.6030 *diet orders*. Consultado en: <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/077/077002250G60300R.html>
- Laurenti, L. (2007) *Abordaje nutricional en el tratamiento de la disfagia*. Servicio de Nutrición Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea Fleni. 14 (1) 22-28.
- Mahan, Escott-Stump. (2001). *Nutrición y Dietoterapia de Krause*. MacGraw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V. México
- Maher, A. K. (2007). *Simplified Diet Manual.10 ed.* Iowa Dietetic Association: Blackwell Publishing. Consultado en: <http://www.amazon.com/dp/0813811961>
- Marín, H. E., & Ayala, D. N. (1977). *Manual de procedimientos generales, normas, funciones y equipos de los Servicios de Nutrición y Dietética de hospitales*. Caja Costarricense de Seguro Social, Departamento de Servicios Médicos. San José, Costa Rica.
- Martín, I.; Plasencia, D. & González, T. (2001). *Manual de Dietoterapia*. Editorial Ciencias Médicas, Cuba. Consultado en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/manual\\_dietoterapia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/manual_dietoterapia.pdf)
- Mataix-Verdú, J. (2009). *Tratado de Nutrición y Alimentación*. Nueva edición ampliada. Tomo II. Editorial Océano. Barcelona, España.
- Ministerio de Salud. (2011). *Guías Alimentarias para Costa Rica .2ed.* San José Costa Rica.
- Mesejo, A.; Blasco, M.L., Gabaldón, J., García, A., Giménez, A., Gimeno, V. et al .Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat (2000). *Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética*. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Consultado en: [www.nutrinform.com/archivos/ebooks/manual\\_nutricion\\_clinica.pdf](http://www.nutrinform.com/archivos/ebooks/manual_nutricion_clinica.pdf)

- Moreno, G. E., & Martínez, M. M. (2004). *Manual de Planificación de Dietas en Centros Sociosanitarios*. Conselleria de Bienestar Social, Generalitat Valenciana. Consultado en:  
<http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?docid=12822>
- Morrison Management Specialists, Inc. (2011). *Manual of Clinical Nutrition Management*. Consultado en:  
[http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/dietitian/nutrition\\_manual](http://www.healthsystem.virginia.edu/pub/dietitian/nutrition_manual)
- National High Blood Pressure Education Program. (2004). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Consultado en:  
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
- Ohio Board of Dietetics (s.f). *Guideline J. Dietitian Guide to Diet and Nutrition Orders*. Consultado en:  
[www.dietetics.ohio.gov/guidelines/Guideline%20J.pdf](http://www.dietetics.ohio.gov/guidelines/Guideline%20J.pdf)
- OPS. (2006) .*Guías ALAD de diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo2*. Washington, D.C.
- Pelletier, C.; McCullough, G.; Steele, C. (2003). *Feature, National Dysphagia Diet: What to Swallow*. Consultado en:  
<http://www.asha.org/Publications/leader/2003/031104/f031104c/>
- Pignone, M.; Campbell, M.K.; Phillips, C (2001). *Meta-analysis of dietary restriction during fecal occult blood testing*. *Eff Clin Pract*, (4): 150-156.
- Rodríguez de Miranda, A.; González, P, T. (1997). *Nuevos conceptos sobre la dieta en el tratamiento de la úlcera péptica*. *Rev. Cubana Aliment Nutr* 11 (2):105-110). Consultado en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol11\\_2\\_97/ali06297.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol11_2_97/ali06297.htm)
- Rujinsky, M. (2007). *Nutrición en la insuficiencia cardiaca, un gran eslabón*. *Rev Insuf Cardíaca* 2007; (Vol. 2) 3:115-117. Consultado en:  
<http://www.insuficienciacardiaca.org>
- Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (2012). *Manual de utilización de códigos de dietas*. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Consultado en  
<http://www.carloshaya.net/LinkClick.aspx?fileticket=yznDMtvi2Q4%3D&tabid=553>

Sullivan, M.M., Sorreda-Esguerra, P., Platón, M.B., Castro, C.G., Chou, N.R., Shott, S., Comer, G.M. & Alarcon, P. (2004). *Nutritional analysis of blenderized enteral diets in the Philippines*. Asia Pac J Clin Nutr. 13(4):385-91.

Terapia nutricional. (s.f.). Consultado en <http://www.labstein.com/profesionales-de-la-salud/profesionales-de-la-salud.html#0>

Utah Digestive Health Institute. Digestive Health Institute. (2013). *Colonoscopy preparation instructions-read immediately*. Consultado en [https://www.udhi.org/documents/udhi\\_colonoscopy\\_prep\\_miralax\\_pugh.pdf](https://www.udhi.org/documents/udhi_colonoscopy_prep_miralax_pugh.pdf)

Velasco, M., Arriola. V., Clavé P., Puiggrós., C. (2007). *Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento*. *Revista Nutrición Clínica en Medicina* 1 (3) p.174-202 Consultado en: <http://www.med.una.py/Efacim/Revistas/Vol44n1a2011/Protocolo>

Wexner, S.D.; Beck, D.E.; Baron, T.H.; Fanelli, R.D.; Hyman, N.; Bo Shen, B. & Wasco, K. E. (2009). *A Consensus Document on Bowel Preparation before Colonoscopy*: Task Force from the American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS), the American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology* 6, 279-286 | doi: 10.1038/nrgastro.42

## ANEXO N°1

### MODIFICACIÓN DE LA CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS EN FUNCIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

Síntoma	Alteración	Modificación dietética
Saliva espesa. Hipersalivación o babeo. Tos frecuente entre comidas.	Retraso o ausencia del reflejo de deglución.	Espesar los líquidos y dar alimentos con consistencia de <b>suave sin grumos</b> . Alimentos fríos o con sabor estimulante.
Residuos orales.	Disminución del control lingual (dificultad en la fase de preparación oral)	Líquidos espesados. Alimentos picados o triturados con puré o cremas que mantengan el bolo unido <b>suave con grumos</b> .
Hipersalivación o babeo. Residuos orales. Tos frecuente entre comidas.	Alteración de la retracción de la base de la lengua con sensibilidad faringolaríngea indemne.	Consistencia líquidos ralos
Tos frecuente durante las comidas. Hipersalivación.	Disminución en la protección de la vía aérea.	Alimentos triturados. <b>Suave con grumos</b> . Líquidos espesados
Sensación de residuos en la garganta.	Reducción de la sensibilidad oral. Disminución de la sensibilidad Faringea o laríngea.	Consistencia en función De la severidad de la lesión. Los más afectados: consistencia líquida. Los menos afectados: toleran Alimentos de fácil masticación. <b>Semisólidos</b>
Residuos orales. Deglución fraccionada. Tos durante la deglución.	Reducción de la sensibilidad oral. Disminución de la sensibilidad faríngea o laríngea.	Líquidos espesados. Alimentos fríos o estimulantes. Alternar bocados de alimentos fríos y calientes. <b>Semisólidos</b>
Sensación de dificultad para tragar.	Tos después de las comidas. Disfunción del esfínter esofágico superior	Consistencia néctar.

Adaptado de Velazco (2007) Según la experiencia en el manejo para los pacientes con disfagia de la Licda. Antonieta Mora, terapeuta del lenguaje del CENARE

**ANEXO N°2**  
**LIQUIDOS RALOS**  
**PATRÓN DE MENÚ**

<b>TIEMPO DE COMIDA</b>	<b>ALIMENTOS</b>
Desayuno	Bebida caliente 0.5 lácteo 0.6 azúcar Bebida fría 1.5 fruta
Merienda media mañana	*****
Almuerzo	Bebida fría 0.5 fruta 0.6 de azúcar
Merienda media tarde	Bebida caliente 0.5 lácteo 0.6 azúcar
Cena	Bebida fría 0.5 fruta 0.6 de azúcar
Colación nocturna	Bebida caliente 0.6 azúcar Puede incluir bebida en base leche

**EJEMPLO DE MENÚ**

Desayuno: 1 taza de café o té negro o con leche, con o sin azúcar.  
1 vaso de 6 onzas de jugo de naranja.

Almuerzo: 1 vaso de 6 onzas fresco de mora con o sin azúcar.

Media tarde: 1 taza de café o té negro o con leche con o sin azúcar

Cena: 1 vaso de 6 onzas de fresco de naranjilla con o sin azúcar

Colación Nocturna 1 taza de té de manzanilla con o sin azúcar o 1 taza de leche con saborizante

**ANEXO N°3**  
**LÍQUIDOS ESPESOS TIPO NÉCTAR**  
**PATRÓN DE MENÚ**

TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTOS
Desayuno	Bebida caliente 0.5-0.75 lácteo 0.6 azúcar Bebida fría 1.75 fruta ó 0.75 lácteo
Merienda media mañana	*****
Almuerzo	Bebida fría 2 fruta
Merienda media tarde	Bebida caliente 0.5 lácteo 0.6 azúcar 0.25 fruta**
Cena	Bebida fría 2 fruta
Colación nocturna	Bebida caliente 0.75 lácteo 0.6 azúcar 0.25 fruta**

**1 medida de enterex espesante= 0.25 porción de fruta.**

**Grupo Servicio nutrición Cenare 2013**

---

**\*Hace referencia al enterex espesante, que es la única marca comercializada en el país en este momento.**

**EJEMPLO DE MENÚ**

Desayuno: 1 taza de café o té negro o con leche, con o sin azúcar con 1 cucharada de espesante.

1 vaso de 6 onzas de jugo de naranja con 1 cucharada de espesante

Almuerzo: 1 vaso de 6 onzas fresco de mora, con o sin azúcar con 1 cucharada de espesante

Media tarde: 1 taza de café o té negro o con leche, con o sin azúcar con 1 cucharada de espesante

Cena: 1 vaso de 6 onzas fresco de naranjilla, con o sin azúcar con 1 cucharada de espesante

Colación Nocturna 1 taza de leche con crema con 1 cucharada de espesante.

#### ANEXO N°4

#### LÍQUIDOS ESPESOS TIPO MIEL

#### PATRÓN DE MENÚ

TIEMPO DE COMIDA	ALIMENTOS
Desayuno	Bebida caliente 0.5-0.75 lácteo 0.6 azúcar Bebida fría 1.83 fruta** ó 0.75 lácteo
Merienda media mañana	*****
Almuerzo	Bebida fría 2 fruta
Merienda media tarde	Bebida caliente 0.5 lácteo 0.6 azúcar 0.33 fruta**
Cena	Bebida fría 2 fruta
Colación nocturna	Bebida caliente 0.75 lácteo 0.6 azúcar 0.33 fruta**

**1 medida de enterex espesante= 0.25 porción de fruta**

#### EJEMPLO DE MENÚ

Desayuno: 1 taza de café o té negro o con leche, con o sin azúcar. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

1 vaso de 6 onzas de jugo de naranja. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

Almuerzo: 1 vaso de 6 onzas fresco de mora con o sin azúcar. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

Media tarde: 1 taza de café o té negro o con leche, con o sin azúcar. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

Cena: 1 vaso de 6 onzas fresco de naranjilla con o sin azúcar. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

Colación Nocturna 1 taza de leche con crema. Agregar 1 cucharada y 2 cucharaditas de espesante.

**ANEXO N°5**  
**ALIMENTOS QUE SUPONEN UN ALTO RIESGO DE ATRAGANTAMIENTO**

TIPO DE ALIMENTO	EJEMPLOS
Alimentos que se hacen líquidos a temperatura ambiente	Gelatina y helados.
Fibrosos o con hebras	Piña, apio, hojas duras de lechuga
Alimentos con partes duras o punzantes	Carnes con hueso, tendones, cartílagos y pescados con espinas.
Pieles y tegumentos de frutas y legumbres	Uvas, legumbres con el tegumento exterior
Alimentos de distintas consistencias	Leche con cereales de desayuno, sopa con pasta, verduras o trozos de carne
Alimentos crujientes, secos o que se desmenuzan <b>(Para las 4 texturas componente sólido)</b>	Pan tostado o bizcochos, galleta tipo maría, papas, corteza de pan
Alimentos con forma esférica <b>(Para suaves con grumos y semisólidos)</b>	Arvejas, frijoles, lentejas, garbanzos, arroz.
Alimentos pegajosos	Caramelos masticables o tofles -Miel de abeja con pan
Alimentos duros	Frutos secos, pan de cereales.

Adaptado de Laurenti ( 2007). Según la experiencia del manejo interdisciplinario para los pacientes con disfagia en el CENARE.

**ANEXO N°6**  
**SUAVE CON GRUMOS**  
**PATRÓN DE MENÚ**

<b>TIEMPO DE COMIDA</b>	<b>ALIMENTOS</b>	
Almuerzo y Cena	Lácteo	0.5
	Vegetales	3
	Frutas	2
	Cereal	3
	Grasa	2

**EJEMPLO DE MENÚ**

**Almuerzo y cena:** 1 taza con 6 onzas de puré de papa  
1 taza con 6 onzas de crema de zanahoria  
1 taza con 6 onzas frijoles molidos  
1 taza con 6 onzas de flan de mora (consistencia tipo néctar)