EsSalud

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 89 -GCPS-ESSALUD-2017

Lima,

22 NOV 2017

VISTA:

La Carta Nº 189 -GPNAIS-GCPS-EsSalud-2017, el Informe Técnico N° 47 -SGNADYT-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2017, mediante el cual la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud de la Central de Prestaciones de Salud, remite para su aprobación el proyecto de Resolución que aprueba el Documento Técnico "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con VIH/SIDA"- EsSalud", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo;

Que, de conformidad con el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de creación del Seguro Social de Salud, ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, en el literal e) del artículo 2° de la Ley N° 27056 se establece como una de las funciones de EsSalud, formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 se aprobó el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones de EsSalud, en el que establece en el Artículo 158 , literal a) que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud es la encargada de "Formular, proponer, aprobar cuando corresponda al ámbito de su competencia y evaluar las políticas, normas, modelos, prioridades sanitarias y estrategias para la atención de salud de los asegurados a través de la oferta fija y flexible y otras modalidades, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias";

Que, mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 08-GCPS-ESSALUD-2017, se conformó la Comisión técnica para que desarrolle la propuesta de los documentos Técnicos "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con TBC", "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con Cáncer, y "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con VIH/SIDA- ESSALUD";

Que, mediante Resolución N° 63-GCPS- ESSALUD-2017, la Gerencia Central de Prestaciones de Salud amplía la vigencia de la "Comisión Técnica de Nutrición de ESSALUD -2017, y se le asigna responsabilidad de concluir con la Formulación, validación e implantación de las Guías de Intervención Nutricional en pacientes con enfermedades Inmunosuprimidas como son: "Guía de Atención Nutricional en Pacientes con Cáncer", "Guía de Atención Nutricional en Pacientes con TBC",y " Guía de atención Nutricional en Pacientes con VIH/SIDA- EsSalud;

Que, mediante la Carta e Informe de Visto, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud remite el proyecto de Resolución que aprueba el Documento Técnico "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con VIH/SIDA"- EsSalud",la cual tienen por objetivo unificar criterios en la atención nutricional y ser una herramienta de apoyo al profesional nutricionista, que le permita establecer recomendaciones y desarrollar prácticas de alimentación saludable para la persona con tratamiento según etapa de enfermedad, en base a su estado nutricional, hábitos y costumbres alimentarias a fin de prevenir en forma oportuna y efectiva deficiencias nutricionales;

V°B° Dra. M. CUBA Gerente ESSALUD

V°B° L. OLIVARES M. Gerencia Central ESSALUD

V°B° G. VILLANUEVA D. Asesor II ESSALUD

EsSalud

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°89-GCPS-ESSALUD-2017

Que la Sub Gerencia de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, a través de la Comisión Técnica de Nutrición –EsSalud, ha concluido con el proceso de formulación y validación del documento técnico: "Guía de Atención Nutricional en Pacientes con TBC"- EsSalud;

Que el proyecto mencionado en el considerando precedente ha sido elaborado en cumplimiento con lo establecido en la normatividad vigente para la formulación, validación y trámite de aprobación;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR**, el documento técnico: "Guía de Intervención Nutricional en pacientes con VIH/SIDA-EsSalud", que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución

2. **DISPONER** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud se encargue de la difusión, asesoría técnica e implantación del documento técnico, aprobado por la presente Resolución, de acuerdo al ámbito de su competencia.

3. **NOTIFICAR** a la Gerencia Central de Operaciones, en el ámbito de su competencia contribuya al cumplimiento de la implementación del documento técnico aprobadas con la presente Resolución.

4. **DISPONER** que las Redes Desconcentradas, Redes Asistenciales, Órganos Prestadores Nacionales e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), en el ámbito de sus competencias, adopten las acciones que resulten necesarias para la implementación progresiva del documento Técnico aprobado, de acuerdo a su disponibilidad presupuestal.

5. **DISPONER**, a la Oficina de Administración y Seguimiento de la GCPS, remitir a la Secretaría General el presente documento técnico, para su publicación en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud – ESSALUD.

V°B° Dra. M. CUBA Gerente

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD V°B° G. VILLANUEVA D. Asesor II - ESSALUD -

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dra. LUCY NANCY OLIVARES MARCOS
GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
ESSALUD

EsSalud

SEGURO SOCIAL DE SALUD

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES
DE SALUD N° 85 GCPS-ESSALUD

GUÍA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON VIH/SIDA - ESSALUD

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

LIMA - PERÚ

2017

ING. JORGE GABRIEL DEL CASTILLO MORY

PRESIDENTE EJECUTIVO DE ESSALUD

ING. MARÍA DEL CARMEN VALVERDE YÁBAR

GERENTE GENERAL

DRA. LOURDES MERCEDES DOROTEO GÓMEZ

GERENTE CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD

DRA. MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

GERENTE DE POLÍTICAS Y NORMAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

ÍNDICE

I	**TITULO**	9
II	**CÓDIGO**	9
III	**DEFINICIÓN OPERACIONAL**	9
IV	**OBJETIVOS**	9
V	**NIVEL DE ATENCIÓN**	10
VI	**CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL**	10
VII	**MANEJO**	16
	ASPECTOS GENERALES	16
	MEDIDAS GENERALES	18
	TERAPIAS ESPECIALES	23
	ABORDAJE	24
	CONSEJO NUTRICIONAL	25
	MONITOREO NUTRICIONAL	28
VIII	**GLOSARIO DE TÉRMINOS**	30
IX	**BIBLIOGRAFÍA**	31
X	**ANEXOS**	33

EQUIPO DE FORMULACIÓN

Lic. Pilar Quiroz Caycho	Hospital I "Octavio Mongrut Muñoz"
Lic. Rosario Holguín Marín	Hospital Nacional "E. Rebagliati Martins"
Lic. Cecilia Reyes Agurto	Hospital Nacional "A. Sabogal Sologuren"
Lic. Edi Jiménez Hernández	Hospital Nacional "G. Almenara Irigoyen"
Lic. Carmen Palomino Murga	Hospital III "Suarez Angamos"
Lic. Luis Pino Sánchez	Hospital II "Aurelio Díaz Ufano"

PARTICIPANTES EN LA VALIDACIÓN:

A) PRESENCIAL.

Red Prestacional Almenara

Lic. Judith Estrella Ramírez
Lic. Rebeca Luque López
Lic. Cesar Martínez Valdivia
Lic. Ericka Altamirano Arteaga
Lic. María Calderón Ortega
Lic. Roger Martínez Pachas
Lic. Juan Ayala
Lic. David Avendaño Jorges
Lic. José Oliden Romero
Lic. María Félix Quispe
Lic. Yrma Martínez Ninayahuar
Lic. Blanca Vergara Salguero

Red Prestacional Rebagliati

Lic. Miluska Montalvo Moreno
Lic. Denisse Ramírez Delgado
Lic. Irma Bohórquez Sánchez
Lic. Antonio Carlos Castillo Ramírez
Lic. Ana María Barrionuevo Corrales
Lic. Javier Loja Manco
Lic. Amadeo Espinoza Venero
Lic. Nilda Román Alvites
Lic Lucy Martínez Rivera
Lic. Patricia Fernández Sánchez
Lic. Luzmila León Figueroa
Lic. María Arévalo Gerónimo

Red Prestacional Sabogal

Lic. Isolda Paredes Rivera.
Lic. Verónica Collantes Mejía.
Lic. Zoraida Palacios Minaya
Lic. Delia Lindo Tacuñan
Lic. Sara Mendieta Padilla
Lic. Jessica Alania Cubas
Lic. Rosa Romero Serás
Lic. Liz Rojas Barreto
Lic. Fany Lazo Ccoto
Lic. Diana Quispe Arbildo
Lic. Catalina Rosario Muñoz
Lic .Luís Ponce Sánchez

INCOR

Lic Ruth Dextre Moreno

CNSR

Lic Victoria Chimpén Chimpén

B) VIDEOCONFERENCIA

Red Asistencial Amazonas
Lic. Ignacio Román Pérez
Lic. Marcos Guinet Carcoma
Lic. María Custodio Saldaña

Red Asistencial Ancash
Lic. Mirtha Rondón Figueroa
Lic. Rosario Gamboa Barrientos
Lic. María Guerrero Barreto
Lic. Ángela Arbulù Ramírez

Red Asistencial Cajamarca
Lic. Luz Sánchez Cabrera
Lic. Luís Alberto García flores

Red Asistencial Huaraz
Lic. Hugo Quiquia Carhuaz
Lic Roomy Cervera Alarcón
Lic. Jaime Capillo Mezarina
Lic. Ana Huaylinos Maguiña
Lic. Rosalina Ramírez Solís
Lic. Cleotilde Lezama Zavaleta

Red Asistencial Tumbes
Lic. Isabel Vivas Hurtado

Red Asistencial Piura
Lic. María Rosario Tejada Silva
Lic. Liliana Gonzales Ruíz
Lic. Ana María Díaz La Torre
Lic. Angélica Vicente
Lic. Raquel Madrid Briceño
Lic. Flor Becerra
Lic. Gabriela Osorio
Lic. Mirella Pérez Aguilar
Lic. Mayra Tume

Red Asistencial La Libertad
Lic. Viviana Ulloa
Lic. Nayira Guevara
Lic. Roxana Canano
Lic. Mabel Ruíz

Red Asistencial Moyobamba
Lic. Denniz Zuta Montoya
Lic. Edwar Cachay Barboza
Lic. María Vigo Gonzales

Red Asistencial Tarapoto
Lic. Ríos Gonzales
Lic. Analí Aranda Agreda

Red Asistencial Arequipa
Lic. Jackelyne Sánchez Soto
Lic .Denice Prado Quintanilla
Lic. Jenny Zeballos Luque
Lic. Sofía Gonzales Córdova
Lic. Belia Rodriguez Araoz
Lic. Teresa Gómez Pinto
Lic. Johana Mendizabal Pinto
Lic. Amanda Canahuire Cabrera

Red Asistencial Junín
Lic. Celia Barreto Sánchez
Lic. Juan Carlos Mamani Salinas
Lic. Mercedes Espinoza Cárdenas
Lic. Rosalyn Anticona Tello
Lic. Iván Mesias Salaverry
Lic. Elizabeth Chuquillanqui Jeremia
Lic. Ronny Galarza Martel
Lic. Percy Sulca Aguado

Red Asistencial Loreto
Lic. Luís Ganoza Martínez
Lic. Lilian Gómez Tuesta

Red Asistencial Lambayeque

Lic. María Lavado Miranda
Lic. Blanca Pérez
Lic. Cecilia Fernández Saldarriaga
Lic. Cecilia Nuñez Barrón
Lic Maritza Orrego Colchado
Lic María Pizarro Rodríguez

Red Asistencial Ica

Lic. Cynthia Fuentes Pérez
Lic. Mara Fernández Pérez
Lic. Carmen Silva Mosquera
Lic. María Talavera Martínez
Lic. Isabel Guzmán Ganoza
Lic. Mariela Oliva Aparcana
Lic. Mario Echenique Yupanqui

Red Asistencial Pasco

Lic. Neil Ángelo Rodas Vargas
Lic. Jeanette Atencio Vargas

Red Asistencial Ayacucho

Lic. Julio Martínez Loli
Lic. Romeo Córdova Arango
Lic. Norma Gonzales Nina
Lic. Cynthia Huanuni Huamán
Lic. Luz Sacua Machaca

Red Asistencial Huánuco

Lic. Amelia Díaz Tarazona
Lic. Mabel Cruz Chaparro
Lic. Gladys Román Acuri
Lic. Patricia Caycho Selis
Lic. Wilder Huarcaya Calle
Lic. Olga Bernal

Red Asistencial Huancavelica

Lic. Narda Navarro Campos
Lic. Eva Robles Mendoza
Lic. Miguel Morales Palma

Red Asistencial Ucayali

Lic Javier Cáceres Quispe

REVISIÓN Y EDICIÓN

Dr. Walter Ubillus Farfán — Sub Gerente de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

Lic. Rosio Medrano Pascual — Coordinadora Técnica de la Comisión de Nutrición
Sub Gerente de Normas de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

PRESENTACIÓN

La infección por VIH tipo 1 o 2, se caracteriza por una intensa replica viral, principalmente en linfocitos y macrófagos. El progreso de la enfermedad se acelera al romperse el equilibrio entre la cantidad de virus circulantes, carga viral que aumenta y el recuento CD4 que declinan, conllevando a la aparición de diversas infecciones oportunistas y tumores y conducen a las etapas B y C (SIDA).[1] (MINSAL, 2013)

El VIH/SIDA es una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las sostenibilidad económica del sistema de salud y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluida las repercusiones laborales. [2] (Ministerio de la Protección Social y Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, 2005)

La prevalencia del VIH en Perú es de 0.5%. Se reportan entre 1100 – 1200 muertes por año. En el Perú hay 65 000 personas viviendo con VIH/SIDA, el 97 % de casos fue adquirido por transmisión sexual; Lima y Callao son las regiones que reportan el mayor número de casos (70%). Le siguen las regiones Loreto y Arequipa. Las poblaciones en mayor riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y la población lesbiana, gay, bisexual y transgéneros [3] (MINSA, 2007), (MINSA, VIH-2015-2019, 2015). En el año 2009 en EsSalud el 4% fueron reportes por exposición perinatal (niños nacidos de madres VIH positivas). (EsSalud, Documento técnico normativo der prevención de transmisión vertical de VIH en salas parto, 2011).

Según los últimos datos de la OMS, en el 2010 se estimaba que alrededor de 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, con tendencia al aumento en mujeres, personas heterosexuales e individuos de bajos recursos. (Castellanos, 2011). Otra revisión señaló que a finales del 2012, cerca de 35,3 millones de personas vivían con VIH, en el mundo. Aunque la incidencia de infección por VIH, disminuyó desde 2001, alcanzó los 2,3millones, mientras la mortalidad relacionada con el Sida fue de 1,6 millones. Esta disminución, desde la introducción del tratamiento con antirretrovirales en los pacientes infectados, no es homogénea en todo el mundo. Se registró que en la mayoría de los países, el declive fue inferior al 25%, en comparación con el 2005, mientras que en otros se registra como superior al 50%." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Es importante reconocer los aspectos relacionados con la nutrición en la infección del VIH/ sida y no sólo dirigir la atención a los tratamientos farmacológicos y aspectos clínicos; siendo necesario evitar deficiencias nutricionales desde las primeras etapas

---

[1] Guía Clínica AUGE VIH/SIDA. Santiago, Minsal 2013. Busca ayudar en el tratamiento precoz de las personas para prevenir la rápida progresión de la enfermedad.

[2] Guía para el manejo de VIH/SIDA, basada en la evidencia. Colombia 2005. Busca alcanzar mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos.

[3] Plan Estratégico multisectorial de prevención y control de ITS, VIH y Sida, 2007 y 2015.

de la infección. Una alimentación equilibrada ayudará a mantener el peso corporal y un buen estado general. (Massip, et al, 2015)
Para la elaboración de ésta guía nutricional se tomó como referencia la formulada en Panamá en el 2007 donde intervino OPS/OMS/INCAP (OPS-INCAP-MINSA, 2007) (así como la revisión de otras guías y bibliografías referentes al manejo de esta enfermedad.

Este documento es una herramienta que ayudaría a los diferentes actores interesados a formular políticas que mejoren la calidad de vida de las personas afectadas con HIV. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010)

Luego de revisión de la Directiva N° 012-GCPS-ESSALUD-2010 del Programa Nacional de Control de las ITS-VIH/SIDA en EsSalud, aprobada con Resolución N° 082-GCPS.ESSALUD-2010, se presenta esta guía como complemento de la misma. (EsSalud, Directiva Nº012 del Programa Nacioanl de control de las ITS-VHI/SIDA en EsSalud, 2010)

LISTA DE ACRÓNIMOS:

ANSA: Association of Nutrition Services Agencies
CDC: Centro de Prevención y Control de Enfermedades
HIV: Virus de la inmunodeficiencia humana
IMC: Índice de masa corporal
INCAP: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
IPRESS: Instituciones prestadoras de servicios de salud
LGBT: lesbiana, gay, bisexual y transgéneros
MAPRO: Manual de procedimientos de las Unidades Orgánicas y Funcionales de Nutrición
NET: Nutrición Enteral Total
NPT: Nutrición Parenteral Total
NRS 2002: Nutricional Risk Screening 2002
NSI: Iniciativa de tamizaje nutricional (Nutrition Screening Initiative)
OMS: Organización Mundial de Salud
OPS: Organización Panamericana de Salud
RDA: Recomendaciones de Ingesta Dietética
SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
STAMP: Tamizaje riesgo nutricional pediátrico
TAR: Terapia Antirretroviral
TARGA: Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TCC: Triglicéridos de Cadena Corta
VCT: Valor Calórico Total
VGS: Valoración Global Subjetiva

I. TÍTULO: GUÍA DE ATENCION NUTRICIONAL EN EL TRATAMIENTO DE VIH

II. CÓDIGO: CIE-X B20 – B24

III. DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Para los fines de la presente guía se plantea la intervención para todas las personas con VIH/SIDA en las diferentes fases de la enfermedad que estén en tratamiento integral dentro del programa, según la clasificación del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) en el que se toma en cuenta la categoría de laboratorio y categoría clínica.[4] (Stambullian, 2010).

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA CDC PARA INFECCIÓN DE VIH EN ADULTOS Y ADOLESCENTES MAYORES DE 13 AÑOS DE EDAD			
Categorías de laboratorio	Categorías clínicas		
Linfocitos T CD4	A	B	C
	Asintomáticos, infección aguda por VIH, o LGP**	Sintomáticos, sin condiciones de Categoría C	Condiciones indicadoras de SIDA
1. 500 cel/ml o más	A 1	B 1	C 1
2. 200 a 499 cel /ml	A 2	B 2	C 2
3. < 200 cel/ml	A 3	B 3	C 3

* CDC: Centers for Disease Control and Prevention.
** LGP: Linfadenopatia generalizada persistente.

El propósito de la guía es unificar criterios en la atención nutricional a nivel ambulatorio y hospitalario de apoyo al profesional nutricionista, y le permita evaluar, diagnosticar y formular la terapia nutricional individualizada y, desarrollar acciones en la orientación de prácticas de alimentación saludable para la persona con tratamiento según etapa de enfermedad, en base a su estado nutricional, hábitos y costumbres alimentarias a fin de prevenir en forma oportuna y efectiva deficiencias nutricionales y mejorar su calidad de vida, según el nivel de atención.

IV. OBJETIVOS:

4.1. Estandarizar la intervención nutricional para las personas que ingresan al programa de atención integral.

4.2. Contribuir a disminuir la morbi-mortalidad por complicaciones nutricionales.
4.3. Contribuir a mantener a la persona con VIH en buena condición física.

[4] El CDC de Estados Unidos definió en 1987, a la desnutrición severa o el síndrome de desgaste (wasting syndrome), como enfermedad marcadora de SIDA según criterios de pérdida de peso involuntaria del 10%, diarrea crónica por 30 días en ausencia de enfermedad concurrente u otra condición no VIH que la explique. Definición que no se adapta al contexto actual, de allí que en 2004 nuevos criterios para definir desnutrición asociada a esta enfermedad.

4.4. Brindar recomendaciones para adecuar la alimentación según condiciones clínicas y nutricionales.

4.5. Prevenir alteraciones nutricionales por exceso o déficit de acuerdo a la categoría clínica.

4.5 Definir los criterios para evaluación y diagnóstico, tratamiento y orientación nutricional.

4.7. Servir como herramienta de capacitación en el tratamiento nutricional oportuno, eficaz, eficiente y efectivo a fin de ayudar a mejorar la calidad de vida.

V. NIVEL DE ATENCIÓN:

En los 3 niveles de atención de las IPRESS de EsSalud.
I nivel de atención a los contrarreferidos.
II nivel de atención a los pacientes diagnosticados y con tratamiento.
III nivel de atención a los pacientes con complicaciones.

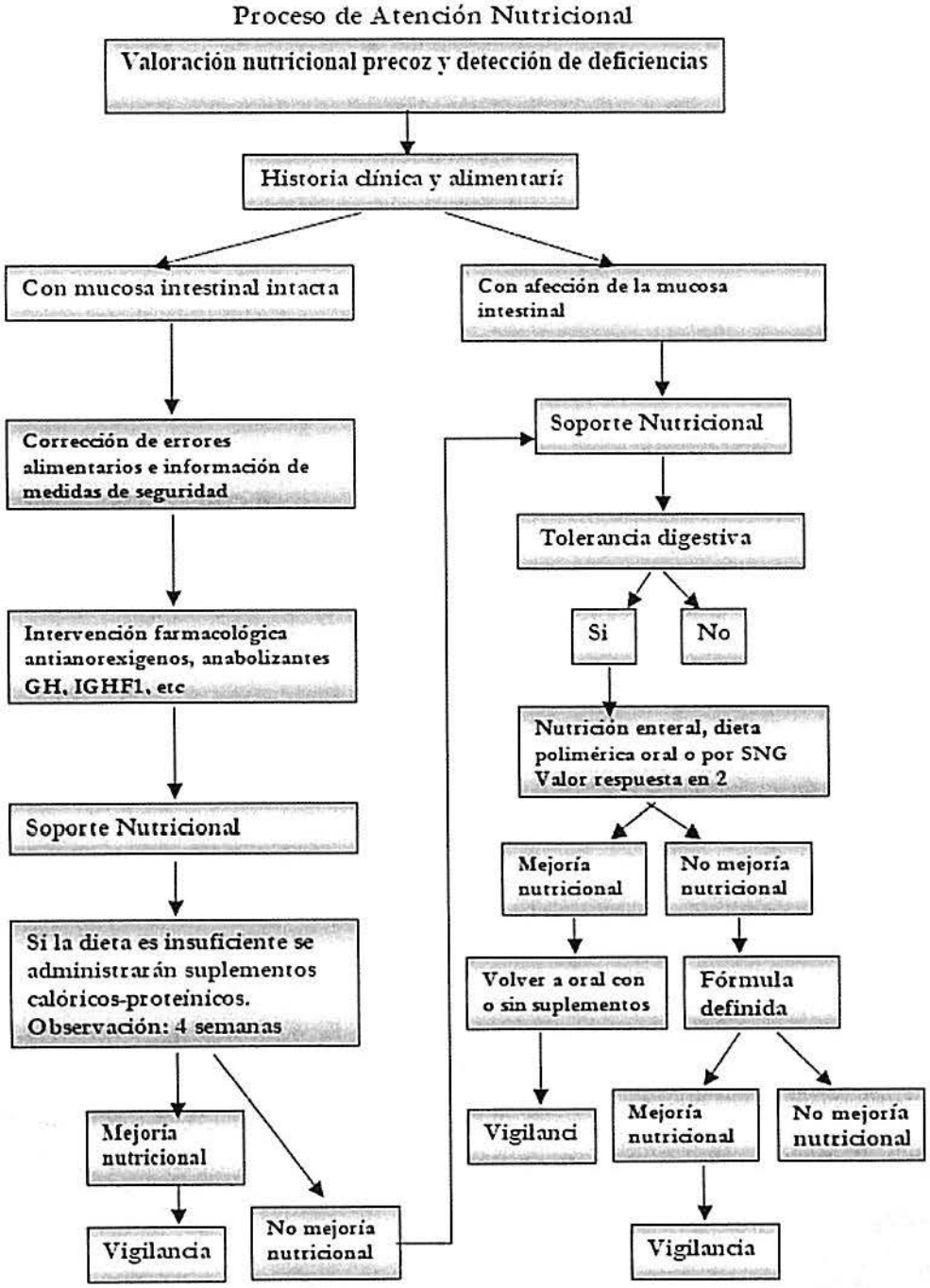
VI. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:

6.1. Información clínica: Datos historia clínica. También deberá consignarse el estadio de la infección.

6.2. Antecedentes familiares y sociales: nivel de ingresos, nivel de escolaridad, actividad física, actividad laboral, costumbres, situaciones de soledad y dependencia funcional, antecedentes de adicción a drogas y alcohol, presencia o no de un familiar o amigo de apoyo con quien la persona comparta su diagnóstico, domicilio estable; ayudan a establecer el tratamiento nutricional. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010)

Es importante conocer el estado del paciente y podrías aplicarse el siguiente algoritmo del gráfico adjunto.

Es necesario tener claro los aspectos a valorarse según el nivel de atención y estado actual de la persona con VIH/SIDA a donde debe recibir la atención integral.



BIBLIOGRAFIA: Krauss, 9ª. Edición. Nutrición y SIDA, Cap. 17 J. Alvarez Hernández

Guía de nutrición para el manejo de personas viviendo con VHI/SIDA. Ministerio de salud de San Salvador, 2004. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

6.3. Tamizaje de riesgo nutricional: su propósito es identificar con rapidez a los individuos desnutridos o en riesgo nutricional a fin de determinar su grado con una evaluación del estado nutricional y brindar una terapia nutricional más específica.

6.3.1. Valoración Global Subjetiva (VGS) creada por Detsky et al., en 1987 y validada para muchas patologías, fue modelo para validar una adaptación específica para personas con HIV por Bowen et al., en 1996 para la atención ambulatoria, en la que agrega la percepción del paciente al cambio de la dieta respecto a su ingesta habitual; incluye otros síntomas gastrointestinales específicos; detalla mejor la alteración en la capacidad funcional y elimina el estrés de la patología; pudiendo utilizarse durante la hospitalización (Rossi, 2015) , (Stambulian, 2010)Considerada como herramienta en el Manual de Procedimientos de las Unidades Orgánicas y Funcionales de Nutrición de EsSalud. (EsSalud, 2016)

6.3.2. Iniciativa de Tamizaje Nutricional (Nutrition Screening Initiative (NSI). Considerada como herramienta de detección de riesgo para adultos mayores de 60 años. Es un cuestionario con 10 preguntas generales sobre alimentación llamado DETERMINE que establece mediante una puntuación el riesgo nutricional. Está diseñada para que pueda ser aplicado por cualquier profesional o cuidador y se pueda así, hacer la detección de riesgo de forma temprana. El alto riesgo nutricional está determinado a partir de 3 puntos, los cuales son indicador de riesgo moderado y mayor a 6 puntos alto riesgo, que implica intervención nutricional especializada. Anexo 1.

6.3.3. Para menores de 80 años **Nutricional Risk Screening 2002** (NRS 2002) Considerada como herramienta de diagnóstico de desnutrición; diseñada por Kondrup y colaboradores en el 2003, a utilizarse en el ámbito hospitalario. Fue desarrollada con información proveniente de 128 ensayos clínicos aleatorizados, y validada en 212 pacientes hospitalizados. Se ha documentado que es capaz de predecir mortalidad, morbilidad y mayor estancia hospitalaria en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición. Un estudio comparativo de varias herramientas de cribaje, encontró que al compararlo con la VGS, el NRS-2002 presenta un mayor valor predictivo positivo (85%) y negativo (79%).
Evalúa pérdida de peso, IMC, ingesta dietética y la severidad de la enfermedad. Anexo 2.

6.3.4. STAMP. Tamizaje riesgo nutricional pediátrico

Esta herramienta se usaría de tener pacientes menores de edad.
Tiene como resultado su aplicación en una valoración del estado nutricional que incluyó datos clínicos, antropométricos y de composición corporal realizada por personal especializado en nutrición. El método STAMP es una herramienta sencilla y útil para el cribado nutricional, que evitaría la necesidad de valorar a todos los pacientes al ingreso para detectar los sujetos de riesgo. En el paciente pediátrico esto cobra especial importancia, al tratarse de un

individuo en proceso de crecimiento en el que la desnutrición tiene consecuencias negativas a corto y largo plazo sobre el desarrollo global y la salud. Fue validado en 2008 por McCarthy y cols., en Reino Unido. (Lama, et al., 2012) . Considerada como herramienta en el Manual de Procedimientos de las Unidades Orgánicas y Funcionales de Nutrición- EsSalud. (EsSalud, 2016).

6.4. Evaluación y Diagnóstico nutricional

Está demostrada la relación entre la alimentación, la nutrición y la evolución de cualquier enfermedad crónica; más aún para los pacientes con la infección por VIH. Los científicos reconocen que al aplicar los conocimientos y el cuidado nutricional se contribuye a mantener la salud y disminuir los efectos de ésta enfermedad evolutiva y una mejora considerable de su calidad de vida. Por ende es importante una evaluación del estado nutricional completa, la que debe incluir una evaluación clínica, mediciones antropométricas, la evaluación de los patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes y de algunos parámetros bioquímicos. (Massip, et al, 2015).
Se emplearán las fichas aprobadas en el manual de procedimientos de las Unidades Orgánicas y Funcionales de Nutrición de EsSalud (MAPRO) adaptadas a la realidad del Centro. (EsSalud, 2016).
Ficha nutricional Ambulatoria: aplicar la que está aprobada en (MAPRO). (EsSalud, 2016)
Ficha nutricional Hospitalaria: Debe registrar resultado del tamizaje de riesgo nutricional y aplicar la ficha aprobada en MAPRO (EsSalud, 2016)

6.4.1. Indicadores Antropométricos: (Fajardo, 2001) (Stambulian, 2010)

a. Porcentaje de pérdida de peso, a través de una fórmula se calcula la diferencia entre el peso usual y peso actual.
   Indica cualquier cambio de peso en forma involuntaria dentro de un periodo corto de tiempo. Está dado por la relación entre el peso actual y el peso usual.
   Cualquier pérdida mayor de 10 % en un periodo corto de tiempo es clínicamente significativa. (Felanpe, 2009)
b. IMC= Se debe tener en cuenta si la persona es deportista activo y el tiempo. Que no haya presencia de edemas. Se calcula en base a la talla al cuadrado, el que se usa como denominador para dividir con el peso actual y cuyo resultado se compara con los siguientes valores.
   Menor a 20 kg/m^2 = desnutrición,
   Mayor de 25= sobrepeso,
   Mayor a 30= obesidad.
   El IMC, no se aplicará si el paciente ha perdido peso. Pues la pérdida de masa muscular puede estar enmascarada por aumento de líquido extracelular y de masa grasa aparentando normalidad en la composición corporal global.
   Un Peso Saludable para un individuo es aquel cuyo peso se encuentra en un rango correspondiente al IMC para la talla entre 18.5 y 24.9Kg. / Talla^2. OPS/OMS. (Felanpe, 2009)

La tabla de resultados a usar es la del Minsa-Cenan, Perú, según grupo de edad aprobada y publicada desde el 2012 al 2015.

c. En caso de normo peso o mayor peso se avaluará además los pliegues. Un porcentaje de grasa mayor a 30% en mujeres y mayor a 25% en hombres reflejarían grasa corporal aumentada. Las comparaciones entre el lado derecho y el izquierdo del cuerpo han indicado ya sea, que no hay diferencias significativas en los pliegues (Womersley y Durnin, 1973), o que las diferencias, aunque estadísticamente significativas, no son de importancia práctica (Martorell, Mendoza, Mueller y Pawson, 1988), aún cuando la masa muscular y ósea del sujeto esté hipertrofiada en uno de los lados, como ocurre con los jugadores de tenis (Gwinn, Chelvam & Steinberg, 1971; Jokl, 1976; Montoye, Smith, Fardon y Howley, 1980). De cualquier manera, las variaciones a los procedimientos standards deberían registrarse en la proforma. Por ejemplo, si el tiempo lo permite, los sujetos cuyo lado dominante es el izquierdo podrían ser evaluados en su lado dominante para los análisis de somatotipo, como fuera originalmente descripto por Heath y Carter (1967). (Norton y Olds, 1996).

d. Estimar la masa magra con la circunferencia muscular del brazo según el estándar, siempre que no haya edemas es evaluar el compartimento muscular esquelético.

e. En el caso de los niños menores, se realizará la vigilancia del crecimiento y desarrollo según las normas de OMS. Para los niños menores de 5 años se usará gráficos de crecimiento talle/edad, peso/edad, peso/talla y perímetro cefálico. En los niños a partir de los 5 años, se evaluará según IMC con edad y talla/edad. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004). Igualmente usar las tablas de valoración nutricional del Minsa-Cenan, Perú del 2012 al 2014 aprobadas y publicadas.

f. En gestantes, se usarán los parámetros definidos en las normas de atención prenatal, peso, talla, edad de la gestación, gráficas y tablas de ganancia de peso en la embarazada. Utilizar tablas de Minsa-Cenan, Perú 2015.

g. Capacidad funcional, es la que relaciona la actividad y fase de enfermedad y tiempo.

6.4.2. Indicadores Bioquímicos: Es necesario tenerlos en cuenta para definir recomendaciones nutricionales específicos en la dieta. El valor de albúmina sólo ayudará como pronóstico del paciente, pues menor a 3,5 g/dl aumenta el riesgo de mortalidad.

a. Hemograma completo y linfocitos CD4,
b. Glucosa,
c. Creatinina
d. Pre-albúmina, albúmina
e. Proteína C reactiva

f. Perfil lipídico y colesterol,
g. Relacionar deficiencia de micronutrientes y vitaminas con la anamnesis alimentaria, de no poder realizarse toma de muestra de sangre.
h. Valoración hormonal (hormona tiroidea y testosterona total y libre) de ser factible.
g. En niños, examen general de orina, de heces. Igualmente en gestantes. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

6.4.3. Indicadores Clínicos. Detectar deficiencias nutricionales.
Involucran la exploración física que consiste en inspección, palpación. Su objetivo es identificar la presencia y gravedad de los signos asociados con las alteraciones del estado nutricional. Anexo 4.
Algunos ejemplos de signos clínicos son: conjuntivas pálidas, manchas de Bitot, estomatitis angular, encías esponjosas y sangrantes, edema, moteado del esmalte y caries, entre otros.
Las ventajas de los indicadores clínicos es que son de bajo costo, rápidos y no invasivos. Las desventajas es que son subjetivos, tienen limitada certeza diagnóstica, los signos sólo aparecen en casos graves y pueden ser inespecíficos.
Otros aspectos a tener en cuenta son:

- Candidiasis,
- Aftas,
- Lesiones ulcerativas,
- Problemas dentales o encías,
- Alteraciones del gusto,
- Odinofagia (dolor al tragar alimentos);
- Edemas;
- Diarrea, tipo y tiempo.

Se deberá diferenciar a los pacientes con signos de lipoatrofia secundaria a tratamiento con TAR de alta eficacia, de aquellos con pérdida generalizada de grasa subcutánea que cursan con desnutrición. (Rossi, 2015)

Desnutrición	Lipodistrofia
• IMC bajo, pérdida de peso. • Disminución de masa grasa acompañado de masa magra.	• Distribución alterada de la grasa corporal • Pérdida subcutánea de grasa (lipoatrofia) en cara (periorbital y temporal), extremidades y glúteos; incremento del perímetro abdominal; de grasa dorsocervical (joroba de búfalo) y crecimiento mamario.

6.4.4. Indicadores Dietarios

a. Anamnesis alimentaria, recordatorio de 24 horas, a través de preguntas respecto a su alimentación.

b. Frecuencia de consumo de los alimentos, (hábitos y costumbres alimentarias, comidas más importantes del día, tolerancia gástrica, intolerancia a alimentos ayuda a determinar el valor nutricional ingerido.
c. Debe solicitarse el registro en casa del consumo de 3 días, siendo útil para conocer la adaptación, entendimiento y/o cumplimiento del esquema nutricional.

VII. MANEJO

7.1. Aspectos generales

La transmisión del VIH de la madre infectada al recién nacido (vertical), sin ninguna intervención preventiva, puede ocurrir entre el 25% al 30% de los casos y puede suceder durante la gestación, al momento del parto y/o durante la lactancia materna. El uso de terapia antirretroviral durante el embarazo en las mujeres infectadas con el VIH ha resultado en una dramática caída en la transmisión al naonato o lactante. La tasa actual de transmisión perinatal en el primer mundo es menor al 2% y el número de niños infectados es cada vez menor. (EsSalud, Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI, 2010).

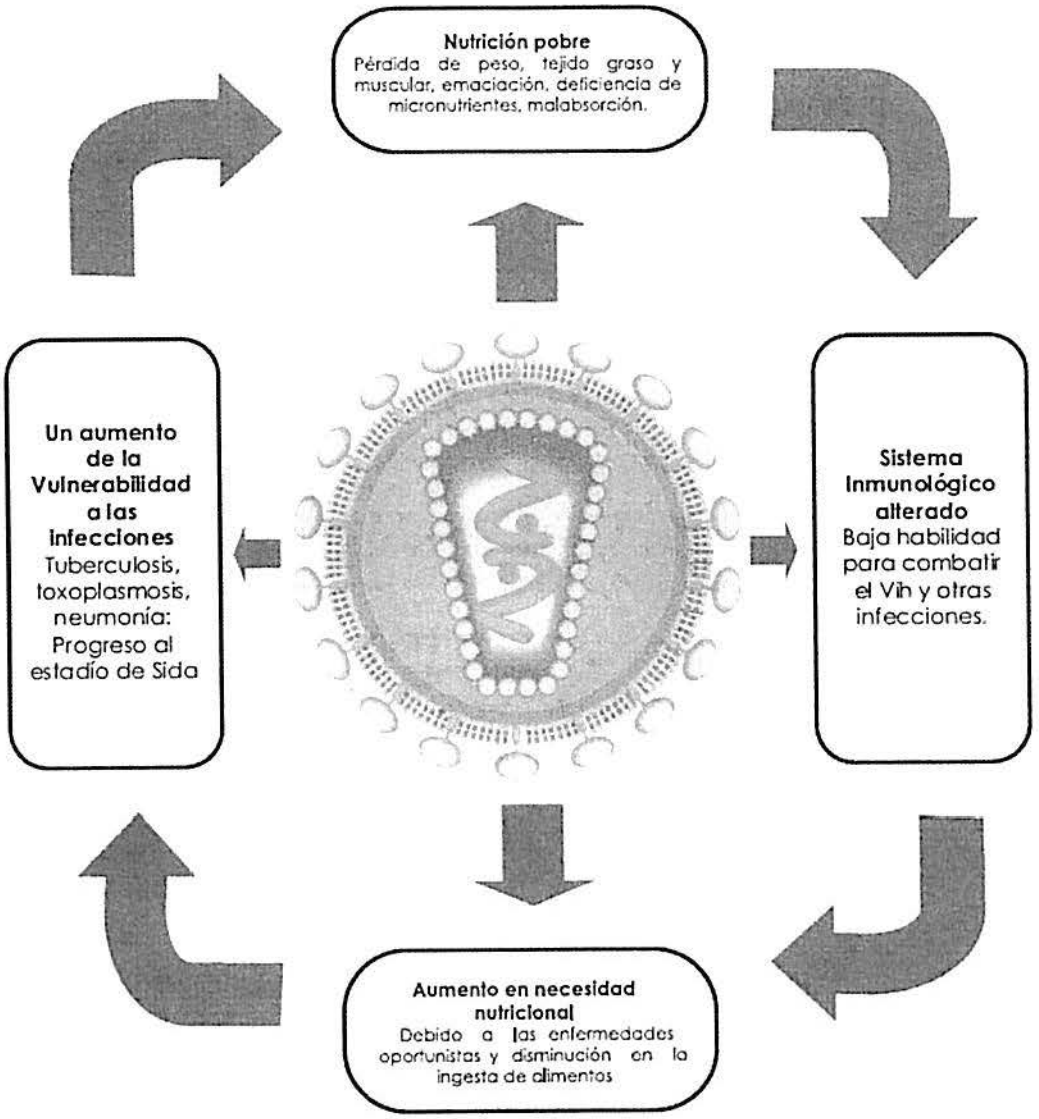
Es fundamental que el paciente y familiar directo, desde el diagnóstico, deba tener control nutricional periódico. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010).

En algunos casos los primeros signos y síntomas pueden empezar a los 6 a 12 meses después del contagio, de allí la importancia de conocer las manifestaciones según el grado de incubación para establecer el tratamiento nutricional: (10, pág. 9).

Grupo I		Infección aguda
Grupo II		Infección asintomática
Grupo III		Linfadenopatía generalizada persistente
Grupo IV	SIDA	Con patología adicional
	Subgrupo A	Enfermedad constitucional
	Subgrupo B	Enfermedad neurológica
	Subgrupo C	Infecciones secundarias por pneumocystiscarini, giardialambia, shigella, cándida albicans, criptococos, toxoplasma, herpes. Células CD4 < 200/uL.
	Subgrupo D	Neoplasias secundarias como sarcoma de Kaposi, linfomas.

Es importante reforzar la vigilancia nutricional a fin de prevenir se forme un círculo peligroso entre el HIV o Sida y la malnutrición (alteración inmunológica e infecciones con disminución de la ingesta y peso)[5]. Observemos el gráfico.

[5] En el cuidado es clave la relación entre la nutrición y la adherencia a los tratamientos antirretrovirales. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010)



Fuente: Nutrición and HIV / AIDS. FANTA, RCQHC, 2003. Adaptado por Equipo Técnico PMA-OMP. 1

La buena adherencia a los tratamientos con adecuada alimentación y estilos de vida saludable, refuerzan el efecto de los fármacos que se tomen y ayuda en la mejoría de la respuesta del tratamiento, reconstitución del sistema inmune y la salud general de la persona. La evidencia de un estilo de vida saludable es el que presenta un óptimo nivel de salud física y mental. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010).

7.2. MEDIDAS GENERALES:

La detección de pacientes en riesgo de desnutrición deberá ser seguida por una evaluación completa. La evaluación incluye conocer los factores de riesgo potenciales, consumo de medicamentos, un perfil nutricional, condiciones económicas y psicológicas, para el desarrollo de un plan de cuidados integrales. (Fajardo, 2001)

Cubrir los requerimientos nutricionales (calorías, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales, agua, fibra) ayudará a prevenir deficiencias nutricionales a través de una alimentación adecuada y balanceada, vigilando la medicación y tolerancia así como la práctica del ejercicio, para ayudar a mantener el peso y buena condición física; así como una buena respuesta del sistema inmune del organismo. (OPS-INCAP-MINSA, 2007), (Fajardo, 2001)

Después del nacimiento, los niños con VIH pueden presentar altos requerimientos y gasto de energía, pobre ingesta de alimentos, mala absorción de los nutrientes (carbohidratos, lactosa y otros), excreción aumentada de proteínas y grasas. Los más pequeños (4 meses de edad que ya inician tratamiento) tienen mayor riesgo de perder masa muscular y adelgazar, presentando retraso en el crecimiento. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

Toda persona que presente pérdida de peso mayor de 2 % en 1 semana debe ser incluida en el programa de soporte nutricional domiciliario, debiendo ser referido al nivel respectivo (OPS-INCAP-MINSA, 2007)

TRATAMIENTO NUTRICIONAL: Se establece con los requerimientos nutricionales.

Requerimientos nutricionales. (OPS-INCAP-MINSA, 2007) (Fajardo, 2001), (Rossi, 2015).

A. Niños

1. Energía: según cuadro adjunto:

Edad	Kcal./kg./día *
0-5 meses	108-110
5-12 meses	100
1-3 años	102
4-6 años	90
7-10 años	70

*para manejo hospitalario 1,5 – 2,0 veces de RDA

a. El peso a utilizar va a depender del estado de salud del niño.
Si presenta desnutrición utilice el peso recomendado para su edad.

2. **Proteínas:**

a. El peso a tomar debe ser según condición:

Edad	g./kg./día *
0-5 meses	2,2
5-12 meses	2,2
1-3 años	2,0
4-6 años	1,8
7-10 años	1,5

Fuente: MINSA, 2006
* Recomendaciones 1,5 – 2,0 veces de RDA

3. **Micronutrientes:**
Es importante cubrir las recomendaciones diarias. Es importante vigilar consumo de hierro, calcio, zinc y minerales importantes para el crecimiento del niño.

B. Adultos

1. Energía: La experiencia de instituciones médicas sugiere que los pacientes asintomáticos requieren de 35 a 40 Kcal/kg peso. (Fajardo, 2001) Si se requiere lograr anabolismo, se añaden 5-10 cal/kg. (Castellanos, 2011) Para pacientes sintomáticos un aumento de 30% de las necesidades energéticas, señalados por OMS y ANSA (Association of Nutrition Services Agencies). (Rossi, 2015), (Stambulian, 2010).
También se toma en cuenta la actividad física, presencia de fiebre.

Es importante la condición de la persona.

Condición de la persona	Peso a utilizar
Sin pérdida de peso alguna	Peso actual
Con sobrepeso	Peso Ideal
Con pérdida de peso leve o moderada (ver % de cambio de peso)	Peso Ideal
Con pérdida de peso severa	Peso ideal

Nivel de actividad	Factor
Encamado	1,2
Ambulatorio o sedentario	1,3
Actividad ligera: Hombres Mujeres	 1.41 1.42
Actividad Moderada: Hombres Mujeres	 1.56 1.70
Actividad severa: Hombres Mujeres	 2.01 1.73

Estrés	Factor
Ambulatorio para mantenimiento	1.3
Para aumento peso	1.5
Cirugía	1.1 – 1.2
Infección	1.2 – 1.6
Trauma	1.1 – 1.8
Quemaduras	1.5 – 1.9

Fuente: Franken field D, Muth E, Rowe W. The Harris-Benedict studies of human basal metabolism: History and limitations. J Am Diet Assoc 1998; 98:439-45,

- El factor de ajuste para dietas hipercalóricas es de 1.1 si la persona es VIH (+) y 1.5 si ya tiene sida.

- Fiebre 1.0 + 1.13° C, (o sumar 10% a la TMB por cada grado Celsius sobre 37°C),

- Caquexia 1.3-1.5.

2.- Proteínas: La cantidad variará según condición del paciente y peso, así como si hubiera compromiso renal o hepático. (OPS-INCAP-MINSA, 2007), (Longo, Navarro, 1994).
El aporte de proteína puede ser calculado según el grado de estrés infeccioso conforme a los siguientes valores (g proteínas/kg/d).

1. Pacientes sin infección aguda = 1.0 a 1.5.
2. Pacientes con estrés infeccioso moderado = 1.5 a 2.0.
3. Pacientes con estrés infeccioso severo = 2.0 a 3.0.

El aporte para mantenimiento será de 1 a 1.4g/kg/d. (peso según tabla de condición del paciente). (OPS-INCAP-MINSA, 2007)
El aporte para depleción, anabolismo será de 1.5 a 2.0g/kg/d. (peso según tabla de condición del paciente). (OPS-INCAP-MINSA, 2007)
Aminoácidos como arginina, glutamina, los de cadena ramificada y sulfurados, modulan la respuesta inmunitaria. La arginina incrementa el tamaño y la celularidad del timo, mejorando la función de macrófagos y células asesinas e incrementando la producción de interleucina-2 y la actividad de sus receptores. Su depleción compromete la función inmunitaria de las células de Kupffer y reduce la cicatrización. La deficiencia de glutamina se asocia con una reducción del número de linfocitos productores de IgA localizados en el tejido linfoide asociado a la mucosa del tracto gastrointestinal, facilitando la translocación de patógenos intestinales hacia la corriente sanguínea. La leucina, valina e isoleucina son aminoácidos de cadena ramificada; su deficiencia al igual que de los aminoácidos sulfurados (cisteína y metionina) conducirá a una depleción de los tejidos linfoides

3.- Grasas: El porcentaje de grasas será según tolerancia, generalmente será 25 a 30% del valor calórico total. En malabsorción o esteatorrea se recomienda usar una dieta baja en grasa, con 20 a 25% del VCT. La tolerancia de las grasas varía. Cuando se manifiesta diarrea con malabsorción, resulta útil disminuir las grasas de la dieta y utilizar MCT o productos similares. (Longo, Navarro, 1994).

En caso de hiperlipidemias causada por lipodistrofia asociada a TAR de alta eficacia, considerar en el cálculo la distribución de grasas saturadas (< 7%), monosaturadas (hasta 20%) y de polinsaturada del 10% del VCT y colesterol (200 mg por día). (Rossi, 2015)

Si hubiera síndrome malabsorción por grasas y presencia de diarrea, se suplementaría con triglicéridos de cadena media o similares.

Cuando son utilizados los omegas 3 y 6 como complementos dietéticos, estos ácidos grasos mejoran la respuesta inmunitaria mediada por células e inhiben la producción de prostaglandinas inmunodepresoras.

El sistema inmunológico se ve afectado tanto por la cantidad como por la calidad de los lípidos de la dieta. Los ácidos grasos de cadena larga omega 6 tienen efecto inmunodepresor cuando se administran en cantidades que exceden significativamente las necesidades para prevenir la deficiencia de ácidos grasos. Estos efectos inhiben la función de las células citotóxicas, disminuyen la secreción de citocinas, deterioran la migración leucocitaria y afectan adversamente el sistema reticuloendotelial. Los ácidos grasos omega 3 compiten con los ácidos grasos omega 6 por las enzimas que producen prostanoides y leucotrienos. Los compuestos producidos por la interacción enzimática con los ácidos grasos omega 3 son menos inflamatorios e inmunodepresores que los producidos por omega 6.

Debido a que los triglicéridos de cadena mediana se absorben fácilmente, son de utilidad en pacientes con síndromes de mala absorción y mala digestión. Estos triglicéridos proporcionan una fuente de energía rápidamente disponible sin los efectos secundarios de los triglicéridos de cadena larga, con el beneficio adicional de mejorar la función fagocítica mononuclear. Finalmente, los triglicéridos de cadena corta (TCC) pueden ser utilizados rutinariamente como un complemento dietético. Al igual que los triglicéridos de cadena mediana, proporcionan una fuente inmediata de energía sin efectos inmunosupresores. Los TCC constituyen la fuente de energía preferencial por la mucosa colónica, han demostrado mejorar la cicatrización de la anastomosis y disminuir la atrofia de la mucosa intestinal asociada a desuso del tubo digestivo.

4. Carbohidratos: La cantidad a prescribir se considerará de un 50 a 60% del valor calórico total. Si hay algún tipo de intolerancia, se debe modificar el tipo de carbohidratos. Si la persona posee afecciones pulmonares, se debe restringir al 40% del valor calórico total.

5. Micronutrientes: Es importante cubrir las recomendaciones diarias según edad y estado fisiológico. La deficiencia de algunos micronutrientes (vitamina A, B6, B12, E, Zinc y selenio) puede afectar adversamente varias funciones del sistema inmunológico. El exceso de micro nutrimentos también

puede ser deletéreo al inhibir directa o indirectamente la absorción o la función de otros nutrimentos.

Cuadro: Requerimientos nutricios específicos según fase de la enfermedad VIH. (Castellanos, 2011) (Stambulian, 2010), (Rossi, 2015)

CATEGORÍA CLÍNICA	DEFINICIÓN	RECOMENDACIONES CALÓRICAS	RECOMENDACIONES PROTEÍCAS
A	VIH asintomático, linfadenopatía persistente generalizada, VIH agudo	30 - 35 cal/kg	1.1 - 1.5 g/kg
B	VIH sintomático, complicaciones VIH	35 - 40 cal/kg	1.5 - 2.0 g/kg
C	CD4<200, SIDA y/o infección oportunista	40 - 50 cal/kg	2.0 - 2.5 g/kg
C+ MALNUTRICIÓN GRAVE	C y criterios de malnutrición grave	Inicio a 20 cal/kg, luego aumento gradual según tolerancia	

C. Gestante

El estado nutricional óptimo y la alimentación saludable son fundamentales para conseguir un crecimiento y desarrollo fetal óptimos y llevar a cabo la lactancia con éxito.

Evaluar si hay factores de riesgo de malnutrición que requieran soporte nutricional (malnutrición previa, si es adolescente, gestación múltiple o muy seguida, hábitos tóxicos, presencia de malabsorción o aumento de requerimientos, dieta vegetariana estricta), o alteraciones durante el embarazo con implicaciones nutricionales (pirosis, RGE, náuseas y vómitos, estreñimiento, anemia, hiperglicemia, hipoglicemia, aumento o pérdida de peso, dislipidemias).

En el primer trimestre mantener el peso sino esta normal, en el segundo aumentar de 900 a 1359 gramos por mes y en el tercer trimestre 1359 a 1812 g por mes (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

1. Energía y proteínas: deberá agregarse en el plan de alimentación 285 calorías en el segundo y tercer trimestre y 10 gramos de proteínas diarias para cubrir las necesidades presentes en el embarazo. Si se necesita aumentar el peso, aumentar de 500 a 1000 kcal.

2. Micronutrientes: es importante cubrir las necesidades diarias de estos nutrientes. Vigilar la ingesta de folato, hierro y calcio.

7.3. TERAPIA NUTRICIONAL Y MEDICA ESPECIAL

- Suplementación con fórmulas nutricionales completas en caso de síndrome de consumo (estadio clínico 4) o desgaste (pérdida involuntaria de peso mayor al 10% del peso corporal usual, con presencia de 2 a más deposiciones líquidas/día por más de un mes (estadio clínico 3), o debilidad crónica y fiebre intermitente o constante por más de un mes, que no se relacionen a otras causas (MINSA, 2014) (Fajardo, 2001) (Stambulian, 2010)
- Suplementación de micronutrientes y macronutrientes en aquellos que tengan ingesta menor del 60% de sus necesidades nutricionales o pobre recuperación del peso y albúmina menor de 3 g/dl después de una infección oportunista (MINSA, 2014)
- Tratamiento farmacológico en síndrome de desgaste: acetato de megestrol, es un estimulante sintético del apetito que ayuda a aumentar el peso corporal.
  Una dosis diaria de 800 mg durante 12 semanas produce un aumento significativo del peso, del cual la mayor parte es grasa.
- Dronabinol, fármaco que contiene el principio activo de la marihuana - tetrahidrocanabinol- y posee propiedades estimulantes del apetito, pero es muy costoso.
- Hormona del crecimiento humano: fármaco particularmente útil en la corrección de las disfunciones metabólicas del síndrome de desgaste. Para que el fármaco sea efectivo se requiere una ingestión adecuada de calorías y proteínas. Se asocia con incremento de la capacidad física y la calidad de vida. Su elevado costo lo hace accesible a pocos pacientes. Existe el potencial de incrementar la actividad neoplásica subyacente que aún no se haya hecho manifiesta.
- Anabólicos esteroideos (andrógenos): Han demostrado eficacia cuando son combinados con ejercicio. Su empleo requiere una cuidadosa vigilancia de efectos secundarios.
- Nutrición enteral total (NET) y nutrición parenteral total (NPT): puede ser benéfica para mantener la hidratación, proporcionar nutrimentos, incrementar el confort y la sobrevida en pacientes incapaces de comer o absorber nutrimentos durante periodos prolongados de tiempo. Actualmente la NPT sería sólo para casos muy extremos de intolerancia y/o desnutrición severa en etapas fase intermedia, por los riesgos asociados a infección por catéter venoso central.
- Factores de riesgo de Malnutrición con indicación de Soporte Nutricional
  1.- Malnutrición previa
  2.- Embarazo en adolescente
  3.- Gestación múltiple o embarazos muy seguidos.
  4.- Hábitos tóxicos.
  5.- Patologías con malabsorción o aumento de requerimientos.
  6.- Fármacos que causen interacción o malabsorción de nutrientes.
  7.- Ausencia de piezas dentarias.
  8.- Dietas vegetarianas estrictas.

7.4. ABORDAJE:

En la atención al paciente hacer un abordaje integral e individualizado del paciente; desde el momento de diagnóstico y a lo largo del seguimiento, es la estrategia más eficaz para lograr los objetivos nutricionales, a través de la ficha nutricional.

- Detección precoz del riesgo de desnutrición, que incluye conocer los factores de riesgo potenciales, consumo de medicamentos, un perfil nutricional, condiciones económicas y psicológicas, para el desarrollo de un plan de cuidados integrales. (Fajardo, 2001)
- El esquema nutricional se debe cubrir los requerimientos nutricionales de calorías, proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales, agua, fibra, para prevenir deficiencias nutricionales.
- La vigilancia de la medicación y tolerancia así como la práctica del ejercicio, ayudará a mantener el peso y buena condición física. (OPS-INCAP-MINSA, 2007) (Fajardo, 2001)
- Toda persona que presente pérdida de peso mayor de 2 kg debe ser incluida en el programa de soporte nutricional domiciliario, debiendo ser referido.
- Las personas adultas mayores que además de los malestares gastrointestinales presenten problemas nutricionales, de dentadura, descalcificación, baja absorción intestinal, bajo apetito, hipertensión y diabetes, deben tener mayor vigilancia.
- La aplicación de la historia nutricional, ficha de evaluación nutricional y registro de la atención permitirán un seguimiento completo.
- El paciente desnutrido que requiere soporte nutricional farmacológico debe recibir en fase inicial en hospitalización y luego en programa en domicilio con evaluación y visita quincenal, hasta que pueda asistir a la consulta ambulatoria.
- Es importante el monitoreo a fin de identificar los posibles problemas y prevenir el déficit nutricional y así se tenga eficacia del tratamiento implementado. (Stambulian, 2010)

7.4.1. Atención ambulatoria:

- Vigilar el estado nutricional, ingesta alimentaria, pruebas bioquímicas, síntomas y manifestaciones clínicas que afectan el estado nutricional.
- Brindar educación nutricional al familiar o al acompañante sobre medidas de higiene y preparación de alimentos.
- La frecuencia de la atención debe ser según el riesgo nutricional.

7.4.2. Atención a personas hospitalizadas

- Evaluación y diagnóstico nutricional.
- Evaluación de la bioquímica para hacer ajustes en el tratamiento dietoterapeútico necesario.
- Requerimientos nutricionales de macronutrientes y micronutrientes.
- Formulación de la terapia nutricional, monitoreo.
- Formulación del plan de alimentación al alta con la educación respectiva.

7.4.3. Educación alimentaria nutricional

La educación alimentaria hará hincapié en las siguientes áreas:

- La importancia de los nutrimentos.
- Plan nutricional: qué, cuánto, cómo y cuándo comer.
- Consejería sobre actividad física para mantener masa muscular, estimular el apetito, y aumentar el sentimiento de bienestar.
- Aspectos de seguridad: almacenamiento, preparación y comidas fuera de casa, sanitización e higiene personal.
- Tratamiento de los síntomas relacionados con la nutrición: inapetencia, saciedad temprana, náusea, vómito, diarrea, intolerancia alimentaria, úlceras bucales y disfagia.
- Recomendaciones en la mala absorción.
- Servido de los alimentos, horario y volúmenes.
- Reposición de pérdidas hidroelectrolíticas. (Fajardo, 2001)
- Normas en la preparación de alimentos para pacientes inmunodeprimidos.

7.5. Consejo nutricional

La náusea y el vómito son problemas gastrointestinales comunes presentes que pueden ser contrarrestados con una dieta baja en grasa, ligeramente condimentada y que desprenda poco olor, fraccionada en volúmenes pequeños, procurando una masticación e ingestión lenta, en un ambiente grato y relajado. El reposo postprandial y la elevación de la cabeza son convenientes.

Se puede encontrar otras alteraciones importantes como anorexia, disfagia, diarrea, herpes y que pueden ser atendidas específicamente. Anexo 10

Alimentación infantil

A. **Lactancia materna:** Las madres no deben dar de lactar a sus niños, sino que deben emplear otras alternativas de alimentación de sustitución para disminuir riesgo de transmisión y reducción del riesgo de otras causas de morbi-mortalidad. (OPS-INCAP-MINSA, 2007)

Las tasas de transmisión vertical del VIH durante la lactancia van de 5% a 20%; con lactancia hasta los 6 meses de 20% a 35%; y con lactancia desde los 18 hasta los 24 meses de 30% a 45%. Los lactantes siguen expuestos al riesgo de transmisión mientras dure la lactancia; de hecho, este riesgo aumenta con el transcurso del amamantamiento. (OPS-INCAP-MINSA, 2007)

"En el hijo de madre con infección VIH debe suspenderse la lactancia materna para disminuir la transmisión viral por esta vía, debiendo indicarse leche maternizada durante los seis primeros meses de vida. La institución proveerá leche maternizada hasta los seis meses de vida". (EsSalud, Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI, 2010).

"Mientras descartamos de manera definitiva el diagnóstico de infección, estos niños deben ser manejados como "presuntos infectados. Estos niños no deben ser alimentados con lactancia materna, por la posibilidad de transmisión postnatal". (León, Gonzáles, Pacheco, Leal, 2014).

1) Opciones de alimentación:
   a. **Leche artificial comercial:** Por los riesgos de aumentar infecciones bacterianas y contaminación, se debe dar las recomendaciones de preparación.
   b. **Leche materna extraída y tratada con calor o pasteurizada:** El tratamiento con calor disminuye los componentes inmunes y protectores de la leche materna.

2) Consideraciones al momento de seleccionar las opciones de alimentación infantil teniendo en cuenta las ventajas de la lactancia materna exclusiva.
   a. **Requisitos nutricionales**: la alimentación de sustitución debe cubrir los requerimientos nutricionales de la manera más completa posible, aun cuando no existe alimento nutricionalmente superior a la leche materna.
   b. **Infección bacteriana**: Se recomienda cumplir con los cuidados higiénicos en la preparación y administración de los sucedáneos de la leche y leche extraída y tratada con calor, para evitar la contaminación bacteriana.

3) Importancia del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
   a. Recomienda que los gobiernos regulen la distribución de los sucedáneos de la leche de manera gratuita o subsidiada para prevenir una dispersión a los lactantes que se beneficiarían de la lactancia y que poseen madres VIH negativo. Con el Código se pretende «proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución». En los países donde las normativas establecen que las madres infectadas por el VIH eviten por completo la lactancia materna, la promoción de los sucedáneos de la leche materna en general continúa siendo indebida. Los gobiernos, los organismos de seguridad social y los centros de salud pueden facilitarlos a las madres seropositivas. Con todo, estos productos se deben obtener a través de los canales normales de compra, y no a través de donaciones de los fabricantes (WHA39.28 (1986). (OMS, 2017)
   b. Protege a los lactantes y a sus madres para que las etiquetas de los sucedáneos posean las advertencias e instrucciones para su uso y preparación adecuadas.
   c. Asegura que el producto sea elegido en base a consejos nutricionales independientes.

B. Alimentación complementaria

Todos los niños deben iniciar su alimentación complementaria de acuerdo a normas del Ministerio de Salud, con alimentos adecuadamente preparados en el hogar. Los lactantes deben continuar recibiendo un sucedáneo de leche materna.

1. Requisitos de la alimentación complementaria

Los alimentos complementarios, según la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, deben cumplir con los siguientes requisitos:

a. ***Oportunos:*** se deben introducir cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasan lo que proporciona sucedáneos.

b. ***Adecuados:*** deben proveer un aumento de energía, proteína y micronutrientes, para cubrir las necesidades propias de un niño en crecimiento.

c. ***Inocuos:*** se deben preparar y almacenar de manera higiénica y administrarse con manos y utensilios limpios.

d. ***Darse de forma adecuada:*** atender a las señales de apetito y saciedad del niño, la frecuencia y método de alimentación de acuerdo a su edad.

C. Preparación y administración de los alimentos

1. Preparación higiénica

a. Lavarse las manos adecuadamente con agua y jabón.

b. Lavar muy bien los utensilios para preparar la alimentación del niño, hirviéndolos preferentemente y almacenarlos en el refrigerador. Si no posee refrigerador, manténgalos tapados y utilícelos inmediatamente.

c. Usar agua hervida para la preparación de todos los alimentos del niño.

d. Cocinar completamente los alimentos.

e. Evitar utilizar biberones y comida guardada.

f. Evitar la contaminación cruzada entre alimentos y utensilios.

g. Lavar las frutas y vegetales con agua hervida, pelarlas o cocinarlas antes de dárselas al niño.

h. Mantener las superficies limpias.

2. Administración apropiada

a. Siempre que sea práctico, evite el uso de los biberones, usando las tazas al momento de alimentar al niño.

b. Siente al niño semi-derecho sobre sus piernas.

c. Lleve la taza a los labios del niño.

d. Incline la taza para que alcance los labios del lactante.

e. No vierta la leche dentro de la boca del lactante. Solo sostenga la taza y deje que el lactante la tome.

f. Cuando el lactante se sienta lleno, cerrará la boca y no tomará más.

g. Mida la cantidad de leche que el lactante consume en 24 horas para saber si está consumiendo la cantidad adecuada.

7.6. MONITOREO NUTRICIONAL:

Es importante reforzar en cada control ambulatorio o en domicilio las recomendaciones nutricionales de fin de mejorar los estilos de vida saludable. En la siguiente sección se dan sugerencias según la situación que se deba mejorar.

"Los niños con infección VIH deben ser monitorizados cuidadosamente en talla, peso y perímetro cefálico, así como evaluar los cambios puberales y el desarrollo durante la adolescencia. El control debe ser mensual incidiéndose en una adecuada ganancia de peso y desarrollo". (EsSalud, Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI, 2010).

Recomendaciones nutricionales

Esta sección de recomendaciones es de referencia y está dirigido a profesionales de la salud, nutricionistas, personas viviendo con VIH, líderes comunitarios y cuidadores, que trabajen o cuiden a personas afectada y hace parte de la guía Institucional de EsSalud como respuesta al actuar frente a esta enfermedad. (Programa Mundial de Alimentos (PMA), 2010)

La ingesta adecuada de alimentos, proporcionará al organismo los macronutrientes que requiere (proteínas, grasas, carbohidratos) y micronutrientes (minerales y vitaminas) para mantener la función vital y conservar constante el depósito graso como energía de reserva. La regulación de la ingesta y la homeostasia energética es fruto de la actividad coordinada de un complejo sistema neuroendocrino que abarca desde los centros corticales a los adipocitos, tendiendo a una relativa constancia de los depósitos grasos. (Miralles)

La ingesta nutricional según el requerimiento nutricional permite que toda persona pueda tener un balance energético positivo a fin de garantizar se mantenga el peso. Es importante evitar la pérdida de peso inicial y permanente y este afecte el estado general del paciente, pues en muchos casos es casi inevitable en la fase TARGA. (Miralles)

Cuando el tratamiento ocasiona alteraciones gastrointestinales que impiden la tolerancia alimentaria, se debe considerar el soporte nutricional para facilitar la absorción de los nutrientes en forma oportuna y precoz. (5,7). Esta terapia por vía enteral a través de una sonda nasoenteral y bomba de infusión enteral garantiza que la persona con VIH con algún grado de desnutrición y que esté en el extremo de la intolerancia oral menor al 60% de sus requerimientos nutricionales diarios por más de 1 semana se beneficiaría mejor que los que no la reciben.

"Si el niño rechaza la alimentación, tiene pobre apetito y se le ha descartado causas médicas como úlceras orales y esofagitis, se pueden evaluar las opciones: Empleo de sonda nasogástrica para alimentación o Gastrostomía". (EsSalud, Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI, 2010).

La adecuada nutrición no puede prevenir ni curar la infección del VIH, pero puede retrasar la progresión de la misma hacia las etapas terminales, mantener el estado nutricional o recuperarlo y así contribuir a una mejor calidad de vida (OPS-INCAP-MINSA, 2007) (Fajardo, 2001)

La desnutrición es una condición que disminuye importantemente la capacidad funcional del organismo afectado, y en consecuencia profundiza la deficiencia inmunitaria y aumenta la morbi-mortalidad.
La pérdida de peso menos del 10% indica estadio clínico 2.
Los requerimientos energéticos se ven afectados por factores hormonales y metabólicos.
"El manejo de las deficiencias nutricionales en niños puede incluir una o más de las siguientes intervenciones:
• Instrucción nutricional
• Suplementos vitamínicos
• Fórmulas hipercalóricas
• Alimentación por sonda nasogástrica
• Hiperalimentación endovenosa (EsSalud, Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI, 2010).

El profesional de la salud debe conocer las causas de la desnutrición (Fajardo, 2001)

1. Afección gastrointestinal
   a) Náusea y vómito
   b) Infección
   c) Interacciones medicamentosas
   d) Tumores
   e) Disfagia
   f) Diarrea (síntoma más frecuente de forma aguda, crónica o intermitente por infecciones oportunistas o efectos secundarios de los fármacos empleados, que produce pérdida de peso)
   g) Mala absorción
2. Síndrome de desgaste
   a) Hipermetabolismo
3. Psicosociales
   a) Aversiones alimentarias
   b) Náusea
   c) Alteraciones del gusto y el olfato
   d) Aislamiento social
   e) Pobre educación
   f) Dificultades financieras
   g) Atención sanitaria deficiente
   h) Charlatanería

Será necesario vigilar las interacciones potenciales droga-nutrimento y desarrollar un plan para combatir efectos secundarios como hiporexia, diarrea, náusea y vómito, que pueden conducir a pérdida de peso o deshidratación. (Fajardo, 2001) ANEXO 5.

En el anexo 6 se encuentran aspectos que ayuden a la vigilancia nutricional más al detalle.

VIII. Glosario de términos

1. Caquexia o desgaste del sida: Es el desgaste que va más allá de no ingerir alimentos suficientes. Consiste en una pérdida de peso progresiva y sin causa aparente, a pesar de comer bien.

2. Carga viral: Cantidad de partículas virales de VIH circulantes en la sangre.

3. Fiebre. Puede presentarse un tipo de fiebre con carácter intermitente persistente. Su duración es de al menos dos semanas y va acompañada de escalofríos. (Castellanos, 2011)

4. Lactante: Persona de 0 a 12 meses de edad.

5. Lactancia materna: Es la alimentación exclusiva del lactante con leche materna, sin ningún otro líquido o alimento, ni siquiera agua. A excepción de suplementos vitamínicos o medicamentos

6. Lipodistrofia: Trastorno del metabolismo de las grasas que entraña la pérdida de la capa delgada de la grasa, lo que hace que las venas sobresalgan; se caracteriza por la emaciación del rostro y de las extremidades y por acumulación de la grasa en la región abdominal, en los pechos de las mujeres, en la parte delantera o trasera del cuello y los omoplatos.

7. Lipoatrofia: Caracterizada por una pérdida de grasa subcutánea en las mejillas, extremidades superiores, inferiores y los glúteos. La diferencia con la lipodistrofia es que en ésta no se da acumulación de grasa, sino un adelgazamiento de dichos segmentos corporales.

8. Pérdida de peso. Una inesperada y severa pérdida de peso que puede ser hasta el 10% del peso total de una persona, sin deberse a dieta o ejercicio físico. Este factor se ve acompañado de una grave pérdida del apetito. En los enfermos de SIDA de África Central, se produce también el síndrome de adelgazamiento, que provoca a las personas una pérdida de peso radical. (Castellanos, 2011)

9. Síndrome de desgaste: Pérdida de peso, en la cual el cuerpo utiliza proteínas para obtener energía en lugar de grasa corporal.

10. Sucedáneo de leche materna: Cualquier alimento vendido o presentado como reemplazo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este propósito.

11. Terapia antirretroviral (TARV): Farmacoterapia para reducir las concentraciones virales en la sangre.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Castellanos, O. (2011). *Monografía. Importancia de la Nutrición en el Paciente con VIH/SIDA.* Mexico.

EsSalud. (2010). Directiva N°012 del Programa Nacioanl de control de las ITS-VHI/SIDA en EsSalud. Lima, Perú.

EsSalud. (2010). Guía de terapia antirretroviral en niños infectados por el VHI. Lima, Perú.

EsSalud. (2011). Documento técnico normativo der prevención de transmisión vertical de VIH en salas parto. Lima, Perú.

EsSalud. (2016). *Manual de Procedimientos de las Unidades Orgánicas de Nutrición (MAPRO).* Lima-Perú.

Fajardo, A. (2001). La Reforma de la salud en Mexico. *Gaceta Médica*, 137(5).

Felanpe. (2009). *Reunión de grupo de Nutricionistas Evaluación del Estado nutricional en Pacientes Hospitalizados.* xxxxxxx.

Herrero,A,Moráis,A,Pérez. (2011). Valoración Nutricional en Atención Primaria. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 13(50) Madrid.

Lama, et al. (2012). Validación de una Herramienta de Cribado nutricional para pacientes pediátricos Hospitalizados. Madrid España.

León, Gonzáles, Pacheco, Leal. (2014). La infección por VIH en la infancia y adolescencia. *Pediatría integral*, 161-174.

Longo, Navarro. (1994). *Técnica de dietoterapia* (1° ed.). Buenos Aires: El Ateneo.

Massip, et al. (junio de 2015). Evaluación nutricional de personas con VIH/SIDA. *Revista Chilena, 42*(2).

Ministerio de la Protección Social y Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. (2005). *Guía para el mannejo del VIH/SIDA basada en la evidencia - Colombia.* Colombia.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2004). *Guía de Nutrición para el manejo de Personas Viviendo con VIH/SIDA.* San Salvador.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía de práctica clínica para la atención VHI/Sida en adolescentes y adultos.* Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Manual de Alimentación y Nutrición para el cuidado y Apoyo de Personas de Personas Adultas viviendo con VIH o con Sida.* Colombia.

MINSA. (2007). *Plan estratégico Multisectorial para la prevención y control de la ITS u VIH en el Perú.* Lima- Perú.

MINSA. (2014). *Norma Técnica de salud de Atención Integral del Adulto con VIH-Perú.* Lima-Perú.

MINSA. (2015). *VIH-2015-2019.* Lima- Perú.

MINSAL. (2013). Guía Clínica AUGE. *Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida.* Chile.

Miralles. (s.f.). Cuidados nutricionales en le paciente VIH.

Norton y Olds. (1996). *Antropométrica Editores.* Obtenido de https://pt.scrib.com/document/26421325. 1ra Edidción en inglés.

OMS. (2017). *Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.*

OPS-INCAP-MINSA, C. (2007). *Guía para la atención Nutricional en Personas con VIH.* Panama.

Polo, et al. (2006). *Recomendaciones de SPNS/ GEAM/ SENPE/ AEDN/ SEDCA/ GESIDA sobre nutrición en Paciente con VIH.* Madrid España.

Programa Mundial de Alimentos (PMA). (2010). *Manual de alimentación y Nutrición para el cuidado y apoyo de personas adultas viviendo con VIH o con Sida.* Colombia.

Rossi, H. D. (2015). Nutrición en VIH recuperado en:www.nutricionistaspba.org.ar. Argentina.

Stambulian, M. 2. (2010). *Desnutrición en Pacientes Infectados con VIH y su tratamiento por vía oral. Actualización en Nutrición 11.*

X. ANEXOS

Anexo 1

Nutrition Screening Initiative (NSI) (iniciativa de Screening nutricional)

Cuestionario Determine

PREGUNTA	PUNTOS
¿Ha cambiado su dieta por enfermedad?	2
¿Come menos de dos veces al día?	3
¿Come poca fruta, vegetales o lácteos?	2
¿Bebe 3 o más dosis de alcohol al día?	2
¿Tiene problemas dentales que le hagan difícil comer?	2
¿Le falta alguna vez dinero para comprar la comida?	4
¿Come solo la mayoría de las veces?	1
¿Toma tres o más medicamentos al día?	1
Ha ganado o perdido peso, sin quererlo, 5Kg en últimos 5 meses?	2
¿Tiene dificultad física para comprar, cocinar o comer?	2
2 Sistema de puntuación: 0 – 2 Bueno 3 – 5 Riesgo moderado 6 o más riesgo alto	

Fuente: Academia Americana de Medicina de la Familia, Asociación Americana de Dietética y el Consejo Nacional para el Envejecimiento, EEUU, 1990. (https://prezi.com/p0zjtz7ryrsq/nutrition-screening-initiative-nsi/), 2014

Anexo 2

Score de Riesgo Nutricional/Nutrition Risk Score 2002 (NRS-2002).

a. Aplicación del tamizaje.

EsSalud: RAR
HN ERM - SN

TAMIZAJE DE RIESGO NUTRICIONAL

NUTRITION RISK SCREENING (NRS 2002)

DATOS GENERALES Unidad de Nutrición _____ Fecha de Entrevista [ ][ ][ ]

Apellidos y Nombres: _____ Autogenerado: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

	VALORACIÓN INICIAL	SI	NO
1	Índice de Masa Corporal < 20.5 kg/m2		
2	¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
3	¿Ha reducido su ingesta en la dieta en la última semana?		
4	¿Es un paciente grave?		
	Si una respuesta es positiva realice la Valoración Final:		
A	Daño del estado nutricional		
B	Severidad de la Enfermedad		
C	Edad		
	Valoración del Riesgo Nutricional (SCORE FINAL) :		
	Sin Riesgo Nutricional		En Riesgo Nutricional

_____
Licenciado (a) en Nutrición

SI: Cualquier respuesta positiva lleva al tamizaje final

NO: Todas las respuestas son negativas, el paciente debe ser evaluado semanalmente.

Valoración del Riesgo Nutricional

A+B+C= Riesgo Nutricional; en donde:

A = Daño estado Nutricional

B = Severidad de la Enfermedad

C =Edad

b. Screening final: Segundo paso para determinar el riesgo

Alteración del estado nutricional		**Gravedad de la enfermedad**	
Ausente Puntos: 0	Estado nutricional normal	Ausente Puntos: 0	Requerimientos nutricionales normales
Leve Puntos: 1	Pérdida de peso > 5% en 3 meses o ingesta < 50-75% de requerimientos en semana previa	Leve Puntos: 1	Fractura de cadera, pacientes crónicos con complicaciones agudas (cirrosis, EPOC, hemodiálisis, diabetes, oncología)
Moderada Puntos: 2	Pérdida de peso > 5% en 2 meses o IMC = 18,5-20,5 + alteración de estado general o ingesta 25- 60% de requerimientos en semana previa	Moderada Puntos: 2	Cirugía mayor abdominal, ICTUS, neumonía grave, tumor hematológico
Grave Puntos: 3	Pérdida de peso > 5% en 1 mes (> 15% en 3 meses) o IMC < 18,5 + alteración de estado general o ingesta 0-25% de requerimientos en semana previa	Grave Puntos: 3	Lesión craneal, TMO, pacientes en UCI (APACHE > 10)

Puntos + puntos = puntuación total

Edad: si ≥ 70 años, añadir 1 a la puntuación total = puntos ajustados por edad.

- **Puntuación ≥ 3:** el paciente está en riesgo nutricional y se iniciará un plan nutricional.
- **Puntuación < 3:** reevaluación semanal del paciente. (Felanpe, 2009)

ANEXO 3

Otras alteraciones y aspectos importantes considerar:

Problema	Actitud dietética y de apoyo
Anorexia	Preparaciones variadas en color, olor y sabor Horario fraccionado, volumen reducido Apoyo psicológico
Disfagia y odinofagia	Dieta tipo papilla Alimentos hidratados Evitar alimentos irritantes Temperatura fría o templada Volumen reducido, horario fraccionado
Náuseas y vómitos	Dieta tipo papilla, aporte de calorías y proteínas de acuerdo a las necesidades. Preparaciones con sabor suave, libres de condimentos. Temperatura fría o templada Volumen reducido Horario fraccionado Evitar alimentos flatulentos Evitar líquidos durante las comidas; ingerirlos 60 a 90 minutos antes de comer.
Diarrea y mala Absorción	Dieta sin residuos, lactosa, sacarosa, condimentos, irritantes, alimentos flatulentos Disminución de alimentos grasos Volumen reducido, horario fraccionado Temperatura templada Consistencia blanda
Herpes en la boca y Esófago.	Dieta tipo papilla Evitar alimentos ácidos y salados No usar alimentos picantes. Comer comidas frías, evitar las calientes Evitar frutas cítricas Utilizar sorbete o tomar los alimentos en taza, evitar usa cucharas. (Longo, Navarro, 1994).

Fuente: Charlin G, Carrasco F, Torres S. Nutrición y VIH. En: Sepúlveda C, Afani, editores. SIDA (2da ed.) Santiago, Chile. Mediterráneo 1997:388.

ANEXO 4 Signos clínicos con anomalías nutricionales.

CARACTERISTICA	DESCRIPCION	NUTRIENTE DEFICIENTE
CABELLO		
Opaco	Falto de brillo y quebradizo. Considerar causas medioambientales o uso de químicos	Proteína Energía
Fino y escaso	Delgado y con espacio incrementado entre raíz y raíz.	
Liso	Liso en grupos culturales con cabello normalmente crespo. Generalmente se presenta acompañado de otros cambios	
Despigmentación	Falto de color o más claro de lo normal. Característica generalmente detectada desde la distancia. Rara en adultos. No confundir con cabello decolorado o aclarado	
Fácilmente desprendible	Desprendimiento (caída) fácil al halarlo sin producción de dolor. Generalmente ocurre a los lados de la cabeza.	
Signo de bandera	Bandas alternantes de color oscuro y claro a lo largo de todo el cabello. Las bandas claras son de diferente textura. Generalmente se presenta en niños y no en adultos.	
CARA		
Despigmentación difusa	Aclaramiento del color de la piel, generalmente se presenta en el centro de la cara.	Riboflavina Niacina Piridoxina
Seborrea nasolabial	Descamación de la piel alrededor de las fosas nasales con material reseco, grasoso y de color gris-amarilloso. También se puede presentar alrededor del puente nasal, cejas y atrás de las orejas. Los ductos de las glándulas sebáceas se ven taponados. Descartar problemas de higiene	Riboflavina Niacina Piridoxina
Cara de luna llena	Cara redonda con mejillas prominentes haciendo que la boca luzca fruncida	Proteína
OJOS		
Conjuntiva pálida	Membrana interior de los párpados y parte blanca de los ojos pálidos. Generalmente se acompaña con palidez de la mucosa interior de las mejillas.	Hierro Ácido fólico Vitamina B_{12}

Fuente (Felanpe, 2009)

Manchas de Bitot	Manchas esponjosas de color grisáceo, amarillo o blancuzco en la parte blanca de los ojos. Se presentan en el costado lateral de los ojos, generalmente de forma bilateral. No confundir con pterigio.	Vitamina A
Xerosis de la conjuntiva	Parte interna de los parpados y parte blanca de los ojos opacas, secas, ásperas y pigmentadas. Aumento de la vascularización del ojo. No confundir con irritación por el medio ambiente o químicos, pterigio o pinguécula.	Vitamina A
Xerosis de la cornea	Cornea opaca, lechosa, nebulosa. Se presenta generalmente en el área central de la córnea.	Vitamina A
Queratomalacia	Ablandamiento bilateral de parte de la córnea. Los ojos se vuelven una masa gelatinosa de color amarillo o blanco. No se presenta dolor ni producción de pus.	Vitamina A
Palpebritis angular	Ángulos de los ojos rojos y con heridas.	Riboflavina
	Parpados inflamados. Generalmente se presenta acompañada de estomatitis angular	Niacina
LABIOS		
Estomatitis angular	Comisuras de los labios rojas, cuarteadas y descamadas, Importante si se presenta bilateral	Riboflavina Niacina Piridoxina Hierro
Queilosis	Labios rojos, hinchados y con presencia de la mucosa interna extendiéndose hacia el exterior. Presencia de heridas verticales en los labios, generalmente localizadas en el centro del labio inferior. Posibles ulceraciones. Descartar causas medioambientales	Riboflavina Niacina
LENGUA		
Edema	Lengua roja, inflamada con marcas de presión de los dientes principalmente en los lados.	Proteína
Lengua magenta	Lengua color rojo-púrpura. Pueden coexistir otros cambios	Riboflavina
Atrofia papilar	Papilas gustativas atrofiadas. La lengua presenta apariencia pálida y lisa.	Riboflavina Niacina Ácido fólico Vitamina B_{12} Hierro

Glositis	Lengua color "rojo carne", con papilas gustativas atrofiadas. Se presenta dolor, hipersensibilidad, sensación de quemadura y cambios gustativos. Mucosa oral se puede estar roja e inflamada	Riboflavina Niacina Ácido fólico Vitamina B_{12} Hierro Triptófano
DIENTES		
Esmalte moteado	Manchas blancas cremosa en los dientes. Más común en los dientes delanteros superiores	**Exceso de fluo r**
ENCIAS		
Esponjosas y sangrantes	Encías rojas-púrpuras, esponjosas e inflamadas. Generalmente sangran fácilmente con la presión.	Vitamina C Proteína
GLANDULAS		
Agrandamiento de la tiroides	Según el grado de agrandamiento se puede ver o solamente palpar. Descartar hipertiroidismo o presencia de tumores	Yodo
Agrandamiento de la paratiroides	Importante solo si bilateral	Proteína
PIEL		
Xerosis	Piel seca con presencia de descamación. Descartar problemas de higiene, factores medioambientales, envejecimiento, hipotiroidismo y uremia	Vitamina A grasos Ácidos esenciales
Hiperqueratosis folicular	Tipo 1: Placas circulares alrededor del folículo piloso especialmente en los glúteos, caderas, codos y rodillas. La piel presenta la sensación de papel lija y luce como "carne de gallina". Tipo 2: también llamada perifoliculitis. Similar al tipo 1, con la excepción que en los folículos se presenta sangre. Generalmente se presenta en abdomen y caderas.	Vitamina A Ácidos esenciales grasos Vitamina C
Petequias	Manchas hemorrágicas pequeñas de color rojo, púrpura o negras en piel o mucosas. Descartar desordenes hematológicos, trauma, enfermedad hepática o sobredosis de anticoagulantes.	Vitamina C Vitamina K
Dermatosis pelagrosa	Hiperpigmentación bilateral de áreas del cuerpo que están expuestas al sol (mejillas, antebrazos, cuello, etc.)	Niacina Triptófano

Dermatosis vulvar o escrotal	Lesiones descamativas que se acompañan de sensación de rasquiña/comezón en escroto y vulva. Descartar infección por hongos	Riboflavina
UÑAS		
Coiloniquia	Uñas delgadas, cóncavas y con apariencia esponjosa. Descartar síndrome de Plummer-Vinson (Coiloniquia, disfagia, glositis y anemia).	Hierro

Fuente (Felanpe, 2009)

Tabla 1. *Signos clínicos sugestivos de trastornos nutricionales*[5]

	Signos	Alteración
Piel	Desnutrición: hiperqueratosis, equimosis	Hierro, zinc, vitamina B_1, ácido ascórbico
	Obesidad: acantosis *nigricans*, estrías	Metabolismo hidrocarbonado, cortisol
Cabello y uñas	Pelo ralo, despigmentado y frágil, uñas distróficas ("en cuchara")	Hierro, zinc, vitamina B_1, vitamina K, vitamina A, niacina
Labios, encías y dientes	Queilitis, estomatitis, gingivitis	Vitaminas del grupo B, ácido ascórbico
	Alteración del esmalte dentario	Calcio, flúor
Ojos	Sequedad, queratomalacia, fotofobia, hiperemia, retinitis pigmentosa	Zinc, vitamina A, riboflavina, vitamina E
Esqueleto	Ensanchamiento epifisario, craneotabes, deformidad torácica "en quilla"	Calcio, vitamina D
	Hepatomegalia, hígado graso	Metabolismo lipídico
	Hipogonadismo	Zinc
	Neuropatía	Vitamina B_1, vitamina B_{12}
	Arritmias	Potasio, calcio, fósforo

Evaluación de signos clínicos en pediatría (Herrero,A,Moráis,A,Pérez, 2011)

ANEXO 5 (OPS-INCAP-MINSA, 2007) (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2004)

A. **Interacción fármaco-nutriente**. (OPS-INCAP-MINSA, 2007) Todos los medicamentos antiretrovirales tienen efectos colaterales como las náuseas y vómitos y diarreas entre las más frecuentes.

B. **Esquema terapéutico:** Es importante conocer los antirretrovirales a fin de asegurar que su absorción no se interfiera con los alimentos y viceversa. El tratamiento antirretroviral o TARV consiste en la combinación de tres o más agentes antirretrovirales, a fin de disminuir la carga viral a nivel no detectable.

Actualmente, existen 17 fármacos aprobados por la FDA que se encuentran clasificados por familias de la siguiente manera. (OPS-INCAP-MINSA, 2007).

Farmacoterapia antirretroviral: Es importante conocer los medicamentos que se usan para cada Centro.

Cada medicamento tiene su horario de consumo, ninguno con alimentos, de allí que se debe reforzar en las indicaciones dietéticas a fin de prevenir mala absorción de los mismos.

Sólo un grupo de medicamentos no presenta interacción fármaco-nutriente:

Medicamentos		Medicamentos	
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Nombre Genérico	Nombre Comercial
Estaduvina D4T	Zerit^{R}	AZT + 3TC	Combivir^{R}
Lamiduvina 3TC	Epivir Combivir^{R}	Neviparina	Viramune^{R}
Abacavir ABC	Ziagén^{R}	*Efaviren	Sustiva^{R}

*No tomar en el embarazo.

En el caso del embarazo se muestra en el cuadro adjunto lo que se debe tener en cuenta. Evitar las infusiones de té, café durante las comidas para prevenir anemia, de preferencia elegir agua sola durante el día.

C. Recomendaciones para la tolerancia al sabor de los medicamentos:

a. Consumirlos con leche, jugo no cítrico, chocolate, flan, crema, pudín o helados.
b. Abrir las cápsulas y mezclarlos con gelatina, flan o jugos no cítricos, para enmascarar los sabores.
c. Antes de tomar los medicamentos, masticar chicles, pastillas, hielo, para disminuir el mal sabor de los medicamentos.
d. Comer alimentos de sabor fuerte como queso bajo en grasa, sirope, chicles, pastillas.

Medicamentos Antirretrovirales utilizados en Embarazadas, sus efetos secundarios y Recomendaciones Alimentarias.

Medicamentos	Efectos Adversos	Recomendaciones
Zidovudina (AZT)	Dolor de cabeza, náuseas, diarrea, anemia (muy frecuente en embarazadas).	Puede tomarse con o sin las comidas. Aunque se recomienda estandarizar su ingesta para evitar malos hábitos alimenticios. Recomendar ingerir suficiente agua. Recomendar alimentos que aumenten la absorción del hierro. Prohibir el consumo de café, té negro, por la alta incidencia de anemia.
Lamivudina (3TC)	Dolor de cabeza, náuseas, fatigas, diarrea, insomnio.	Tomarla con el estomago vacío. Adecuar horario de comida al esquema utilizado.
Nevirapina (NVP)	Fiebre. Fatiga, náuseas, dolor de cabeza, erupciones en la piel.	Puede tomarse con o sin alimentos, Estandarizar horarios de comida.
Nelfinavir (NLF	Diarrea, dolor de cabeza, náuseas, debilidad, dolor abdominal.	Debe de ser tomado con la comida.

D. Tratamientos y remedios fitoterapéuticos: Respetar las creencias y tradiciones de aquellas personas que recurren a estas opciones terapéuticas. Es importante aclarar que los tratamientos y remedios fitoterapéuticos no pueden ser considerados como un tratamiento combativo del virus, puesto que hasta el momento no se ha demostrado que puedan sustituir la TARV.

ANEXO 6

Aspectos importantes a tener en cuenta en la vigilancia nutricional.

A. Consejos prácticos

➢ Para aumentar las **calorías** en la dieta se recomienda:

- Seis comidas pequeñas al día.
- Tener bocadillos cerca de la cama o de la TV.
- Llevar alimentos que no sean de fácil deterioro cuando salga de su casa.
- Hacer ejercicios leves antes de comer.

➢ Para aumentar las **proteínas** en la dieta se recomienda:

- Usar huevos duros para hacer sándwiches.
- Agregar trocitos de carne, pollo, pescado, queso rallado a las ensaladas, menestras, sopas, papas y vegetales cocidos.
- Usar leche para los cereales y batidos.

- Agregar leche en polvo a le leche común.

➢ Para aumentar la **seguridad** en la preparación de los alimentos se recomienda: (Longo, Navarro, 1994)

- Lavarse las manos con agua tibia y jabón antes de la preparación de los alimentos y después de manejar carnes, aves y pescados.
- Lavar bien y pelar las frutas y vegetales.
- Cocinar bien cada una de las carnes vacunas, de aves o pescados que vaya a consumir.
- No usar huevos con la cáscara rota.
- Consumir huevos bien cocidos
- No picar los alimentos crudos, cocidos ni las carnes en la misma tabla de picar.
- Prohibir el uso de huevos crudos y mayonesa casera.
- Almacenar los alimentos perecederos en refrigeración inmediatamente después de comprarlos.
- Utilizar solo leche pasteurizada.
- Recordar que las bacterias se multiplican en alimentos tibios o a temperatura ambiente.

B. Manejo de complicaciones asociadas a la alimentación:

1. Pérdida de apetito

a. Fraccione su alimentación, en pequeñas cantidades.
b. Consuma pequeñas meriendas.
c. Prepare los alimentos de manera atractiva.
d. Evite el aislamiento.
e. No consuma alcohol.
f. Haga ejercicios ligeros antes de comer.
g. Coma en un ambiente agradable (paseo al aire libre, paso al parque, a la playa).
h. Tome bebidas de alto valor proteico y calórico.

2. Náuseas y / o vómitos

a. Alimentación fraccionada, en pequeños volúmenes.
b. Coma sentado. Evite acostarse hasta una o dos horas después de haber comido.
c. Evite cocinar sus propios alimentos. El olor de los alimentos pueden agudizar la sensación de náuseas.
d. Evite alimentos grasosos, muy dulces o muy condimentados.
e. Consuma alimentos secos como: galletas tostadas y cereales secos.
f. Manténgase alejado del lugar de preparación de los alimentos, si el olor le estimula las náuseas.
g. Pruebe alimentos blandos como el arroz, papas, huevos, flan o pudines y requesón.
h. Evite consumir alimentos junto con medicamentos que producen náuseas.

i. Beber pequeños volúmenes de líquidos, 30 a 60 minutos antes o después de las comidas, no junto con ellas.
j. Pequeños sorbitos de agua, cubitos de hielo o trocitos de fruta congelada ayudarán a reponer líquidos perdidos por vómitos.

3. Sensación de saciedad
a. Fraccionar la alimentación en pequeños volúmenes, cada dos horas.
b. Masticar bien y comen lentamente.
c. Beber líquidos una hora antes o después de las comidas.
d. Evitar beber líquidos no nutritivos.
e. La alimentación a consumir debe tener temperatura normal o frío para disminuir el aroma y ser mejor tolerados.
f. Evite consumo de sodas y alimentos que producen gases (coles, coliflor, brócoli, frijoles), pueden dar la sensación de llenura estomacal.

4. Inflamación de la boca
a. Pruebe alimentos no irritantes, tales como: huevo, sopas cremosas, pollo o pescado al vapor, quesos, helado, yogur, pudines, vegetales cocidos, frutas enlatadas o cocidas, alimentos infantiles, pastas.
b. Cocine los alimentos, lícuelos y recaliéntelos nuevamente para asegurar que no haya contaminación.
c. Alimentos con temperatura normal o ligeramente fríos tienden a ser menos aromáticos y ser mejor tolerados.
d. Evite alimentos ácidos irritantes.
e. Consuma frutas enlatadas, néctares y frutas ácidas (papaya, guineo).
f. Evite alimentos muy sazonados y textura dura (asados y tostados).
g. Remoje y suavice los alimentos secos con bebidas y líquidos nutritivos.
h. Sorbitos de agua fresca y pastillas dulces ayudan a humedecer la boca.
i. Si padece de candidiasis bucal, reduzca el consumo de alimentos dulces, azúcar, miel, frutas, néctares y gaseosas.

5. Problemas de deglución o masticación
a. Modifique la consistencia de la dieta según el caso (líquida, papilla, molida o blanda).
b. Evite alimentos muy calientes o irritantes: muy condimentados, muy ácidos o muy salados.
c. Cuando la succión de los líquidos es problemática, pruebe tolerancia con papilla o líquidos espesos.
d. Utilice suplementos nutricionales cuando los alimentos sólidos no son tolerados.
e. Estimule la producción de saliva con pastillas o caramelos duros.

6. Problemas por cambio de sabor
   a. Enjuague la boca con agua hervida y fresca mezclada con bicarbonato de sodio sin tragarla, antes de las comidas. Regularmente debe tomar medicamentos antimicóticos para prevenir aftas y / o candidiasis en la boca o esófago.
   b. Si no tolera carnes rojas, elija otras fuentes proteicas como huevos, aves, yogur, atún, queso, maní, nueces y productos de soya.
   c. Para condimentar pueden emplear salsa de soya, albahaca, comino, tomillo, romero, orégano, perejil, cebollina, culantro, ajo, cebolla, vinagre, limón, mostaza, canela, vainilla, nuez moscada.
   d. Consuma alimentos fríos como sorbetes, helados de fruta, leche o yogur para adormecer las papillas gustativas.

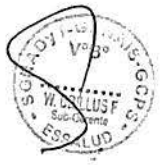
7. Diarrea
   a. Si presenta intolerancia a la lactosa, consuma leche deslactosada, yogur, quesos suaves, queso crema, ricota.
   b. Reemplace las pérdidas de líquidos y electrolitos con agua, sales rehidratantes oral, bebidas hidratantes, consomé, gelatina, jugos de frutas, bebidas sin gas.
   c. La administración de suero oral en adultos es de 1 vaso por cada deposición, inicialmente, hasta reponer las pérdidas de líquidos. En los niños es de ½ taza por deposición.
   d. Consuma alimentos ricos en potasio tal como el guineo, pera, pescado, carnes, papas, zapallo, calabacita, zanahoria, néctar de pera, pollo sin grasa, jugo de vegetales colados.
   e. Trate de comer fraccionado en pequeños volúmenes, a temperatura ambiente.
   f. Consuma alimentos blandos como purés y vegetales cocidos.
   g. Evite alimentos que contengan cafeína (café, té, chocolate, y bebidas carbonatadas).
   h. Consuma alimentos altos en pectina como jugos colados de papaya, guayaba, manzana, maracuyá, marañón y avena molida y cocida.
   i. Evite alimentos con fibra insoluble como las cáscaras de frutas y menestras, vegetales crudos, semillas, coco y frutas secas.
   j. Evite alimentos altos en grasa.
   k. Evite la pimienta y los picantes. Estos pueden acentuar la diarrea.
   l. Si tiene dolores abdominales o cólico, evite bebidas carbonatadas, brócoli, coliflor, repollo, cebolla, frijoles, goma de mascar, alimentos excesivamente dulces y condimentados.
   m. Gradualmente, a medida que la diarrea mejora y según la tolerancia, introduzca los alimentos suspendidos, iniciando con alimentos de bajo contenido de fibra como cereales refinados, vegetales y verduras bien cocidas o en puré y compotas de frutas.

8. Fatiga o cansancio
   a. Mantenga disponible alimentos que permitan fácil preparación como alimentos enlatados, congelados, tuna, yogur, helados, huevos.

b. Cuente siempre con alimentos nutritivos para hacer pequeñas meriendas.
c. Evite el aislamiento; busque ayuda de personas que ofrecen apoyo (familia, amigos).

9. Resfriados, tos y gripe
a. Beba agua en abundancia u otros líquidos y repose mucho.
b. Prepare infusiones y tómelas mientras duren los síntomas.
c. Cuando tenga tos, aspire vapores calientes, tome una infusión de cebolla y beba mucha agua.
d. Si tiene dolor en la garganta, haga gárgaras de agua con una pizca de sal.
e. No se automedique.
f. Recuerde tomar los medicamentos prescritos por el doctor a tiempo.

10. Fiebre
a. Beba agua y líquidos en abundancia.
b. Refrésquese colocando paños húmedos en el cuerpo o tomando un baño.
c. No se automedique.



11. Dermatosis
a. La carencia de vitamina A o vitamina B6 suele ser la causa de la dermatosis.
b. Consuma hígado y vegetales de color amarillo, anaranjado o verde. Son buena fuente de vitamina A.
c. La vitamina B6 se puede obtener con el consumo de cereales, granos, cereales integrales, semillas (almendras, girasol, pepita de maratón, maní, etc.) y vegetales verdes.
d. Mantenga disponibles alimentos de fácil preparación, como yogur, helados, huevos y alimentos enlatados o congelados.
e. Cuente siempre con alimentos nutritivos para hacer pequeñas meriendas.
f. Evite el aislamiento; busque ayuda de personas que ofrecen apoyo (familia, amigos).



12. Reflujo gastroesofágico y pirosis
a. Después de las comidas no acostarse en plano sino mantenerse a 30º.
b. Suprimir guisos, fritos, embutidos, alimentos muy salados, por ser irritantes.
c. Limitar grasas, por su digestión prolongada.
d. Valorar tolerancia de la leche, por su contenido de la lactosa y digestión prolongada. Si no hay tolerancia, deberá cambiar por productos sin lactosa.
e. La ingesta de líquidos y sólidos debe ser en poca cantidad y frecuentes (al inicio cada hora o cada dos horas), ampliando el horario y la cantidad según tolerancia. Progresar la dieta con sopas

simples sin verduras ni grasa, purés sin lácteos, aves o pescado sancochado en pequeñas cantidades.

f. Con mejoría aumentar cantidades e introducir otros alimentos: cereales, tubérculos, verduras sancochadas, yogur sin lactosa, tostadas o galletas de agua, manzana o pera cocida o plátano maduro.
g. Conforme tolere mejor los alimentos, aumentar cantidad y agregar más alimentos y/o preparaciones, carnes blancas a la plancha, pera cruda madura, otras frutas cocidas o maduras no ácidas. Así, según mejore incrementar el resto de alimentos en pequeñas cantidades y variando la frecuencia.

13. Estreñimiento

a. Beber agua en buena cantidad, para 1 litros en niños y 2 litros para adultos.
b. Consumo importante de alimentos ricos en fibra en cada comida (cereales integrales, frutas, verduras, hortalizas, legumbres), acompañado de agua.

C. Aspectos relacionados con la seguridad e higiene de los alimentos

La calidad sanitaria de los alimentos y de las bebidas es muy importante. Como sabemos, su sistema inmunológico comprometido hace que sean más susceptibles a las enfermedades transmitidas por los alimentos, especialmente cuando éstos han sido manipulados inadecuadamente o cuando se utilizan fuentes de agua inseguras. Una infección o intoxicación de origen alimentario puede causar diarrea, náuseas y vómitos que a su vez, pueden conducir o agravar la pérdida de peso y afectar al estado nutricional del individuo. Estas enfermedades pueden ser prevenidas si se toman las precauciones apropiadas. (Polo, et al, 2006)

Microorganismos causantes de diarrea en pacientes con SIDA Y VIH (11)

Patógeno	
Camplilobacter	Giardia Lamblia
Chlamydia trachomatis	Herpes simplex
Citomegaloviru	Isospora belli
Clostidium difficile	Microsporidia
Crytosporidium parvum	Mycobacterium avium
Enterocytozoon bieneusi	S. Intestinalis
Escherichia Coli	Salmonella
Entamoeba histolytica	Shigela
Vibrio parahaemoliticus	

D. Ejercicio

El ejercicio es muy importante para el mantenimiento de la salud en todas las personas, por lo tanto, es una práctica recomendable para las personas con VIH. Aunque el ejercicio físico no controla ni cura el VIH, provee de muchos beneficios al que lo practica. Algunos estudios han comprobado ganancia de peso cuando se hace ejercicio con regularidad.

1. Beneficios de hacer ejercicio

a. Disminuye el riesgo de la enfermedad cardiovascular, al elevar el ritmo cardíaco por treinta minutos, tres veces por semana,

b. Produce un aumento significativo de HDL, si se realizan ejercicios de resistencia. Las personas con síndrome de emaciación relacionado con el VIH, generalmente tienen bajos niveles de HDL.

c. Controla los efectos de la lipodistrofia, disminuyendo la grasa corporal localizada, los niveles de triglicéridos y colesterol total; además, controla la utilización y niveles de glucosa en sangre.

d. Disminuye el estrés, permite que las personas con VIH se sientan mejor y puedan fortalecer su sistema inmunológico.

e. Mejora la masa, fortaleza y resistencia muscular. También, mejora la densidad ósea.

f. Ayuda a estabilizar y a prevenir la disminución de la cantidad de linfocitos T.

g. Ayuda a combatir algunas complicaciones causadas por el VIH y los medicamentos.

h. Mejora la calidad del sueño y aumenta el apetito.

2. Riesgos de hacer ejercicio sin planificación

a. Puede haber deshidratación, si no hay un consumo adecuado de líquidos.

b. Si no realiza los ejercicios correctamente, puede haber lesiones y tardan más tiempo en curarse.

c. Si se excede en la cantidad de ejercicio que debe hacer, puede perder masa magra y llevar al síndrome de desgaste progresivo del sida.

3. Consideraciones al planear los ejercicios

a. Consultar con el médico para saber si la práctica de algún tipo de ejercicio representa un riesgo o peligro.

b. Considerar el estado de salud actual es importante, así como los síntomas que se presenten.

c. Establecer un horario específico para realizar ejercicio. Esto ayuda a adquirir la práctica del ejercicio como un hábito. Debe durar de 20 a 30 minutos diarios.

d. Procurar estar bien asesorado por algún entrenador, para seleccionar los ejercicios más convenientes de acuerdo a su estado de salud. Los ejercicios de resistencia deben ser cuidadosamente planificados.

e. Al seleccionar el tipo de ejercicio a realizar, tomar en cuenta que sean de su agrado, también se debe evitar caer en la rutina. Pueden ser ejercicios cardiovasculares o de resistencia.
f. Se deben realizar estiramientos al iniciar y terminar cada sesión de ejercicios. El calentamiento no debe durar más de ocho a diez minutos, ni debe ser agotador.
g. Adecuar la alimentación de acuerdo al tipo de ejercicio que realiza.

4. ¿Cómo alimentarse cuando se hace ejercicio?

a. La hidratación es vital en la práctica del ejercicio. Se deben beber ocho vasos de agua al día y al menos de cuatro a ocho onzas de agua durante cada sesión y aumentar esa cantidad si se toma el IP Indinavir (a fin de prevenir la aparición de piedras en los riñones).
b. Evitar el consumo de té, café, bebidas colas, chocolate y alcohol, ya que pueden ocasionar pérdida de líquido corporal.
c. No se debe hacer ejercicio antes de desayunar, ni después de una comida abundante. La mejor hora para hacer ejercicio es 30 minutos después de una pequeña merienda o bebida sustitutiva de comida. No se debe comer en el entrenamiento, pero hay que procurar comer un plato rico en proteínas y carbohidratos complejos, tan pronto como acabe cada sesión.
d. Al aumentar la actividad física, aumenta el requerimiento total de calorías.

Por lo tanto, conviene consultar con el nutricionista sobre los ajustes necesarios para garantizar la ganancia de peso y evitar la emaciación. (Polo, et al, 2006)