



## ALIMENTACION SALUDABLE

**Granos:** consuma al menos 3 onzas de cereales, panes, galletas, arroz o pasta provenientes de granos integrales todos los días, (6 onzas c/día).

**Verduras:** ingiera verduras de color verde oscuro como el brócoli y la espinaca; de color naranja como: zanahorias (2½ tazas c/día).

**Frutas:** consúmalas en gran variedad, evitando grandes cantidades de jugo de frutas (2 tazas c/día)

**Lácteos:** opte por leche, yogur y otros productos lácteos descremados (3 tazas c/día).

**Carnes y frijoles:** elija carnes de ave de bajo contenido graso, cocidas preferiblemente a la parrilla, a la plancha o al horno. Consuma mayor cantidad de pescados, frijoles, guisantes y nueces (5½ onza c/día).

**Conozca los límites de las grasas, los azúcares y la sal (sodio)**

- Trate de que la mayor parte de su fuente de grasa sean pescado, nueces y aceites vegetales,
- Limite las grasas sólidas como la mantequilla, la margarina, la manteca vegetal y la manteca de cerdo, así como los alimentos que las contengan.
- Verifique las etiquetas de Información Nutricional para mantener bajo el consumo de grasas saturadas, grasas trans y sodio.
- Elija alimentos y bebidas con un nivel bajo de azúcares agregados. Los azúcares agregados aportan calorías con pocos o ningún nutrimento.

## **EDITORIAL**

### **DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN**

**Dr. Felipe Rodríguez Moya. Médico internista, Nutriólogo Clínico (INTEC)  
Presidente de la Sociedad Dominicana de Nutriología Clínica**

En el año 1979 fue proclamado en Québec el 16 de Octubre como “Día Mundial de la Alimentación”. Desde entonces, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y los países signatarios celebran año tras año este acontecimiento. Este día nos brinda la oportunidad para reflexionar sobre la desnutrición, un flagelo que en la actualidad afecta aproximadamente unos 862 millones de seres humanos en el mundo.

El primer Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre. Sin embargo, estamos muy lejos de alcanzar esta meta, debido a una serie de factores adversos, tales como: el calentamiento global de planeta, el aumento en la demanda de los biocombustibles y el encarecimiento de los alimentos, los cuales amenazan con aumentar el número de personas subnutridas. Este año la orientación está ceñida a la “Seguridad Alimentaria Mundial: los Desafíos del Cambio Climático y la Bioenergía”, centralizando sus esfuerzos en el fortalecimiento, interés y orientación en los renglones de: adaptación al cambio climático, la tierra, el agua, la biodiversidad, plagas y enfermedades, la pesca y la agricultura y la gestión del riesgo.

La FAO en Junio de este año realizó una conferencia de alto nivel sobre Seguridad Alimentaria Mundial, con la participación de 181 países, donde se proclamó un llamado a impulsar un diálogo internacional coherente, eficaz y orientador al respecto. Igualmente un trabajo presentado en Panamá el pasado mes de junio, por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) revela que nuestro país ocupa el 4to lugar en los países más afectados económicamente con alto nivel de desnutrición.

Por otro lado, datos ofrecidos por el economista Pavel Isa Contreras (pasado representante en la República Dominicana del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas, PMA), y el Centro de Investigación Económica para el Caribe (CIECA), ponen de manifiesto que en el país existen unos 2 millones de personas desnutridas y miles de niños padecen desnutrición crónica, lo que corresponde aproximadamente a un 27-30% de la población general; atribuyéndose esto al encarecimiento de los alimentos en el mundo.

**Boletín coleccionable**

**Año.1, No.1**

**Santo Domingo, DN 2008**

**Director/Editor:**

**Dr. Jimmy Barranco**

**[jimmybar@intec.edu.do](mailto:jimmybar@intec.edu.do)**

**Co-editora:**

**Dra. Mercedes Luciano**

**[mercedeselu@yahoo.com](mailto:mercedeselu@yahoo.com)**

**Colaboradores:**

**Dr. Felipe Rodríguez Moya**

**Dr. Miguel Suazo**

**Dra. Yun Zyong Kim**

**Dr. Richard Marine**

**Diagramación:**

**Dra. Mercedes Luciano**

**Contáctanos:**

**[nutrinautas@yahoo.com](mailto:nutrinautas@yahoo.com)**

### **CONTENIDO:**

**PREGÚNTALE AL NUTRIÓLOGO: ...¿Doctor, cuál es mi dieta?;Dr. Jimmy Barranco**

**NUTRICIÓN AL DÍA: La deficiencia de vitamina D aumenta la mortalidad**

**BIOÉTICA Y NUTRICIÓN: El caso de Terry Schiavo; Dr. Miguel Suazo**

**VIVA MÁS Y MEJOR: Estrategias para mejorar la ingesta de alimentos en los pacientes afectados de cáncer, tuberculosis y SIDA**

**Dr. Jimmy Barranco**

**¿Como reconocer las dietas aberrantes?**

**Dr. Jimmy Barranco**

**NUESTRA REALIDAD NUTRICIONAL: Situación del consumo de sal yodada en la R.D.**

**Dra. Mercedes Luciano,**

**ALIMENTACION MATERNO-INFANTIL: Alimentación del niño con enfermedad diarreica aguda.**

**Dra. Yun Zyong Kim,**

**MITOS Y REALIDADES: Mitos relacionados con el ejercicio físico. Dr. Richard Marine**

**NUTRICAPSULAS**

**NUTRIVERSOS: ¡Merendin...Merendón!,**

**Autor: Dr. Jimmy Barranco**



## **PREGÚNTALE AL NUTRIÓLOGO**

### **...¿DOCTOR, CUÁL ES MI DIETA? ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

**Dr. Jimmy Barranco**

**Médico, M.C. Bioquímica y Educación Superior, Nutriólogo Clínico, Coordinador Post Grado Nutriología Clínica (INTEC)**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se caracteriza por una sensación de pirosis o ardor por detrás del esternón, provocada por el reflujo anormal del contenido ácido gástrico hacia el esófago, que puede ascender hacia la boca con sensación de quemazón. Este síntoma aparece en el 75% de los pacientes y ocurre especialmente después de las comidas, pudiendo alterar el sueño. Sin embargo, muchas personas sanas pueden tener algún grado de reflujo gástrico fisiológico, el cual casi siempre es postprandial, asintomático y de corta duración. La ERGE se manifiesta por un relajamiento transitorio anormal del esfínter esofágico inferior (EEI), lo cual provoca ardor retroesternal y daño de la mucosa durante el sueño. Se estima que el 44% de los norteamericanos adultos sufren de ERGE, por lo menos una vez al mes, 17% una vez a la semana y 7% diariamente. Es una enfermedad crónica que si no es tratada se puede complicar con: esofagitis, estenosis peptídica, esófago de Barrett y adenocarcinoma.

El diagnóstico se hace en base a la sintomatología, la evidencia endoscópica de exposición ácida del esófago (esofagitis, úlcera péptica y estenosis peptídica), monitoreo del pH del esófago durante 24 horas y/o manometría esofágica previo a la cirugía antirreflujo. El tratamiento incluye: farmacoterapia, modificaciones del estilo de vida y de la dieta e intervención quirúrgica.

#### Caso clínico:

*Soy un hombre de 55 años de edad, peso 235lb y mido 163cm, (IMC=40kg/m<sup>2</sup>. obesidad III). Visité al gastroenterólogo por presentar acidez; además en la noche al acostarme después de cenar, me sube un agrio quemante por la boca y la nariz, lo cual no me deja dormir. Fui diagnosticado de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, recibiendo un tratamiento a base de omeprazole y antiácidos. Además, el médico me dijo que debía visitar a un nutricionista para la elaboración de un plan alimentario que me permitiera bajar de peso y mejorar la sintomatología de mi enfermedad.*

*¿Doctor, cuál es mi dieta?*

Para lograr una pérdida de peso exitosa se debe implementar una dieta hipocalórica, equilibrada, acompañada de actividad física regular y terapia cognitivo-conductual. En general, los hombres obesos pierden peso con una dieta de 1,200-1,500 kcal/día y las mujeres con 1,000-1,200 kcal/día y un aporte proteico mínimo de 1g/proteína/kg/día. Esta dieta debe elaborarse en base al patrón de alimentación habitual del paciente y su estilo de vida. Además debe adecuarse a la presencia de comorbilidades, evitando las dietas muy estrictas porque provocan una pérdida importante de masa muscular con la subsecuente recaída o



abandono de plan y la aparición del síndrome de rebote. Para preservar la masa muscular se recomienda elaborar una dieta que aporte 500-1,000 kcal por debajo del consumo actual diario del paciente. Con este plan se

conseguirá una pérdida promedio de peso igual a 1-2 libras por semana, a partir de la segunda semana de tratamiento. Finalmente, debe ingerirse suficiente cantidad de agua (mínimo 8 vasos al día) para favorecer la eliminación de los metabolitos de desecho y evitar la deshidratación.

La dieta como terapia coadyuvante en el tratamiento de la ERGE, podría ser beneficiosa para muchos pacientes, a pesar de que no existen en la actualidad evidencias científicas suficientes que respalden la utilidad de las modificaciones del estilo de vida o de la dieta. No obstante, el enfermo debe modificar cualquier conducta o eliminar todo alimento que le provoque síntomas.

#### **1. Modificaciones de la dieta**

La alimentación, además de satisfacer los requerimientos nutricionales, debe adecuarse a la enfermedad con el propósito de reducir los síntomas. Las siguientes modificaciones pueden ser beneficiosas para el enfermo con ERGE:

- Evitar las comidas copiosas y/o grasosas, debido a que retardan el vaciamiento gástrico y aumentan la incidencia de reflujo esofágico. Se recomiendan 5-6 comidas pequeñas, moderadas en grasa.

- Evitar el consumo de alimentos muy condimentados y frutas ácidas porque pueden exacerbar los síntomas por irritación directa de la mucosa esofágica inferior ya inflamada. Según algunos estudios los alimentos preparados con especias pueden provocar dolor retroesternal en 88% de los enfermos con ERGE. A pesar de que los cítricos han sido implicados en los síntomas

de esta enfermedad, la infusión de jugo de naranja, no modifica la presión del EEI.

- Limitar el consumo de café a 1-2 tazas al día. Se ha reportado que el café con o sin cafeína puede precipitar episodios de reflujo. No obstante, los resultados de las investigaciones no son consistentes.

- Evitar el consumo de bebidas carbonadas, ya que disminuyen la presión del EEI.

- Considerar el consumo de cereales integrales (pan) porque disminuyen el riesgo de adenocarcinoma esofágico y gástrico. El mecanismo puede ser que las fibras de la dieta, disminuyen la concentración gástrica de nitritos, los cuales están implicados en la aparición del reflujo porque relajan el EEI.

## 2. Modificación del estilo de vida

- Practicar ejercicios físicos moderados (trotar 30min diarios 5 días a la semana). La actividad física acelera el vaciamiento gástrico y disminuye el volumen de reflujo, mientras que una carrera vigorosa puede retrasar el vaciamiento gástrico y empeorar los síntomas. El ejercicio también reduce el número de episodios de reflujo por disminución del peso corporal en los pacientes obesos.

- Mantener un índice de masa corporal, IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> y una circunferencia de la cintura < 88cm en la mujer y < 102cm en el hombre. La obesidad visceral (aumento de grasa abdominal) se ha asociado con un aumento de la presión intra-abdominal y retardo del vaciamiento gástrico.

- Acostarse por lo menos tres horas después de haber cenado. No existe acuerdo en cuanto a la relación existente entre el horario de las comidas y la enfermedad. Sin embargo, se ha encontrado que cuando se cena temprano hay una disminución de la acidez gástrica nocturna; mientras que cuando se hace muy tarde en la noche, hay un aumento del reflujo ácido en supino, especialmente en aquellos pacientes con sobrepeso, hernia hiatal o esofagitis erosiva.

- Elevar la cabecera de la cama durante el sueño. Se recomienda subir las patas de la cabecera de la cama en blocks de 6-8 pulgadas para disminuir la exposición ácida del esófago. También puede colocarse un aditamento rígido de colcha espuma de forma triangular debajo del colchón.

El uso de 2-3 almohadas para dormir no es beneficioso, porque con esto sólo se consigue flexionar el tronco del paciente y aumentar el reflujo.

- Acostarse sobre el lado izquierdo a la hora de dormir, porque esto reduce el reflujo esofágico.

- Evitar el uso de ropas y/o cinturones muy apretados, pues este tipo de prendas aumentan la presión intra-abdominal.

- Eliminar el consumo tabaco y bebidas alcohólicas destiladas de alto grado, así como la cerveza y el vino porque provocan un aumento del reflujo esofágico, comparados con la ingestión de agua.

El alcohol altera la peristalsis esofágica, aumenta el tiempo de exposición ácida, aumenta la secreción ácida del estómago, disminuye la presión del EEI y el vaciamiento gástrico. El vino blanco produce mayor exposición esofágica ácida y mayor disminución de la presión del EEI que el vino tinto y la cerveza.

- Evitar los estresores psicosociales. La presencia de un estresor vital mayor (muerte de esposa (o), accidente automovilístico importante, divorcio y aborto en los últimos 6 meses), puede exacerbar los síntomas de reflujo.

El mecanismo propuesto es una activación de los mastocitos de la mucosa por vía vagal y/o simpática eferente. Los mastocitos responden liberando productos de degradación o citoquinas, las cuales aumentan la permeabilidad y la dilatación de los espacios intercelulares. La exposición aumentada al ácido y a la pepsina provoca una activación de los nociceptores intraepiteliares, generando señales de dolor e induciendo un ardor retroesternal.

*Recomendaciones del Colegio Americano de Gastroenterología para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico*

1. Elevar la cabecera de la cama
2. Evitar acostarse 3 horas después de las comidas
3. Evitar las bebidas alcohólicas y los alimentos condimentados
4. Limitar la ingestión de grasa, productos cafeinados, chocolates y pimienta
5. Tomar medicamentos antirreflujo.

**Fuente:**

1. Vermulapalli R "Diet and lifestyle modifications in the management of gastroesophageal reflux disease. *Nutr Clin Pract* 2008;23(3):293-298.

2. Moreira V, Ramos FR: las enfermedades digestivas explicadas al paciente (Manual de consejos prácticos) Madrid. McGraw Hill-Interamericana 2001



## NUTRICION AL DIA

### **LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D AUMENTA LA MORTALIDAD**

(Melamed, M. et al, Albert Einstein College of Medicine, Bronx N. Y. Arch Intern, Med. 2008;168:1629-1637)

Los niveles bajos de 25(OH)-D (<28ng/ml) se han asociados con hipertensión arterial, resistencia a la insulina e índice de masa corporal (IMC) elevado, todos ellos considerados como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y de mortalidad por todas las causas.



Se realizó un estudio observacional dentro de la 3era encuesta nacional de salud y nutrición (NHANES III) para determinar la asociación entre los niveles bajos de 25(OH)-D y mortalidad por todas las causas en adultos civiles no institucionalizados de los Estados Unidos (USA). Se incluyeron 13,321 participantes de  $\geq 20$  años de edad, representando a 175 millones de personas en USA, con una mayor representación de negros no hispanicos, méxico-americanos y ancianos de los lugares encuestados que incluyeron a los estados del norte entrevistados en verano y los del sur, que fueron encuestados en invierno para un control de la estación.

Los niveles de 25(OH)-D fueron medidos por radioinmunoanálisis después de 12h de ayuno. La evolución de la mortalidad fue recolectada durante 9 años de seguimiento, utilizando el Índice Nacional de Mortalidad.

La mortalidad aumentó con la edad, el sexo femenino, la raza no blanca (especialmente negros no hispanos), diabetes mellitus, los fumadores actuales y el aumento del índice de masa corporal; mostrando todos estos factores una asociación independiente con los valores mas elevados de OR de deficiencia de 25(OH)-D.

Una mayor actividad física, el uso de suplementos de vitamina D y la estación diferente al invierno, mostraron una asociación con los valores más bajos de OR de deficiencia de 25(OH)-D.

La tasa de mortalidad fue 26% más alta en aquellos sujetos que estaban en el cuartil más bajo del nivel de 25(OH)-D (<17.8ng/ml), comparados con el cuartil más alto. El riesgo de mortalidad en el cuartil más bajo de vitamina D, fue más evidente en aquellos sujetos que no tenían enfermedad cardiovascular (ECV) al inicio del estudio en relación a quienes a los afectados con ECV.

No hubo asociación entre los niveles bajos de 25(OH)-D y la mortalidad por cáncer. No se

deben tomar suplementos de vitamina D si no se conocen sus niveles séricos. La forma más sensible de corregir su deficiencia es exponerse al sol durante 10-15min diariamente y comer alimentos fortificados con vitamina D, tales como leche y pescados grasos. Los niveles de 25(OH)-D deben chequearse en personas con riesgo de osteoporosis, en mujeres y en aquellas personas con alto IMC, así como en las razas minoritarias.

## BIOÉTICA Y NUTRICIÓN

### **EL CASO DE TERRY SCHIAVO**

Dr. Miguel Suazo

Médico Bioeticista.

Director del Centro Intec de Bioética



Terry Schiavo. Su nombre era Marie Schindler y nació en Pensilvania y en 1982 conoció a quien luego sería su esposo, el señor Michael Schiavo. Esta joven señora de 41 años de edad duró 15 de ellos en estado vegetativo persistente después de un ataque que la introdujo en dicho estado.

La causa de sus problemas estuvieron originados por desordenes alimenticios que instaló como consecuencia de su interés por combatir su sobrepeso, ingiriendo solo líquidos y vomitando de manera espontánea para cumplir dicho objetivo lo cual le ocasionó un ataque cardíaco por pérdida súbita de potasio. Este episodio es el que la da a conocer en el mundo de lo legal y lo moral, cuando se obtuvo el permiso de un juez para desconectarla de la alimentación y la hidratación por solicitud de su esposo. Terri Schiavo fue victima varias veces de nuestra sociedad, de su congéneres, de las leyes y de la publicidad.

Le convirtieron en icono y perdió el anonimato ante las situaciones que se le han impuesto. A la pregunta de qué dice la Bioética al respecto, la respuesta es: "no dice nada". Somos nosotros las personas los que hacemos para que los otros digan. La justicia no sabe de Bioética ni los jueces tampoco, están viendo

objetivamente el caso desde la técnica. Es un error haberla alimentado sin esperanzas de recuperación, es un crimen retirar las medidas de la forma indigna en que se hizo

La Bioética es deliberativa no decisionista que es lo que muchos esperan, que digamos en su nombre lo que indica la moral o el deontologismo duro, que defiende a ultranza y de manera universal la vida. La Bioética también defiende la vida, pero defiende cada vida, entendiendo a veces que defenderla puede ser acompañarla de manera digna cuando se presenta.

Su caso era un estado vegetativo persistente, una desconexión de su área relacional que le impidió entender lo que pasaba a su alrededor y responder ante ello. Técnicamente estuvo así durante todos estos años y ello abre cuestionamientos morales sobre lo que se denomina la proporcionalidad terapéutica también llamada "medidas extraordinarias". Estas señalan el uso de medidas desproporcionadas, que rompen con los estándares de tratamiento para lograr un beneficio determinado en la salud del paciente.

Su cuestionamiento viene cuando esas medidas buscan o logran modificar cambios fisiológicos pero no favorecen la globalidad de la salud del paciente, un ejemplo puede ser que se usen enérgicos medicamentos que sean capaces de disminuir la presión arterial de un paciente en estado terminal (un cáncer puede ser) sin que ello agregue nada al proceso de muerte de la persona. Es más ético no instalar medidas extraordinarias que tener luego que retirarlas por su futilidad. Hoy no se habla más de medidas extraordinarias o proporcionalidad terapéutica como le llamó la iglesia desde la década de los cincuenta, hoy se habla de medidas indicadas, no indicadas y contraindicadas. Todas las indicadas son moralmente obligatorias de instalar pero las contraindicadas sería siempre inmoral hacerlo.

Es probable que a Terri Schiavo no debieran habersele instalado nunca esas medidas de alimentación si se tenía la certeza de su estado vegetativo persistente, es posible que ello se supiera años después, pero no es justo que a los quince años se impusiera por la vía legal el retiro de esas medidas desproporcionadas porque resulta que ahora lo inmoral fue retirarlas. Seguir las pudo no aportar nada nuevo a la globalidad de la paciente. El error fue instalarlas o no retirarlas a tiempo, sobre todo las referidas a la hidratación y la alimentación.

Retirar la hidratación inclusive fue contraproducente, es eutanasia pasiva que la legitimó la justicia por una parte y los médicos aferrados a una deontología desfasada de cumplir con un supuesto deber que intenta competir en base a la tecnología con la muerte. Es la llamada muerte excluida. El paciente está excluido de morir de una manera digna. La de Terri es la muerte indigna, de circo, de cámaras de televisión con alcance mundial que miran el espectáculo de cómo se apagan unos reflejos de vida que está solo en el nivel celular, sin derecho al anonimato, a la confidencialidad, a morir solo entre los suyos sino en el mundo de la publicidad.

Que hubiera correspondido hacer? Apelar a la muerte paliativa y no a la muerte preventiva que se desarrolló. La muerte paliativa justamente se enfrenta al paciente terminal o sin expectativas de vida, dando respuesta a las decisiones de los familiares (puede llegar a ser legal y hasta justa la petición de su marido) pero es un derecho a pedir que se haga una limitación del esfuerzo terapéutico, que se baje la luz lentamente, que se disminuyan los esfuerzos sin renunciar a hidratar, a humedecer sus mucosas, a evitar las escaras de su cuerpo, a evitar las escaras emocionales de sus familiares, de crearle un entorno donde el momento llegue sin buscarlo pero sin posponerlo.

La tecnología mal utilizada conduce al encarnizamiento terapéutico, en este caso de los familiares, porque ella pudo no estarse enterando. Sus células estaban vivas, millones de células, pero no así las del entendimiento y la relación, pero tampoco éstas están presentes en el período embrionario de la vida, el embrión no habla y tiene aún rudimentos cerebrales, sin embargo tenemos un justo debate por el estatuto del embrión y un encolerizado enfrentamiento entre los pro abortos y los pro vida. Se habla de los derechos de los por nacer pero nos cerramos a los derechos de los por morir.

La muerte indigna es aquella en que las medidas no logran modificar el estado global del paciente, pero su vida desde hace quince años la medicina la hizo indigna al imponer medidas extraordinarias. La medicina, los médicos y la justicia han propiciado ahora la muerte indigna. La muerte digna pasa por el respeto a la autonomía de los pacientes y los familiares frente a lo indicado, y si hoy no es indicado mantenerla con la parafernalia técnica tampoco lo fue antes, hace quince, catorce, trece o menos años

Las unidades de cuidados paliativos son una realidad desde los años sesenta en que en Inglaterra Cecil Saunders las impusiera como una manera de proteger la muerte digna, de recordar a la ciencia que uno de sus deberes fuertes es acompañar cuando no se puede curar, es consolar, aliviar, llevar a la muerte buena, no la de Kevorkian con el suicidio asistido ni la de los Holandeses con la eutanasia permitida. Esos grandes países defienden la muerte preventiva como un derecho y hoy nos cuestionamos si lo que faltó en esos pacientes que lo solicitaron fueron alternativas paliativas.

Está en boga la sedación final ante la inminencia de la muerte, los criterios de ingreso a unidades de cuidados intensivos, no todo el mundo debe ir a este sitio sino el que tiene criterios de recuperabilidad solamente. Más cada día esto se cumple menos y la iatrogenia (daño causado por el médico o la medicina) moderna de manera contradictoria la está aportando el mal uso de los avances tecnológicos. Esto es impericia, no solo se comete esta con no saber usarlos sino también con usarlos mal, cuando están contraindicados.

La ética de la responsabilidad nos llama a asumir las consecuencias de lo que provocamos y si la medicina erró al instaurar por tanto tiempo medidas desproporcionadas, extraordinarias, contraindicadas, no reconocidas como error en el corto tiempo, no puede venir ahora con medidas del corte de las que hemos visto con pavor. La justicia no sabe de Bioética ni los jueces tampoco, están viendo objetivamente el caso desde la técnica. Es un error haberla alimentado sin esperanzas de recuperación, es un crimen retirar las medidas de la forma indigna en que se hizo

## **VIVA MÁS... Y MEJOR**

### **ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA INGESTA DE ALIMENTOS EN LOS PACIENTES AFECTADOS DE CANCER, TUBERCULOSIS Y SIDA**

Dr. Jimmy Barranco

1. ¿Cómo controlar las náuseas y los vómitos?

- Ingerir de 6-8 comidas pequeñas al día.
- Comer alimentos secos: panes tostados, galletas de soda, palomitas de maíz, papas salteadas o hervidas.
- Limitar la ingestión de líquidos a 4-6 onzas con las comidas, y tomar el resto de los requerimientos hídricos 2 horas antes y 2 horas después de las comidas.
- Comer alimentos fríos y salados.

- Evitar los alimentos grasosos o aquellos muy dulces (gaseosas, maltas), muy condimentados (especias) y las bebidas alcohólicas.
- Acostarse 3 horas después de comer
- En caso de vómitos, reemplazar los líquidos y electrolitos ingiriendo jugos, caldos, ginger ale, agua de coco, etc.
- Reposar antes y después de las comidas.
- Preparar los alimentos y platos especiales con aromas placenteros y olorosos.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos.

2. ¿Cómo aumentar la ingesta calórica y proteica?

- Fortificar los alimentos con salsas, condimentos y aderezos hipercalóricos.
- En la preparación de los alimentos, agregar ingredientes extras, tales como: leche en polvo o crema de leche.
- Tomar algún suplemento nutricional hiperprotéico o hiperenergético.
- No consumir alimentos con bajo contenido calórico.



Preparar los alimentos favoritos en pequeñas cantidades y congelar las porciones restantes para consumirlas en forma de meriendas.

- Comer con el reloj: ingerir alimentos cada 1-2 horas.
  - Ingerir más alimentos cuando hay más apetito.
  - Disfrutar las comidas en un ambiente familiar placentero.
  - Practicar algún ejercicio ligero, de acuerdo a su estado físico.

3. ¿Qué hacer en caso de ulceraciones en la boca?

- Consumir alimentos blandos, evitando aquellos muy fríos o muy calientes.
- Evitar el consumo de alimentos cítricos y picantes
- Comer alimentos fríos licuados: helados, licuados o malteadas
- Usar anestésicos tópicos antes de comer.
- Suavizar los labios con lanolina.
- Mantener una buena higiene oral.

## ¿CÓMO RECONOCER LAS DIETAS ABERRANTES?

Dr. Jimmy Barranco



1. Prometen reducir más de 2 libras o más del 1% del peso corporal a la semana.
2. Piden omitir por completo algún grupo de alimentos.
3. Afirman que no se pueden mezclar alimentos de varios grupos en la misma comida.
4. Requieren de suplementos vitamínicos y minerales.
5. Aseguran que existen alimentos "quemadores de grasa".
6. Promueven períodos de ayuno de manera rutinaria.
7. Prometen modificación del metabolismo "para siempre".
8. El paciente debe comprar alimentos especiales o muy costosos.
9. Promueven el uso de medicamentos o prácticas cuyo beneficio no está comprobado: bloqueadores de hidratos de carbono (almidón), diuréticos, cinturones sauna, ejercicio pasivo, acupuntura, estimulación muscular eléctrica, etc.
10. Llevan el nombre de personajes del mundo artístico, deportivo o el de algún lugar o institución famosa.

## NUESTRA REALIDAD NUTRICIONAL

### SITUACION DEL CONSUMO DE SAL YODADA EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Dra. Mercedes Luciano

M. C. Alimentación y Nutrición, Médico, Nutrióloga Clínica (INTEC), Especialista en Obesidad



Las repercusiones de la carencia de yodo en el desarrollo intelectual y socioeconómico han contribuido a alertar a los administradores de la salud pública de todo el mundo para luchar eficazmente contra los Desórdenes por Deficiencia de Yodo (DDY). Se ha reconocido que la deficiencia de yodo es la principal causa prevenible de discapacidad humana. Hasta fines de la década pasada se estimaba en más de 800 millones la población mundial a riesgo, 190 millones afectados con bocio, y más de 3 millones con cretinismo diagnosticado. El yodo fue el segundo micronutriente después del hierro en declararse esencial para la salud en el siglo XVII.

El yodo se encuentra principalmente en los peces y mariscos del mar y en algunas hortalizas cultivadas en suelo con alto contenido de yodo. La cantidad necesaria de yodo en la dieta diaria es pequeñísima (150-300 miligramos), es decir que una cucharadita (3ml) de yodo es lo que cada persona necesitaría para toda su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Niñez (UNICEF) consideran que la yodación de la sal comestible es la medida preventiva de mayor cobertura, menos costosa y de probada eficacia en el mundo. Es consumida por la población de manera constante (10-12g/persona/día), siendo ésta la estrategia de mejor costo-efectividad, culturalmente aceptada y sostenible. El proceso de fortificación de la sal no requiere de maquinaria sofisticada y el costo de implementación es muy bajo, oscila entre RD\$0.25 y RD\$0.75 por persona por año.

El conocimiento de la magnitud mundial de los DDY, y por ende su importancia real para la salud y el desarrollo socioeconómico, ha aumentado considerablemente durante el último decenio. Se sabe que los DDY son un problema significativo de salud pública en 118 países.

En República Dominicana, no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de deficiencia de yodo, monitoreo, supervisión o evaluación de la yodación de la sal. Además existe una capacitación inadecuada del personal de control de yodación de la sal, métodos obsoletos (mezcla por paleado) y desconocimiento de la población sobre la importancia de consumir sal yodada.

La República Dominicana cuenta con instrumentos legales como la Nordom 14; este documento define de una manera clara los diferentes tipos de sal, el procesamiento, los requisitos de calidad (físicos, químicos y microbiológicos), los niveles permitidos de yodo y flúor, inspección, recepción, contaminantes, higiene, rotulado y envases. Según Nordom 14 la sal de calidad alimentaria es el producto obtenido de la purificación del cloruro de sodio. Se aplica a la sal utilizada como vehículo de micronutrientes. Esta sal se puede obtener a partir de fuentes naturales, tales como: salinas marinas, sal mineral subterránea o superficial libre de nitrito y de fuentes naturales.

La extracción de sal en República Dominicana se lleva a cabo en las provincias de Monte Cristi, en el noroeste; en Baní y Azua, al sur; y en Barahona al suroeste del país. La sal refinada importada es yodada en las plantas envasadoras por el método en seco utilizando una mezcladora o palas. El yodato de potasio para la yodación de la sal, es donado por UNICEF y su distribución es administrada por SESPAS, es gratuito para los productores y se vende a los importadores de sal.

El proceso de yodación se lleva a cabo colocando la sal y la cantidad de premezcla en seco en una mezcladora rotatoria de acero inoxidable. La sal yodada es envasada en sacos de un quintal y transportada a Santo Domingo para ser re-ensavada en tamaños y marcas diferentes. La sal correctamente yodada tiene entre 30 y 100 partes por millón de yodo, según lo exige la normativa dominicana (NORDOM 14)

En la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA, 1996) sobre el consumo de sal yodada en los hogares dominicanos, sólo el 13% de los hogares censados consumían sal con algún grado de yodación. En un estudio realizado por SESPAS a través del Laboratorio Nacional Dr. Defilló, el 41.1% de las muestras examinadas estaba yodada, mientras que solo un 13.7% cumplía con lo establecido en Nordom 14 (30-100ppm).

Asimismo, UNICEF, patrocinó la realización de un estudio de Comportamientos, Actitudes y Prácticas que reflejó que un 75% de la población continúa consumiendo sal en grano, a pesar de estar prohibida en la legislación dominicana (NORDOM 14).

Referencias bibliográficas:

1. BS Hetzel, JT Dunn y JB Stanbury, Eds. The prevention of iodine deficiency disorders. Elsevier, Amsterdam, 1987.
2. Noguera, Arnulfo. Eliminar la deficiencia de yodo: Un reto de fin de siglo. Boletín de la OPS. 117 (6): 477-493, 1994.
3. Consejo Internacional para el Control de los Desordenes por Deficiencia de Yodo (ICCIDD), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Mundial de la Salud (OPS). Global prevalence of iodide deficiency disorders. 1993.
4. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS); UNICEF; Synergy Consulting, S.A, 2005. Estudio de Conocimientos Creencias, Actitudes y Prácticas sobre el Consumo de Sal Yodada en los Hogares Dominicanos y los Medios de Difusión

## ALIMENTACION MATERNO-INFANTIL

### ALIMENTACIÓN DEL NIÑO CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

Dra. Yun Zyong Kim.

Médico Pediatra, Nutrióloga Clínica (INTEC)

La diarrea se caracteriza por un mayor número y menor consistencia de las evacuaciones diarias, aunado a un incremento de volumen de las heces. Cuando el individuo consume una dieta regular para su edad, las evacuaciones residuales alcanzan un promedio de 200 a 250g diarios en el adulto y de 10g/kg/día en lactantes, y a los 3 años alcanza al volumen de los adultos. Puede acompañarse de otros signos gastrointestinales como dolor abdominal y vómitos. La diarrea aparece cuando se alteran los mecanismos de transporte de solutos en el intestino, provocando una mayor secreción o menor absorción, con pérdida excesiva de sales y agua en las heces.

La diarrea es una causa importante de morbilidad y mortalidad entre niños de todas las regiones del mundo. Se calcula que cada año se presentan 1.5 billones de episodios de diarrea, provocando la muerte de 1.5 millones de niños. Esta estadística ha mejorado si se compara con la mortalidad reportada por diarrea de 5 millones en el año 1982 y 3 millones en el 1992.

La mayoría de las diarreas infantiles son agudas y autolimitadas, por lo cual la finalidad principal del tratamiento es prevenir la deshidratación y reducir al mínimo las consecuencias nutricionales de la lesión a la mucosa intestinal. La rehidratación oral es considerada como la colaboración más exitosa entre las ciencias básicas y la medicina. Es un método eficaz para restituir la pérdida de sales y agua, y realmente ha sido el mejor instrumento para disminuir la mortalidad infantil por diarrea a través de los años.

El tratamiento de la diarrea ha cambiado en forma espectacular desde el decenio de 1970. Se recomienda evitar los líquidos claros con sodio reducido y altos en azúcares simples. Está indicada la reintroducción inmediata de los alimentos sólidos o fórmulas lácteas. Es muy importante proporcionar una hidratación eficaz, portátil y barata; así como mejorar la nutrición del niño desnutrido para reducir la morbi-mortalidad de la diarrea infantil.

Existe una relación compleja entre la Diarrea, la Desnutrición y la Integridad intestinal. La inanición altera la función de barrera de la mucosa y la realimentación fomenta la reparación de la lesión provocada por la desnutrición. La desnutrición provoca cuadros agudos y/o crónicos de diarrea empeorando aún más el estado de la mucosa intestinal.

Después de lograr un estado adecuado de hidratación se debe iniciar la ALIMENTACIÓN INMEDIATAMENTE, a pesar de que continúen las evacuaciones líquidas ya que la nutrición adecuada, minimiza los cambios nocivos a nivel de la permeabilidad de mucosa intestinal, reduce la duración de la enfermedad y mejora el estado nutricional.

#### Recomendaciones generales

1. NO debe continuarse con la práctica común del ayuno por 24 horas. Deben ofrecerse alimentos con frecuencia en pequeñas porciones para facilitar la digestión. NO se debe indicar el AYUNO prolongado e innecesario, sino iniciar la alimentación lo más pronto posible. La disminución de la actividad de las disacaridasas y el aumento de la permeabilidad intestinal son cambios, por otra parte, reversibles con la realimentación oral ya que el intestino conserva una función residual suficiente para la tolerancia de la alimentación.
2. Los niños lactantes que reciben lactancia materna, deben continuar con el seno materno a libre demanda.
3. Los niños alimentados con fórmula artificial debe continuar con la misma fórmula SIN DILUIR para evitar desnutrición. Se deben suministrar los requerimientos energéticos del niño, según la edad y sexo.
4. NO es necesario utilizar fórmulas sin lactosa, a menos que el paciente presente datos clínicos de intolerancia a la lactosa, como la exacerbación de las evacuaciones líquidas a la reintroducción de la fórmula y/o alimento con lactosa, evacuaciones explosivas y muy ácidas que provocan hiperemia de la región genital. La presencia sola de un pH <6 o de sustancias reductoras >0.5% en las heces, sin los datos clínicos, no establece el diagnóstico de Intolerancia a la Lactosa.
5. Evitar los líquidos ricos en azúcares refinados por su alta osmolaridad (jugos de fruta, refrescos, compota, gelatina)
6. Algunas escuelas recomiendan evitar alimentos ricos en grasa; pero su uso debe ser individualizado ya que con la exclusión de las grasas es muy difícil cubrir los requerimientos energéticos, además de que éstas ofrecen la ventaja de disminuir la motilidad intestinal.

7. Ofrecer alimentos ricos en hidratos de carbono complejos como son víveres, pan, galletas de soda, cereales, etc...

8. Ofrecer carnes magras junto a los almidones, vegetales hervidos y puré de frutas como la manzana o el guineo, yogur, etc...

9. Para evitar desnutrición después de varios episodios de Enfermedad Diarréica Aguda, se recomienda agregar cereales a la leche y aceite a los cereales para aumentar la densidad energética por un período mínimo de 2 semanas.

10. Junto a la alimentación se debe ofrecer Suero de Rehidratación Oral después de cada deposición líquida para evitar deshidratación.

#### Referencias Bibliográficas:

1. Squires R: Tratamiento de la Diarrea. In Wyllie R, Hyams Jeffrey: Gastroenterología Pediátrica, México DF, McGraw-Hill Interamericana, 1999, p843-849
2. López MJ: Nutrición en algunas patologías digestivas: Gastroenteritis Aguda, Estreñimiento, obesidad y nutrición en hipercolesterolemia: An Esp Pediatr. 2001;55:463-476
3. King CK, Duggan C: Acute Diarrhea. In Walker W, Watkins J: Nutrition in Pediatrics Basic Science and Clinical Applications, Toronto, BC Decker, 3ra Ed, 2003, p738-751

## MITOS Y REALIDADES

### MITOS RELACIONADOS CON EL EJERCICIO FÍSICO.

Dr, Richard Marine  
Médico Deportólogo y Nutriólogo Clínico (INTEC)

Es difícil mantenerse al día con las innovaciones relacionadas con el ejercicio físico.

Pero seguir consejos erróneos puede echar a perder los esfuerzos que se hagan para estar saludable. La verdad es que, probablemente la mayoría de las personas creen en por lo menos un mito relacionado con el entrenamiento físico.



*Mito No.1: El ejercicio con pesas solo sirve para aumentar masa muscular.*

**Realidad:** El trabajo con pesas también puede ser enfocado a reducir o aumentar medidas según sea el caso, y a aumentar o disminuir el peso corporal; lograrlo sólo depende de la relación peso, repeticiones y series que utilices en el entrenamiento.

Muchas mujeres piensan que el entrenamiento con pesas significa hipertrofiarse muscularmente dando una

aparición masculina, lo cual es una idea muy alejada de la realidad.

*Mito No.2: Los ejercicios abdominales le ayudarán a aplanar el estómago.*

**Realidad:** Los ejercicios abdominales son excelentes para mejorar la postura y fortalecer los músculos, pero tienen poco efecto en la eliminación de la grasa que cubre los músculos abdominales y para lograr esto se necesita consumir menos calorías de las que se queman.

*Mito No.3: Los ejercicios ayudan a perder peso porque aceleran el metabolismo.*

**Realidad:** El metabolismo (velocidad con la cual se utilizan las calorías) aumenta durante y después de una sesión de ejercicios. Aunque se queman calorías durante el ejercicio aeróbico, se debe incluir en la rutina un ejercicio de fuerza, para ayudar a quemar más calorías y fortalecer los músculos, intensificando los efectos positivos de la aceleración del metabolismo

*Mito No.4: Si no hay dolor, no hay resultados.*

**Realidad:** El ejercicio no debe producir dolor. El sentir los músculos adoloridos no es lo mismo que sentir dolor. No tiene que sentir la sensación de ardor en el músculo para saber que el ejercicio está funcionando favorablemente.

*Mito No.5: Mientras más ejercicios se hagan, mejores serán los resultados*

**Realidad:** Todo tipo de actividad física es buena. No piensen en el ejercicio como tal, piensen mejor en que se trata de una actividad física. El baile, la jardinería y las caminatas al aire libre son actividades saludables. La actividad física es necesaria para mantenerse en buen estado de salud, estar en buena forma y nunca le causará daño.



## NUTRICAPSULAS

- La palabra caquexia viene de las voces griegas *kakos*= malo y *hexia*= hábito.
- Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) pueden tener dos caras:
  - *La cara buena:* en personas sanas actúan como antioxidantes, anti-inflamatorias, antitrombóticas y antiapoptóticas.
  - *La cara mala:* en presencia de estrés, inflamación sistémica o respuesta a la fase aguda, son disfuncionales, pro-oxidantes, pro-inflamatorias y pro-aterogénicas.
- El hipo puede controlarse con remedios caseros, tales como: ingestión rápida de una cucharada de azúcar granulada, respirar en una bolsa de papel o estimulación nasofaríngea con un hisopo.
- La capacidad gástrica máxima de líquido en un adulto es de aproximadamente 1,500ml, pero se recomienda administrar bolos no mayores de 8ml/kg de peso o 500ml.
- El aceite de oliva virgen es la grasa ideal ya que contiene 80% de ácido oleico, el cual aumenta los niveles de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), encargadas de remover el colesterol de la periferia para llevarlo al hígado donde será metabolizado.
- La tomografía axial computarizada (TAC) es el mejor método para medir la grasa abdominal.
- Un huevo de gallina de aproximadamente 50g. tiene 80 kcal, la clara 16 kcal y la yema 64 kcal.
- El riesgo de padecer obesidad es de 40% si uno de los padres es obeso, 80% si ambos lo son y 15% si ninguno es obeso.
- El consumo de alimentos ricos en fibra estimula el crecimiento de las bifidobacterias y los lactobacilos del intestino, evitando así el crecimiento de gérmenes patógenos.



## NUTRIVERSOS

**¡MERENDIN...MERENDON!**  
**Autor: Dr. Jimmy Barranco**  
**(Fragmento)**

¡Mi merendín, merendón!  
Empieza el año escolar  
no se que voy a llevar  
de merienda a mi salón.  
Yo no quiero salchichón  
ni tampoco platanitos;  
A mí no me compren chitos  
porque tienen colorantes.  
No iré al jardín de infantes  
con papitas ni dulcitos

II

¡Mi merendín, merendón!  
No quiero India ni Morena  
mejor leche con avena  
y cascaritas de limón;  
Lechosa, piña o melón  
guineo, mango o sandía  
y mi mente cada día  
luciría más brillante  
siendo el mejor estudiante  
de toda la guardería

III

¡Mi merendín, merendón!  
No más bebidas gaseosas  
aunque sean deliciosas  
no son la mejor opción;  
Pues provocan erosión  
del esmalte y de los huesos  
ya que el fósforo en exceso  
va destruyendo a su paso  
esas paredes de calcio  
hechas con lechita y queso

IV

¡Mi merendín, merendón!  
Si alguien me diera un guanimo  
conservaría mi tino  
en optima condición;  
estaría siempre en ON  
con glucosa disponible.  
Muy pronto seremos libres  
de nuestra marginación  
construyendo una nación  
donde el progreso es posible

V

¡Mi merendín, merendón!  
Mami, dame majarete  
que tu niño te promete  
aprender bien la lección  
y prestar mucha atención  
a mi maestra en la clase;  
Y nunca fuera de base  
la profe me atraparía  
pues con vigor y energía  
venceré cualquier impasse



VI

¡Mi merendín, merendón!  
Yo quiero un sándwich de queso  
tomate y poco aderezo  
con pavito hecho jamón;  
Y un juguito de limón  
de manzana o de cerezas  
un jugo de fruta fresca  
o bien, de la temporada  
pues la fruta almacenada  
se deshidrata y se seca.

VII

¡Mi merendín, merendón!  
Quiero galletas de soda  
con yogur y no con cola  
y un pedazo de melón.  
No quiero ser barrigón  
a mí no me manden fritos  
mucho menos pastelitos;  
Quiero una merienda sana  
no sea que en el mañana  
se me caigan los palitos

VIII

¡Mi merendín, merendón!  
Prepárame arroz con leche  
como lo hace mi tía Meche  
con pasitas y limón.  
No me hables del chicharrón  
ya que es flecha envenenada  
pues su grasa saturada  
me aumenta el colesterol  
y me infarta el corazón  
tapando mis coronarias

IX

¡Mi merendín, merendón!  
¡Por Dios! No quiero galletas...  
de las que tienen manteca  
pues son una tentación;  
Es tan rico ese sabor  
de la grasita que brilla  
que fácil dan seguidilla  
difícil de controlar;  
y no se puede calmar  
ni con té de manzanilla.

X

¡Mi merendín, merendón!  
Quiero lácteos descremados  
Mamita, esto no es pecado  
que merezca excomunión;  
Mas bien, una solución  
muy temprana y preventiva  
de un mal que acorta la vida  
y no es la tuberculosis.  
Se llama aterosclerosis  
y es temible como el SIDA.

(Ver poema completo en:  
[www.nutrinautas.com](http://www.nutrinautas.com))