



UNIVERSIDAD  
SAN SEBASTIAN  
EDICIONES

Serie Creación - Documento de trabajo n°42:

# Consenso Nutrición Clínica Adulto

Escuela Nutrición y Dietética  
Universidad San Sebastián



## C I E S

Centro de Investigación  
para la Educación Superior

---

**Autores:**

**Profesoras:** Carla Guzmán – Francisca Peña – Marion Guerrero – Jessica Navarro – Wilma Yunge – Ana Luisa Imio – Paula García.

**2018**

Los Documentos de Trabajo son una publicación del Centro de Investigación en Educación Superior (CIES) de la Universidad San Sebastián que divulgan los trabajos de investigación en docencia y en políticas públicas realizados por académicos y profesionales de la universidad o solicitados a terceros.

El objetivo de la serie es contribuir al debate de temáticas relevantes de las políticas públicas de educación superior y de nuevos enfoques en el análisis de estrategias, innovaciones y resultados en la docencia universitaria. La difusión de estos documentos contribuye a la divulgación de las investigaciones y al intercambio de ideas de carácter preliminar para discusión y debate académico.

**En caso de citar esta obra:**

Guzmán, C., Peña, F., Guerrero, M., Navarro, J., Yunge, W., Imio, A.L., y García, P. (2017). Consenso en la nutrición clínica adulto. Serie Creación n° 42. Facultad de Ciencias de la Salud: Escuela de Nutrición. Centro de Investigación Sobre Educación Superior CIES - USS; Santiago.

## SERIE CREACIÓN N° 42

### Consenso Nutrición Clínica Adulto

## ÍNDICE

Resumen	
Evaluación del estado nutricional	5
• Diagnóstico antropométrico	6
• Diagnóstico bioquímico	7
• Diagnóstico alimentario	7
Diagnóstico nutricional integral	8
Evaluación nutricional subjetiva	9
Estimación requerimientos nutricionales	9
• Energía	9
• Proteínas	15
• Lípidos	19
• Carbohidratos	21
• Micronutrientes	22
Prescripción dietética	23
Referencias °	26

## RESUMEN

El consenso del área clínica adultos tiene como finalidad orientar al estudiante en la adquisición de los contenidos necesarios para el manejo dietético y dietoterapéutico del adulto sano y adulto hospitalizado respectivamente, logrando reforzar los conceptos asociados a la correcta intervención nutricional en dicha población.

Este consenso podrá ser utilizado en las siguientes asignaturas:

Dietética del ciclo vital

Dietoterapia del adulto y adulto mayor I

Dietoterapia del adulto y adulto mayor II

Internado clínico adulto

## EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

### Diagnóstico antropométrico

IMC\*: Normal\*\*; Bajo peso o enflaquecido = Desnutrición calórica; Sobrepeso; Obeso grado I, Obeso grado II, Obeso grado III (Fuente: OMS)

\* Se invalidará frente a presencia de edema y/o ascitis, explicitando la razón en el diagnóstico. En su defecto se realizará descuento de peso, de acuerdo a Chil Pugh:

Grado	Ascitis (Kg)	Edemas periféricos (kg)
Leve	2,2	1,0
Moderado	6,0	5,0
Grave	14,0	10,0

\*\* No se utilizará término eutrófico en adultos.

Pliegues: CMB, AMB y AGB. No indican desnutrición.

Se debe expresar como composición grasa o muscular. No se aceptarán términos como reserva energética y desnutrición muscular asociada a pliegues.

Puntos de corte	
Disminuido	p <10
Normal	p 10 - 90
Elevado	p >90

1 Frisancho, 1981

Circunferencia de cintura: Factor condicionante de riesgo cardiovascular (por si sola no indica riesgo cardiovascular) y diagnóstico de obesidad abdominal de acuerdo a los siguientes valores de referencia:

	Circunferencia de cintura
Hombres	≥90cm
Mujeres	≥80cm

2 Minsal, 2014

### Diagnóstico bioquímico

Valores de referencia para medición de malnutrición según proteínas viscerales

Indicador	Valor normal	Desnutrición		
		Leve	Moderada	Severa
Albúmina (g/dl)	3.5-5.0	3.4-3.0	2.9-2.5	<2.5
Transferrina (mg/dl)	200-400	150-200	100-150	<100
Prealbúmina (mg/dl)	20-26	10-15	5-10	<5
Linfocitos (mm <sup>3</sup> )	>1500	1200-1499	800-1199	<800
Proteína fijadora de retinol (mg/dl)	3-6	2.7-3.0	2.4-2.7	<2.4

La condición de albúmina menor a valores normales es indicador POR SI SOLO de desnutrición proteico visceral.

Invalidación por procesos inflamatorios, con PCR elevada, debe ser explicado en diagnóstico como: "desnutrición proteico visceral invalidada por:"

### Diagnóstico alimentario

Se aplicará recordatorio 24 horas (R24H) y Encuesta de Tendencia de Consumo Cuantificado (ETCC).

Nombrar todos los nutrientes con alta ingesta y luego todos los de baja ingesta en orden de Energía, macronutrientes, vitaminas, minerales, fibra y agua siempre que se relacione con patología y diagnóstico antropométrico.

## DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRAL

Grupo etario + sexo + estado nutricional (antropométrico + bioquímico)\* + composición muscular y grasa + RCV\*\* + diagnóstico alimentario.

\* Normal, Sobrepeso, Obeso, Bajo peso o Enflaquecido. La condición de hipoalbuminemia indica desnutrición proteica visceral

Desnutrición calórica, medida por IMC y Desnutrición proteico visceral = desnutrición mixta

\*\* Solo registrar cuando sea RVC moderado o alto

ODIN: otros diagnósticos de interés nutricional que requieran intervención (Anemia, DLP, HTA, DM, ERC, otro que se considere de interés y necesario intervenir como nutricionista).

Ejemplo: adulto mayor, sexo masculino, con desnutrición mixta, con composición muscular disminuida y grasa normal, con insuficiencia alimentaria en energía, macro y micronutrientes.

## EVALUACIÓN NUTRICIONAL SUBJETIVA

Evaluación global subjetiva Detsky: Paciente adulto hospitalizado  
3 Baccaro et al. 2007

Tamizaje y Evaluación subjetiva (Mini Nutritional Assessment):  
Adultos mayores

4 Vellas et al. 1999

## ESTIMACIÓN DE REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

### ENERGÍA

Cálculo de Pesos y cómo utilizarlos

*“Los pesos corporales de referencia por sexos y grupos de edades corresponden a los valores de referencia del IMC publicadas por la OMS. Por consiguiente, dada una estimación de la talla real, es posible calcular el peso corporal aceptable que correspondería a esa talla alcanzada basándose en dichos valores de referencia”*

**Fuente:** FAO, Actualización de necesidades energéticas mínimas. Dirección estadística FAO, Roma 2008.

- **Peso ideal:** sobrepeso y normopeso.
  - **Cálculo:** Talla<sup>2</sup> x IMC ideal de acuerdo a grupo etario.
  - **Peso máximo aceptable:** sobrepeso.
  - **Cálculo:** Talla<sup>2</sup> x IMC límite inferior normal
  - **Peso ajustado (50%, 25%):** en obesos hospitalizados \*
  - **Cálculo:** [(Peso real - Peso ideal) x 0,25] + Peso ideal
- \*Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to estimate energy expenditure in hospitalized patients, JPEN, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition; Jul/Aug 2002; 26, 4.

- **Peso mínimo aceptable:** evolución de tratamiento de DN
- **Cálculo:** Talla2X IMC límite superior normal
- **Peso real:** desnutrición o normopeso  
\*Hacer referencia al peso actual del paciente
- **Peso ideal ajustado a carpo:** Determinación del peso ideal según estructura ósea. Los valores de referencia para estructura ósea son los siguientes:  
R: Talla (cm)/circunferencia del carpo (cm).

Hombre	Mujer
R = >10.4 pequeña	R = >11.0 pequeña
R = 9.6 a 10.4 mediana	R = 10.1 a 11.0 mediana
R = <9.6 grande	R = <10.0 grande

6 Hernán Yupanqui Lozno, 2015

Peso seco: Es el peso con el que el paciente no tiene edema, ni ascitis

*“Los cálculos se realizan con el peso seleccionado según criterio, todos los nutrientes se calculan con el mismo peso”.*

## REQUERIMIENTO ENERGETICO

### 1. Necesidades energéticas para adulto y adulto mayor sano

Las necesidades energéticas alimentarias mínimas por persona para adultos se calculan realizando primero una estimación de la tasa metabólica basal (TMB) con base en el peso corporal de referencia para la talla alcanzada. Posteriormente, se calculan las necesidades energéticas mínimas multiplicando la TMB por los factores específicos, en función del sexo y del nivel de actividad física.

Fuente: FAO, Actualización de necesidades energéticas mínimas. Dirección estadística FAO, roma 2008.

*Las calorías deben ser expresadas siempre como Kcal por kilo de peso tanto en hospitalizado como ambulatorio*

### 2. Necesidades energéticas para pacientes ambulatorios

Hipocalórico: <25 kcal/kg

Normo calórico: 25-30 kcal/kg

Hipercalórico: >30 kcal/kg

\*El método factorial de acuerdo a esta clasificación ya considera factor de actividad y patología. No debe calcular ningún factor adicional.

#### 2.1. Formula FAO/OMS/UNU 2004

Fórmulas para estimar metabolismo basal según sexo FAO 2004  
Se utilizará peso ideal.

Equations for estimating BMR from body weight

Age Years	No.	BMR: MJ/day	see	BMR: kcal/day	see
Males					
18-30	2879	0.063kg + 2.896	0.641	15.057kg + 692.2	153
30-60	646		0.700		167
>60	50	0.048kg + 3.653	0.686	11.472kg + 873.1	164
Females					
18-30	829	0.049kg + 2.459	0.497	11.711kg + 587.7	119
30-60	372		0.465		111
>60	38	0.062kg + 2.036	0.451	14.818kg + 486.6	108
		0.034kg + 3.538		8.126kg + 845.6	
		0.038kg + 2.755		9.082kg + 658.5	

Fuente: FAO/OMS/ONU, Human Energy Requirements. Expert consultation, Roma 2004.

#### Clasificación de la actividad física:

Categoría	PAL
Sedentario	1.40 – 1.69
Activo o actividad moderada	1.70 – 1.99
Vigoroso o actividad muy vigorosa	2.00 – 2.40

Fuente: FAO/OMS/ONU, Human Energy Requirements. Expert consultation, Roma 2004.

**Nota:** con esta fórmula no se agrega Termogénesis inducida por los alimentos.  
**Solo** GEB (mediante fórmula) + AF

#### Orientación para clasificar una persona de acuerdo a su actividad física:

Estilos de vida sedentarios: Estas personas tiene ocupaciones que no requieren mucho esfuerzo físico, no están obligados a caminar largas distancias, por lo general utilizan vehículos para transportar, no realizan ejercicio físico, no participan en actividades deportivas y pasar la mayor parte de su tiempo libre sentado o de pie.

Estilos de vida activos o moderadamente activos: Estas personas tienen ocupaciones que no son extenuante en términos de la demanda de energía, sin embargo, implican un mayor gasto de energía que la descrita para los estilos de vida sedentarios. Alternativamente, pueden ser personas con ocupaciones sedentarias que regularmente pasan una cierta cantidad de tiempo de moderada a vigorosa actividad física. Son personas que dedican al menos una hora para realizar ejercicio físico al aire libre o en lugares destinado para ello (gimnasio) (actividades como: correr, trotar, ciclismo, danza aeróbica, actividades deportivas). Otros ejemplos de estilos de vida moderadamente activos están asociados con ocupaciones tales como albañiles y trabajadores de la construcción, o las mujeres rurales en los pueblos tradicionales de menor desarrollo que participan en las tareas agrícolas o caminar largas distancias

Estilos de vida vigoroso o vigorosamente activos: Estas personas participan regularmente en el trabajo físico intenso o en actividades de ocio intensa durante varias horas. Ejemplos de ello son personas que nadan o bailar un promedio de dos horas cada día, o trabajadores agrícolas no mecanizados que trabajan con un machete, azadón o un hacha durante varias horas al día; caminar largas distancias sobre terrenos escarpados, a menudo llevando pesados cargas. Personas que realizan una actividad deportiva o ejercicio físico intenso por dos horas o más diariamente, como el entrenamiento para competencias de maratón, crossfit.

Fuente: FAO/OMS/ONU, Human Energy Requirements. Expert consultation, Roma 2004.

### 3. Necesidades energéticas para paciente hospitalizado

Se considera hipercalórico toda prescripción en la que utilizamos factor trauma dado que elevamos voluntariamente el gasto energético en reposo del paciente, en diversas proporción dependiendo de la patología. Para factor de patología se utilizarán los criterios de Barak 2000.

Sexo	Hombres	Mujeres
Hipometabolismo	0.87	0.81
Tumor	1.15	1.25
Leucemia/Linfoma	1.19	1.27
EII	1.07	1.12
Quemaduras	1.52	1.64
Enfermedad pancreática	1.13	1.15
Cirugía	1.20	1.39
Trasplantes	1.33	1.27
Infección	1.12	1.39
Sepsis	1.4	1.6
Abscesos T° menor a 37.8° C	1.20	1.21
T° mayor a 37.8°C	1.41	1.47
Ventilación mecánica	1.34	1.32
Cirugía menor	1.0	1.0
Fractura huesos largos	1.15-1.3	1.15-1.3 rango
Infección severa	1.2-1.4	1.2-1.4 rango
Politrauma	1.2-1.4	1.2-1.4 rango
Falla orgánica múltiple	1.2-1.4	1.2-1.4 rango
Cáncer	1.2-1.4	1.2-1.4 rango
Peritonitis	1.2-1.4	1.2-1.4 rango

7 Barak N, Wall-Alonso E, Sitrin MD 2002

Por tanto, para la estimación de requerimiento total en pacientes hospitalizados con estado patológico utilizando una fórmula predictiva.

GET= GB x Factor actividad x Factor patológico o de trauma

### 3.1 Método factorial para la estimación de requerimiento energético en paciente hospitalizado

En pacientes críticos, se recomienda medir gasto energético mediante calorimetría indirecta (Evidencia B), pero si no se dispone, utilizar:

20 – 25 Kcal/Kg. al iniciar el soporte nutricional  
30 Kcal/Kg. en el paciente estable (Evidencia C)  
30 – 35 Kcal/Kg de peso ideal – estrés severo  
14 a 22 kcal/Kg real o 22 a 25 Kcal/peso ideal en paciente obeso

**Fuente:** *Energy Estimation and Measurement in Critically Ill Patients, JPEN J Parenter Enteral Nutr 2013 37: 705.*

### Determinación del requerimiento calórico según NUU

Nivel de estrés	NUU (grs/24 h)	Kcal no Prot/ gr N	Recomendación promedio a usar
Sin estrés	0-5	180-150/1	150
Leve	5-10	100-130/1	130
Moderado	10-15	100-110/1	110
Severo	>15	80-100/1	90

\* Fuente: Relación calorías no proteicas por gramo de nitrógeno, ReNut 2014; 8 (1): 1383-1385

### PROTEÍNAS

Peso a usar para establecer los requerimientos proteicos: ideal o máximo aceptable para sobrepeso u obeso o real en el caso de bajo peso; las necesidades proteicas han sido establecidas en base a la masa metabólicamente activa, la que corresponde a la masa muscular. En pacientes obesos o con sobrepeso la grasa sobreestima ese peso y no es parte de la masa activa.

Solo en pacientes desnutridos se utilizará el peso real para realizar la estimación de requerimiento proteico.

\*Fuente: Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002: Geneva, Switzerland) Technical Report S



Los requerimientos de proteínas en todos los grupos etarios deben ser calculados y expresados como Gramos/Kilo de peso

El balance nitrogenado es la primera prioridad para el cálculo de requerimiento proteico

$$\text{BN} = \text{NI (Dieta)} - \text{NE (Excretado)}$$

NI = nitrógeno de la dieta (nitrógeno ingerido) = gramos de proteína / 6.25 (a partir del control de ingesta realizado al paciente)

NE = nitrógeno excretado = Nitrógeno ureico urinario en recolección de orina de 24 horas + vía de alimentación donde:

- 2 = alimentación parenteral
- 3 = alimentación enteral
- 4 = alimentación oral

## 1. Adultos y adulto mayor

### 1.1 Adultos

Body weight (Kg)	Safe level of protein intake (g/kg per day)
40	33
45	37
50	42
55	46
60	50
65	54
70	58
75	62
80	66

All age >18 years

0.83 g/kg per day of protein with a protein digestibility corrected amino acid score value of 1.0

Este valor se debe corregir por el DIAAS (Digestible Indispensable Amino Acid Score), el cual se determina multiplicando la digestibilidad

promedio de la dieta (0,85) por score AA promedio de la dieta (0,9) = 0,77. Por lo tanto se divide el requerimiento por este valor= 1,07.

Por lo tanto decimos que el requerimiento para adultos es de 0,8 a 1 gr/kg/día.

**Fuente:** *Dietary protein quality evaluation in human nutrition, Report of an FAO Expert Consultation, 2011*

### 1.2 Adultos Mayores

La recomendación de normoproteico es de 1 - 1.2 gr/kg/día

Fuente: Morley JE. Sarcopenia in the elderly. *Fam Pract* 2012; 29: 144-8.

NIH recomienda enfatizar en:

Cantidad de proteínas por tiempo de comida 25 – 30 grs de proteína de AVB (isoproteico).

Suplementación con Leucina

**Fuente:** *Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy, Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2009 January ; 12(1): 86–90*

Determinación del requerimiento proteico según nivel de estrés.

Para determinar catabolismo proteico, según NUU en 24 horas:

Clasificación del grado del estado catabólico, en ayunas:

Clasificación	Nitrógeno obtenido por NUU
Normal	< 5 g N
Leve	5 – 10 g N
Moderado	10 – 15 g N
Grave	> 15 g N

### Clasificación del grado de estado catabólico con ingesta (IC de Bistrían)

Índice catabólico (IC) = NUU – (0,5 x Nitrógeno ingerido + 3)

Clasificación	Índice Catabólico
Normal	< 0
Leve	1 - 5
Moderado a grave	> 5

### Categorización del estrés metabólico

Grado de estrés	1	2	3
Nitrog. Orina (g/d)	5-10	10-15	>15
Glicemia (mg/dl)	150 + 25	150 + 25	250 + 25
Índice VO2 (ml/min/m2)	130 + 6	140 + 6	160 + 10
Situación	Cirugía compleja	Trauma	Sepsis, quemados

### Determinación de necesidades proteicas. Relación calorías no proteicas por gramos de nitrógeno.

Grado de estrés	Sin estrés	Estrés moderado	Estrés grave
Relación cal. No proteicas /g de N	> 150/1	150 – 100/1	<100/1
Gramos 7 kg peso / día	0.8 - 1	1.2 – 1.5	1.5 - 2
% del aporte calórico	15	15 - 20	>20

### LÍPIDOS

Fat/FA	Measure	Numeric amount
Total fat	AMDR U-AMDR L-AMDR	20-35%E 35%E 15%E
SFA	U-AMDR	10%E
MUFA	AMDR	By difference
Total PUFA	AMDR (LA+ALA+EPA+DHA) U-AMDR L-AMDR AI	6-11%E 11%E 6%E 2.5-3.5%E
n-6 PUFA	AMDR (LA) EAR AI	2.5-9%E 2%E (SD OF 0.5%) 2-3%E
n-3 PUFA	AMDR (n-3) L-AMDR (ALA) AMDR (EPA-DHA)	0.5-2%E >0.5%E 0.250-2 g/day
TFA	UL	<1%E

Fuente: FAO. Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation". Food and Nutrition paper. 2010, 91.

## Objetivos nutricionales para la población adulta en general

	SEC 2000- 2004	EURODIET 2000	NAS 2000	AHA 2000- 2006	OMS 2003
Grasas totales (% kcal)	< ó = 35%	20-35%	20- 35%	< ó = 25- 35%	15- 30%
AGS (% kcal)	< ó = 10%	7-10%	-	<7%	<10%
AGM (% kcal)	20%	10-15%	-	< ó = 15%	
AGP (% kcal)	5%	7-8%	-	< ó =10%	6-10%
AG n-6 (% kcal)	-	<7-8%	5-10%	-	5-8%
AG n-3 (% kcal)	-	-	0,6 - 1,2%	-	1-2%
AG n-6 g/día	-	-	17 H - 12 M	-	-
AG n-3 g/día	-	2 g linoléico + 200 mg de AGC ML	1,6 H - 1,1 M	> 2 raciones de pescado, mejor graso	
AG "trans"	-	<2%		<1%	<1%

## CARBOHIDRATOS

**Recomendaciones para adultos según FAO/OMS, 2008.**

50- 60% del VCT. Principalmente complejos de bajo índice glicémico.

**Recomendaciones para adultos "dieta, nutrición y prev. de enf. crónicas" FAO/OMS 2003**

55 - 75% del VCT. <10% de azúcares libres (azúcares añadidos por el fabricante, miel, jarabes y jugos de frutas).

**Recomendaciones Minsal 2002 "Manejo alimentario del adulto con sobrepeso y obesidad"**

**Fuente:** FAO. *Carbohydrates in Human Nutrition. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation. Rome: FAO, 1997. Food and Nutrition. Paper 66.*

- La dieta hipocalórica debe alcanzar entre 45 a 55% de las calorías totales

- 50 gramos de hidratos de carbono son suficientes para prevenir la cetosis

**Requerimientos de Hierro, Zinc, Calcio****Recomendación de hierro, zinc y calcio según RDI 1997****Hierro**

Edad	19-30 a	31-50 a	51-70 a	>70 a
mg/día	M 8 F 18	M 8 F 18	8	8

**Zinc**

Edad	19-30 a	31-50 a	51-70 a	>70 a
mg/día	M 11 F 8	M 11 F 8	M 11 F 8	M 11 F 8

**Calcio**

Edad	19-30 a	31-50 a	51-70 a	>70 a
mg/día	1000	1000	1200	1200

**Recomendaciones de vitamina E según RDI 2000**

Edad	19-30 a	31-50 a	51-70 a	>70 a
mg/día	15	15	15	15

**PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA**

La prescripción dietética para cada régimen deberá tener en consideración:

- Diagnóstico de la enfermedad
- Función digestiva
- Alteraciones y momento evolutivo de la enfermedad.
- Estado nutricional del paciente
- Recomendaciones nutricionales
- Hábitos alimentarios del paciente e Intolerancias
- Modificaciones en relación al régimen normal
- Interacciones entre nutrientes y fármacos

De acuerdo a estas consideraciones se podrá prescribir el régimen, expresando primero en forma numérica los requerimientos de macro y micronutrientes específicos para la patología que deben ser aportadas al paciente diariamente.

Con estos aportes, se puede desarrollar la prescripción dietética, que consiste en transformar las cantidades indicadas en alimentos, los cuales deben ser preparados y distribuidos a lo largo del día de acuerdo a las condiciones requeridas del paciente.

La indicación de P. dietética es la indicación de todas las modificaciones a la alimentación necesarias para corregir alteraciones metabólicas y/o digestivas ocasionadas por una patología, estas modificaciones incluyen:

Consistencia

Digestibilidad

Aporte de nutrientes a energía, macronutrientes, micronutrientes críticos

Temperatura

Horario

Volumen

**Modificaciones de la dieta normal****CONSISTENCIA:** Líquida – Papilla – Blanda - Normal**DIGESTIBILIDAD:** Sin residuos – Liviana - Normal o completa

**APORTE NUTRICIONAL:** Hiper, normo o Hipo – Calórico/ Hiper, normo o Hipo - Proteico/ Normo o hipo - Glucidico/Normo o hipo – Graso. Igua para los micronutrientes críticos a la patología que se esta tratando. Con seleccion de Grasas Mono y Ploiinsaturadas, Con seleccion de CHO complejos y de bajo indice glicémico y carga glicémica.

Para desarrollar la prescripción dietética en relación al aporte de nutrientes, se propone realizar alguna de estas metodologías.

Proteínas	Adulto	< 0,8 g/kg à hipoproteico
		0,8 – 1 g/kg à normoproteico
		> 1 g/kg à hiperproteico
	Adulto mayor	< 1,0 g/kg à hipoproteico
		1,0- 1,2 g/kg à normoproteico
		> 1,2 g/kg à hiperproteico

**Lípidos**

Utilizar el concepto de normolipidico o normograso en el caso que la distribución de este macronutriente se encuentre dentro de las recomendaciones de la FAO/OMS à 20 - 35%

**Carbohidratos**

Utilizar el concepto de normoglucidico en el caso que la distribución de éste macronutriente se encuentre dentro de las recomendaciones: 50 - 60% E

La otra opción para la prescripción en relación a las calorías es estimar el gasto energético total del paciente y considerar esta estimación como Normocalórico.

Si se adicionan calorías por factor trauma o patológico el régimen será hipercalórico.

Si se restan calorías por encontrarse en tratamiento por sobrepeso y/o obesidad será hipocalórico.

**HORARIO:** Habitual (D-A-O-C más 1 ó 2 colaciones) o fraccionado (cada 1 ó 2 horas)

**VOLUMEN:** Reducido o aumentado

**TEMPERATURA:** Normal o fría.

Ejemplo: Regimen blando liviano, hipercalórico, hipoproteico, normograso con selección de EPA y DHA, normoglucidico, hiposodico, bajo en potasio, bajo en fosforo, horario fraccionado, temperatura normal, volumen disminuido.

## REFERENCIAS

1.- Roberto Frisancho. Norma para valorar el estado nutricional de reservas grasas y área muscular braquial (1981). *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34:nov. 2540-2545

2.- Consenso (2014), enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Enfermedades No Transmisibles, MINSAL

3.- Baccaro F, Balza J, Borlenghi C, Aquino L, Armesto G, Plaza G, et al. Subjective Global Assessment in the Clinical Setting (2007). *JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; 31, 5, pg. 406-409.

4.- Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients (1999). *Nutrition*.15:116-22.

5.- Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to estimate energy expenditure in hospitalized patients (2002), *JPEN, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*; Jul/Aug; 26, 4.

6.- Hernán Yupanqui Lozno (2015). Evaluación y clasificación de la obesidad. Asociación Colombiana de Endocrinología.

7.- Barak N, Wall-Alonso E, Sitrin MD. (2002). Evaluation of stress factors and body weight adjustments currently used to estimate energy expenditure in hospitalized patients. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 26, 231-238.