

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL,  
DIETOTERAPIA Y TRATAMIENTO DE LA  
DISLIPIDEMIA  
EN EL PACIENTE QUE VIVE CON VIH  
/SIDA

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-773-15

CSG  
CONSEJO DE SALUBRIDAD  
GENERAL



ISSSTE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

DIF  
Nacional



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,  
C.P. 06 600 México, D. F.  
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
2015

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al profesional de la salud las **recomendaciones clave** de la guía **Intervención nutricional, dietoterapia y tratamiento de la dislipidemia en el paciente que vive con VIH/SIDA**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

## INDICACIONES DIETOTERAPÉUTICAS GENERALES PARA INTERVENIR

Recomendación	GR*
La organización mundial de la salud recomienda que las intervenciones dietéticas sean parte de todos los programas de control y tratamiento del paciente que VIH/SIDA para combatir las alteraciones metabólicas	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Falco M, 2012</i>
Es importante llevar a cabo una intervención dietético-nutricional en los pacientes con VIH y dislipidemia, por la predisposición a desarrollar enfermedad cardiovascular	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Stradling C, 2012</i>
Incluir medidas antropométricas en la evaluación inicial: *Peso, estatura o talla e índice de masa corporal *Medición de circunferencias corporales tales como circunferencia media de brazo, cintura, cadera *Estimación de masa grasa y masa libre de grasa corporal con medios que se tengan al alcance (absorciometría dual de rayos X (DEXA), bioimpedancia eléctrica (BIA))	<b>Grado B</b> <b>ADA</b> <i>ADA, 2010</i>
En pacientes que reciben TARA, realizar biometría hemática completa, perfil de lípidos (1 a 3 meses) y examen general de orina (anualmente)	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Reust Ce, 2011</i>
Dar el aporte adecuado de energía, individualizarlo	<b>B</b> <b>Shekelle</b> <i>ESPEN, 2006</i>
Recomendación de energía en diferentes fases: Fase A, VIH agudo con linfadenopatía: 30 a 35 kcal/kg o Harris-Benedict x 1.3 Fase B, VIH sintomático con complicaciones: 35 a 40 kcal/kg Fase C, Infección oportunista, SIDA CD4<200: 40 a 50 kcal/kg	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Polo R, 2006</i>
El porcentaje de hidratos de carbono (HCO) recomendado será de acuerdo al criterio clínico y debe estar basado en la condición metabólica del paciente. HCO 45 a 55%. Asegurar el aporte de los hidratos de carbono complejos y limitar los azúcares simples.	<b>A</b> <b>SIGN</b> <i>Consenso FESNAD-SEEDO, 2011</i>
No exceder el 12 % del requerimiento energético total de fructosa, para evitar los efectos adversos sobre las concentraciones de triglicéridos.	<b>C</b> <b>ADA</b> <i>Evert A, 2014</i>
Aporte de proteína: Fase estable de la enfermedad 1.2 g de proteína/kg/día Durante la enfermedad aguda 1.5 g de proteína/kg/día Complicaciones/comorbilidades 1.5 g a 2.0 g/kg/día	<b>B</b> <b>SIGN</b> <i>ESPEN, 2006</i>

<p>Se recomienda cambio en la dieta para intervenir a pacientes con VIH y dislipidemia que predispone a enfermedad cardiovascular</p>	<p><b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Stradling C, 2012</i></p>
<p>En adultos determinar la concentración de CT, c-HDL, TG y la estimación del c-LDL mediante la ecuación de Friedwald (<math>c\text{-LDL} = \text{CT}[\text{CT} - \text{cHDL} - \text{TG}/5]</math>). Si el valor de TG es mayor de 250 mg/dl, no se debe usar esta fórmula y se debe sustituir por la estimación del colesterol no-HDL (C-No-HDL) que surge de sustraer la concentración de C-HDL del colesterol total (<math>\text{c-noHDL} = \text{CT} - \text{cHDL}</math>)</p>	<p><b>IV</b> <b>Shekelle</b> <i>Blanco F. 2010</i></p>
<p>Se recomienda una dieta cardioprotectora adaptada a las necesidades del individuo para proporcionar el IDR: Lípidos 25% a 35%, &lt;7% grasas saturadas y &lt;10% grasas monoinsaturadas, &lt;200 mg de colesterol</p>	<p><b>Grado B</b> <b>ADA</b> <i>ADA, 2010</i></p>
<p>Aportar del 100% del requerimiento total de lípidos la siguiente distribución: ≤10% grasa saturada, ≤10% grasa monoinsaturada, ≤10% grasa poliinsaturada, relación omega n6/n3 4:1, &lt;1% grasa trans (Tabla 3)</p>	<p><b>A</b> <b>GRADE</b> <i>Sociedad Europea de Cardiología, 2012</i></p>
<p>Aportar colesterol en la dieta de acuerdo a las concentraciones séricas:  LDL &gt;100mg/dl      aportar &lt;200 mg LDL ≤100mg/dl      aportar &lt;300 mg</p>	<p><b>A</b> <b>GRADE</b> <i>Sociedad Europea de Cardiología, 2012</i></p>
<p>En caso de diarrea o mala absorción es conveniente el consumo de fibra soluble, reposición de líquidos y electrolitos (solución de hidratación oral), y consumo de triglicéridos de cadena media (TCM).</p>	<p><b>Grado B</b> <b>ADA</b> <i>ADA, 2010</i></p>
<p>Fomentar en el paciente un adecuado estilo de vida como:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar ejercicio físico de acuerdo a su capacidad física idealmente 2.5 horas a la semana. Por ejemplo 30min, 5 días a la semana</li> <li>✓ Evitar fumar, limitar y/o evitar el consumo de alcohol</li> </ul> </p>	<p><b>A</b> <b>GRADE</b> <i>Sociedad Europea de Cardiología, 2012</i></p>

## TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS

<p><b>Recomendación</b></p>	<p><b>GR*</b></p>
<p>Las estatinas solo deben ser utilizadas cuando los niveles de triglicéridos están entre 200-500 mg/dl. Pravastatina y Atorvastatina son las estatinas de elección recomendadas en pacientes con VIH.</p>	<p><b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Lo J, 2011</i></p>

Ezetimiba como monoterapia o combinado con estatinas es seguro en los pacientes con VIH y es efectivo para disminuir cLDL	<b>C</b> <b>Shekelle</b> Wohl DA , 2008
Los fibratos están indicados para reducir los niveles de triglicéridos, especialmente Gemfibrozil, Fenofibrato y Bezafibrato. Se indican en pacientes con triglicéridos (TG) mayor a 500 mg. Si existe elevación de TG y cLDL, se debe considerar terapia dual con fenofibrato y pravastatina.	<b>D</b> <b>Shekelle</b> Dube M, 2003  <b>D</b> <b>Shekelle</b> Lo J, 2011
La combinación de ezetimiba con estatinas en pacientes con VIH asociado a lipodistrofia, logra disminuir los niveles de colesterol LDL más que cualquier medicamento en forma individual	<b>D</b> <b>Shekelle</b> Sekhar, 2010
Fenofibrato en dosis de 162 mg/día disminuye en un 37% las concentraciones plasmáticas de triglicéridos. Gemfibrozil produce una menor disminución de los triglicéridos	<b>D</b> <b>Shekelle</b> Sekhar, 2010
Raltegravir combinado con ezetimiba en un estudio controlado aleatorizado cross over demuestra cambios significativos en la concentración de ezetimiba AUC de más del 20% en voluntarios sanos	<b>A</b> <b>Shekelle</b> Jackson A, 2011
Vigilar los niveles de lípidos cada 6 a 12 meses y cada 1 a 3 meses después de iniciar o modificar el tratamiento antirretroviral. Los pacientes portadores de VIH bajo tratamiento antiviral deben ser evaluados para factores de riesgo coronario y en aquellos con 2 o más factores de riesgo, considerar la modificación del esquema antirretroviral y el tratamiento con hipolipemiantes en forma individualizada. (Tabla 1)  Debido a la asociación de factores de riesgo del paciente, enfermedad por VIH y uso de antirretrovirales con la elevación de colesterol y triglicéridos, es recomendable solicitar perfil de lípidos en todo paciente que inicia terapia antirretroviral.	<b>Moderada</b> <b>GRADE</b> Aberg JA, 2009
Al tomar la muestra para la determinación de lípidos se debe respetar el ayuno entre 8 y 12 horas (evitar ayuno excesivo).	<b>IV</b> <b>Shekelle</b> Barja S 2014
Basar el diagnóstico de hipertrigliceridemia en los niveles de triglicéridos en ayuno y no en los niveles obtenidos en ausencia de ayuno.	<b>C</b> <b>Shekelle</b> Berglund L, 2012
Los sujetos con elevación de triglicéridos en ayuno, deben ser evaluados como causas secundarias de hiperlipidemia incluyendo condiciones endocrinas y medicamentos. El tratamiento debe enfocarse a las causas secundarias.	<b>C</b> <b>Shekelle</b> Berglund L, 2012

Como tratamiento inicial de hipertrigliceridemia leve a moderada se recomiendan cambios en el estilo de vida que incluya dieta adecuada y actividad física	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
Para hipertrigliceridemia severa y muy severa (>1000 mg/dl), se recomienda combinar la reducción de ingesta de grasas y de carbohidratos simples con la administración de medicamentos para reducir el riesgo de pancreatitis	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
Se recomienda que el nivel de colesterol HDL esté acorde con las guías NCEP ATP en el caso de hipertrigliceridemia moderada	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
Utilizar el fibrato como medicamento de primera elección en pacientes en riesgo de pancreatitis inducida por triglicéridos.	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
Se sugiere el uso de los tres medicamentos (fibratos, niacina y ácidos grasos n-3) solos o en combinación con estatinas como opción de tratamiento en pacientes con niveles de triglicéridos moderados a severos. (Tabla 2)	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
Evitar el uso de estatinas como monoterapia para hipertrigliceridemia severa o muy severa. Sin embargo puede ser útil en los casos de hipertrigliceridemia moderada para modificar el riesgo cardiovascular.	<b>C</b> <b>Shekelle</b> <i>Berglund L, 2012</i>
La respuesta a la terapia con hipolipemiantes puede ser evaluada a las 6 a 8 semanas del inicio o incremento de dosis de estatinas. Se recomienda reevaluar a las 8±4 semanas después de cualquier ajuste en el tratamiento hasta alcanzar el valor blanco. La respuesta a fibratos puede tomar más tiempo. La práctica estándar es 6 a 12 meses pero esto es arbitrario	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Reiner Z, 2011</i>
Una vez que se ha alcanzado el valor blanco en un paciente con dislipidemia bajo tratamiento hipolipemiante, el perfil lipídico puede ser evaluado anualmente a menos que exista riesgo de baja adherencia u otras razones específicas	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Reiner Z, 2011</i>
La determinación de transaminasa glutámico oxalacética (TGO)/glutámico-pirúvica (TGP). Los niveles deben ser determinados antes de iniciar el tratamiento con estatinas o fibratos. Si el nivel es alto, se sugiere investigar la causa antes de iniciar tratamiento	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Blanco RS, 2008</i>
No es necesaria la determinación de la creatinfosfoquinasa al inicio de tratamiento con estatinas o fibratos.	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Blanco RS, 2008</i>
La determinación de creatinfosfoquinasa (CPK) está indicada si el paciente tiene alto riesgo de toxicidad muscular y refiere dolor muscular inexplicable (alteración hepática o miotoxicidad por combinaciones farmacológicas)	<b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Blanco RS, 2008</i>

<p>No se recomienda el uso de estatinas cuando los niveles de CPK están cinco veces elevados por arriba del nivel de normalidad</p>	<p><b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Blanco RS, 2008</i></p>
<p>No es conveniente utilizar los secuestradores de ácidos biliares en población pediátrica, ya que tienden a aumentar los triglicéridos. Están contraindicados con valores de TG mayores de 400mg/dl. Si se usa conjuntamente con estatinas reduce el c-LDL en 48 %.</p>	<p><b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Barja S, 2014</i></p>
<p>Se sugiere el cambio de terapia antiviral sólo cuando existe una opción terapéutica que pueda resultar en un perfil lipídico más favorable y que mantenga la supresión virológica.</p>	<p><b>Moderada</b> <b>GRADE</b> <i>Alberg J. 2009</i></p>

## TRATAMIENTO CON NUTRIMENTO ESPECÍFICO

<p><b>Recomendación</b></p>	
<p>El aceite de pescado tiene propiedades favorables adicionales contra la hipertrigliceridemia, incluyendo propiedades anti-inflamatorias y la falta de interacciones medicamentosas con agentes antivirales. Se recomienda por lo menos dos porciones de pescado por semana para los adultos sanos. Para los pacientes con niveles elevados de TG, se recomienda 2-4 g/día de ácido eicosapentaenoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA)</p>	<p><b>D</b> <b>Shekell</b> <i>Malvestutto C, 2011</i></p>
<p>La combinación de estatinas con niacina es efectiva para mejorar el perfil lipídico de los pacientes con dislipidemia combinada y bajos niveles de c-HDL. Efectos secundarios: enrojecimiento, sequedad de la piel, gastritis y empeoraron el control de la glucemia en personas con diabetes mellitus. Dosis: Niacina 1g – 3 g; Niacina de liberación prolongada 0.5g – 2 g</p>	<p><b>D</b> <b>Shekelle</b> <i>Genest J, 2009</i></p>

## TABLAS

<b>Tabla 1. Niveles de lípidos sanguíneos recomendados Adult Treatment Panel III Guidelines</b>		
<b>LIPIDOS</b>	<b>Niveles (mg/DL)</b>	<b>Categoría</b>
Colesterol - LDL	< 100	Optimo
	100-129	Deseable
	130-159	Limite alto
	160-189	Alto
	≥190	Muy alto
Colesterol total	<200	Deseable
	200-239	Limite alto
	≥240	Alto
Colesterol - HDL	<40	Bajo
	≥60	Alto
Triglicéridos	< 150	Normal
	150-199	Limite alto
	200-499	Alto
	≥500	Muy Alto
Colesterol no HDL	<100-190	Según el riesgo cardiovascular



**Tabla 2. Opciones para tratar farmacológicamente las dislipidemias**

Trastorno lipídico	Monoterapia	%LDL	%HDL L	%TGC	Terapia combinada	%LDL*	%HDL*	%TGC
Hipercolesterolemia	Estatinas	25-63 ↓	-	-	Estatina + Ezetimiba	46-61 ↓	-	-
LDL Altas	Ezetimiba	18 ↓	-	-	Estatina + Niacina	35-42 ↓	16-27 ↑	-
TG Normales	Niacina	6-25 ↓	-	-	Estatinas + BAS	45-64 ↓	-	-
HDL Normales	BAS	15-30 ↓	-	-	Estatina+nia cina+BAS	66 ↓	16-27 ↑	-
Hiperlipidemia mixta					Estatina+ ácido fíbrico	20-35 ↓	-	35 ↓
LDL altas	Estatinas	25-45 ↓	5-15 ↑	5-37 ↓	Niacina + estatina	36-42 ↓	16-27 ↑	15-45 ↑
TG altos	Ácido Fíbrico	10-28 ↓	5-35 ↑	10-50 ↓	Niacina+ ácido fíbrico	-	16-27 ↑	20-37 ↓
HDL normales o bajas	Niacina	6-25 ↓	8-38 ↑	30-50 ↓	Niacina +BAS	25-55 ↓	16-27 ↑	-
Hipertrigliceridemia	Estatinas	-	-	5-10 ↓	Niacina + ácido Fíbrico	-	16-27 ↑	20-37 ↓
	Ácido Fíbrico	-	-	30-50 ↑				
	Niacina		-	10-50 ↓				
HDL baja aislada	Ácido Fíbrico	-	6-12 ↑	-				
	Estatinas	-	5-10 ↑	-				
	Niacina	-	5-35 ↑	-				

\*Los cambios en el porcentaje son aproximados. LDL = Lipoproteínas de baja densidad, TG= Triglicéridos, HDL = lipoproteínas de alta densidad, BAS= Secuestrador de ácidos Biliares.

**Tabla 3. Ejemplo de cálculo para la dieta del paciente adulto que vive con VIH + dislipidemia mixta**

Recomendación: 1500 kcal    Distribución: Hidratos de carbono 50%, proteínas 20%, lípidos 30%			
Nutrimiento	%	Kcal	gramos
HCO	50	750	187.5
Proteínas	20	300	75
Lípidos	30	450	50
grasa saturada	10%		
grasa monoinsaturada	10%		
grasa poliinsaturada	10%		
Total	100%	1478 kcal	

EQUIVALENTES			
	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Leche descremada (light)	1		1
Alimentos de origen animal	1	2	1
Cereales	2	3	2
Verduras	1	1	1
Leguminosas	1		
Fruta	1	1	
Aceites y grasas	1	3	1

HORA/TIEMPO DE COMIDA	EQUIVALENTES	SUGERENCIA DE MENÚ
8:00 DESAYUNO	1 ración de leche 2 raciones de cereales 1 ración de alim de origen animal 1 ración de leguminosas (la pueden mover a la comida o cena) 1 ración de verdura 1 ración de aceites o grasa 1 ración de fruta	Molletes 1 bolillo sin migajón ½ taza de frijoles machacados 45g de queso panela Ensalada de pico de gallo 1 manzana picada con yogur light Café o té sin azúcar.
14:00 COMIDA	3 raciones de cereales 2 raciones de alim de origen animal 1 ración de verdura 3 raciones de grasa 1 ración de fruta	1/2 taza de arroz 80g Pechuga de pollo(sin piel) a la plancha Ensalada de nopales (con 1 cucharadita de aceite oliva). 2 tortillas de maíz. Agua de limón con chía (1 cucharada) sin azúcar o endulzante artificial (en cantidad moderada) Fruta de temporada (ej. uvas 12 piezas)
19:00 CENA	1 ración de leche 2 raciones de cereales 1 ración de alim de origen animal 1 ración de verdura 1 ración de aceite o grasa	1 vaso (240ml) leche descremada (light), deslactosada (en caso de presentar intolerancia a la lactosa). 1 sándwich: 2 Rebanadas de pan de caja integral 30 gr de atún zanahoria rallada o jitomate y lechuga, 1/3 parte de Aguacate

## PLAN DE ALIMENTACIÓN PARA VIH

<b>PLAN DE ALIMENTACIÓN PARA VIH</b>		
<b>Desayuno</b> <input type="checkbox"/> ración de leche <input type="checkbox"/> ración de cereales y tubérculos <input type="checkbox"/> ración de AOA <input type="checkbox"/> ración de leguminosas <input type="checkbox"/> ración de verduras <input type="checkbox"/> ración de aceites y grasas <input type="checkbox"/> ración de fruta	<u>Por cada ración, puede escoger:</u>  <b>Leche</b> Leche descremada en polvo 4cdas soperas Leche descremada líquida 1tza=240 ml Leche deslactosada 1 tza=240 ml Yogur natural descremado 1tza=240 ml Leche de soya líquida 1tza=240 ml	Salvado de trigo..... 1/3 tza=21g  <b>Aceites y grasas</b> Ajonjolí..... 1 cda Aceite de cártamo, canola, soya, aguacate, maíz, girasol, ajonjolí, oliva..... 1 cdita Aceite en spray ..... 5 disparos Aceitunas..... 6 pzas Aguacate..... 1/3 pza Almendras..... 10 g /pzas Avellanas, pepitas..... 10 g Cacahuates..... 10 g o pzas Nueces enteras..... 10 g o 4 pzas.
<b>Colación</b>  <hr/>	<b>Alimentos de Origen Animal (AOA)</b> Huevo entero*..... 1 pza=50 g Claras de huevo..... 2 pzas=66 g Pollo sin piel..... 40 g Atún drenado..... ¼ lata=30 g Jamón bajo en grasa y sal, 2 rebs=40 g Queso fresco/Panela/Oaxaca 45 g Queso Cottage/ Requesón... 4 cdas=60 g Pescado fresco..... 30 g *Consumir de 2 a 3 yemas de huevo a la semana	<b>Fruta</b> Arándano fresco..... 200g Capulín ..... 3 tzas Chabacanos frescos..... 4 pzas Ciruelas frescas..... 3 pzas med Ciruela pasa sin semilla..... 4 pzas Duraznos frescos..... 2 pzas med Plátano tabasco ..... ½ pza Guayabas..... 3 pzas med Higos frescos..... 3 pzas med Mamey..... 1/3 pza Mandarina..... 2 pzas Mango..... ¼ pza med Manzana..... 1 pza med Melón picado..... 1 tza Naranja ..... 1 pza med Papaya picada..... 1 tza Pera..... ½ pza Piña picada..... ¼ tza Plátano..... ½ pza Fresa..... 1 tza Granada china..... 2 pzas Lima..... 4 pzas Sandía picada..... 1 tza Tunas..... 2 pzas Uvas..... 12 pzas Zapote negro..... ½ tza med Kiwi..... 1 ½ pzas Limón real..... 4 pzas med
<b>Comida</b> <input type="checkbox"/> ración de AOA <input type="checkbox"/> ración de cereales y tubérculos <input type="checkbox"/> ración leguminosas <input type="checkbox"/> ración de verduras <input type="checkbox"/> ración de aceites y grasas <input type="checkbox"/> ración de fruta	<b>Leguminosas (cocidas)</b> Frijol..... ½ tza=100 g Garbazo..... ½ tza= 80 g Haba seca..... ½ tza= 95 g Lenteja..... ½ tza=100 g Soya texturizada seca, ½ tza= 20 g	
<b>Colación</b>  <hr/>	<b>Cereales, féculas y tubérculos</b> Amaranto..... 1/3 tza=22 g Arroz cocido..... ½ tza= 80 g Arroz inflado..... ½ tza=17 g Avena cocida..... ½ tza=110 g Avena seca..... ¼ tza= 20 g Elote cocido..... ½ tza=75 g Galletas habaneras ..... 3 pzas Galletas marías ..... 5 pzas Galletas saladas ..... 4 pzas= 16 gHojuelas de maíz..... ½ tza= 20g Harina de arroz..... 2 cdas Pan de caja..... 1 reb= 26 g	
<b>Cena</b> <input type="checkbox"/> ración de leche <input type="checkbox"/> ración de cereales y tubérculos <input type="checkbox"/> ración de AOA <input type="checkbox"/> ración de verduras <input type="checkbox"/> ración de aceites y grasas <input type="checkbox"/> ración de fruta	Palitos de pan..... 4 pzas Papa cocida..... 1 pza= 99 g Tortillas de maíz..... 1 pza= 30 g	
<b>OBSERVACIONES</b>  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

<b>Verduras</b>	
Acelgas cocidas.....	½ tza
Coliflor .....	½ tza
Cuitlacoche .....	1/3 tza
Apio crudo.....	2 tazas
Huauzontles.....	½ tza
Ejotes.....	1 tza
Betabel cocido.....	¼ tza
Flor de calabaza.....	½ tza
Berros crudos.....	2 tazas
Jícama.....	½ tza
Brócoli cocido.....	½ tza
Pimiento cocido.....	½ tza
Calabacitas.....	½ tza
Espinaca cocida.....	½ tza
Champiñón crudo.....	2 tazas
Cebolla.....	1/3 tza
Chayote.....	1 tza
Lechuga.....	2 tazas
Pepinos.....	2 tazas
Col cocida.....	½ tza
Nopales.....	5 pzas
Chicharos.....	2 cdas
Chile poblano.....	1 pza
Jitomate.....	1½ pzas
Germinado de soya.....	½ tza
Quelites.....	100g
Tomate.....	1 tza
Verdolagas.....	½ tza
Zanahoria.....	½ tza
Complementos (sin aporte de calorías)	
Limón, jamaica, especias, hierbas de olor, picante, consome desgrasado casero, café y té sin azúcar.	
<b>Recomendaciones:</b>	
* Limite el consumo de azúcar, miel, mermelada, piloncillo, chocolate, leche condensada, caramelos, ste, gelatina, postres, pan de dulce, pasteles, agua de fruta, jugos de fruta tanto naturales como envasados, nieve, helados, refrescos, así como los alimentos preparados con azúcar.	

\* Evite el consumo de alimentos con alto contenido de **grasa animal**: manteca, longaniza, chorizo, chicharrón, tocino, queso de puerco, crema de vaca, mantequilla, mayonesa, queso doble crema, vísceras en general, calamar, hueva de pescado, piel de pollo, grasa visible de las carnes, frituras, capeados, empanizados, dorados, lampreados, sustituto de crema para café.

Prefiera el consumo de:

- Cereales integrales en vez de refinados
- alimentos naturales en lugar de enlatados o procesados.
- carnes magras, asadas o hervidas.
- verduras de preferencia crudas y las frutas con cáscara y semilla (las que se pueden comer)
- Tome de 1.5 a 2 litros de agua natural

\* Para medir sus alimentos utilice vasos, tazas y cucharas de medida conocida.

\* Establezca los horarios de sus comidas.

\* No omitir ningún tiempo de comida.

Realice alguna actividad física durante 30 min al día, idealmente 5 días a la semana.

**PLAN DE ALIMENTACION EN VIH**


**Datos del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_

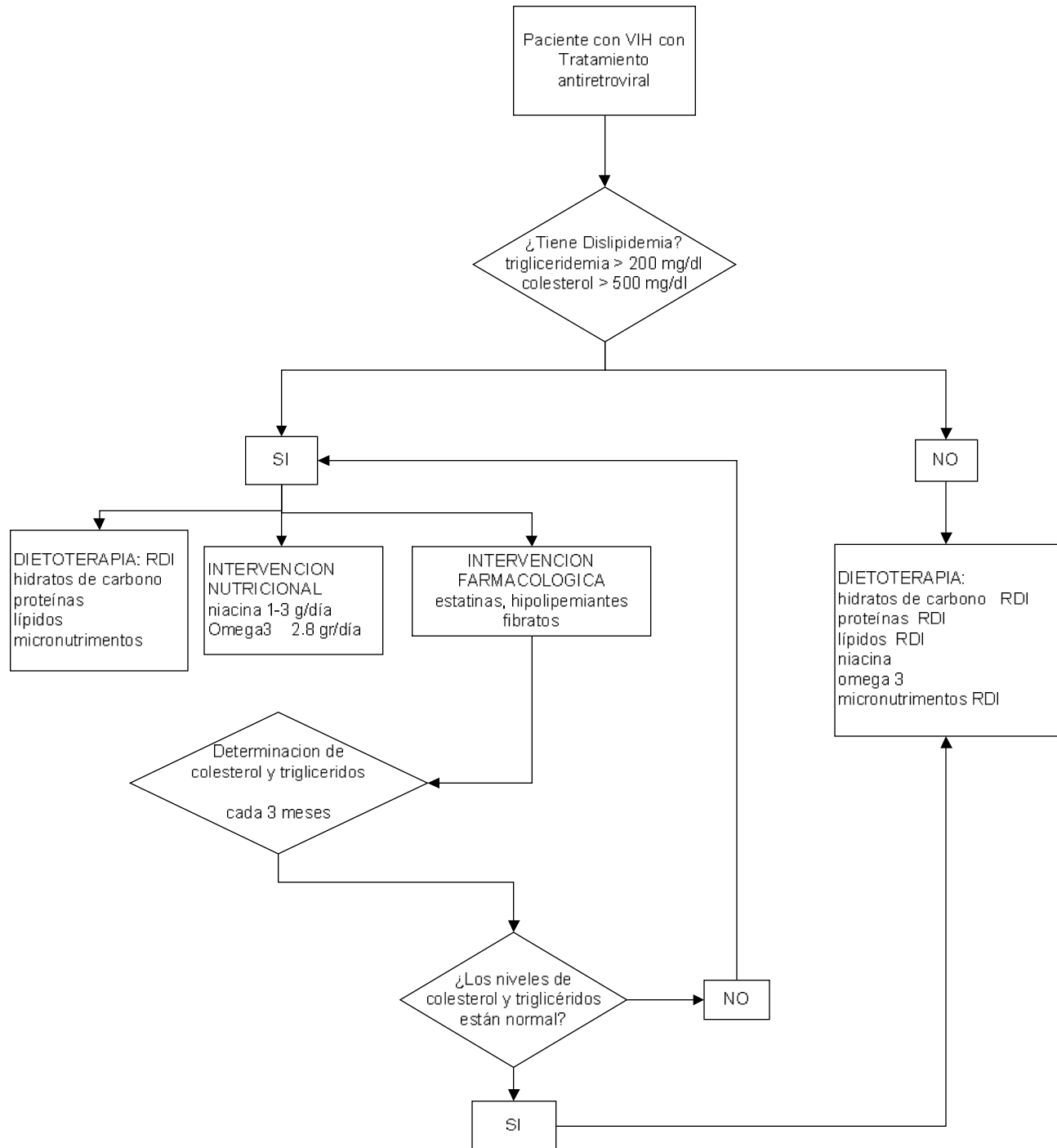
Peso actual \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Elaboró: \_\_\_\_\_

Próxima Cita: \_\_\_\_\_

### Diagrama 1. Intervención con dieta e hipolipemiantes en el paciente que vive con VIH/SIDA y dislipidemia



## Diagrama 2. Tipo de dislipidemia

