



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad de Ciencias de la Vida

“EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTO DIETÉTICO Y EDUCACIÓN
NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PRESENCIA DE
GASTRITIS, COLITIS, REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y
COLON IRRITABLE EN PERSONAL DOCENTE Y
ADMINISTRATIVO DE LA ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA
DEL LITORAL”

INFORME DE PROYECTO INTEGRADOR

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADO EN NUTRICIÓN

Ignacio Javier Barrera Pincay

Christian Paul Macías Villacres

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO: 2017

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por brindarnos las herramientas necesarias, sabiduría y fuerzas para llegar a esta meta.

A nuestros padres y más allegados familiares, parte esencial de nuestro crecimiento y formación por creer y apoyarnos en todo lo que emprendamos para cumplir nuestros sueños.

A nuestros maestros y tutores de tesis que se esforzaron con nosotros para instruirnos y compartirnos de sus conocimientos y tiempo lograr este trabajo.

Christian Paul Macias Villacres

Ignacio Javier Barrera Pincay

DEDICATORIA

Dedico con mucho cariño este trabajo a mis padres Emma María de Lourdes Villacres y Fernando Macias Luque, a mis tíos Nancy Villacres y Roberto Marengo que han sido parte fundamental en todo este proceso, por haberme apoyado en cada momento a cumplir esta meta. A mis hermanos Fernando, Daniel y Martha. Lo dedico también a una persona que llegó a mi vida en el momento justo, a brindarme su cariño y su apoyo incondicional, a una persona muy especial que me motiva día a día a avanzar y cumplir mis metas y sueños, a la persona que siempre me alienta a ser mejor, a corregir mis defectos y mejorar mis virtudes; Stephany Bajaña Marín, gracias por ser uno de los pilares fundamentales para alcanzar este propósito. A mis buenos y grandes amigos Ingrid, Mario, Suanny, Abraham, Verónica, Juan y Gina, que siempre me han servido de gran apoyo, han sabido escucharme y aconsejarme en diversos ámbitos de mi vida. A mi gran amigo Ignacio Barrera con quien comparto autoría en esta tesis, trabajando como un equipo para poder llegar a la meta. Por último y no por eso menos importantes a mis profesores Msc. Mariela Reyes, Msc. Carlos Poveda y Msc. Abel Rosado de los cuales gracias a ellos he aprendido muchas cosas tanto en el ámbito académico como en el ámbito personal, herramientas que me serán muy útiles en el plano profesional a futuro.

Christian Paul Macias Villacres

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres Jenny Jacqueline Pincay Reyes y Samuel Ignacio Barrera, por todo su apoyo, entrega y sacrificio que siempre lo han hecho para ayudarme a cumplir mis metas, por esos consejos que siempre me dieron en los momentos más cruciales de mi vida, que sin su respaldo no hubiera podido concretar esta meta. A mi hermana Cecibel, mi cuñado Edison y mi sobrino José Ignacio por ese cariño que siempre me brindaron en todo momento. Sobre todo, a mi abuelita Cristina que cada día la extraño y recuerdo más que siempre con su radiante sonrisa alegraba mis días, mi abuelita Indaura que con sus cálidos abrazos y buenos deseos me llenaba con todo su amor. A una persona muy especial en mi vida que siempre estuvo a mi lado incondicionalmente que siempre creyó en todo momento en mí nunca me dejó de lado y sobre todo sus palabras siempre me ayudaron a recobrar el aliento para seguir adelante siempre me repetía “Tú puedes, Tú vas a lograr grandes cosas” María José Fajardo Chamba tú eres la luz que en mis momentos más oscuros iluminas mi camino. A mis amigos incondicionales José Luis, Miguel, Pablo, Nelson V., Rodney, Nelson S., Gina, Lisette y a los que se sumaron después Mario y Judith, que siempre estuvieron a mi lado con bromas, risas y consejos. A mi compañero de tesis y gran amigo Christian Macias que siempre con su disposición logramos superar los obstáculos que surgieron al culminar esta meta; y finalmente a mis mentores Msc. Mariela Reyes, Msc. Adriana Yaguachi, Msc. Carlos Poveda que siempre con su entera predisposición a brindarme su apoyo tanto académicamente como personal para seguir adelante.

Ignacio Javier Barrera Pincay

EVALUADOR DEL PROYECTO

.....
MSc. Dolores Daniela Peñafiel

TUTOR PROYECTO INTEGRADOR

.....
MGs. Brenda Cisneros

PROFESOR MATERIA INTEGRADORA

DECLARACIÓN EXPRESA

"La responsabilidad y la autoría del contenido de este Trabajo de Titulación, nos corresponde exclusivamente; y damos nuestro consentimiento para que la ESPOL realice la comunicación pública de la obra por cualquier medio con el fin de promover la consulta, difusión y uso público de la producción intelectual"

.....
CHRISTIAN PAUL MACIAS VILLACRES

.....
IGNACIO JAVIER BARRERA PINCAY

RESUMEN

Las enfermedades gastrointestinales como gastritis, colon irritable, reflujo gastroesofágico y colitis son un mal que está afectando actualmente la sociedad al no llevar una dieta balanceada, entre la más frecuente en la población tenemos la gastritis con una prevalencia del 70% en la población [1].

Se tomó datos antes recolectados del personal docente y administrativo de la Escuela Superior Politécnica del Litoral que padecían de estas patologías (gastritis, colon irritable, reflujo gastroesofágico y colitis) para iniciar un tratamiento para mejorar sus síntomas y estilo de vida solo con una buena alimentación. Para el inicio de este proyecto se realizó encuestas que comprendieron el ámbito nutricional, estilo de vida y sintomatológico. Con la información recolectada se conoció la presencia de malestares presentes por las enfermedades antes mencionadas dando como resultado 5 pacientes con gastritis (63%), 1 con colon irritable (12%), 1 con reflujo gastroesofágico (12%) y 1 con colitis (13%). Se analizaron los datos obtenidos de la encuesta inicial frecuencia alimentaria, recordatorio de 24 horas y sintomatología presente. Como resultado se obtuvo que los pacientes al no tener una correcta alimentación, saltarse sus horas de comidas por el trabajo y el estrés del mismo, presentaban un riesgo mayor de empeorar los síntomas de sus padecimientos. Los hábitos alimentación que practicaban los pacientes no eran recomendados para los síntomas que padecían, los mismo contaban con una ingesta elevada en lácteos (leche entera), bajo consumo de frutas, vegetales, alto consumo de aceites y alto consumo de bebidas gaseosas; se aplicaron Dietas Blanda Gástrica y Blanda Intestinal unidas a la Dieta por Intercambio con la finalidad de reemplazar alimentos perjudiciales por otros más sanos y que poco a poco mejoraran los síntomas de los pacientes y lo más importante fue que esto no los llevaba a un pensamiento de restricción alimenticia por lo tanto su estado anímico no se veía afectado al iniciar una dieta diferente de la que solían llevar. Después de cada entrega de dieta, se llevaron a cabo charlas nutricionales sobre sus enfermedades para generar una mentalidad de alimentación saludable en los pacientes y continuar con las recomendaciones dadas en las dietas de una manera segura que los llevaría a un estado en el que mejorarían su salud.

Palabras clave: Enfermedades gastrointestinales, Dieta Blanda Gástrica, Dieta Blanda Intestinal, Dieta por Intercambio.

LISTADO DE SIGLAS

A continuación, se detallan el significado de las siglas utilizadas en este documento:

IECED: Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas.

AINES: Antiinflamatorios No Esteroides.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

LAMG: lesiones Agudas sobre la Mucosa Gástrica

SNC: Sistema Nervioso Central.

Hp - H. pylori: *Helicobacter pylori*.

IBP: Inhibidores de la Bomba de Protones.

RGE: Reflujo Gastroesofágico.

ERGE: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

LES: Esfínter Esofágico Inferior (E.E.U.U)

SII: Síndrome de Intestino Irritable.

ESPOL: Escuela Superior Politécnica del Litoral.

EDCOM: Escuela de Diseño y Comunicación.

FCV: Facultad de Ciencias de la Vida

IHQ: Análisis de Inmunohistoquímica

pH: Potencialidad de Hidrogeno

LISTADO DE FIGURAS:

Figura 1: Población general y pacientes con patologías gastritis, colitis, colon irritable, reflujo.

Figura 2: Pacientes con problemas con gastritis, colitis, colon irritable y reflujo - Pacientes que aceptaron el tratamiento nutricional.

Figura 3: Distribución de enfermedades gastrointestinales.

Figura 4: Consumo de lácteos pre-educación nutricional.

Figura 5: Consumo de vegetales pre-educación nutricional.

Figura 6: Consumo de Frutas pre-educación nutricional.

Figura 7: Consumo de cereales (ricos en fibra) y derivados pre-educación nutricional

Figura 8: Consumo de aceites pre-educación nutricional.

Figura 9: Consumo de Lácteos pos-educación nutricional.

Figura 10: Consumo de Vegetales pos-educación nutricional.

Figura 11: Consumo de Frutas pos-educación nutricional.

Figura 12: Consumo de Cereales y derivados pos-educación nutricional.

Figura 13: Consumo de Frutas pos-educación nutricional.

Figura 14: Respuestas de encuesta en gastritis.

Figura 15: Respuestas de encuesta en colitis.

Figura 16: Respuestas de encuesta en colon irritable.

Figura 17: Respuestas de encuesta en reflujo gastroesofágico.

Figura 18: Frecuencia y aumento de consumo de alimentos con relación a los datos previos a iniciar el plan de alimentación.

Figura 19: Cambio en presencia de sintomatología.

LISTADO DE TABLAS:

Tabla 1: Interacción de fármacos usados para el tratamiento de la gastritis.

Tabla 2: Alimentos en gastritis y recomendaciones

Tabla 3: Alimentos en colitis y recomendaciones

Tabla 4: Alimentos en colon irritable y recomendaciones

Tabla 5: Alimentos en reflujo gastroesofágico y recomendaciones

Tabla 6: Porcentaje de Pacientes por facultad

Tabla 7: Porcentaje de pacientes por patología

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	II
DEDICATORIA	III
DEDICATORIA	IV
EVALUADOR DEL PROYECTO.....	V
DECLARACIÓN EXPRESA	VI
RESUMEN.....	VII
LISTADO DE SIGLAS	VII
LISTADO DE FIGURAS:.....	IX
LISTADO DE TABLAS:.....	X
CAPÍTULO 1.....	- 1 -
1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	- 1 -
1.1 Introducción.....	- 1 -
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	- 2 -
1.2.1 Formulación del problema	- 2 -
1.2.2 Preguntas de investigación.....	- 2 -
1.2.3 Tareas de investigación.....	- 2 -
1.3 Objetivos:	- 2 -
1.3.1 Objetivo General.....	- 2 -
1.3.2 Objetivo Específico.....	- 2 -
1.4 Justificación:	- 3 -
1.5 Gastritis	- 4 -
1.5.1 Definición.....	- 4 -
1.5.2 Clasificación	- 4 -
1.5.3 Tratamiento farmacológico	- 6 -
1.6 Colitis	- 9 -
1.7 Reflujo Gastroesofágico	- 9 -
1.8 Colon Irritable.....	- 10 -
1.9 Dietas recomendadas.....	- 10 -
1.9.1 Gastritis	- 10 -
1.9.2 Reflujo gastroesofágico	- 11 -
1.9.3 Colon Irritable	- 12 -
2. Metodología	- 13 -
2.1 Dieta por intercambio	- 13 -
2.2 Encuesta y toma de datos.....	- 14 -

2.3	Elaboración del Plan Nutricional de acuerdo con la afección (síntoma) presentada	- 14 -
2.4	Meta del proyecto.....	- 18 -
2.5	Población de estudio.....	- 19 -
2.6	Criterios de exclusión e inclusión.	- 21 -
2.7	Encuesta posterior	- 21 -
2.8	Educación Nutricional:	- 22 -
2.9	Educación Nutricional dirigida a pacientes de ESPOL.	- 24 -
CAPÍTULO 3.....		- 26 -
3.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	- 26 -
3.1	Datos antes de iniciar el plan alimentario.	- 27 -
3.2	Datos posteriores al tratamiento.....	- 30 -
3.3	Encuesta realizada al finalizar el proceso de las dietas y educación nutricional.	- 33 -
3.4	Resultados de la frecuencia de consumo de alimentos:	- 36 -
3.5	Resultado de la presencia de la sintomatología en los pacientes tratados .	- 37 -
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		- 38 -
	Bibliografía	- 39 -
	Anexos:	- 43 -

CAPÍTULO 1

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1.1 Introducción

Entre las enfermedades gastrointestinales más frecuentes se encuentra la gastritis, cuyo concepto clásico ha experimentado importantes cambios, fundamentalmente a partir del hallazgo de la bacteria *Helicobacter pylori*, lo cual ha constituido un avance en la investigación y tratamiento de las enfermedades gastrointestinales [2].

Las enfermedades presentadas en el estómago producen alteraciones en las secreciones, y en la sensibilidad gástrica. Si la digestión gástrica se ve alterada, empiezan manifestaciones en el paciente, entre las cuales podemos mencionar vómitos, sensación de llenura, dolor, ardor entre otras. Los síntomas antes mencionados dan a notar que la tolerancia en el estómago se ha alterado. Se elige un plan de alimentación correcto frente a estas circunstancias, que disminuyan los síntomas presentados por el paciente para mejorar su recuperación.

El conocimiento adquirido durante todos estos años ha permitido definir las alteraciones gástricas que se presentan en los tejidos de la mucosa como gastritis. Por lo tanto, la definición que se tiene actualmente sobre la gastritis es basada en dato descriptivos y morfológicos, una entidad esencialmente histológica (con un infiltrado inflamatorio mononuclear, con o sin células polimorfonucleares en la mucosa gástrica), que según su intensidad, distribución, manifestaciones clínicas e histológicas (tipo de célula inflamatoria que participa en la respuesta inflamatoria), mecanismo de producción y persistencia del agente causal, se puede definir como aguda o crónica(barrera epitelial) y post epiteliales (síntesis de prostaglandinas, flujo sanguíneo gástrico y factor de crecimiento epidérmico) [3].

Cuando los elementos defensivos no son capaces de proteger a la mucosa gástrica de la agresión de los factores agresivos ocurre el daño, con lo que aparecen alteraciones histopatológicas de la mucosa gástrica.

Ocasionalmente los síntomas se hacen presentes, aunque lo más recurrente es que exista la presencia de dolor o ardor en el estómago, sensación de acidez, dolor en la parte superior del abdomen (que puede empeorar ingerir comida), pirosis , pérdida del apetito, hemorragia abdominal, vómitos, indigestión abdominal, eructos, sensación de plenitud, sangrado en las heces náuseas, entre otros [4].

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Formulación del problema

Identificar si la sintomatología de gastritis, colitis, colon irritable y reflujo afectan a los profesores de ESPOL y pueden ser reducidas por la implementación de dietas saludables.

1.2.2 Preguntas de investigación.

¿Los docentes de ESPOL tienen factores de riesgo que pueden agravar su situación clínica relacionada a la gastritis, colitis, colon irritable y reflujo gastroesofágico?

¿Los docentes de ESPOL con gastritis, colitis, colon irritable y reflujo cumplen con las recomendaciones nutricionales para reducir la sintomatología de la enfermedad?

1.2.3 Tareas de investigación

Medición y evaluación antropométrica de los docentes de ESPOL diagnosticados con gastritis, colitis, colon irritable y reflujo en el segundo término del año 2016 que hayan aceptado voluntariamente su participación.

Diseño y seguimiento de planes alimenticios que se ajusten al diagnóstico, a los gustos y preferencias, y vida en general de los docentes ESPOL.

1.3 Objetivos:

1.3.1 Objetivo General

Diseñar tratamiento nutricional para los docentes y administrativo de ESPOL diagnosticados previamente (2016) con gastritis, colitis, reflujo, y colon irritable.

1.3.2 Objetivo Específico

- Educar nutricionalmente de acuerdo con la patología presentada por el paciente con el fin de modificar sus hábitos alimenticios.
- Diseñar planes alimenticios adecuados para los pacientes objetos de estudio.

- Contribuir desde el punto de vista nutricional con el mejoramiento del estado de salud de los docentes de la ESPOL que presenten gastritis, colitis, colon irritable y reflujo, aspirando a una reducción en los síntomas presentados para cada cuadro clínico.

1.4 Justificación:

Las enfermedades gastrointestinales, entre las que resaltamos la gastritis, colon irritable, colitis y reflujo gástrico son enfermedades que se presentan por causa de un estilo de vida muy estresado o por un desbalance nutricional en la alimentación, teniendo en cuenta que según los datos del Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED) la gastritis tiene un 80% de incidencia en el país [5]. Los alimentos que comúnmente se los consumen a diario fuera del hogar no tienen un correcto equilibrio nutricional y si le agregamos un estilo de vida muy agitado, esto nos lleva a una descompensación a nivel nutricional de nuestro cuerpo.

Los pacientes por tratar son el personal docente de la Escuela Superior Politécnica del Litoral, los mismo que se realizaron la evaluación nutricional en el año 2016 que tiene problemas gastrointestinales como: gastritis, colon irritable, colitis y reflujo gástrico. Tomando en cuenta que su jornada laboral es exhaustiva y su alimentación dentro de la universidad no es la adecuada, se planteó como una solución para aliviar las molestias ocasionadas por estas enfermedades que se les enviaría un régimen de dietas semanales que serán personalizadas para mitigar en lo posible los malestares que los incomodan por el/las afecciones que sufren a diario.

El proyecto tiene como objetivo de aliviar en lo posible los síntomas de trastornos gastrointestinales que padecen los docentes de la ESPOL, en base a dietas personalizadas que es un cambio positivo en sus estilos de vida, se los monitoreara de una forma fija cada semana para constatar su progreso, si hubiera una incomodidad con los alimentos ajustarla de tal manera que sea del agrado del paciente y cada visita también consta de pequeñas charlas informativas acerca de las enfermedades antes mencionadas.

1.5 Gastritis

1.5.1 Definición

Es una enfermedad presentada en la mucosa gástrica que puede ser inflamatoria aguda o crónica producida por factores externos y factores internos que produce síntomas dispépticos característicos a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica [6].

Las tres principales causas son: la infección por *Helicobacter pylori*, el uso recurrente de Antiinflamatorios no esteroides (AINES) y la autoinmunidad [7].

1.5.2 Clasificación

1.5.2.1 Gastritis aguda:

Se debe a causas externas o internas. Las causas externas se pueden resumir en: alérgicas, tóxicas, mecánicas y térmicas, por radiación, alimentarias, cáusticas, infecciosas (bacteriana o viral), por irritantes, mecánicas y térmicas, y supurativa. Las causas internas para la gastritis aguda son: metabólicas (uremia); por enfermedades sistémicas (EPOC, colagenosis); y por enfermedades de naturaleza grave (politraumatismos, choque). Los pacientes pueden no presentar síntomas o presentar manifestaciones sintomatológicas leves y moderadas como anorexia, epigastralgia, vómitos y mareos [8].

1.5.2.2 Gastritis hemorrágica:

Es una forma especial y frecuente de gastritis aguda, a menudo grave. Se encuentra la existencia de lesiones agudas sobre la mucosa gástrica (LAMG), con erosiones y múltiples úlceras superficiales agudas de la mucosa gástrica extendidas por del cuerpo y el antro junto a zonas de mucosa congestiva y con pequeñas petequias. Al momento de un examen endoscópico se observan erosiones múltiples, superficiales que presentan un sangrado activo en forma de babeo, mucosa eritematosa alternando con zonas pálidas. Suelen presentarse con hematemesis y/o en conjunto con melena de cuantía diversa. Causas: Puede ser debida a. uso de ácido acetilsalicílico y sus derivados; a los AINEs; a quemaduras (úlceras de Curling); a lesiones del SNC (úlceras de Cushing); por politraumatismo; por otros fármacos potencialmente gastroerosivos; y en algunas ocasiones no se puede definir con exactitud la causa [8].

1.5.2.3 Gastritis crónica:

Se refiere a la inflamación inespecífica y crónica de la mucosa gástrica, de etiología múltiple, con mecanismos patogénicos diversos. El avance de la gastritis crónica es progresivo, algunas de las lesiones inflamatorias superficiales que se producen en la mucosa gástrica suelen terminar en atrofia [8].

1.5.2.3.1 Etiología y patogenia:

Los factores patogénicos y etiológicos son múltiples; pueden dividirse en inmunológicos, irritantes químicos, infecciosos, y genéticos. Varios gérmenes y bacterias pueden causar la gastritis crónica siendo el más frecuente el Hp [8].

1.5.2.4 Gastritis crónica causada por H. Pylori:

Al momento de hacer un examen endoscópico la presencia de bacilos en la luz no siempre resulta del todo obvia, por lo que en ocasiones son necesarias tinciones específicas como la azul de metileno o argéntica. Entre los cambios morfológicos que pueden ser apreciables, el más común es el abundante infiltrado en la lámina propia, formado esencialmente por linfocitos, plasmocitos y neutrófilos. La lámina propia puede mostrarse con la presencia de edemas, lo que puede originar una importante pérdida de las dimensiones glandulares normales. Otros cambios significativos que sugieren gastritis crónica asociada a *Helicobacter Pylori* son la formación de nódulos linfáticos en la lámina propia, la identificación de abscesos intracrípticos y la presencia de gastritis activa (infiltrado neutrofílico dentro del epitelio superficial) [9].

1.5.2.4.1 Fisiopatología:

La fisiopatología de la infección por *Helicobacter pylori* puede llevar desde la infección asintomática a la progresión de gastritis atrófica y posterior ulcera péptica, activación de factores inmunológicos que empeoran la lesión de la mucosa o producción de gastritis atrófica multifocal la cual es factor de riesgo de progresión a metaplasia intestinal, displasia y en última instancia adenocarcinoma [7].

Como resultado de la hipoclorhidria resultante aparecen síntomas como epigastralgia, náuseas, vómito. Al examen físico puede haber sensibilidad dolorosa en epigastrio sin irritación peritoneal, aunque la mayoría de las veces puede ser normal. La infección por *Helicobacter pylori* puede evaluarse mediante pruebas no invasivas como test de urea en aliento, en materia fecal o serología. La serología no es el método más adecuado a ser usado debido a que no permite diferenciar entre infección presente o una infección pasada, ya que los anticuerpos Ig G persisten en sangre por períodos de tiempo bastante largos [7].

1.5.3 Tratamiento farmacológico

Los inhibidores de bomba de protones son más efectivos que los bloqueadores H₂ en el manejo de gastritis IHQ abierta totalmente el manejo debe de ser hospitalario [10].

Omeprazol o pantoprazol 80 mg intravenosos en bolo seguidos de infusión continua de 8 mg/h por 72 horas). El mantener el pH por arriba de 4 ayuda a restituir la mucosa gástrica El omeprazol es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la Gastritis Aguda [10].

Los esquemas de primera línea pueden ser triples o cuádruples (cuando se agrega una sal de bismuto). El Basado en las tasas de éxito alcanzadas en prácticamente todas las regiones del mundo se recomienda el uso de 1 g de amoxicilina dos veces al día, 500 mg de claritromicina dos veces al día y dosis doble de un IBP durante 14 días [10].

El esquema de segunda línea recomendado para la erradicación de *Helicobacter pylori* es levofloxacin 500 mgs cada 24 hrs, amoxicilina 1 gr cada 12 hrs, inhibidor de bomba de protones dosis estándar cada 12 hrs por 10 a 14 días o moxifloxacin 400mg al día, amoxicilina 1 gr cada 12 hrs e inhibidor de bomba de protones cada 12 hrs.

En el caso de alergia a la amoxicilina, se puede emplear como alternativa tetraciclina (500 mg cuatro veces/día) o metronidazol (250 mg cuatro veces/día)[10].

Las sales de bismuto, en forma de subsalicilato o subcitrato, deben administrarse en cuatro tomas al día y en dosis promedio de 525 mg [10].

Para erradicar *Helicobacter pylori* hay que utilizar antibióticos en conjunto con un inhibidor de bomba de protones a dosis y tiempos recomendados, y confirmar la erradicación de la bacteria. Pacientes alérgicos a la penicilina la

recomendación es utilizar levofloxacino 500 mgs cada 24 hrs, claritromicina 500 mgs cada 12 hrs y omeprazol 20 mgs cada 12 hrs por 10 a 14 días [10].

Tabla 1: Interacción de fármacos usados para el tratamiento de la gastritis.

Principio activo	Dosis	Interacción con nutrientes	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Omeprazol	Dosis para profilaxis primaria o secundaria: 20 mg al día. Para gastritis erosiva activa 20 mg a 40 mg.	Malabsorción de hierro, calcio, fósforo, folato, vitamina B12, tiamina y vitamina A [11].	Aproximadamente el 2% de los pacientes tratados con omeprazol presentan efectos gastrointestinales, entre ellos, cólico náusea, y diarrea.	El Omeprazol puede hacer más lenta la eliminación del fenilhidantoína diacepam, y la warfarina.	Hipersensibilidad al Compuesto.
Sucralfato	1 gramo vía oral postprandial.	Disminución del efecto porque el sucralfato se une a las proteínas de los alimentos [11].	Estreñimiento 2.4%	Puede reducir la biodisponibilidad de algunos medicamentos, como son ciprofloxacina warfarina, tetraciclina, ofloxacina fenitoína, cimetidina, norfloxacina amitriptilina, teofilina.	Hipersensibilidad al componente de la fórmula.
Ácido acetil salicílico	Para efecto antiagregante plaquetario 90 mg.		Se produce en aumento en el tiempo de sangrado, pérdida del sentido de la	La excreción del ácido acetilsalicílico se ve aumentada con corticoesteroides	Se puede presentar hipersensibilidad al fármaco, gastritis

			audición, equimosis, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis reacciones de hipersensibilidad. exantema, náusea, asma bronquial,	y su efecto se ve reducido con Antiácidos.	activas o úlcera péptica.
Clarithromicina	Para erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> : 500 mg vía oral.	Menor síntesis de vitamina K y biotina, diarrea e intolerancia a la lactosa [11].	Urticaria, Náusea, dolor abdominal, vómito, diarrea, cefalea, dispepsia.	Aumentan los efectos de los fármacos como digoxina, terfenadina, triazolam, carbamazepina, zidovudina, ergotamina, teofilina y cisaprida.	Puede presentar hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: Con insuficiencia hepática y renal.
Levofloxacino	Para erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> 500 mg cada 24 horas por 7 a 14 días, vía Oral.	Menor síntesis de vitamina K y biotina, diarrea e intolerancia a la lactosa [11].	Dolor abdominal, náusea, dispepsia, diarrea, mareo, flatulencia, insomnio.	Puede prolongar la vida Media de fármacos como teofilina, y puede aumentar los efectos de medicamentos como la warfarina.	Hipersensibilidad a antibióticos (quinolonas). Precauciones: No debe ser Administrado en conjunto con soluciones que puedan contener magnesio.
Metronidazol	500 mg vía oral cada 8 horas.		Vértigo, cefalea, náusea, vómito, anorexia, cólicos, diarrea, calambres abdominales, depresión, insomnio.	Con la ingestión de alcohol se produce el efecto antabuse, con la ciclosporina puede aumentar los riesgos de neurotoxicidad.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: No ingerir bebidas alcohólicas mientras se encuentre en el tratamiento.
Amoxicilina rehidratada	Para erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> : 1 gramovía oral cada 12 horas	Menor síntesis de vitamina K y biotina, diarrea e intolerancia a la lactosa [11].	Náusea, vómito, diarrea.	En presencia de medicamentos como cimetidina y probenecid aumentan su concentración en el plasma.	Producen aumento en la sensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.

1.6 Colitis

La colitis es un trastorno que consiste en la inflamación del colon y por extensión de todo el intestino grueso [12].

La colitis es un proceso de inflamación del colon, que comprende un conjunto de patologías cuyos mecanismos fisiopatológicos pueden ser de diversas características, pero comparten manifestaciones clínicas, histológicas y endoscópicas [13].

1.6.1 Complicaciones

La colitis tóxica se presenta en pacientes con actividad intensa que desarrollan datos de afección inflamatoria severa en el colon, asociada a un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, con una progresión rápida en una o dos semanas. La forma más avanzada de la colitis es llamada megacolon. En presencia de megacolon las lesiones no están solamente en la submucosa y mucosa, ya que también llegan a lesionar la muscular y la serosa [14].

1.6.2 Tratamiento

El tratamiento que seguir va a depender de la causa de origen de la colitis, pudiendo ser:

- Cambios en el estilo de alimentación (una dieta sana y equilibrada en la que se evite el consumo excesivo de carnes rojas, lácteos, condimentos artificiales, embutidos, repollo, coliflor, lechuga)
- Intente estar tranquilo (a), evitar situaciones de estrés y preocupaciones excesivas
- Medicamentos (diversos antibióticos pueden ser recetados por su médico)
- En algunos casos se podría incluir el tratamiento quirúrgico [12].

1.7 Reflujo Gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico (RGE) se presenta cuando el contenido gástrico pasa del estómago al esófago que pueden ocasionar vómitos o regurgitaciones. Cuando el contenido gástrico llega al esófago y produce síntomas molestos con presencia de afecciones se produce la enfermedad por RGE. Las complicaciones de reflujo se

producen en la mayoría de los casos por relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (LES) gatillado por distensión del fondo gástrico [15].

1.8 Colon Irritable

El síndrome de colon irritable (SCI) es un trastorno digestivo funcional que se define específicamente por la asociación de dolor abdominal o malestar y alteraciones en el hábito deposicional, sin causa orgánica anteriormente conocida [16].

Se define como un trastorno funcional intestinal en el que aparece dolor o molestia en la parte baja del abdomen que va asociado a la defecación y cambios en los hábitos intestinales. Las sensaciones de hinchazón y malestar, son trastornos relacionados a la defecación que se presentan en esta afección frecuentemente [17].

1.8.1 Tratamiento no farmacológico

Se recomienda seguir las siguientes indicaciones de dietoterapia en pacientes con Síndrome de Colon Irritable: Consumir los alimentos con frecuencia, evitando tiempos largos en donde no se consuman alimentos, el consumo de agua solo hacerlo al final de haber consumido los alimentos, realizar la ingesta de una manera adecuada, sin apuros , evitar bebidas que contengan cafeína (café, té negro, refrescos de cola, etc.) [18].

1.9 Dietas recomendadas

1.9.1.1 Gastritis

1.9.1.2 Dieta blanda

Este tipo de dieta aporta alimentos con consistencia blanda y con presencia de pocos condimentos, un contenido moderadamente bajo en fibra. Este tipo de dieta es la transición entre la dieta general y la dieta líquida. No es una dieta restrictiva de nutrientes, solo se utilizan alimentos de fácil digestión. Se ofrecen comidas con un volumen no muy alto, hasta que se establece la tolerancia del paciente a los diferentes alimentos utilizados. Estas dietas, así como la gran mayoría deben ser individualizadas de acuerdo al caso clínico en específico, la

intervención quirúrgica, el apetito que presente el individuo, el estado nutricional previo al tratamiento y la capacidad de deglución y masticación [19].

1.9.1.3 Alimentos consumidos en una dieta blanda gástrica o de protección gástrica

- Carne y pescados a la plancha, no fritos.
- Verduras cocidas.
- Huevos en tortilla o pasados por agua.
- Lácteos y derivados: leche, yogur, natillas, flan, queso, etc. [20].

1.9.1.4 Tratamiento dietético

Está dirigido a disminuir o eliminar alimentos que:

- Lesionen la mucosa del estómago.
- Empeoren los síntomas.
- Incrementen la secreción gástrica de ácidos.

1.9.2 Reflujo gastroesofágico

1.9.2.1 Dieta en el reflujo gastroesofágico

El reflujo esofágico se refiere a la regurgitación de contenidos gástricos hacia el esófago. El reflujo puede producirse en pacientes con hernia de hiato o sin ella, colon irritable o tras intervención gastroesofágica. Normalmente, se producen cambios de la presión del esfínter esofágico inferior en respuesta a factores hormonales, mecánicos, farmacológicos y dietéticos. Algunos de los factores que reducen dicha presión e incrementan con ello las posibilidades de reflujo gastroesofágico, incluyen: tabaquismo, alcohol, ácidos grasos, chocolate, menta, ajo, cebolla y canela. Las personas que sufren inflamación esofágica pueden experimentar molestias tras la ingestión de jugo de tomate y frutos cítricos. Otros factores relacionados a afectar el reflujo esofágico son la obesidad, y el estado gestacional. El reflujo nocturno se puede reducir si se eleva la cabecera de la cama y se evita la cena antes de dormir. Se debe evitar el consumo de comidas copiosas, porque pueden incrementar la presión gástrica sobre el esfínter esofágico inferior [21].

1.9.2.2 Tratamiento dietético

- Evitar consumir alimentos al menos 2 h antes de ir a dormir.
- Limitar o eliminar la ingesta de alimentos y bebidas que tiendan a relajar el esfínter esofágico, como: alcohol, canela, chocolate, alimentos de elevado contenido en grasas, menta, cebolla y ajo [21].
- Estimular el consumo de alimentos que no tengan incidencia en la presión del esfínter esofágico, como: proteínas de bajo contenido en grasa (leche descremada o a 1%, quesos carnes magras, y yogur hechos con leche descremada) e hidratos de carbono con bajo contenido en grasas (pan, cereales, galletas de soda, pastas, arroz, papas, frutas y verduras preparadas sin añadirles grasa) [21].

1.9.3 Colon Irritable

1.9.3.1 Dieta blanda intestinal

El síndrome de intestino irritable constituye un trastorno crónico, que se caracteriza por dolor abdominal, meteorismo y distensión e indigestión.

Frecuentemente, se producen estreñimiento, diarrea y alternancia entre ambas posibilidades. Se recomienda la identificación y eliminación de alimentos que provocan intolerancia (ejemplo: intolerancia a la lactosa), el consumo adecuado de fibra dietética y la eliminación de aquellos alimentos que contribuyen al meteorismo. La característica de esta dieta es por bajo contenido en grasa, especialmente en pacientes con diarreas. Se deben administrar cantidades adecuadas de proteínas y energía, con la finalidad de mantener un peso deseable y buen estado nutricional [19]. Existe la posibilidad de déficit de vitaminas y minerales, puede resultar necesario administrar un suplemento de calcio en pacientes con dieta restringida en lactosa. En dietas con exclusión significativa de alimentos, se recomienda un suplemento multivitamínico y mineral que logre satisfacer las recomendaciones dietéticas diarias [19].

También hay la posibilidad de tener intolerancia individual a cítricos, cebolla, gluten, papa, chocolate, huevo, cafeína, alcohol y frutos secos. Se emplea fibra dietética y agentes formadores de volumen con el propósito de regular la función intestinal. Se recomienda que la dieta contenga un elevado contenido en fibra para incrementar el residuo que alcanza el colon distal. Entre los tipos de fibra estudiados, se incluyen el salvado de trigo, las frutas y las verduras. El salvado de trigo se considera el más eficaz, especialmente en pacientes con estreñimiento. Desafortunadamente, las dietas con elevado contenido en fibra dietética pueden

incrementar también el gas y la distensión; por ello, la fibra dietética se debe incrementar de forma gradual. Se debe considerar el horario de las comidas, dada su implicación en la regulación de la función intestinal [19].

1.9.3.2 Tratamiento dietético

Evitar los alimentos nocivos, según necesidad individual:

- Leche y derivados.
- Alimentos y bebidas formadoras de gas.
- Estimular el consumo de comidas regulares, poco copiosas, frecuentes y bajas en grasa.
- Limitar la ingesta de cafeína y alcohol.
- Beber 8 o más vasos de agua o líquido al día [19].

CAPITULO 2

2. Metodología

Para el diseño de las dietas se usó la técnica de dieta por intercambio y para la educación nutricional se utilizó diapositivas.

2.1 Dieta por intercambio

Este tipo de dieta fue desarrollada por las Doctoras Clotilde Vázquez y Ana I. de Cos, con el objetivo de ayudar pacientes con diabetes en entornos hospitalarios para que puedan adquirir mejores hábitos de alimentación [22].

Las dietas por intercambio (cuantitativa) están pensadas en llevar una alimentación sana y equilibrada en la cual es totalmente personalizada a las necesidades fisiológicas y energéticas de cada persona; este tipo de alimentación está basado solo en intentar mejorar su estilo de vida con un cambio alimenticio en las personas siempre tomando en cuenta las necesidades y gustos de cada individuo [22].

Consiste esta dieta en la planificación de diaria de varios grupos de alimentos genéricos teniendo en cuenta las calorías requeridas con su respectiva distribución, se unen tablas de equivalencia que sirven para intercambiar los

alimentos genéricos por otros esto permite elaborar un menú de acorde a los gustos y sobre todo las posibilidades del paciente [22].

Ventajas

- Flexibilidad
- Libertad de elección.
- Adaptabilidad a horarios, oferta alimentaria, gustos, capacidad económica, etc.

Desventajas

- Que el paciente se acostumbre a la dieta.
- Disposición del individuo para aprender un nuevo método de alimentación.

2.2 Encuesta y toma de datos

El desarrollo de estas encuestas nos permitió conocer los hábitos alimentarios, así como las costumbres diarias de nuestros pacientes, para conforme a estos datos recolectados partir a diseñar el plan nutricional personalizado y la educación nutricional adecuada, enfocado en el seguimiento directo con el paciente.

2.3 Elaboración del Plan Nutricional de acuerdo con la afección (síntoma) presentada

De acuerdo con los datos recolectados anteriormente se procedió a realizar los planes alimentarios con un cambio de menú cada 15 días.

2.3.1 Gastritis

En estos casos no se pueden tener dietas con carácter restrictivo o muy estrictas en el consumo de alimentos, ya que habitualmente no se consiguen mejorías de esta forma, ya que los pacientes no se encuentran, satisfechos, ni motivados, ni con la predisposición adecuada, lo que ocasionará que sigan la dieta pero la abandonen una vez que los síntomas empiecen a disminuir [23].

Es muy importante disminuir el consumo de alimentos que aumenten la secreción de ácido clorhídrico o que ocasionen irritaciones en la mucosa. La dieta aliviará los síntomas, pero no tiene carácter curativo [24].

Tabla 2: Alimentos en gastritis y recomendaciones.

GASTRITIS		
Alimentos Aconsejados	Alimentos no aconsejados	Recomendaciones
Leche desnatada y semidesnatada Yogur y Cuajada Queso fresco, requesón, quesos suaves.	Derivados lácteos con frutas, cereales o frutos secos, quesos curados.	Para disminuir el trabajo gástrico, se recomienda realizar de 4- 5
Carnes magras	Verduras crudas y flatulentas (col, cebolla, alcachofas)	Se recomienda beber de 1,5 a 2 litros de agua al día.
Mermelada, miel y confituras sin semillas	Estimulantes: Café (también descafeinado), mate, té, colas	Evitar el consumo de alimentos irritantes químicos: ácidos (limón o vinagre)
Refinados (no integrales): Arroz, sémola, pasta alimentaria, Pan blanco Cereales de desayuno	Cereales integrales Pan y galletas con semillas añadidas	Comer despacio, sin prisas, masticando bien los alimentos y en un ambiente tranquilo

tipo maíz tostado Galletas tipo maría		
--	--	--

2.3.2 Colitis

Se deben evitar los alimentos que produzcan síntomas más que nada cuando exista un brote de la colitis, o exista presencia de malestar (diarrea, dolor de vientre, etc.) [25].

Tabla 3: Alimentos en colitis y recomendaciones.

COLITIS			
Alimentos que suelen tolerarse bien	Alimentos que se debe probar la tolerancia	Alimentos no aconsejados	Recomendaciones
Papas cocinadas	Repollo, ensalada, verduras, apio, Espinacas, alcachofa, acelga.	Guisantes, garbanzos, lentejas, habas, judías, habichuelas, papas fritas	Evitar comidas muy cargadas
Pasta, Arroz	Pan integral, galletas	Cacahuetes, coco	Cuando se encuentre ausente de síntomas, evite consumir alimentos contraproducentes
Manzanas, carne de membrillo, plátano.	Leche descremada, queso bajo en grasa, Huevos cocidos	Cebolla, coles, coliflor, pimientos, puerros, rábanos	
Manzanilla, tila, zumos de naranja	Jamón serrano o cocido	Cuero de chanco, carnes	La masticación debe ser pausada y

y manzana		grasosas (cerdo, cordero) y frituras.	completa, debe permanecer en estado de relajación
Vaca o ternera, lengua, corazón	Cerveza, vino tinto	Mayonesa, aceites, salsas picantes	

2.3.3 Colon Irritable

En la mayor parte de casos de SII, la aparición de síntomas (dolor abdominal, flatulencia, diarrea) se deben más a que el intestino no se mueve adecuadamente, y es más sensible a la distensión por gas que el de otras personas, que al consumo de determinados alimentos [25].

Tabla 4: Alimentos en colon irritable y recomendaciones

Colon Irritable		
Alimentos permitidos	Alimentos no aconsejados	Recomendaciones
Cereales	Café	Evite las bebidas con gas y los alimentos que producen gases
Pan integral	Bebidas con gas	Evite las comidas rápidas y procure comer en un ambiente tranquilo
Frutas	Vegetales flatulentos	Evite las comidas abundantes y procure realizar 5 comidas al día

2.3.4 Reflujo Gastroesofágico

En reflujo gastroesofágico existen algunas recomendaciones sobre la alimentación que debe tomar (tratamiento dietético) que pueden ayudar a reducir molestias como el ardor o el dolor en el pecho [25].

Tabla 5: Alimentos en reflujo gastroesofágico y recomendaciones.

Reflujo Gastroesofágico			
Evitar los alimentos y que disminuyen la presión del esfínter esofágico	Evitar los alimentos o bebidas que irritan o lesionan el esófago	Procurar consumir con mayor frecuencia los siguientes alimentos	Recomendaciones
Alcohol	Cítricos y zumos (naranja, toronja)	Carnes magras	Evitar comidas abundantes
Chocolate	Café.	Leche semidescremada/descremada.	Comer al menos 2 horas antes de dormir
Alimentos con alto contenido de grasa (fritos, aceites, etc.)	Pimienta Alimentos muy condimentados	Alimentos ricos en hidratos de carbono y bajo contenido de grasas (pasta, cereales, arroz)	Realizar entre 4-5 comidas al día

2.4 Meta del proyecto

Mediante un consenso entre todos los estudiantes se nos asignó la tarea de reevaluar, orientar, educar y aliviar de sus síntomas a los pacientes con

enfermedades gastrointestinales (colitis, colon irritable, reflujo y gastritis) ya preseleccionados de la población entre personal administrativos y docentes de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL) a los que se le realizó una evaluación nutricional en el año 2016, en este proyecto se incluyen varios procesos como: medición antropométrica de talla, peso, llenar una encuesta en la cual encontrara aspectos personales, alimentarios que nos ayudaran a establecer un régimen de alimentación sana de acuerdo a sus gustos, poder adquisitivo de los alimentos y del tiempo que tiene para poder consumir los mismo. El proyecto lo centramos en que los pacientes puedan mejorar sus diferentes síntomas, en base a una buena alimentación que los llevara a un cambio positivo en su estilo de vida ayudándolos a realizar sus actividades cotidianas sin ningún problema, un adecuado conocimiento de su enfermedad y de los diferentes alimentos que pueden consumir sin ningún problema que pueda agravar su salud.

2.5 Población de estudio

De acuerdo con la base de datos proporcionada del segundo término del 2016, se realizó una clasificación de las enfermedades presentadas por los docentes para poder realizar un seguimiento más práctico dirigido a la patología específica.

2.5.1 Muestra total

Población universo

El universo estuvo conformado por 142 docentes de la ESPOL pertenecientes a todas las facultades de la institución que presentes anomalías en su estado de salud.

Muestra

La población de estudio fue de 18 individuos, de sexo masculino y femenino, cuya edad estuvo comprendida entre 25 y 68 años, de los cuales solo aceptaron 8 individuos el tratamiento nutricional.

Figura 1: Población general y pacientes con patologías gastritis, colitis, colon irritable, reflujo.

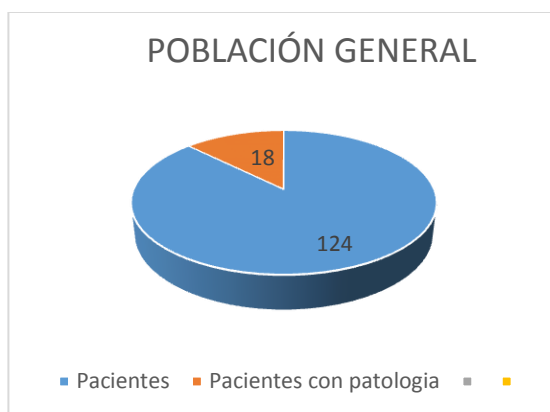


Figura 2: Pacientes con problemas con gastritis, colitis, colon irritable y reflujo - Pacientes que aceptaron el tratamiento nutricional.



2.6 Criterios de exclusión e inclusión.

2.6.1 Criterios de inclusión.

- Docentes que deseen participar en el proceso de recuperación nutricional y lo expresen en el proceso de consentimiento informado.
- Patologías.

2.6.2 Criterios de exclusión

- Docentes que no estén dispuestos a seguir con el tratamiento dietético.

Pacientes totales:

Tabla 6: Porcentaje de Pacientes por facultad

Facultad	Cantidad	Porcentaje
Escuela de Diseño y Comunicación Visual (EDCOM)	7	87.5%
Facultad de Ciencias de la Vida (FCV)	1	12.5%

División por patología:

Tabla 7: Porcentaje de pacientes por patología

Patología	Cantidad	Porcentaje
Gastritis	5	62.5%
Colitis	1	12.5%
Colon Irritable	1	12.5%
Reflujo	1	12.5%

2.7 Encuesta posterior

Nos da a conocer sobre la sintomatología y posibles molestias presentadas por el paciente, posterior al tratamiento.

Nos permite conocer el grado de educación nutricional con lo que el paciente llega al final del tratamiento dentro del plazo pactado.

2.7.1 Descripción de preguntas

Esta encuesta consta de las siguientes preguntas:

2.7.1.1 ¿Sabe usted que es la (gastritis, colitis, colon irritable, reflujo)?

SI___ NO___

En donde se engloba en conocimiento general que posee el paciente acerca de su situación clínica, posibles complicaciones, formas en que pudo haberla adquirido y sintomatología de dicha situación clínica.

2.7.1.2 ¿Mejoraron sus síntomas de (gastritis, colitis, colon irritable, reflujo)?

SI___ NO___

Esta pregunta tiene como finalidad evaluar la presencia de la sintomatología presentada en la enfermedad por el paciente, y si existió mejoría o no en sus síntomas.

2.7.1.3 ¿Le agradaron las dietas que se implementaron?

SI___ NO___

En esta pregunta se evalúa si los pacientes estuvieron cómodos y si los planes alimenticios enviados y recomendados fueron de agrado en los pacientes, tanto en las preparaciones como en las porciones diarias.

2.8 Educación Nutricional:

Las estructuras de estos programas de educación nutricional son similares, en lo básico, en todos los países, aunque obviamente se adaptan a las características de los mismos. Los resultados obtenidos también son muy parecidos pues la condición humana se moviliza por motivaciones universales, siendo las presiones medioambientales las que modulan la jerarquía de valores imperantes en una sociedad tan uniforme en el mundo global actual. No existe ninguna duda alguna de la necesidad de tomar cartas en el asunto en instituciones próximas al sujeto como la familia y la escuela, así como de la importancia que tiene la comunidad en todos los sectores que afectan al consumo de alimentos y a la implementación de estilos de vida más saludables [27].

No obstante, las actuaciones y dificultades presentadas para lograr el éxito de los programas de educación nutricional están bien analizadas y sus resultados se

encuentran distantes a lo que se desea, con alguna frecuencia, muy limitados. Esta situación ha llevado a un cierto grado de desánimo a los educadores sanitarios y a las agencias internacionales a plantearse nuevos métodos que ayuden a cumplir las expectativas de las políticas sanitarias. Pese a ello, no hay programa sanitario que deje de incluir entre sus objetivos la educación nutricional de la población como medio esencial de los métodos para la promoción de la salud [27].

Tal vez el problema radica en que los resultados de estos programas se manifiestan a medio y largo plazo, necesitan de continuidad y ésta no siempre está garantizada por falta de recursos o selección de otras prioridades. La educación del individuo, con carácter general, y por supuesto en el área concreta de la salud y la nutrición, exige permanencia a lo largo del tiempo y adaptación a las circunstancias y características del sujeto, con un refuerzo constante que movilice sus actitudes y conductas en la dirección correcta [27].

2.8.1 Proceso de la educación nutricional:

- Conocimiento en cualidades nutricionales del alimento.
- Identificación y familiarización de las características del alimento: forma, olor, consistencia, sabor, textura, etc.
- Preparación y presentación culinaria.
- Características del alimento de acuerdo con la dieta presentada.
- Frecuencia en el consumo y raciones adecuadas para la dieta.
- Aportes específicos de diferentes alimentos para actividades específicas [27].

2.8.2 Estrategias de la Educación Nutricional:

Los programas de educación nutricional tienen que dar respuesta a una necesidad de las poblaciones tan básica como la alimentación saludable, y esta respuesta debe ser realista en términos económicos, sociales y culturales. No es operativo ni funcional elaborar recomendaciones y guías dietéticas alejadas de las posibilidades de la población y que consideren el valor nutritivo de la dieta como único objetivo [27].

Para realizar la dieta los pacientes o individuos deben tener en consideración factores tales como: su economía, sus gustos y preferencias personales, la dificultad de preparación y de consumo y su aporte de nutrientes. Pero las encuestas

europeas dirigidas a los consumidores señalan la importancia que éstos conceden a la comida agradable (sabor, color, textura, forma, tamaño), además de demandar que sea favorable para mantenerse en buen estado de salud. Las nuevas estrategias de los programas de educación nutricional valoran los recursos disponibles, las limitaciones y ventajas de las estructuras sociales y fijan objetivos abordables y diseños que puedan facilitar el logro de los mismos [27].

Para su desarrollo proponen:

- Promocionar la investigación que permita trabajar sobre un buen diagnóstico de situación que lleve a elegir las acciones más adaptadas.
- Estimular a las empresas agroalimentarias para que produzcan y distribuyan alimentos de calidad nutricional y organoléptica, sobre la base de la máxima seguridad alimentaria.
- Actualizar la legislación alimentaria a tenor de los avances de la comunidad científica y las nuevas necesidades del consumidor.
- Utilizar los programas escolares en sus contenidos académicos y oferta de servicios (comedores escolares, instalaciones deportivas).
- Favorecer cauces informativos que garanticen una adecuada comunicación en salud que contribuya a mejorar la cultura alimentaria de la gente.
- Potenciar programas y acciones educativas (programas de educación nutricional y consejo dietético) desde los servicios de Atención Primaria[27].

2.8 Educación Nutricional dirigida a pacientes de ESPOL.

2.8.1 Definición y explicación de la condición sobre la afección presentada

Explicación breve y progresiva en cada visita sobre gastritis, colitis, reflujo, y colitis a docentes y personal administrativo participantes de este proyecto.

Se citó las posibles causas que pudieron desencadenar dichas afecciones, así como también los factores de riesgo en el estilo de vida que pueden ocasionar una progresión negativa de su cuadro clínico, empeorando los síntomas y su desempeño diario.

2.8.2 Explicación de la importancia del menú elaborado, así como también de los alimentos permitidos y restringidos de acuerdo a cada afección presentada

Explicación de la composición del menú, y del porqué de la restricción y control de ciertos alimentos, así como también la inclusión de ciertas preparaciones y formas de consumir un alimento (tipos de preparación).

Educación nutricional sobre alimentos restringidos y de consumo controlado como son:

- **Gastritis:** Alimentos ácidos, consumo de café, bebidas alcohólicas y tabaco.
- **Colitis:** Alimentos que produzcan flatulencias y con gran contenido de grasas.
- **Colon irritable:** Evitar alimentos flatulentos, bebidas alcohólicas
- **Reflujo Gastroesofágico:** Alimentación en las horas adecuadas, evitar alimentos flatulentos y que generen exceso de acidez.

2.8.3 Impacto del ejercicio en la calidad de vida

Breve explicación sobre la actividad física y como pueden influir directa e indirectamente sobre la afección presentada. Usando como referencia la mejora de la sintomatología incremento la intención para realizar actividad física y mejorando su estado anímico.

2.8.4 Educación sobre las complicaciones que pueden presentarse si se sigue llevando una dieta sin equilibrio.

Educación nutricional acerca del abuso de ciertos alimentos y estilo de vida, y a que puede conllevar el exceso de estos, tales como el desarrollo de úlcera péptica, en el caso de gastritis, y el daño del esófago producido por los ácidos estomacales en reflujo gastroesofágico.

CAPÍTULO 3

3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las enfermedades gastrointestinales son patologías que atacan tanto al estómago como a los intestinos, por lo general son ocasionadas por virus, bacterias, parásitos y algunos alimentos (leche y grasas), también se relacionan algunos medicamentos que provocan estas enfermedades. El síntoma más común de dichas enfermedades es la diarrea que provoca una deshidratación [28].

La población de muestra con la que pudimos trabajar pertenece a un 57% (4 pacientes) de personas que tenían gastritis, 15% (1 paciente) reflujo gástrico, 14% (1 paciente) colon irritable, 14% gastritis y colitis (1 paciente). A todo este grupo se les realizó una dieta de acuerdo con sus preferencias y accesibilidad de alimentos fáciles de conseguir para cada uno de los pacientes. Esto se lo hizo con el objetivo de que pudieran consumir alimentos sanos que no sean perjudiciales para ellos, mejoren sus sintomatologías y puedan tener un cambio positivo a su estilo de vida.

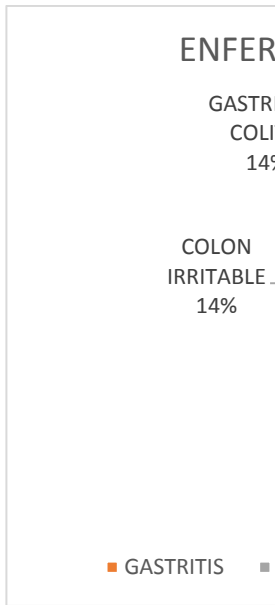


Figura 3: Distribución de enfermedades gastrointestinales.

3.1 Datos antes de iniciar el plan alimentario.

3.1.1 Consumo de Lácteos

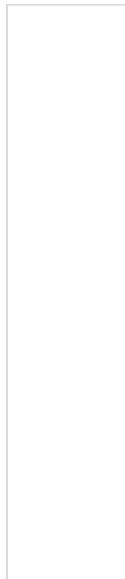


Figura 4: Consumo de lácteos pre-educación nutricional.

El 12 % de los pacientes alcanzaban la recomendación de consumir 2-3 porciones diarias de lácteos, mientras que el 13 % de 4-5 diarias se exceden en la

ingesta recomendado y el 25 % solo consume 1 vez al día lo que no cubre con el requerimiento mínimo.

3.1.2 Consumo de vegetales

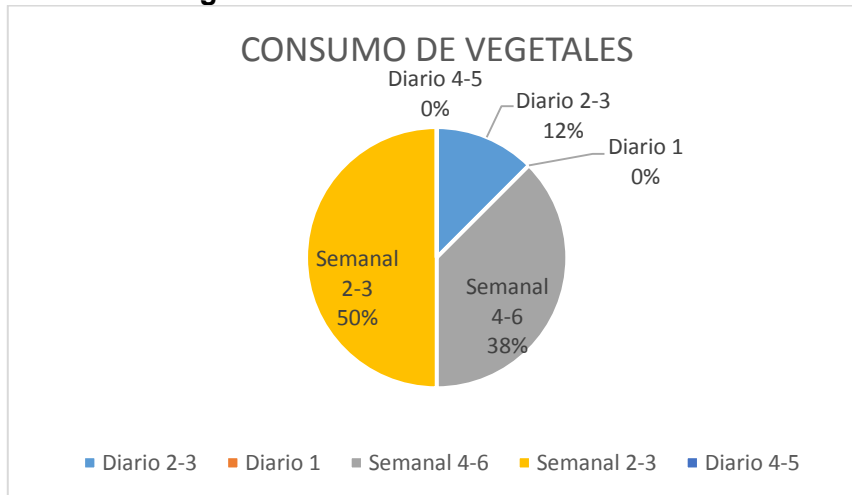


Figura 5: Consumo de vegetales pre-educación nutricional.

Solo el 12 % de los pacientes inicialmente alcanzaban la recomendación de consumir 2-3 porciones diarias de vegetales. Seguidamente, el 38 % consume vegetales una vez por día. Resulta alarmante que el 50% restante consume vegetales 2 o 3 veces por semana, lo cual se infiere es una sola vez cada dos días.

3.1.3 Consumo de Frutas

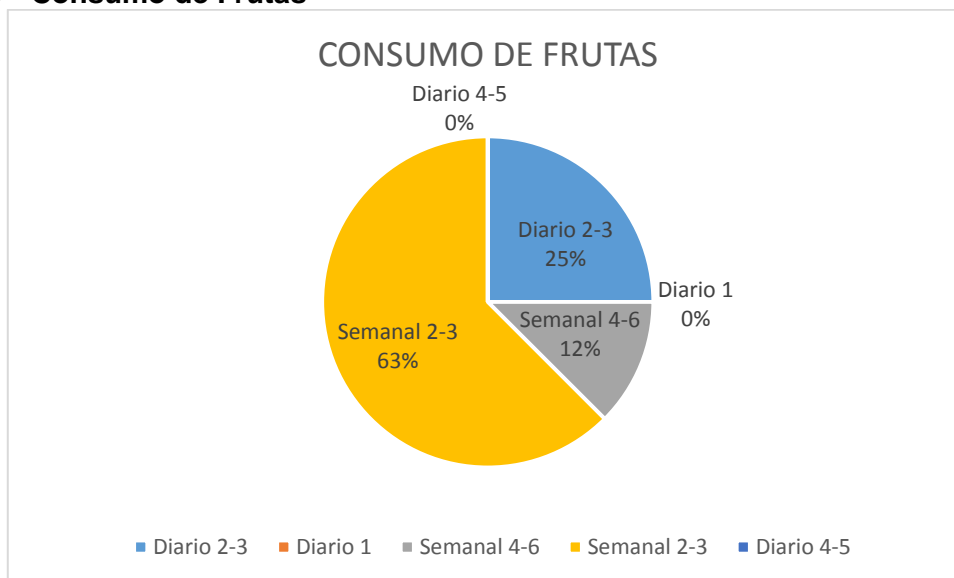


Figura 6. Consumo de Frutas pre-educación nutricional.

EL 25 % de los pacientes alcanzaban la recomendación de consumir 2-3 porciones diarias de frutas. El 0% de los pacientes tenía un consumo de 4-5 porciones diarias. Por otro lado, el 63% de los pacientes tienen un consumo de 2 – 3 porciones por semana, lo que refleja que consumen aproximadamente 0.5 porciones diarias y por consiguiente no cumplen con lo recomendado.

3.1.4 Consumo de cereales (ricos en fibra) y derivados

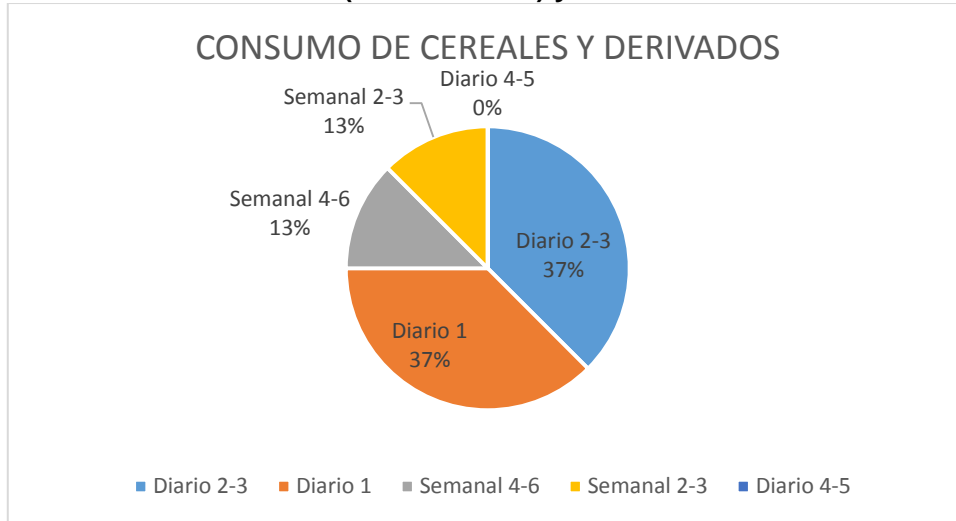


Figura 7. Consumo de cereales (ricos en fibra) y derivados pre-educación nutricional.

El 37 % de los pacientes alcanzaban la recomendación de consumir 2-3 porciones diarias de cereales y derivados, mientras que de 4 -5 al día hay un 0% y también un 37% consumen 1 vez al día cereales y derivados; por otro lado, su consumo 2 – 3 por semana es 13% de igual forma no cumplía con lo recomendado mientras que el 13% que es de 4 – 6 semanal si cumplen con lo establecido.

3.1.5 Consumo de aceites

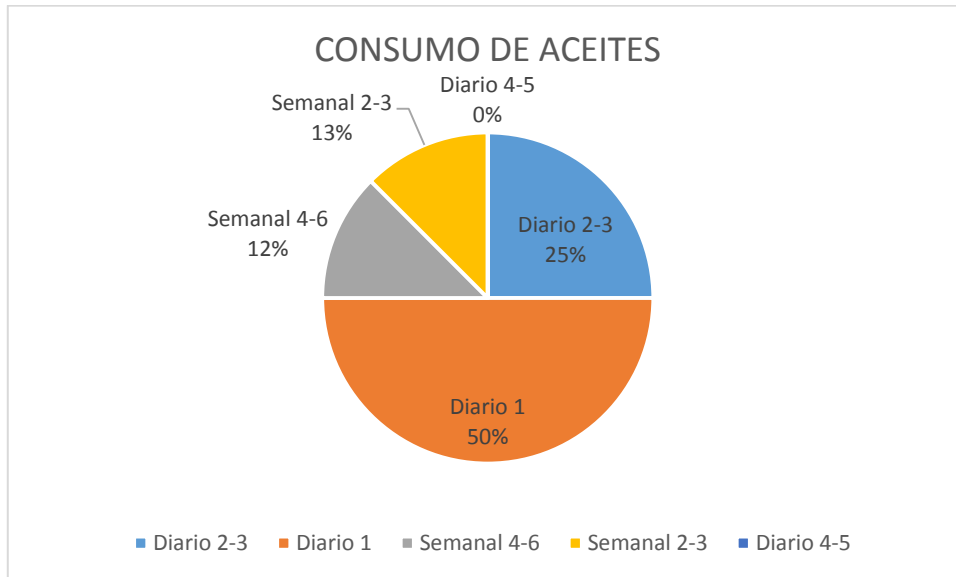


Figura 8. Consumo de aceites pre-educación nutricional.

El 50 % de los pacientes alcanzaban la recomendación de consumir 1 porciones diaria de aceite, mientras que un 0% de los pacientes consumían entre 4-5 porciones de aceite. El 25% de los pacientes consumen de 2-3 veces porciones diarias de aceites.

3.2 Datos posteriores al tratamiento

3.2.1 Consumo de lácteos Descremados; semidescremados y sustitutos

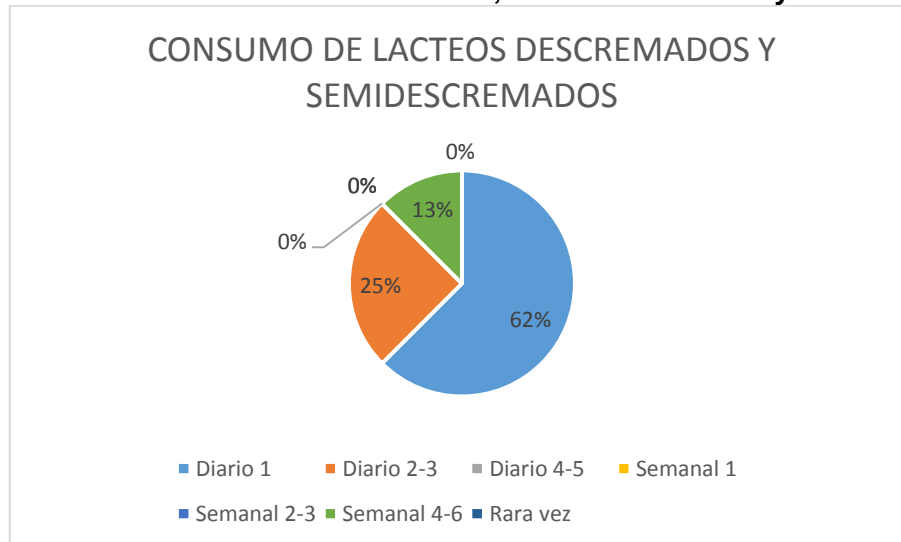


Figura 9. Consumo de Lácteos post-educación nutricional.

Existió un mayor consumo de lácteos en referencia a los datos obtenidos previo al tratamiento dietético, enfocados en productos descremados o semidescremados principalmente.

3.2.2 Consumo de vegetales

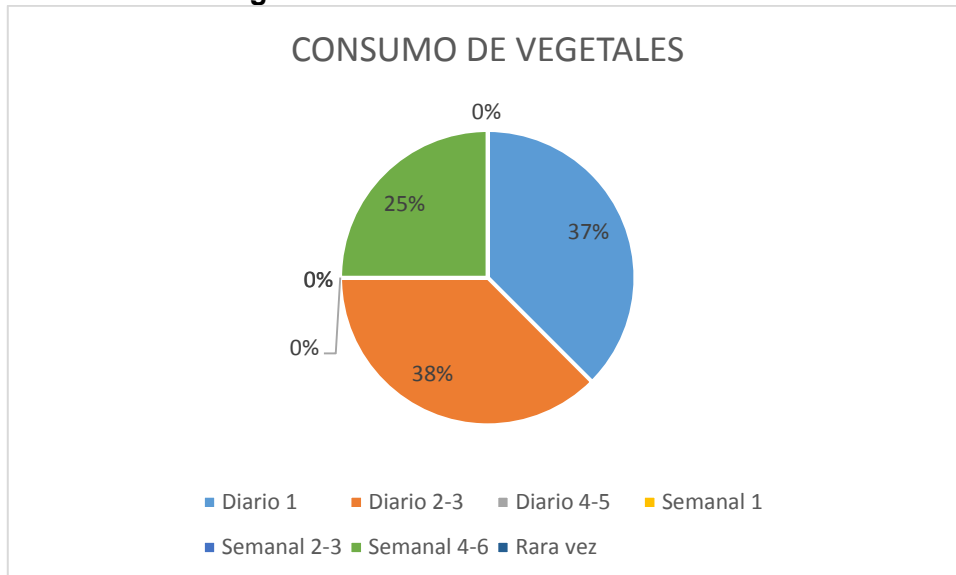


Figura 10. Consumo de Vegetales post-educación nutricional.

El consumo de vegetales aumentó en un paciente incrementando el porcentaje de la población consumiendo la recomendación de 3-4 veces por día a un 25%.

3.2.3 Consumo de frutas

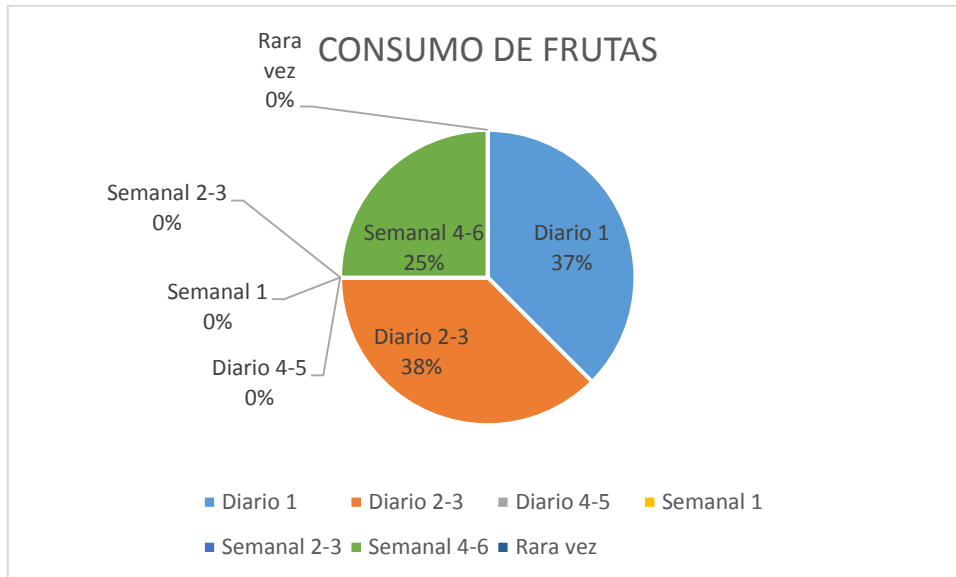


Figura 11. Consumo de Frutas post-educación nutricional.

Existió el aumento del 1% en los pacientes que consumían 2-3 porciones de frutas diarias cumpliendo con las recomendaciones necesarias, a esto se suma el 25% que anteriormente ya lo hacía para dar un total del 38% que si cumplen con las recomendaciones.

El 37% de los pacientes consumen 1 porción de fruta al día en comparación al 0% que lo hacía anteriormente.

3.2.4 Cereales y derivados

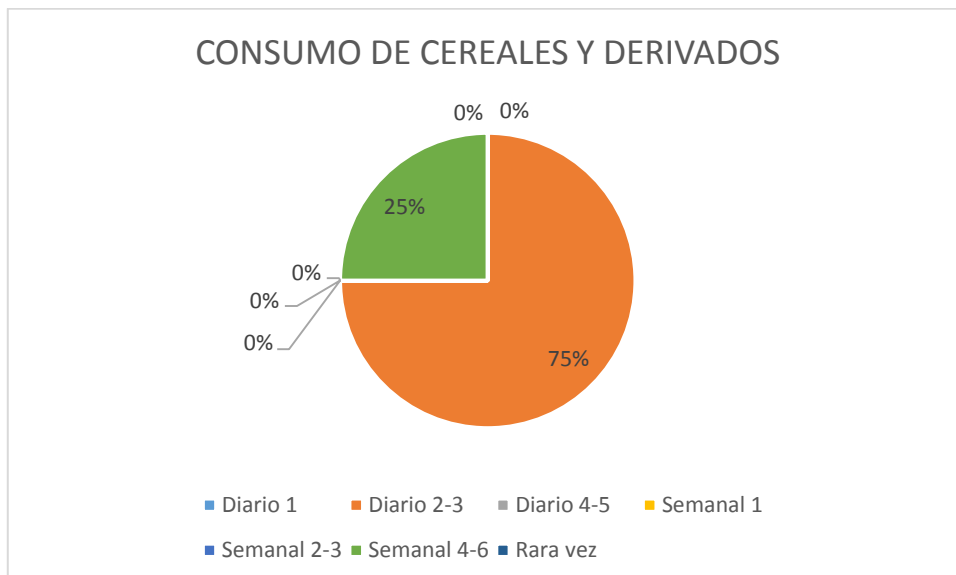


Figura 12. Consumo de Cereales y derivados post-educación nutricional.

Los pacientes que consumían este grupo de alimentos diariamente en cantidades 2-3 se duplicó pasando del 37% al 75% (ver Figura.5). Mientras que el 25% de los pacientes lo consumen de 4-6 porciones semanalmente.

3.2.5 Consumo de Aceites

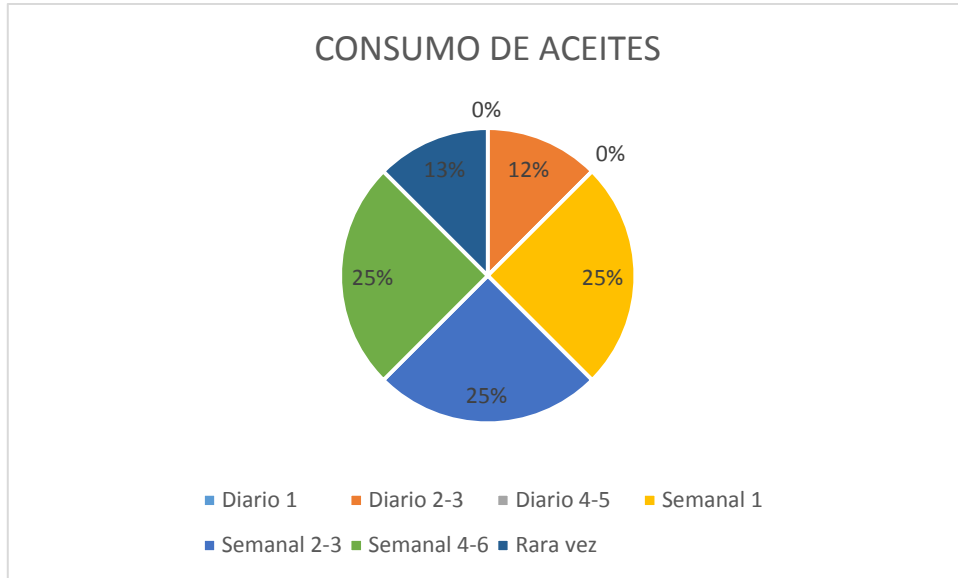


Figura 13. Consumo de Aceites post-educación nutricional.

El consumo de aceites se vio disminuido luego del tratamiento nutricional, pasando del 50% de los pacientes consumían una vez al día, a solo el 25%

3.3 Encuesta realizada al finalizar el proceso de las dietas y educación nutricional.

3.3.1 Gastritis.

- ¿Sabe usted que es la gastritis? SI___ NO__
- Mejoraron sus síntomas de gastritis. SI___ NO___
- Le agrado las dietas que se implementaron. SI___ NO___

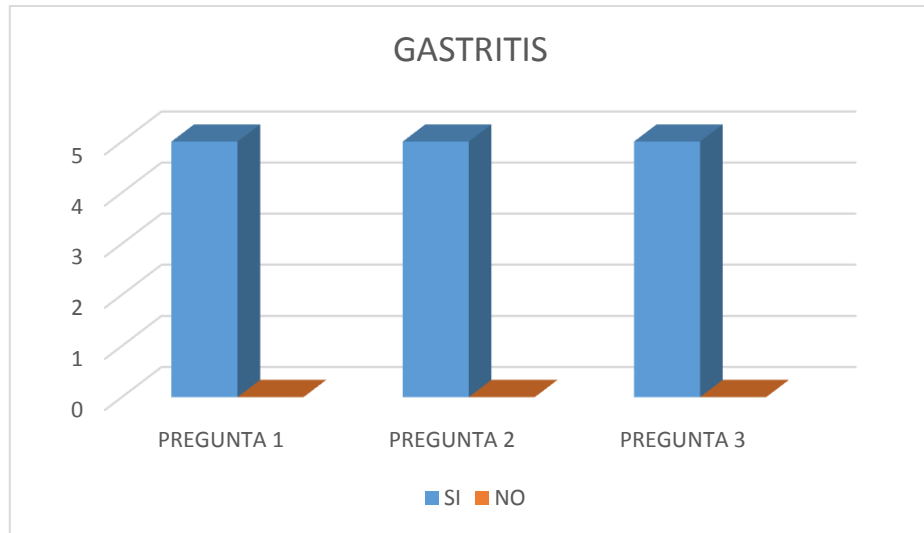


Figura 14: Respuestas de encuesta en gastritis

Existió mejoría de la sintomatología, un aporte en el conocimiento acerca de su patología y de cómo prevenir nuevos síntomas de gastritis.

La Figura 14 demuestra que el 100% (5 pacientes) respondieron de forma afirmativa a las preguntas realizadas, dando un resultado positivo para sí mismo al poder controlar en su totalidad su sintomatología solo por su cambio de alimentación y educación nutricional.

3.3.2 Colitis.

1. ¿Sabe usted que es colitis? SI___ NO__
2. Mejoraron sus síntomas de colitis. SI___ NO__
3. Le agrado las dietas que se implementaron. SI___ NO__

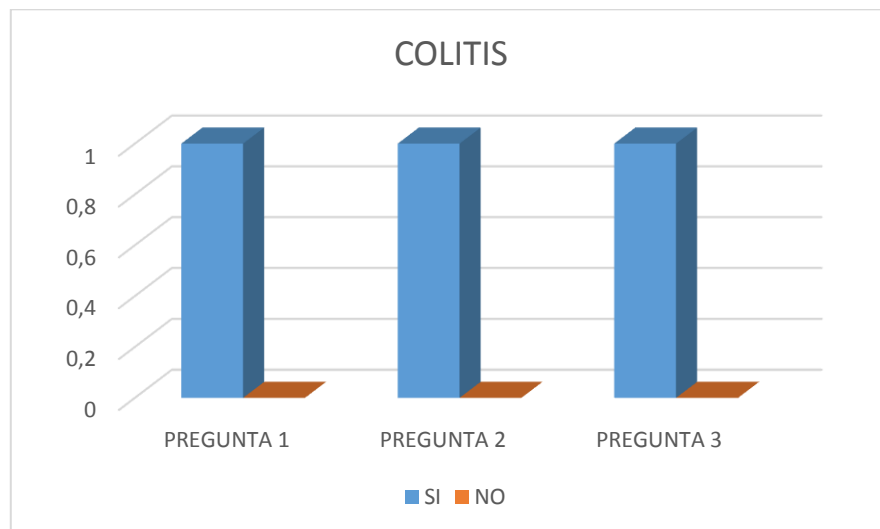


Figura 15: Respuestas de encuesta en colitis.

La Figura 15 demuestra mejoría de la sintomatología presentada, existió un aporte en el conocimiento acerca de su patología y de cómo prevenir nuevos síntomas de colitis.

El paciente que presenta esta sintomatología respondió de forma asertiva a las preguntas realizadas, sintiendo que se cumplió sus expectativas de conocer mejor su enfermedad e implementar un método no farmacológico y saludable para aliviar sus síntomas.

3.3.3 Colon Irritable

1. ¿Sabe usted que es colon irritable? SI___ NO__
2. Mejoraron sus síntomas de colon irritable. SI___ NO___
3. Le agrado las dietas que se implementaron. SI___ NO___

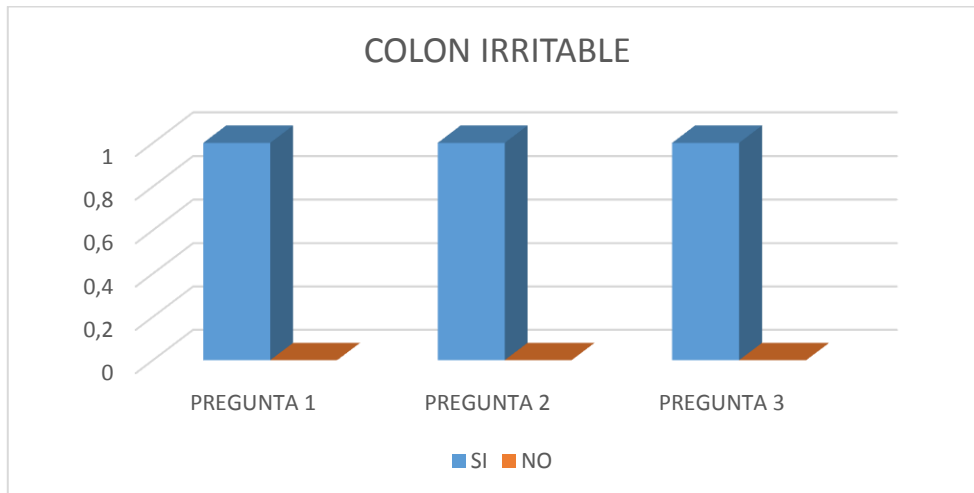


Figura 16: Respuestas de encuesta en colon irritable

Existió mejoría de la sintomatología, un aporte en el conocimiento acerca de su patología y de cómo prevenir nuevos síntomas de colon irritable.

La Figura 16 demuestra una respuesta afirmativa a las incógnitas que se plantearon al paciente con esta sintomatología, dando como resultado que se lo oriento de una forma correcta en el proceso de seguimiento nutricional que se llevó acabo.

3.3.4 Reflujo Gastroesofágico

1. ¿Sabe usted que es el reflujo gástrico? SI___ NO__
2. Mejoraron sus síntomas de reflujo gástrico. SI___ NO___
3. Le agrado las dietas que se implementaron. SI___ NO___

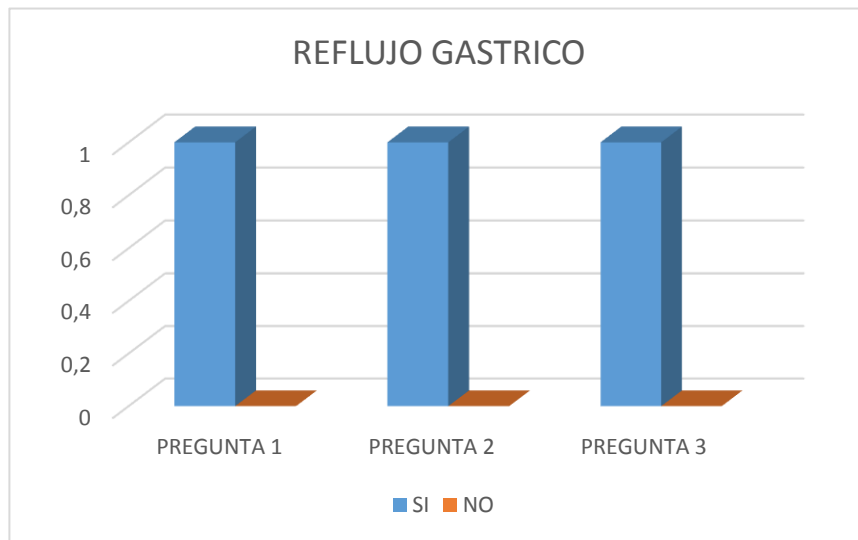


Figura 17: Respuestas de encuesta en reflujo gastroesofágico

Existió mejoría de la sintomatología, un aporte en el conocimiento acerca de su patología y de cómo prevenir nuevos síntomas de reflujo gastroesofágico

3.4 Resultados de la frecuencia de consumo de alimentos:

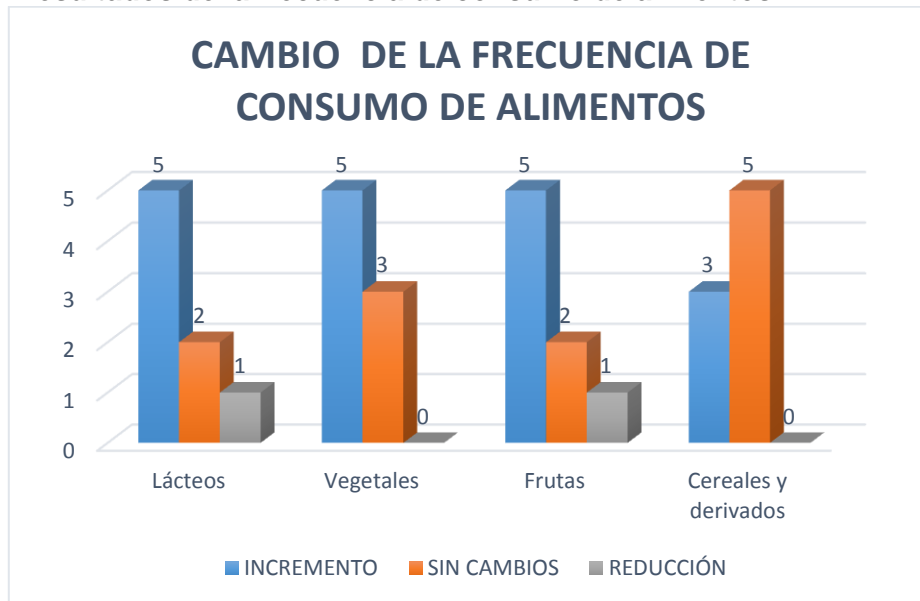


Figura 18: Cambio de la frecuencia de consumo de alimentos con relación a los datos previos a iniciar el plan de alimentación

La mayor parte de los pacientes presentaron un incremento en la ingesta de los grupos de alimentos mencionados, aumentando la cantidad de veces de

consumo y mejorando la calidad de estos grupos de alimentos de acuerdo con su situación clínica.

3.5 Resultado de la presencia de la sintomatología en los pacientes tratados

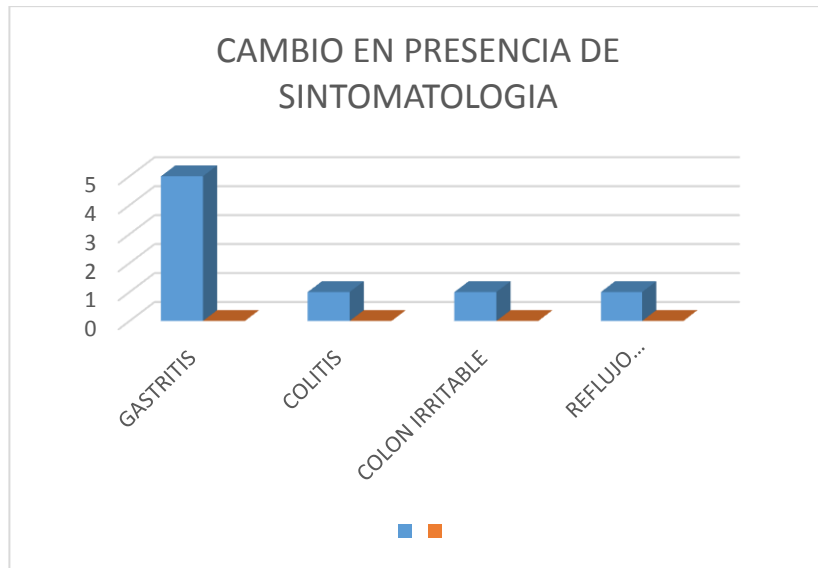


Figura 19. Cambio en presencia de sintomatología

Se observó la ausencia de síntomas en el 100% de los pacientes con gastritis, colitis, colon irritable y reflujo gastroesofágico después del tratamiento nutricional

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Se logró una educación nutricional progresiva en los pacientes modificando su estilo de vida en hábitos alimentarios

Los planes alimentarios desarrollados cumplieron las expectativas de los pacientes ya que mejoraron su estilo de vida disminuyendo sus síntomas y el consumo de medicamentos

Se aportó conocimiento acerca de las diferentes situaciones clínicas tales como gastritis, colitis, colon irritable, y reflujo gastroesofágico y de cómo disminuir la sintomatología presentada en cada uno, evitando ciertos tipos de alimentos, frecuencia y hora de consumo.

Recomendaciones:

Encontrar maneras más eficientes de hacer llegar la información a los pacientes se recomienda de ser posible concretar reuniones en las cuales puedan acudir todos y de esa forma se pueda abrir una mesa de dialogo lo cual les permitirá a los pacientes aclarar todas sus dudas; se disponía de un tiempo limitado en cada visita porque se realizaba dentro de su jornada de trabajo.

Se debe mejorar la encuesta, al no contar con los parámetros suficientes para poder medir la sintomatología de pacientes de una correcta manera para demostrar los datos obtenidos de manera cualitativa, al tener los exámenes de laboratorio un alto costo los pacientes no podrían cubrir el valor de los mismos.

Se recomienda tener varias charlas inductivas antes de iniciar el proyecto para atrapar la atención de los pacientes, de esta forma los mismo desarrollaran un

interés más enérgico en el ámbito dietario y no perderán el interés en el plan de alimentación que se desarrollara.

Bibliografía

- [1] «La gastritis, un mal prevenible», *La RepúblicaEC*. 20-abr-2015 [Online]. Disponible en: <http://www.larepublica.ec/blog/vida-estilo/2015/04/20/gastritis-mal-prevenible/>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [2] K. Ramakrishnan y R. C. Salinas, «Peptic ulcer disease», *Am. Fam. Physician*, vol. 76, n.º 7, pp. 1005-1012, oct. 2007.
- [3] Aguilera Karina. Arévalo Maturana Marta. et al «Conductas_en_gastroenterologia.pdf». [Online]. Disponible en: http://www.intramed.net/userfiles/ebook/Conductas_en_gastroenterologia.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [4] Fernández Travieso, Julio César. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión. *Revista CENIC*. 2014. [Online]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1812/181230079002.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [5] «ENDOSCOPIA: LA TECNOLOGÍA QUE REVOLUCIONA LA MEDICINA DIGESTIVA. | IECED - Instituto Ecuatoriano De Enfermedades Digestivas Y Pélvicas». [Online]. Disponible en: <http://www.ieced.com.ec/endoscopia-la-tecnologia-que-revoluciona-la-medicina-digestiva/>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [6] M. Valdivia Roldán, ene. «Gastritis y gastropatías», *Rev. Gastroenterol. Perú*, vol. 31, n.º 1, pp. 38-48. 2011. [Online]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292011000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es. [Accedido: 04-sep-2017]
- [7] Anderson Mena Rivera. Protocolo de manejo: Gastritis aguda y Crónica. Ebéjico-Antioquia. 2014. [Online]. Disponible en: http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Protocolo-Manejo-Gastritis.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [8] Eduardo Sagaró, M. D. Gastritis. *Revista Gastrohup*. 2009. [Online]. Disponible en:

- <http://revgastrohnap.univalle.edu.co/a09v11n3/a09v11n3art4.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [9] Alonso Alvarado. Patología de estómago. Saemis. [Online]. Disponible en: <http://micasaemis.com/archivos/quintosemestre/Patolog%C3%ADa%20de%20Est%C3%B3mago.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [10] Torres *et al.* Profilaxis, Diagnóstico y Tratamiento de la Gastritis Aguda (Erosiva) en los Tres Niveles de Atención. CENETEC. 2011. [Online]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/516_GPC_Gastritisagudaerosiva/GPC_EYR_GASTRITIS_EROSIVA.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [11] M.^a Carmen Vidal Carou, Joan Bosch Fusté. Interacciones entre alimentos y medicamentos. [Online]. Disponible en: https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_10.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [12] Dr. Rodolfo Alfaro Murillo Hospital San Juan de Dios Costa Rica Colitis. 2004. [Online]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/colitis.htm>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [13] William Otero Regino, Angélica González, Martín Gómez Zuleta. Prevalencia de diferentes tipos de colitis en personas adultas mayores. 2009. [Online]. Disponible en: <http://www.gastrocol.com/file/Revista/v24n3a09.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [14] Omar Vergara Fernández, Takeshi Takahashi Monroy, Quintín Héctor González Contreras. Conceptos actuales en colitis ulcerativa crónica inespecífica. 2006. [Online]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2006/cg061i.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [15] Gladys Guevara P., Marcela Toledo C. Reflujo gastroesofágico en pediatría. Revista Chilena de Pediatría. 2011. [Online]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v82n2/art09.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [16] Balboa *et al.* Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del

- paciente con síndrome del intestino irritable. 2005. [Online]. Disponible en:
<http://www.cochrane.es/files/sii.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [17] Eamonn M.M. Quigley. Michael Fried World Gastroenterology Organization, 2015 Síndrome de Intestino Irritable. 2015. [Online]. Disponible en:
<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-spanish-2015.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [18] Diagnóstico y tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto. CENETEC. 2015 [Online]. Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/042_GPC_ColonIrritable/IMSS_042_08_GRR.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [19] Lic. Isabel C . Martin Gonzales. 2001 «manual_dietoterapia.pdf». [Online]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/manual_dietoterapia.pdf. [Accedido: 26-ago-2017]
- [20] Verónica Cárdenas Mazón. Carlos Cevallos Hermida. ESPOCH 2015 «gastronomía hospitalaria.pdf». [Online]. Disponible en:
<http://cimogsys.espoch.edu.ec/direccion-publicaciones/public/pdf/22/gastronom%C3%ADa%20hospitalaria.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [21] Lic. Isabel C . Dr. Troadio Gonzales. Martin Gonzales. 2001 «manual_dietoterapia.pdf». [Online]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/manual_dietoterapia.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [22] Asociación del Método por Intercambios. 2014 «Dieta por Intercambios». [Online]. Disponible en: <http://www.metodoporintercambios.com/metodo/dieta-intercambios/>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [23] Junta de Andalucía Modulo Informativo «Dietetica y Nutricion_03.pdf». [Online]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/empleo/materialesdidacticos/dietetica/pdf/unidad_03.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [24] Hospital de Sagunto. Servicio de urgencias «05. Dieta de protección gastroduodenal.pdf». [Online]. Disponible en:
<http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/dietas/05.%20Dieta%20de%20protecci%C3%B3n%20gastroduodenal.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]

- [25] NOVARTIS Recomendaciones nutricionales para el paciente «Dietas-Digestivo.pdf». [Online]. Disponible en:
<http://areagestionsanitarianortedecadiz.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/Dietas-Digestivo.pdf>. [Accedido: 04-sep-2017]
- [26] Ricardo García Sieiro . Centro de Salud de Cambre. A Coruña. España «colitis_ulcerosa.pdf». [Online]. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/colitis_ulcerosa.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [27] Consuelo López Nomdedeu. La educación nutricional en la prevención y promoción de la salud. [Online]. Disponible en:
https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_06.pdf. [Accedido: 04-sep-2017]
- [28] Instituto Mexicano del Seguro Social «Enfermedades Gastrointestinales». 2015 [Online]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedades-gastrointestinales>. [Accedido: 04-sep-2017]

Anexos:

NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO	FACULTAD			INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		CIGARRILLOS		ACTIVIDAD FISICA	
					Ingesta	Tipo	Fuma	Unidades	Practica	Interpretación
1	Femenino	FCV			NO		NO		SI	GYM
2	Femenino	EDCOM			NO		NO		NO	
3	Femenino	EDCOM			NO		NO		SI	GYM
4	Femenino	EDCOM	SI	CERVEZA	NO		NO			
5	Femenino	EDCOM	NO		NO		SI	TENNIS		
6	Femenino	EDCOM	NO		NO		NO			
7	Masculino	EDCOM	SI	CERVEZA	NO		SI	GYM		
8	Masculino	EDCOM	NO		NO		NO			

Nombre del paciente	Frecuencia de consumo de Alimentos											
	Lacteos	Vegetales	Frutas	Cereales y derivados	Carnes	Aceites	Comidas rapidas	Snack	Productos de pasteleria	Granos y leguminosas	Alimentos enlatados	Bebidas gaseosas y
1	Diario 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Semanal 2-3	Diario 1	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 2-3	Diario 2-3	Semanal 1	Rara vez
2	Diario 1	Semanal 4-6	Semanal 4-6	Diario 1	Semanal 4-6	Diario 1	Rara vez	Rara vez	Rara vez	Semanal 1	Semanal 1	Rara vez
3	Semanal 4-6	Semanal 4-6	Semanal 2-3	Semanal 4-6	Semanal 4-6	Semanal 4-6	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 1
4	Semanal 2-3	Semanal 4-6	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 4-6	Diario 1	Semanal 1	Semanal 1	Semanal 1	Rara vez	Semanal 2-3	Rara vez
5	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Rara vez	Semanal 2-3	Rara vez	Diario 1
6	Diario 1	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Diario 1	Diario 2-3	Diario 1	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 1	Semanal 2-3	Semanal 1	Semanal 2-3
7	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Diario 2-3	Diario 1	Diario 1	Semanal 2-3	Semanal 1	Semanal 4-6	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 2-3
8	Diario 4-5	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Diario 2-3	Rara vez	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Semanal 2-3	Rara vez	Rara vez

Ejemplo de dieta aplicada a gastritis.

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Leche semidescremada, 2 rebanadas de pan blanco con mermelada y queso.	1 vaso de batido de guineo con leche semidescremada, 2 rebanas de pan tostado con queso	Yogurt bajo en grasa con cereal, un durazno	Batido de melón, 1 taza de cereal	1 taza de fruta picada melón con yogurt	Yogurt bajo en grasa con cereal, un durazno	Batido de durazno con leche semidescremada y cereal
Una taza de duraznos picado	Colada de avena (leche semidescremada) y una pera picada	1 vaso de leche de soya con galletas de sal	1 vaso de batido de papaya	Fruta picada, guineo, papaya.	Gelatina con papaya	Pudin de vainilla, durazno
pollo asado con verduras salteadas (aceite de oliva) con arroz blanco.	arroz con pescado a la plancha, ensalada de remolacha y una infusión	Aguado de pollo, arroz integral con bistec de carne con jugo de sandia	Guisado de vegetales con pollo, jugo guayaba	Papa al horno, carne asada, vainitas cocinadas con salsa de queso, infusión	Seco de pollo con arroz blanco y jugo de guayaba	Guiso de pescado, con arroz blanco, jugo de sandia
Yogurt bajo en grasa, una taza de guineo picado con papaya y con avena	Colada de manzana, galletas de sal	1 vaso de yogurt bajo en grasa, con fruta picada guineo, melón	Colada de tapioca con manzana, sanduche de queso	Taza de fruta, papaya, melón, durazno.	Colada de manzana, galletas de sal	Colada de Tapioca y fruta picada (melón o papaya)
Infusión, tortilla de verde con queso	Ensalada (lechuga, tomate) con pollo, 2 tortillas de papa, infusión	Infusión, porción de arroz con pollo a la plancha	Ensalada con pescado a la plancha con vegetales salteados, infusión	Arroz, con ensalada de rábano y pescado a la plancha	Vegetales salteados, con pescado a la plancha, un durazno y infusión	Puré de papa (leche semidescremada), pollo al horno, infusión

