

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“CASO CLÍNICO PACIENTE ADULTO QUE VIVE CON OBESIDAD” ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el diploma de

ESPECIALISTA EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES

Presenta

GLORIA VARGAS SÁNCHEZ

Directora:

MNC [Gloria](#) Marcela Ruiz Cervantes NC

Lectores:

MNC Ana [Guadalupe](#) Vega Castillo
Dra. Alicia Parra Carriedo

Ciudad de México, 2023

2. Índice

3. Resumen/ Abstract 5

4. Introducción al caso

- a. Prevalencia de los principales padecimientos del paciente 6,7,13,14
- b. Etiología de los principales padecimientos del paciente 7-11,15-16
- c. Fisiopatología de los principales padecimientos del paciente 11,19

5. Historia clínica y valoración integral

- a. Antecedentes heredofamiliares 20
- b. Antecedentes personales no patológicos 20
- c. Antecedentes personales patológicos 21
- d. Antecedentes gineco-obstétricos 22
- e. Medicación actual 22
 - i. Interacciones fármaco-fármaco 22
 - ii. Interacciones fármaco-nutrimiento 22
- f. Interrogatorio por aparatos y sistemas 23
- g. Exploración física 24
- h. Estudios de gabinete 24
- i. Diagnóstico médico 24
 - i. establecidos 24
 - ii. por confirmar 24
- j. Tratamiento médico 24
- k. Consideraciones éticas Consideraciones éticas y de bioseguridad 25

6. Proceso de atención nutricia y evaluación integral en formato SOAP 25

a. Evaluación del estado nutricional

Comentado [mr1]: Favor de considerar el orden y numeración del texto para hacer tu índice. Veo que pusiste el índice del repositorio pero no coincide con el de tu trabajo.

Eliminó: ÍNDICE

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Eliminó:

Eliminó: 4

Eliminó:

Eliminó: .

Eliminó: 4,5,11,12

Con formato: Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: a, b, c, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Eliminó:

Eliminó: 6,12

Eliminó: ...

Eliminó: ..

Eliminó: 8,9,14

Eliminó: 15

Eliminó: ...

Eliminó:

Eliminó: 15

Eliminó: 15

Eliminó: 15

Eliminó: 16

Eliminó: 16

Eliminó: .16

Eliminó: .16

Eliminó: 17

Eliminó: 17

Eliminó: ..

Eliminó: ..

Eliminó: 17

Dio formato: Sin Resaltar

Con formato: Sangría: Izquierda: 1.27 cm, Sin viñetas ni numeración

Eliminó:

Eliminó: 18

Con formato: Sin viñetas ni numeración

i. Indicadores:

- 1. Antropométricos 25 - 28
- 2. Bioquímicos..... 29
- 3. Clínicos..... 29
- 4. Dietéticos..... 30 - 34
- 5. Estilo de vida
 - a. Emocionales 34 - 36
 - b. Actividad física 36
 - c. Patrón de sueño..... 37

b. Diagnóstico nutricional (PES) 37-38

c. Plan de intervención inicial 38

- i. Objetivos de intervención 38
- ii. Metas SMART creadas en colaboración con el paciente..... 39
- iii. Requerimientos nutricionales..... 40
- iv. Tipo de dieta..... 40
- v. Recomendación nutricional..... 41
- vi. Consejería adicional..... 41
- vii. Distribución por el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE) 41
- viii. Menú ejemplo..... 41
- ix. Prescripción de actividad física..... 42
- x. Estrategias educativas..... 43

d. Monitoreo

i. Indicadores

- 1. Antropométricos..... 44

Eliminó: ...

Eliminó: 19, 20

Eliminó: 1

Eliminó: 1

Eliminó: ...

Eliminó: 21

Eliminó: 25

Eliminó:2

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 3 + Estilo de numeración: a, b, c, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 3.17 cm + Sangría: 3.81 cm

Eliminó: ...

Eliminó: 27

Eliminó: 28

Eliminó: ..

Eliminó:

Eliminó: 28-

Eliminó: 29

Eliminó: ...

Eliminó: .

Eliminó: .

Eliminó: .29

Eliminó: ¶

¶

Objetivos de intervención:

Eliminó: 29

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: i, ii, iii, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Derecha + Alineación: 1.9 cm + Sangría: 2.54 cm

Eliminó: 29

Eliminó: 30

Eliminó: <#>¶

Eliminó: <#>30

Eliminó: Distribución por SMAE.....31¶

Dio formato: Sin Resaltar

Eliminó: Menú ejemplo.....33 ¶

Dio formato: Sin Resaltar

Dio formato: Sin Resaltar

Eliminó:34

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 2 + Estilo de numeración: i, ii, iii, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Derecha + Alineación: 1.9 cm + Sangría: 2.54 cm

Eliminó: 35

Eliminó: 36

3. Resumen/Abstract

a. Resumen

Se presenta un caso clínico de una paciente femenina de 58 años, la cual acude a consulta para pérdida de peso, con antecedentes personales de hipertensión arterial controlada y dislipidemia. En su consulta inicial y con apoyo de estudios bioquímicos y antropométricos se agrega diagnóstico de síndrome metabólico, obesidad grado I, ingesta energética excesiva y elecciones no deseables de alimentos. Se implementa intervención nutricional con plan de alimentación bajo en calorías distribuido de acuerdo con IOM, se realiza educación alimentaria y nutricional, a través de talleres, manejo de equivalentes, creación e implementación de metas SMART, mejoras en actividad física y prescripción del ejercicio durante 4 semanas. Los resultados posteriores a la intervención fueron; remisión de síndrome metabólico, disminución en parámetros de IMC, mejoría elecciones no deseables de alimentos, con un cumplimiento de metas SMART mayor al 85%. El manejo personalizado de la obesidad y comorbilidades; logra resultados exitosos.

b. Abstract

A 58-year-old female patient case report is presented, arrived at the clinic for weight loss, with a personal history of controlled arterial hypertension and dyslipidemia. A diagnosis - with the support of biochemical and anthropometric studies - of metabolic syndrome, grade I obesity, excessive energy intake and undesirable food choices, was accomplished. Nutritional intervention is implemented with a low-calorie eating plan distributed in accordance with IOM, food and nutrition education is carried out, through workshops, management of equivalents, creation and implementation of SMART goals, improvements in physical activity and exercise prescription for 4 weeks. The results after the intervention were remission of metabolic syndrome, decrease in BMI parameters, decrease in undesirable food choices, with greater than 85% compliance with SMART goals. Personalized management of obesity and comorbidities; promises successful results.

Comentado [mr2]: Favor de corroborar que todos los títulos y subtítulos cumplan con lo solicitado en el repositorio:

- a. Cuidar ortografía y redacción
- b. Tipo de letra Arial 12
- c. Interlineado 1.5
- d. Jerarquía de los títulos
 - i. Título principal: 14 puntos e ir centrado
 - ii. Subtítulos: pueden ir alineados a la izquierda, con un tamaño de 14 puntos
 - iii. Si hay un título de menor jerarquía que el subtítulo, éste puede ir alineado a la izquierda, con un tamaño de 12 puntos y en negritas

Si es el caso de que exista un título más pequeño, éste puede ir alineado a la izquierda, con un tamaño de 12 puntos y en cursivas

DEBIDO A QUE NO TIENES NUMERADO TU TRABAJO, SUJERO HACERLO DE FORMA MÁS ORGANIZADA QUE LA QUE PROPONEN EN LA BIBLIOTECA, A VER QUE TE PARECE. YA TENEMOS VOBO PARA HACERLO ASÍ.

Eliminó: 3.

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto, Español

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto

Con formato: Sangría: Izquierda: 1.27 cm, Sin viñetas ni numeración

Eliminó: 3.1.

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto, Español

Con formato: Izquierda, Sangría: Izquierda: 0.63 cm

Eliminó: Abstract:

Eliminó: 3.2.

Dio formato: Fuente: 14 pto

Eliminó: ¶

4. Introducción al caso

a. Prevalencia de los principales padecimientos del paciente

i. Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son definidos por la acumulación excesiva o anormal de grasa, lo cual es un riesgo para la salud. En cuanto al diagnóstico de ambas, este se realiza de manera sencilla, a través de la medición del índice de masa corporal (IMC), el cual se calcula haciendo una división del peso de la persona en kilogramos sobre la talla al cuadrado en metros.¹

Para poder definir si una persona adulta tiene obesidad, se utiliza el IMC, en el caso del sobrepeso, el diagnóstico se realiza cuando este IMC es mayor o igual a 25kg/m² y en el caso de obesidad se considera así, cuando el IMC es igual o mayor a 30kg/m²¹

Estas dos enfermedades (obesidad y sobrepeso), son uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas; los eventos vasculares, infarto agudo al miocardio, diabetes mellitus, hipertensión arterial, eventos cerebrales vasculares, mayores riesgos cardiovasculares y aumento en el riesgo de desarrollo de muchos tipos de cancer. La población pediátrica con sobrepeso y/u obesidad, también tiene riesgo de presentar este tipo de enfermedades, además de que los niños que desarrollaron sobrepeso, están predispuestos a desarrollar obesidad en edad adulta.¹

El último reporte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018), en nuestro país se reportó una prevalencia elevada y alarmante de sobrepeso y obesidad, de tal forma que los adultos de 20 años y más fue de 75.2%, en personas de 12 a 19 años de 35.8%, en los niños de 5 y 11 años fue de 35.6% y en la población de 0 a 4 años se encontró un 8.2% de sobrepeso, de los cuales, el 22.2% tienen riesgo de sobrepeso.^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la obesidad casi se ha triplicado en todo el mundo, menciona que en 2016 las cifras superaron 1900

Eliminó: l

Eliminó: Al

Eliminó: C

Dio formato

Dio formato

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto,

Eliminó: 4.1.

Dio formato: Fuente: 12 pto, Negrita

Dio formato

Eliminó: e

millones de adultos con sobrepeso, y de ellos más de 650 millones vivían con obesidad.^{3,4}

En el ámbito pediátrico, se encontraron 41 millones de niños, de edad de menos de 5 años con sobrepeso u obesidad y en la población de 5 a 19 años; 340 millones.^{3,4}

Sin olvidar que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, representan la segunda causa de consulta médica en la población de 50 años y más^{3,5}.

La obesidad se ha conceptualizado como una enfermedad crónica, con graves repercusiones en la salud, la cual aumenta la morbi-mortalidad y pone en riesgo de desarrollo de otras comorbilidades a las personas que la padecen. Todo esto obliga a que el adecuado manejo se realice a través de un equipo multidisciplinario, en el que el profesional de la salud especializado en el área realice consultas con integración de diversos parámetros y no solo el del peso, sin olvidar los factores de riesgo a los cuales se enfrenta y la posibilidad de que a través de esta enfermedad, pueda desarrollar diferentes comorbilidades^{3,5,6}.

Anteriormente se creía que el tejido adiposo era solo una estructura corporal especializada específicamente en el almacenamiento de triglicéridos, pero en la actualidad, se sabe, que esto ha cambiado radicalmente. Hoy, se reconoce al tejido adiposo como un órgano especializado hormonalmente, a nivel celular, específico en cuanto a su topografía, con grandes cambios a nivel hormonal; y con una función de suma importancia e impacto para la utilización de energía metabólica, en conjunto con el resto de órganos y tejidos. Ya existe la afirmación de algunos investigadores acerca de que el tejido adiposo está involucrado en el desarrollo de la obesidad corporal y como puede ser el principal protagonista.⁷

b. Etiología:

La mayoría de las ocasiones se resume que la causa principal del sobrepeso y la obesidad está dada por un desequilibrio, donde hay una mayor ingesta de calorías al cuerpo contrastado con las que se pueden llegar a oxidar. Ahora a esta etiología

Eliminó: ¶

Tabla 1. Distribución porcentual de servicios de salud ambulatorios en las últimas 2 semanas por motivo principal de consulta.¶

Motivo de consulta	Núm. (miles)
Enfermedades y síntomas respiratorios agudos*	1,876
Diabetes, enfermedad cardiovascular y obesidad¹	1,201
Enfermedades y síntomas gastrointestinales†	461
Enfermedades urológicas‡	247
Enfermedades y síntomas respiratorios crónicos§	101
Síntomas neurológicos y psiquiátricos¶	85
Enfermedades y síntomas reumatólogicos y dermatológicos**	136
Enfermedades infecciosas††	62
Lesiones físicas por accidente o agresión‡‡	37
Alergia, intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña	14
Embarazo	17
Cáncer	12
Otros padecimientos‡‡‡	29
Otros no específicos	2,033
No sabe	12
Totales	7,343

Fuente: ENSANUT 2018-19

Notas:

Por consecuencia del redondeo, es posible que los porcentajes no sumen 100%.

*Incluye: Infecciones respiratorias, neumonía o bronconeumonía, tos, catarro, dolor de garganta

†Incluye: Enfermedades del corazón, diabetes, hipertensión arterial, embolia o derrame cerebral

‡Incluye: Difteria, gonorrea, sífilis o clonidia gonorrea, coftis o paratuberculosis intestinal

§Incluye: Enfermedades renales o infecciones de vías urinarias

¶Incluye: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema) o asma

**Incluye: Alcoholismo, tabaquismo, padecimientos generados por consumo de drogas, pérdida

‡‡Incluye: Fiebre reumática, artritis, problemas de la piel

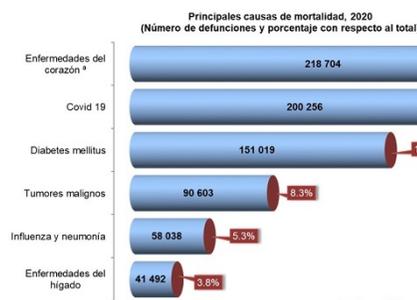
‡‡‡Incluye: Tuberculosis, conjuntivitis, hepatitis, enfermedad erantematocefálica, rubéola, escar

Encluye: lesión física por accidente o lesión física por agresión

¶¶Incluye: Enfermedad bucodental, dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación, fiebre sin o

En la tabla 1 se muestra la distribución porcentual de usuarios de servicios de salud ambulatorio por grupos de edad, con motivo principal de consulta médica. Fuente: ENSANUT 2018-1019.

Eliminó: Gráfica 1. Principales causas de mortalidad, 2020 ¶



Nota: No suma 100% porque el al de estudio solo cuenta Fuente: Elaboración propia con

... [1]

Eliminó: 4.1.1.

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Eliminó: i

debemos sumar el peso importante de los factores que influyen en el desarrollo de esta enfermedad, como son las causas metabólicas, genéticas, hormonales, conductuales, el ambiente en el que se desarrolla la persona y el estilo de vida.⁸

En Estados Unidos, se conoce que la ingesta alimentaria en la población es sumamente excesiva en energía, a menudo, los alimentos; proceden de comida rápida y bebidas altas en calorías. Todo esto contribuye a que las personas con obesidad ingieran más calorías antes de sentirse satisfechas, incluso antes de sentir hambre, ligados al consumo por ansiedad Vs. estrés y la mala selección de los alimentos y bebidas.⁸

La población de occidente se reporta con alta carga laboral pero con menor exigencia en actividad física, por lo que refieren; no suelen oxidar tantas calorías. Incluso en las actividades cotidianas consumen menos calorías, todo ello ligado a la alta tecnología con la que cuentan, como escaleras eléctricas, bancos adaptados para la atención en ventanilla para coches, aumento en el uso de controles remotos, etc.⁸ A continuación se describen los principales factores de riesgo.⁸

i. Influencias familiares y genética

La familia tiene una gran influencia en el desarrollo de la obesidad, ya que con ella se comparten estilos de vida similares, además de los hábitos alimentarios y nutricios.⁸

La genética sin duda esta involucrada, ya que puede afectar al metabolismo, contribuir en modificar la cantidad de grasa en el cuerpo, la forma en la que la distribuye, la regulación en la oxidación de la misma, la covnversión de energía de los alimentos y hasta el consumo enrgético durante la actividad física y/o ejercicio.⁸

ii. Diferentes estilos de vida que contribuyen al sobrepeso y obesidad:

1. Dieta no saludable. Contiene alimentos hiperenergéticos, bebidas azucaradas, es muy alta en energía, mala calidad nutrimental, baja o nula en el consumo de verduras y frutas. Promueve el riesgo de obesidad y sobrepeso.⁸

Eliminó: ¶
Factores de riesgo: ¶
La contribución de los factores en conjunto con la causa promueven el desarrollo de la obesidad

Eliminó: ;

Eliminó: 4.1.1.1

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Eliminó: 4.1.1.2.

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Eliminó: exceso de energía,

Eliminó: calóricos

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto, Sin Negrita, Cursiva

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

Con formato: Párrafo de lista, Sin viñetas ni numeración

2. Líquidos con exceso de calorías. Se ingieren demasiadas calorías en bebidas azucaradas sin llegar a la saciedad, además de las calorías provenientes del alcohol. Otras bebidas altas en calorías, como los diferentes tipos de refrescos, contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad.⁸

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Con formato: Sangría: Izquierda: 1.27 cm, Sin viñetas ni numeración

3. Sedentarismo. El permanecer sentado e inactivo promueve un balance energético positivo, lo que da como resultado aumento de peso, de tal forma que, las personas consumen más kilocalorías de las requieren en su vida diaria. La tecnología también ha contribuido a este estilo de vida, ya que se ha comprobado que; a mayores horas en pantalla es más alto el riesgo de sobrepeso y/u obesidad.⁸

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

iii. Farmacos y enfermedades

Existen patologías muy precisas que son la causa de la obesidad, tal es el caso del síndrome de de Cushing y el síndrome de Prader Willi, por otro lado, hay algunas enfermedades que contribuyen al desarrollo de la misma, como aquellas lesiones médicas que imposibilitan la práctica del ejercicio por padecimientos osteomusculares.⁸

Eliminó: 4.1.1.3.

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Los farmacos también son un factor de riesgo para el aumento de peso, ya que existen algunos que lo promueven, entre ellos se encuentran medicamentos como; los betabloqueadores, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, esteroides, hipoglucemiantes, y agentes bloqueantes beta adrenérgicos.⁸

iv. Problemas sociales y económicos,

Algunos factores sociales que se relacionan con la obesidad, son: la falta de espacios seguros para realizar actividad física, falta de conocimiento preciso en temas de nutrición, así como educación alimentaria para llevar a cabo la correcta preparación de los alimentos. El acceso limitado a los alimentos de buena calidad nutrimental es otro factor determinante en el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Es necesario considerar que las personas con las que se convive en el diariamente son una influencia significativa para los hábitos y el desarrollo de obesidad, así

Eliminó: 4.1.1.4.

Eliminó: .

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

mismo se ha mencionado que aquellas personas con familiares que viven con obesidad, tienen mayor riesgo de desarrollarla.⁸

v. Edad

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, pero se reconoce también, que mientras más pasan los años existe un incremento en el riesgo, debido a disminución en las actividades físicas, modificaciones hormonales, pérdida de masa muscular, cambios en el estilo de vida; predisponiendo a su desarrollo con mayor facilidad. Es en esta etapa es donde se debe promover con mayor énfasis, el incremento en la actividad física y/o ejercicio, además de modificaciones en la alimentación dirigidas hacia un estilo de vida saludable, disminuyendo así el riesgo.⁸

Eliminó: 4.1.1.5.

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

vi. Otros factores

1. Es común encontrar mujeres que después de su embarazo se quedan con los cantidad de kilos ganados en el transcurso de los trimestres, algunas de ellas pueden desarrollar obesidad durante su embarazo y esta persiste en el tiempo.⁸
2. El tabaquismo esta relacionado con el sobrepeso y la obesidad, incluso en algunas personas puede provocar directamente obesidad.
3. Existen reportes que el hecho de suspender el tabaquismo se asocia con aumento peso, sobre todo cuando las personas utilizan la comida como un sustito en el momento que anteriormente utilizaban para fumar. Se conoce que los beneficios en la suspensión del tabaquismo mejoran considerablemente la salud.⁸
4. Calidad de sueño. Las alteraciones en la calidad de sueño provocan cambios a nivel hormonal, que puede incrementar el hambre y el deseo por lo alimentos hiperenergéticos, propiciando así un aumento de peso.⁸

Eliminó: 4.1.1.6.

Dio formato: Fuente: Negrita, Sin Cursiva

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

Con formato: Párrafo de lista

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

5. Estrés. Las afecciones en el estado animico pueden predisponer al aumento de peso, siendo mayor con el incremento de estres.⁸

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

6. Microbioma. Es importante mantener sana la flora intestinal, ya que las variaciones o afecciones contribuyen al incremento de peso.⁸

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Aunque se tengan algunos de estos factores presentes, no podemos asegurar el desarrollo de obesidad, ya que como podemos inferir, la mayoría de estos son factores modificables, entre ellos encontramos; plan de alimentación, ejercicio y/o actividad física, estilo de vida, etc.⁸

c. Fisiopatología de la obesidad

Eliminó: 4.1.2.

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Con el paso de los años, se ha encontrado que el origen de la obesidad esta vinculada a múltiples causas e interacción de las mismas, descritas como complejas. "El tejido adiposo, como órgano endócrino, tiene un papel central en la fisiopatología de la obesidad".⁹ El tejido adiposo pardo y blanco son de suma importancia para regular el equilibrio energético; el pardo interactuando mediante la termogénesis, con una asociación negativa hacia el indice de masa corporal. El blanco, del cual se creía que su función era unicamente para almacenar energía, hoy es considerado un órgano endocrino con la cacapidad de generar adipocitoquinas que inhiben la inflamación y algunas otras que la generan y sostienen.⁹

Eliminó: ¶

Cuando existe un aumento en los requerimientos energéticos, el tejido adiposo tiende a expandirse y cuando llega al límite de la expansión se genera afección con baja sensibilidad a la insulina y secundariamente; resistencia a la misma, provocando así afecciones en el estado de salud. La obesidad central se relaciona con mayores riesgos en salud.⁹

Eliminó: El tejido adiposo

Actualmente se habla de la influencia de la microbiota con la obesidad, encontrando que, cuando hay afecciones en la misma, las personas están mayormente predispuestas al desarrollo de obesidad, ligadas al desequilibrio entre bacteroidetes y firmicutes principalmente. "Además, aparentemente, la disbiosis generada por la

Eliminó: e

composición particular de la microbiota genera procesos inflamatorios que interfieren en el equilibrio energético”.⁹

i. Criterios Diagnósticos:

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad de acuerdo al IMC, donde el sobrepeso es un IMC igual o superior a 25 y la obesidad un IMC igual o superior a 30.¹¹

El IMC continua siendo la medida más fácil y de mayor utilidad para evaluar y clasificar el sobrepeso y la obesidad, esta medida se puede utilizar para ambos sexos y cualquier edad en el caso de los adultos. El resultado de esta medición debe ser considerado como aproximado ya que nos brinda un panorama general, ya que no especifica la cantidad de grasa real que pueda tener una persona.¹⁰

Algunos puntos que se utilizan para clasificar el grado de la enfermedad se pueden observar en muchos individuos, basandonos en la definición del índice de masa corporal (definido como peso/estatura al cuadrado), aunque no todos. “Estos criterios incluyen signos o síntomas específicos (como aumento de la adiposidad), reducción de la calidad de vida y/o aumento del riesgo de enfermedades adicionales, complicaciones y desviación de la fisiología normal o fisiopatología bien caracterizada (por ejemplo, inflamación, resistencia a la insulina y alteraciones de las señales hormonales que regulan la saciedad y el apetito)”. Se corre el riesgo de que si ocupamos solo el IMC para poder definir a la obesidad, podemos etiquetar erróneamente a pacientes que por el contrario; su peso se encuentre aumentado por aumento de masa muscular y no precisamente por masa grasa.⁹

Se considera necesario valorar a las personas no solo por IMC, si no también por riesgo cardiovascular, para ello se realizan estimaciones con algunas mediciones que se vinculan con la cantidad de grasa visceral, específicamente con mayor peso para aquellos que no rebasan 35kg/m² en su IMC, como por ejemplo la circunferencia de cintura, donde los valores van de 88 cm para mujeres y 102 cm para hombres de acuerdo con la OMS; para la población mexicana se aceptan incluso puntos de corte de 80 y 90 cm para mujeres y hombres, respectivamente.

Eliminó: 4.1.3.

Eliminó: 0

Además se ha encontrado que el aumento en la circunferencia abdominal por sí sola, ya es un riesgo de enfermedad, esto independiente del IMC.⁹

Dio formato: Superíndice

Es importante mencionar que hoy en día, se utiliza una herramienta que nos permite estratificar el impacto de la obesidad en la salud, de acuerdo a la carga de comorbilidades de cada paciente, esto se hace a través del Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton (EOSS, por sus siglas en inglés), el cual consiste en poder identificar comorbilidades y el estado de la limitación funcional que pueden sufrir una persona que vive con obesidad, posterior a ello, el profesional puede guiarse para el diseño de los objetivos terapéuticos en su tratamiento e incluso priorizar el orden de la atención de las comorbilidades. Dicha clasificación va desde el estadio 0 hasta el estadio 4, considerando en cada estadio; el estado médico, mental y funcional, afección ausente, leve, moderada, grave y terminal, de tal forma que en el estadio 0 no hay signos de obesidad ni factores de riesgo y en el estadio 4 encontramos al paciente grave (etapa potencialmente terminal) por comorbilidades relacionadas con obesidad.¹⁰

Eliminó: ¶

Eliminó: ¶

¶
¶
¶
¶
¶

a. Prevalencia de los principales padecimientos del paciente

i. Hipertensión arterial

Cuando hablamos de hipertensión arterial, hacemos referencia a niveles por encima de las cifras establecidas como normales. La presión arterial es normal si está por debajo de 120/80 mmHg. Cuando una persona presenta cifras sistólicas de 120 a 129mmHg y una presión diastólica de menos de 80mmHg; quiere decir que su presión arterial se encuentra elevada. La hipertensión es aquella presión sistólica igual o mayor a 130mmHg ó mayor o igual a 80mmHg de presión diastólica sostenida en el tiempo.¹²

Dio formato: Superíndice

Eliminó: 4.2.

Eliminó: ¶

¶
¶
¶

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Dio formato: Fuente: Negrita

En cuanto al diagnóstico de HTA, se deben considerar al menos 2 mediciones de días diferentes, encontrando las 2 tomas de presión por encima o igual a 140 mmHg en el caso de la sistólica y para la diastólica será; superior o igual a 90 mmHg. Esta enfermedad continua siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, alcanzando cifras de 10,4 millones por año.¹²

Eliminó: 1

Eliminó: 1

En el año 2010, se reportaron 1.390 millones de personas con hipertensión arterial, de las cuales; aproximadamente 349 millones pertenecían a países de altos ingresos (HIC, por sus siglas en inglés) y en países de bajos y medianos ingresos (LMICs, por sus siglas en inglés) se encontro; 1.04 mil millones.¹² Además esta enfermedad va de la mano con niveles bajos de conciencia en las personas, ya que se reporta un mayor número en los LMICs con un 38% Vs HIC 67%.¹³

Se reporta que existen 1280 millones de adultos con hipertensión, los cuales tiene un rango de edad de 30 a 79 años y dos tercios de estos adultos pertenecen a países de bajos y medianos ingresos. El 46% de la población adulta con hipertensión ignoran su enfermedad. Además de esto, más de la mitad de las personas que padecen esta enfermedad no cuenta con tratamiento, se reporta que tan sólo el 42% de la población es diagnosticado y que solo 1/5 tiene control de su enfermedad. Hoy en día reducir la prevalencia de esta enfermedad en un 25% es una meta mundial, considerando la referencia y meta del año 2010.¹⁴

El porcentaje de afección en la población de las Americas va del 20 al 40% en adultos con HTA.¹⁵

La HTA es un factor de riesgo alto para enfermedades cardiovasculares en adultos y en población mexicana, reportando un incremento a partir de los 20 años de edad.

¹⁵ En el año 2000, se reportó el 30.05% según la Encuesta Nacional de Salud, posteriormente se reportó 31.6% en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2006, seguido de un 31.5% en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2012, con un aumento considerable hasta un 49.2% en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2021, de prevalencia de HTA en adultos en condición de vulnerabilidad, de todos ellos: el 54.7% no conocían su diagnóstico.¹⁷

En relación a la edad, se reporta un aumento en la prevalencia, según datos del estudio de Factores de Riesgo en México 2007 (FRIMEX) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2012.¹⁶

En cuanto a la prevalencia de HTA en relación a la edad, sexo y tipo de diagnóstico, en una encuesta publicada por Ensanut 2021, México, se encontró

Eliminó: ²

Eliminó: ³

Eliminó: ⁴

Eliminó: ¹
26.6% en 1993.¹⁵
³

Eliminó: 0.05%

Eliminó: e

Eliminó: ¹⁵

Eliminó: ¹

Eliminó: ¹⁵

Eliminó: ¹⁵

Eliminó: ¹

Comentado [mr5]: Te pido que pongas lo más relevante de esta información en texto seguido, no como bullets.

Eliminó: de ellos

Eliminó: ¹⁶

Eliminó: ⁵

Eliminó: **Tabla 2. Prevalencia de hipertensión arterial en relación a la edad, sexo y tipo de diagnóstico.**

Edad en años	Hallazgo en la encuesta					Diagnóstico	
	Expansión				Ea		
	n muestra	N(miles)	%	IC95%	n muestra	N(miles)	
20 a 29	22	259.1	3.1	1.8,5.1	19	179.7	
30 a 39	41	355.9	4.1	2.6,6.4	61	496.6	
40 a 49	104	705.4	8.9	7.0,11.3	188	1 292.5	
50 a 59	103	745.7	11.6	8.7,15.2	253	1 932.1	
60 a 69	93	638.9	15.1	11.7,19.3	303	1 772.0	
70 a 79	53	391.4	19.6	13.5,27.4	174	1 037.4	
80 o más	17	73.0	14.5	8.0,24.9	42	209.8	
Total	433	3 169.5	8.3	7.3,9.4	1 040	6 920.1	

Edad en años	Hallazgo en la encuesta				Diagnóstico	
	Expansión			Ea		
	n muestra	N(miles)	%	n muestra	N(miles)	
20 a 29	53	632.3	8.9	6.3,12.5	20	249.1
30 a 39	78	958.9	14.3	10.1,19.9	40	535.9
40 a 49	70	1 011.0	15.5	11.8,20.1	65	808.9
50 a 59	72	633.8	16.2	11.9,21.7	97	756.1
60 a 69	90	822.0	21.6	16.6,27.5	123	1 249.6
70 a 79	48	394.6	15.9	9.8,24.7	98	992.4
80 o más	18	120.6	18.4	10.6,29.9	31	341.5
Total	429	4 573.2	14.7	12.8,16.7	474	4 933.4

población con cifras de tensión arterial sistólica \geq 140 mmHg o tensión arterial diastólica 290 mmHg y que no tenían un diagnóstico previo de hipertensión.¹⁷

Para realizar la estratificación de la HTA, se han mencionado factores de riesgo a considerar: Sexo, edad, la presencia y el tipo de dislipidemia, la población o grupo en riesgo de diabetes, las personas que viven con diabetes, aquellos que viven con sobrepeso y/u obesidad y las personas que tienen riesgo cardiovascular en familiar de primer grado. Estos elementos se consideran como son señalados en la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial Sistémica. - Diario Oficial de la Federación 19 de abril de 2017.¹⁶

b. Etiología de la hipertensión arterial

La Hipertensión arterial esencial o primaria ocupa entre el 90 y 95% de todos los casos de hipertensión, quedando representada la hipertensión arterial secundaria tan solo por un 5 a 10% de todos los casos, en cuanto a la prevalencia, como se pudo observar, esta es variable de acuerdo a edad, sexo y factores clínicos. La hipertensión arterial secundaria se ha englobado como una enfermedad con una etiología tratable, aunque el tratarla no quiere decir que solucione el daño vascular o normalice las cifras de tensión arterial, además este tipo de HTA es menos frecuente encontrarla.¹³

La base de la hipertensión arterial es heterogenea y como en algunas otras enfermedades, también influye en su desarrollo la genética, se reportan aprox. 120 loci que intervienen en el comportamiento de la presión arterial, sin embargo aún el analisis en conjunto de todos ellos, se liga una parte reducida en cuanto a heredabilidad. Se mencionan formas monogénicas donde sólo existe una sola mutación que produce HTA (ej. Aldosteronismo, síndrome de Liddle).¹³

En cuanto al tipo de hipertensión arterial esencial se refiere, existe influencia de los factores ambientales y adquiridos para su desarrollo y la presencia de esta, entre los cuales se encuentran; el alcoholismo, dietas con alto contenido de sodio, sedentarismo, obesidad y sobrepeso.¹³

Eliminó: 1

La tabla 2 muestra la prevalencia de HTA en relación a edad, con hallazgo en la encuesta: son los adultos con cifras de

Eliminó: . Con diagnóstico médico previo: son los adultos que tenían un diagnóstico médico de hipertensión arterial, antes de participar en la encuesta. FUENTE: Ensanut 2021, México

Eliminó: 6

Con formato: Izquierda

Eliminó: 1

Tabla 3. Elementos de estratificación

FACTORES DE RIESGO	
Género masculino y femenino en la postmenopausia	
Edad \geq 55 años en H o \geq 65 en M	
Tabaquismo (cualquier cantidad)	
Dislipidemia:	
-	C-LDL > 100 mg/dL en sujetos de alto riesgo; > 130 mg/dL
-	C-no HDL > 130 mg/dL en sujetos de alto riesgo o > 160 mg/dL
-	C-HDL < 50 mg/dL en M y < de 40 mg/dL en H
-	Triglicéridos > 150 mg/dL
Grupo en riesgo de Diabetes.	
-	Glucemia anormal de ayuno: entre 100 y 125 mg/dL
-	Intolerancia a la glucosa: entre 140 y 199 mg/dL 2 h post c
-	HbA1c 5.7% a 6.4%
Diabetes Mellitus:	
-	Glucemia de ayuno: \geq 126 mg/dL en más de 2 determinaci
-	Glucemia \geq 200 mg/dL 2 h post carga de glucosa
-	HbA1c \geq 6.5%.
Peso excesivo: sobrepeso u obesidad	
-	IMC > 25
-	Perímetro abdominal \geq 90 cm en H y \geq 80 cm en M.
Historia de enfermedad cardiovascular en familiar de primer grado	

La tabla 3 muestra los elementos

Eliminó: para la estratificación del riesgo en la hipertensión arterial. Fuente:...

Eliminó:

Eliminó: 5

Eliminó: 1

1
1
1

Eliminó: 4.2.1.

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Dio formato: Fuente: 14 pto

Eliminó: 2

Eliminó: 2

Eliminó: 2

En el caso de la hipertensión arterial secundaria, se encuentran causas infrecuentes y frecuentes, estas incluyen por ejemplo; las inducidas por fármacos, las inducidas por alcohol y/o drogas, la enfermedad renovascular, el hiperaldosteronismo primario, síndrome de apnea hipopnea y la enfermedad renal parenquimatosa. Así mismo se mencionan en menor medida los casos provocados por Cushing, hipotiroidismo, feocromocitoma, hipertiroidismo, disfunción suprarrenal, coartación de la aorta, entre otros.¹³

i. Criterios diagnóstico en adultos

De acuerdo con la mayoría de las pautas internacionales y principales, se recomienda emitir diagnóstico de hipertensión arterial, cuando la presión arterial sistólica (PAS) de una persona en el consultorio o la clínica es ≥ 140 mm Hg y/o su presión arterial diastólica la presión arterial (PAD) es ≥ 90 mmHg después de exámenes repetidos.¹³

Tabla 1. Clasificación de HTA.

<u>DIAGNÓSTICO</u>	<u>T/A sistólica</u> <u>mmHg</u>		<u>T/A diastólica</u> <u>mmHg</u>
<u>Presión arterial normal</u>	<u>Menor a 130</u>	<u>y</u>	<u>Menor de 85</u>
<u>Presión arterial normal - elevada</u>	<u>130 a 139</u>	<u>y/o</u>	<u>85 a 89</u>
<u>Hipertensión arterial grado 1</u>	<u>140 a 159</u>	<u>y/o</u>	<u>90 a 99</u>
<u>Hipertensión arterial grado 2</u>	<u>Más de 160</u>	<u>y/o</u>	<u>Más de 100</u>

Eliminó: ²

Eliminó: ¹

¶

Eliminó: 4.2.2.

Eliminó: :

Eliminó: ²

Eliminó: 4

Eliminó: ¶

Category	Systolic (mm Hg)		Diastolic (mm Hg)
Normal BP	<130	and	<85
High-normal BP	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	≥ 160	and/or	≥ 100

Dio formato: Sin Resaltar

Dio formato: Fuente: Negrita

Con formato: Centrado

La Tabla 1, proporciona una clasificación de la PA basada en la medición de la PA en el consultorio. Fuente: [Adaptado de Unger Thomas et al., Pautas de práctica de hipertensión; 2020; Sociedad Internacional de Hipertensión Global.](#)¹³

Eliminó: 4

Eliminó: 2

Tabla 2. [Criterios para HTA ambulatoria.](#)

Dio formato: Sin Resaltar

	Presión arterial sistólica / presión arterial diastólica en mmHg
Presión arterial en oficina	Mayor o igual a 140 y/o mayor o igual a 90
Presión arterial ambulatoria, en horario diurno o despierto	
24 horas promedio	Mayor o igual a 130 y/o mayor o igual a 80
Promedio durante el día (o despierto)	Mayor o igual a 135 y/o mayor o igual a 85
Promedio durante la noche (o dormido)	Mayor o igual a 120 y/o mayor o igual a 70
Promedio nocturno o dormido	Mayor o igual a 135 y/o mayor o igual a 85

Tabla con formato

Dio formato: Sin Resaltar

La Tabla 2, proporciona los valores de PA ambulatoria y domiciliaria utilizados para definir la hipertensión; estas definiciones se aplican a todos los adultos (>18 años). Estas categorías de PA están diseñadas para alinear los enfoques terapéuticos con los niveles de PA. Oficina BP MAPA promedio de 24 horas Promedio diurno (o despierto) Promedio de HBPM nocturno (o dormido). Fuente: [Adaptado de Unger Thomas et al., Pautas de práctica de hipertensión; 2020; Sociedad Internacional de Hipertensión Global.](#)¹³

Eliminó: 5. Criterios para HTA ambulatoria

	SBP/DBP
Office BP	≥140 an
ABPM	
24-h average	≥130 an
Day time (or awake) average	≥135 an
Night time (or asleep) average	≥120 an
HBPM	≥135 an

Eliminó: 5

Eliminó: 2

Se reporta que en las Américas ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares al año, de estas, alrededor de medio millón son muertes consideradas como prevenibles, debido a que se dan en personas menores de 70 años. La HTA afecta aprox. del 20 al 40% de la población adulta. La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la HTA es el principal factor de riesgo de muerte. ¹⁵

Eliminó: ⁴

Se realizó estimación de la prevalencia de HTA en México, en base a ENSANUT 2021; considerando la zona geográfica, encontrando un 28.7% en adultos de zona urbana, de 20 y más años de edad, por otro lado, se encontró un 26.5% en aquellos adultos de la misma edad, pero de zona rural. En cuanto a las zonas, aquellas con mayor prevalencia fueron; la Frontera con 34%, seguida del Pacífico Norte con 30%, así mismo, se encontró una prevalencia menor en Pacífico Sur y Estado de México con 24.9%.¹⁷

Eliminó: ⁶

La estimación se realiza considerando cifras de 140/90mmHg, encontrando un 30% de la población con esta enfermedad, además el reporte señala que el 40% de esta población ignora su enfermedad y que del otro 60% que sí conoce su diagnóstico sólo el 50% tiene control sobre la misma. Se estima que de acuerdo a los nuevos criterios y pautas que señala la American Heart Association (AHA) las cifras aumentarán considerablemente, como mínimo 2 veces más.¹⁵

Eliminó: ⁴

De la población en tratamiento para HTA, se reporto que el 79.3% tenían manejo con farmacos, sin embargo también se refiere que la mayoría de las personas con este diagnóstico no presentaban síntomas, mencionando como ocasionales; vértigo, cefalea, palpitaciones, disnea, por mencionar algunos.¹⁵

Eliminó: ⁴

Se vuelve inminente la necesidad de hacer conciencia en las personas, acerca de esta enfermedad, ya que de no ser diagnosticada oportunamente, puede ocasionar complicaciones cardiovasculares que comprometan la salud y la vida.

c. Fisiopatología de la hipertensión arterial

La HTA es originada por múltiples factores, entre los cuales destacan principalmente los genéticos y ambientales, considerando a los genéticos en un 30 a 50%, encontrando que la mayoría de estos son poligénicos, los factores ambientales por otro lado; tienen repercusiones en la epigenética. Para poder mantener la presión arterial normal se requiere de un balance entre las resistencias vasculares periféricas y el gasto cardíaco (GC). Algunas enfermedades o alteraciones hormonales pueden afectar los valores de la presión arterial, entre ellas se encuentran las cardiopatías, neuropatías y algunas otras que también producen elevación del GC y resistencias vasculares¹⁶

Dentro de la fisiopatología de la hipertensión arterial sistémica se encuentran involucrados: el aumento en la precarga y el volumen, debido a una disminución en la excreción renal de Na⁺, la activación de endotelina que provoca vasoconstricción sistémica, daño al endotelio por con supresión de óxido nítrico libre, y aumento en la actividad simpática central y periférica, que provoca a su vez el aumento en resistencias periféricas.¹⁶

Recientemente la obesidad se ha ligado como un factor que aumenta la actividad simpática y que existen algunas patologías, como la artritis reumatoide, que aumenta el riesgo de padecerla. También existe farmacoterapia que puede influir en los niveles de la presión arterial, algunos de ellos son: "inhibidores de calcineurina (tacrolimus y ciclosporina) y probados inhibidores monoclonales de factor de crecimiento vascular endotelial (bevacizumab), disminuyendo la producción de óxido nítrico, aumentando la endotelina 1 y alterando la natriuresis". Debido a las altas repercusiones de esta enfermedad, es necesario iniciar manejo oportuno a través de fármacos, plan de alimentación y cambios en el estilo de vida.¹⁶

Eliminó: 4.2.3.

Eliminó: H

Eliminó: A

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Eliminó: 5

Eliminó: 5

Eliminó: 5

Eliminó: 1

5. Historia clínica y valoración integral

Paciente femenina de 58 años de edad, es referida a clínica de obesidad por su médico tratante, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica (10 años de evolución) y dislipidemia (5 años de evolución).

Vive en la Huixquilucan, se dedica a labores domésticas y al cuidado de 2 de sus nietas (1 vive con ella). Refiere que en los últimos 3 años ha tenido variaciones en su peso, y ha mantenido sobrepeso en el último año (con aumento de 6.9kg, siendo más notable en los últimos 6 meses), menciona que debido a que trabaja en labores del hogar y apoya a su nieta en su cuidado y manutención, durante aproximadamente 10 horas de su día, le es difícil llevar un plan de alimentación, sumando la falta de recursos económicos, la cual menciona es inestable y el hecho de establecer horario se complica por los traslados y labores mencionadas.

La intervención nutricional que refiere como exitosa; fue hace 8 meses, donde perdió 2kg de masa grasa y aumento 1kg de masa muscular, con apego del 70% a ese plan de alimentación, la última intervención previa a esta consulta refiere que fue hace 3 meses, con un apego referido al 50%, sin pérdida de peso actual.

Su peso más bajo en los últimos 3 años ha sido de 76 kg y su peso más alto en los últimos 3 años 82.500 kg.

a. Antecedentes heredofamiliares

Menciona madre y hermana con obesidad, madre y 4/9 hermanos con DM2, Madre y 2/9 hermanas con hipertensión arterial, dislipidemia 2/9 hermanos, enfermedad cardiovascular 1/9 hermanos (con 3 IAM).

b. Antecedentes personales no patológicos

i. Tabaquismo: negado.

ii. Alcoholismo: negado.

iii. Ocupación: ama de casa.

Eliminó: PRESENTACIÓN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto,

Con formato: Centrado

Comentado [mr6]: Ve el tamaño y tipo de letra. Arial 14.

Eliminó: 5.1. Presentacion de la paciente

Eliminó: , ella

Eliminó: la

Eliminó: llega a consulta de nutrición

Eliminó: Piedad

Eliminó: v

Comentado [mr7]: VEO QUE NO ATENDISTE LAS CORRECCIONES DE TU SINODAL, FAVOR DE HACERLO. PONER MÁS PUNTOS Y APARTE, EN LUGAR DE TANTAS COMAS.

Eliminó: 5.2.

Eliminó: En los AHF,

Eliminó: m

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Negrita

iv. Religión: católica.

Dio formato: Fuente: Negrita

y. Actividad física: ligera, camina solo para llevar a su nieta a la escuela y al mercado (7 Cuadras). Refiere realizar 30min 2/7 días de la semana (caminata ligera).

Dio formato: Fuente: Negrita

vi. Nivel de Estrés: Alto, refiere que le ocasiona insomnio, ansiedad, angustia y preocupación.

Dio formato: Fuente: Negrita

vii. Historia dietética y de cambios de peso: la paciente refiere haber intentado pérdida de peso sin logro exitoso, menciona una intervención nutricional como exitosa hace 8 meses, donde perdió 2kg de masa grasa y aumento 1kg de masa muscular, con apego del 70% a ese plan de alimentación, la última intervención previa a esta consulta refiere que fue hace 3 meses, con un apego referido al 50%, sin pérdida de peso actual, los resultados que ha tenido han sido aumento de peso y masa grasa abdominal.

Dio formato: Fuente: Negrita,

Su peso más bajo en los últimos 3 años ha sido de 76 kg y su peso más alto en los últimos 3 años 82.500 kg. Ganancia de peso en 2 embarazos de 21kg hace más de 30años; sin pérdida posterior.

viii. Cambios en el apetito/ alimentación: hambre al medio día y aumento de la misma por estrés y ansiedad, en anamnesis menciona que ha incrementado la ansiedad por comer alimentos dulces por las noches.

ix. Pérdida de peso: negada.

Dio formato

c. Antecedentes personales patológicos

Eliminó: 5.3.

i. Motivo de la consulta: pérdida ponderal de peso + búsqueda de mejoras para su estado de salud general.

Comentado [mr8]: Favor de poner sucesivamente la numeración en base a estos ejemplos. Recuerda que

Eliminó: APP:

Eliminó: ¶

Eliminó: T

ii. Padecimiento actual: tiene diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, de 10 años de evolución, para lo cual le han prescrito telmisartan 80mg/hidroclorotiazida 12.5mg (1 tableta cada 24hrs: 1-0-0) + amlodipino 5mg (1 tableta cada 24 hrs: 0-0-1) + aspirina 300mg (0-0-1).

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente de párrafo predeter., Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto, Negrita, Inglés (americano)

Dislipidemia mixta desde hace 5 años, sin tratamiento específico, con difícil control.

Dentro de los antecedentes quirúrgicos menciona: artroscopia de rodilla en 2016 por lesión meniscal+ 2 cesareas (hace 32 y 36 años).

d. Antecedentes gineco-obstétricos

Fecha de última menstruación: año 2013.

Gesta:2 Cesarea:2 Para:0 Abortos:0

Ganancia de peso en su 1er embarazo: 11kg (hace 36 años), sin pérdida de peso posterior.

Ganancia de peso en su 2º embarazo: 10kg (hace 32 años), sin pérdida de peso posterior.

e. Medicación actual:

Telmisartan 80mg + Amlodipino 5mg & Aspirina 300mg (0-0-1).

j. Interacción fármaco/ fármaco: Sin interacción.

ii. Interacción fármaco nutrimento

Medicamento	Interacción fármaco nutrimento/efectos en el estado nutricional
Telmisartan 80mg/hidroclorotiazida 12.5mg (1 tableta cada 24hrs V.O.)	-“Disminución del apetito, diarrea, sequedad de boca, flatulencia, dolor abdominal, constipación, dispepsia, vómitos, gastritis, malestar abdominal, pancreatitis, náuseas.” “Desequilibrio electrolítico”.
Aspirina 300mg (1 tableta cada 24hrs V.O.)	-“Dispepsia, dolor gastrointestinal y abdominal, raramente inflamación gastrointestinal, úlcera gastrointestinal; potencialmente pero muy raramente llevando a perforación y hemorragia de úlcera gastrointestinal, con las respectivas pruebas de laboratorio y signos y síntomas clínicos”.

Dio formato: Fuente: 14 pto

Eliminó: AGO=

Eliminó: UM

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Comentado [mr9]: Poner título de Antecedentes gineco-obstétricos en tamaño 14.

FALTAN ANTES LOS APNP, FAVOR DE AGREGAR TÍTULO E INFORMACIÓN, EN EL ÓRDEN SOLICITADO.

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Eliminó: ¶

Dio formato

Comentado [mr10]: Solo corrobora que la numeración coincida.

Dio formato

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto,

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 14 pto,

Dio formato: Fuente: Negrita

	"Hemólisis y anemia hemolítica".
--	----------------------------------

FUENTE: Zaneta M. Pronsky MS. Food medication interactions. 17th. PObox204; 2012.

f. Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Nervioso:	Interrogados y negados
Digestivo:	Refiere síntomas de reflujo en ocasiones, los cuales menciona, pueden ser ocasionados por comida picante y por uso de medicamentos.
Respiratorio:	Interrogados y negados
Circulatorio:	Interrogados y negados
Piel y Anexos:	Interrogados y negados
Músculo – Esquelético:	Interrogados y negados
Genitourinario:	Interrogados y negados

Tabla con formato

Datos relevantes:

Eliminó: ¶

Refiere mala calidad del sueño; insomnio crónico mixto.

Niega estreñimiento o algún otro síntoma digestivo. Considera que en su vida maneja un nivel de estrés alto por la responsabilidad de sus nietas y el tema de la economía inestable. Menciona que cuando está cocinando piensa en el tema económico y come por ansiedad regularmente cacahuates, la mayoría de las tardes come un kinder delice y por las noches una bolsa de sabritas antes de la hora de la cena.

Eliminó: su bolsa

g. Examen físico orientado a la nutrición:

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Se encuentra tranquila, consciente, orientada, cooperadora, marcha sin alteraciones, posición electiva; sentada, atenta al interrogatorio, sin fascies de dolor, con adecuada respuesta e interacción durante el interrogatorio (lenguaje corporal P.D.1.1).

Piel; no presenta datos dermatológicos de resistencia a la insulina ni agregados patológicos de lesión o vasculares, con buen estado de hidratación general aparente, con buena coloración en mucosa y tegumentos, mucosas hidratadas, sin alteraciones cardiopulmonares, abdomen aumentado de tamaño a expensas de pániculo adiposo palpable, predominio central, peristalsis normal, sin adenomegalias palpables, las extremidades torácicas y pélvicas se encuentran íntegras, sin presencia de edema y/o varices, pulsos presentes y normales, llenado capilar de 1”.

h. Estudios de gabinete:

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Se realizó química sanguínea, encontrando valores elevados de glucosa, colesterol, triglicéridos y LDL. Se encuentran en el apartado de Bioquímicos del SOAP, con interpretación de los mismos.

Eliminó: ¶

i. Diagnósticos médicos:

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

i. Establecidos: Hipertensión arterial y dislipidemia

Eliminó: +

Eliminó: D

ii. por confirmar: síndrome metabólico e insomnio crónico mixto

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

j. Tratamiento médico actual:

Dio formato: Fuente: 14 pto

Telmisartan 80mg + Amlodipino 5mg & Aspirina 300mg

(referido de manera específica en medicación actual “inciso e.”).

k. Consideraciones éticas y de bioseguridad:

Este proyecto de investigación se clasifica como un estudio con riesgo mínimo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17. En el cual se menciona que representa un riesgo mínimo a los estudios que emplean el riesgo a través de procedimientos comunes, en este caso, toma del peso, antropometría, educación alimentaria y nutrición con plan de alimentación individualizado.

Todos los procedimientos realizados durante la atención, se apegaron a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (MMA). La paciente cuenta con un consentimiento informado voluntario para el proceso de atención y educación nutricional (el cual se encuentra en anexos).

6. Proceso de atención nutricional y evaluación integral en formato SOAP

a. Evaluación del estado nutricional

i. Indicadores

1. Antropometría

DATO	INTERPRETACIÓN
IMC → IMC: 33.13 kg/m ² →	OB Grado I (OMS)
Peso mínimo y máximo de acuerdo a IMC	Peso mínimo → 49.92 kg Peso máximo → 62.41 kg peso ideal por IMC: Entre 50kg y 62kg se mantiene en rango que indica OMS: 18.5 a 24.9kg/m ²). Sugerido: 52.42kg (Sugerido como peso saludable: 52.42, manteniendo el rango que indica OMS: 18.5 a 24.9kg/m ² y preservando MM).
ICC: 0.95	ICC (111.5 / 115.5): 0.96 → OB Androide = con riesgo elevado de Sdx. Metabólico y riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto

Dio formato: Fuente: 14 pto

Eliminó: (anexar consentimiento informado, en anexos obviamente y mencionado aquí) ¶

¶
¶
¶
¶
¶
¶
¶
¶
¶
¶

Eliminó: ¶

¶

SOAP:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Sin Resaltar

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: 6.1. SUBJETIVOS Subjetivos ¶
a. Motivo de la consulta: pérdida ponderal de peso + búsqueda de mejoras para su estado de salud general. ¶
b. Antecedentes heredo-familiares: Madre y 2 hermanas con obesidad + madre y 4/9 hermanas padecen DM2, HTA madre y 2/9 hermanas, enfermedad cardiovascular 1 hermano (antecedente de 3IAM) ¶
c. Antecedentes personales patológicos: con diagnóstico de HTA (10 años de evolución) + dislipidemia (5 años de evolución) ¶
d. Signos y síntomas: refiere síntomas de reflujo ocasional, cansancio, tristeza por obesidad y ansiedad frecuentemente. ¶
e. Historia dietética y de cambios de peso: ¶
Antecedentes de dietas: - 2 dietas en los últimos 8 meses. ¶
La paciente refiere haber intentado pérdida de peso sin logro exitoso, menciona una intervención nutricional como exitosa hace 8 meses, donde perdió 2kg de masa grasa y aumento 1kg de masa muscular, con apego del 70% a ese plan de alimentación, la última intervención previa a esta consulta refiere que fue hace 3 meses, con un apego referido al 50%, sin pérdida de peso actual, los resultados que ha tenido han sido aumento de peso y masa grasa abdominal. ¶
Su peso más bajo en los últimos 3 años ha sido de 76 kg y su peso más alto en los últimos 3 años 82.500 kg. Ganancia de peso en 2 embarazos de 21kg hace más de 30 años; sin pérdida posterior. ¶
f. Cambios en el apetito/ alimentación: hambre al medio día y aumento de la misma por estrés y ansiedad, en anamnesis menciona que ha incrementado la ansiedad por comer alimentos dulces por las noches. ¶
g. Pérdida de peso: negada. ¶
6.2. OBJETIVOS Objetivos ¶

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Tabla con formato

Eliminó: Complexión: 10.3cm ; complexión mediana por circunferencia de muñeca

C cintura → >88 (111.5cm);	Elevado (≥102 cm) → medición de riesgo sustancialmente incrementado para desarrollar síndrome metabólico y secundariamente predisposición a enfermedades cardiovasculares. ¹⁶
Complexión:	Según circunferencia de muñeca (10.3cm) → mediana
ICT → 0,70	Elevado: Superior a 0,50 se asocian con elevadas concentraciones de triglicéridos, colesterol y glucosa en sangre, así como con hipertensión arterial
Cuello: 36cm	(fuera de rango; mayor a lo establecido M: >34cm con riesgo de SAHOS y Resistencia a la insulina).

Eliminó: ⁵

Rango de peso recomendando por IMC:

peso mínimo: 49.92kg (50kg), peso máximo: 62.41kg (62kg), peso ideal por IMC: Entre 50 kg y 62kg se mantiene en rango que indica OMS: 18.5 a 24.9kg/m²).

Sugerido como peso saludable: 52.42, manteniendo el rango que indica OMS: 18.5 a 24.9kg/m² y preservando MM).

Categoría	Medición	Dato o Indicador	Unidad	Interpretación	Clave
Composición corporal/ crecimiento/ historia del peso	Estatura	158	cm	-	Ad-1.1
	Peso	82.5	kg	-	
	IMC	33.1	Kg/m ²	OBESIDAD GI OMS	
	% de MG medida con BIA:	43.6%→ INBODY	kg	- No saludable-obesidad (muy alto) Lee and Nieman Nutritional Assessment, 2012.	
	Agua corporal total	0.37	litros	En rango normal basada en peso actual (AEC/ACT)	
	Grasa visceral	174.6	cm ²	No saludable-obesidad (muy alto) Lee and Nieman Nutritional Assessment, 2012.	
	Masa muscular	26	kg	En rango normal basada en rango de	

				edad (AEC/ACT)	
	Peso mínimo por IMC	49.92	kg	Parámetro normal (fuera de rango)	
	Peso máximo por IMC	62.41	kg	Parámetro normal (fuera de rango)	
	Cambios en el peso	Aumentó aprox 7kg, siendo más notable en los últimos 6 meses, con abandono del plan de alimentacion que llevaba, ls ultima intervención nutricia sin lograr bajar de peso.	-	-	AD-1.1.4

2. Bioquímicos

Indicador bioquímico	Resultado	Unidades	Intervalo de Referencia	Interpretación
Glucosa:	102.5	mg/dl	60 – 100	→elevada (>100mg/dl por ATPIII)
Colesterol:	270.5	mg/dl	0 – 100	→elevado
Triglicéridos:	252.5	mg/dl	40 -150	→ elevado (>150mg/dl por ATPIII)
Colesterol LDL:	167.5	mg/dl	10 – 130	→ elevado
Colesterol: HDL:	52.5	mg/dl	23 - 92	→ en rango (<50mg/dl en mujer ATPIII)

Eliminó: b.

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita, Cursiva

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva,

De acuerdo a los criterios que nos señala el ATPIII, para Síndrome Metabólico (cumplir con 3 o más criterios), la paciente cuenta con: Circunferencia de cintura >88cm (+), T/A \geq 135/85mmHg, Triglicéridos \geq 150mg/dl + Glucosa \geq 100mg/dl.²³

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: ²

Eliminó: ¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato

Eliminó: c

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto, Cursiva,

Eliminó: ¹

Con formato: Esquema numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: a, b, c, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Eliminó: ²

3. Clínicos

- TA: 140/85 mmHg → Hipertensión grado 2 (AHA, 2021).¹²
- En el examen físico orientado a la nutrición no se encontraron datos patológicos (se menciona previamente en la sección: Examen físico orientado a la nutrición (pag.19).
- Diagnóstico agregado en consulta actual: Síndrome metabólico (T/A= 140/85mmHg (toma antihipertensivos) + Cir. cintura: 111.5 cm, TG: 252.5 mg/dL, glucosa 102.5 (ATP III, 2005).²³

4. Dietéticos

Eliminó: d.

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Indicador:	Interpretación:	Clave de referencia:
<i>Ingestión de alimentos y nutrimentos</i>	Ingestión hiperenergética total	FH-1.1
<i>ingestion de liquidos/bebidas</i>	ingestión insuficientes de líquidos orales y bebidas (900 mL/día en R24)	FH-1.2.1.1
<i>Ingestión de alimentos</i>	alimentos hiperenergéticos	FH-1.2.2.2
	baja calidad de la dieta	FH-1.2.2.4
<i>Ingestión de macronutrientes</i>	ingestión de lípidos y colesterol con mayor aporte nocturno (R24)	FH-1.5.1
	dieta con un consumo excesivo de lípidos con +87% adecuación	FH-1.5.1.1
	dieta alta principalmente en grasas saturadas	FH-1.5.1.2
	dieta alta en ácidos grasos trans por consumo de alimentos industrializados	FH-1.5.1.3
	Ingestión excesiva de hidratos de carbono +135% adecuación	FH-1.5.3
	carga glucémica elevada por mala distribución de alimentos	FH-1.5.1.3.5

Indicador:	Interpretación:	Clave de referencia:
Administración de alimentos y nutrientes	<i>Experiencia con dietas</i> Dietas prescritas anteriormente y no realizadas al 100% en la actualidad	FH-2.1.2.1
	Intentos de seguir una dieta con reganancia de peso posteriormente por abandono	FH-2.1.2.4
Medicina	Uso de antihipertensivos y antiagregante plaquetario	FH-3.1
Creencias y actitudes	Falta de motivación reflejada en abandono de dieta y múltiples elecciones de alimentos hipercalóricos	FH-4.2.4
	preocupación por el peso corporal, su apariencia y posibilidad de comorbilidades agregadas	FH-4.2.6
Comportamiento	Apego bajo debido a falta de motivación, economía y desorganización en sus tiempos de comida y actividad física.	FH-

R24:

Dio formato: Fuente: Cursiva

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Indicador	Dato y análisis
Cantidad de alimentos	Consumo elevado de cereales (20 equivalentes), 1 fruta, 4 alimentos de origen animal bajo aporte (4equivalentes) con distribución solo en 2 comidas. Bajo consumo de verduras (2 equivalentes), 1 porción de leguminosas (1equivalente), 3 porciones de leche, 3 aceites- grasas con proteínas y 3 azucares.
Tipos de alimentos/comidas	Preferencia en consumo de alimentos con alta densidad energética y baja calidad nutrimental (Sabritas, chocolate y pan dulce), insuficiente e inadecuada distribución de AOA en las comidas principales (3 de los 4 equivalentes que consume; los consume en 1 sola comida).
Patrón de comidas/colaciones	Patrón de alimentación desordenado, ya que no realiza todas las comidas principales todos los días, menciona en su dieta habitual que en ocasiones las retrasa o salta alguna de ellas, por falta de tiempo, no incluye verduras y frutas en sus 3 principales comidas. Tiene una alimentación incompleta.
Índice de calidad de la dieta	Baja calidad de la dieta debido al alto consumo de alimentos con elevado aporte de grasas saturadas, azúcares simples y sodio (Sabritas, chocolate y pan dulce en R24) (golosinas y/o pastel en dieta habitual) con predominio de consumo nocturno en estos alimentos, tiene un aporte considerable de alimentos con baja calidad nutrimental.
Variedad de alimentos	No hay variedad en la selección de alimentos debido a que no se incluyen diversos alimentos de un mismo grupo a lo largo del día (ejemplo, utiliza la misma verdura en sus 2 únicas porciones que consume en su día, no cambia los cereales en sus comidas (utilizas 2 veces tortillas; en 2 de 3 de las principales comidas), tampoco incluye variedad en productos de origen animal en sus tiempos de comida principales. Tiene preferencia por consumir alimentos procesados (Sabritas, chocolates, galletas, pan dulce).

ii. Requerimiento de acuerdo a IOM:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Macronutriente	Kcal	Gramos	% SELECCIONADO EN BASE A IOM
HC	684kcal	171g	45% (45 a 65%)
Proteínas	395kcal	98.8g	26% (10 a 35%)
Lípidos	441 kcal	49g	29% (25 a 35%)
Kcal totales	1520.90 kcal	-	199.07% (+89.07%) EXCESIVO

iii. Distribución de su R24 (3026kcal):

Eliminó: \uparrow
Ingesta:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Macronutriente	Kcal	Gramos	% de adecuación
HC	1675.6 kcal	418.9g	245% (+135%)EXCESIVO
Proteínas	467.6 kcal	116.9g	118.3% (+1 EXCESIVO pero por % puede considerarse:ADECUADO
Lípidos	868.5 kcal	96.5 g	197% (+87%) EXCESIVO
Kcal totales	3026kcal	-	199.07% (+89.07%) EXCESIVO

Mifflin GER: **Mujeres** = $(9.99 \times \text{kg}) + (6.25 \times \text{cm}) - (4.92 \times \text{edad}) - 161$;

Mifflin GER: $(9.9 \times 82.5) + (6.25 \times 158) - (4.92 \times 58) - 161 =$

$816.75 + 987.5 = 1804.25 - 285.3 = 1518.95 - 161 = 1357.95$

Mifflin GER: 1357.95 kcal

Factor de AF \rightarrow 1.12 (ligero = IOM)

GET: $1357.95 \text{ kcal} \times 1.12 = \mathbf{1520.90 \text{ kcal}}$

iv. Distribución de los macronutrientes en su R24:

Macronutrientes	% Distribución	% Recomendación	Interpretación
HC	55.37%	45-65 (IOM)	ADECUADO Dentro del rango según IOM
Proteínas	15.45%	10-35% (IOM)	ADECUADO Dentro del rango según IOM
Lípidos	28.70%	25-35% (IOM)	ADECUADO Dentro del rango según IOM

Eliminó: ¶

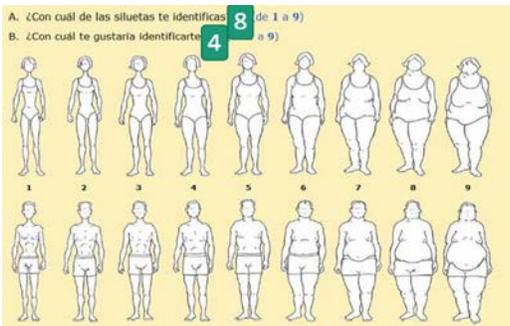
Dio formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Con formato: Interlineado: 1.5 líneas

5. Estilo de vida

a. Emocional

En el cuestionario de conductas alimentarias de riesgo, la paciente expresa su preocupación por enfermarse debido a su obesidad y menciona tener pérdida de control sobre los alimentos que come cuando está bajo estrés, expresa comer dulce por las noches por gusto y ansiedad.



En figuras de Stunkard se puede observar que la paciente se sitúa por arriba de la percepción real de su figura, lo que nos hace inferir insatisfacción corporal, además de expresar su deseo por tener 4 figuras menos a la imagen de su percepción.

Dio formato: Fuente: Cursiva

Comentado [mr12]: FAVOR DE UNIFICAR TÍTULOS, HAY UNOS EN MAYÚSCULA, OTROS SUBRAYADOS...

Eliminó: e.

Eliminó: MOCIONAL:

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto,

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto,

i. Conductas compensatorias: refiere que cuando come muchas frituras y golosinas; omite la cena o sólo se limita a comerse sólo un pan dulce (como cena).

Dio formato: Sin subrayado

ii. Etapas de cambio: Preparación, debido a que acude por su propia voluntad, muestra interes, ya inicia con pequeños cambios en su estilo de vida refiere: “ya inicie con pequeños cambios en mis hábitos de alimentación, ya no he tomado refrescos, camino más y empiezo a tratar de no comer tantos dulces, estoy dispuesta a organizar mis tiempos para llevar el plan de alimentación que me indique y hacer lo que me diga para sentirme mejor de salud”.

Dio formato: Sin subrayado

El aumento de peso y masa grasa abdominal le generan sentimientos de malestar al ver su figura, menciona continuamente observar la acumulación de grasa y aumento de medidas, refiere encontrarse consciente y muy preocupada por su estado de salud, ya que tiene miedo de adquirir diabetes o complicar su hipertensión, menciona el deseo de retomar un plan de alimentación y realizar cambios en sus hábitos y estilo de vida.

Menciona además (con llanto durante la consulta); la necesidad de retomar ordenadamente el tiempo para realizar actividad física y el deseo de hacerlo de manera inmediata para evitar riesgos a su salud.

Eliminó: ,

Eliminó: m

iii. En la escala de estrés percibido el puntaje inicial se encontró en el rango de 29-42= a menudo está estresada.

Eliminó: Etapas de cambio: Preparación¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

En la parte emocional logramos observar el nivel de estrés con el que inició la paciente, a través de los resultados de los diferentes cuestionarios, un ejemplo de ello es el índice de bienestar de la OMS que paso de 18 puntos a 44 puntos y en el nivel de estrés redujo de 31 puntos a encontrarse en los niveles más bajos; de vez en cuando esta estresada (15 a 28 puntos).

PRUEBA	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
Índice de bienestar OMS	18 puntos	<13 se asocia con depresión. NO HAY RIESGO DE DEPRESIÓN
Cuestionario estrés	31 puntos	a menudo está estresada
Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo	5	>10 se considera alto riesgo de TCA NO HAY RIESGO DE TCA

b. Actividad física

En cuanto a su AF, refiere que actualmente camina 2-3 veces a la semana (sóla) a una intensidad baja y por un tiempo aprox de 30minutos (no estableciendo siempre los mismos días, pero tratando de hacer al menos 2 de 7 días), sobre todo en este último mes.

Caminata ligera por 30min. 2 ó 3 de 7 días .

En la evaluación física por IPAQ se encontró que la paciente realizaba un bajo nivel de actividad física semanal ([anexo 3](#)).

Eliminó: ¶

Comentado [mr13]: UNIFICAR TÍTULOS POR FAVOR

Eliminó: a

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pts

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Sangría: Izquierda: 0.63 cm, Sin viñetas ni numeración

Eliminó: ANEXO

c. Patron de sueño

Calidad del sueño			
Horas de sueño entre semana →	35hrs. 5 días de la semana, con aprox. 7hrs. al día, interrumpidas en 2 a 3 ocasiones por ansiedad.	Horario de sueño →	Inicia de las 22:00hrs a 03:00hrs, despierta por ansiedad e intenta conciliar el sueño nuevamente, logrando dormir más de= 3:30 a 5:30hrs.
Horas de sueño fines de semana →	14hrs. 2 días de la semana, con aprox. 7hrs. al día, interrumpidas en 2 a 3 ocasiones por ansiedad	Horario de sueño →	Inicia de las 23:00hrs a 03:00hrs, despierta por ansiedad e intenta conciliar el sueño nuevamente, logrando dormir más de= 3:30 a 6:30hrs. A veces logra despertar a las 7
Calidad de sueño percibida: Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>			
Observaciones: La paciente refiere que lleva más de 1 año y medio con alteraciones en la calidad del sueño (Insomnio mixto), menciona que esto es debido a problemas económicos y familiares, así como exceso de carga emocional <i>“ya me hice a la idea de que es normal el no poder dormir bien, pues yo soy la responsable de mis nietas y tengo que ver por mi esposo, mi hijo y mi familia”</i> . Nunca ha sido diagnosticada y no cuenta con tratamiento para insomnio.			

Eliminó: c
 Dio formato: Fuente: 12 pto

b. Diagnóstico nutricional (PES)

i. Ingestión energética excesiva asociada a conocimiento insuficiente en alimentos y nutrición, evidenciado por consumo actual de 3026kcal /día (R24), IMC: 33.13 kg/m², c. abdomen 111.5cm.

ii. Obesidad GI asociada a elección de alimentos con alta densidad energética , evidenciado por un IMC de 33.1kg/m², circunferencia de cintura de 111.5 cm y un % grasa 43.6% en bioimpedancia (> o = 25%).

Eliminó: problemas nutricios generales: ¶
 Ingestión excesiva de lípidos ¶
 Ingestión deficiente de líquidos ¶
 Obesidad ¶
 Patrón de alimentación desordenado ¶
 Elecciones no deseables de alimentos ¶
 Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita
 Eliminó: diagnósticos PES: ¶
 Eliminó: 1
 Eliminó: 2

iii. Elecciones no deseables de alimentos, asociado a falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición; evidenciado por ingestión de alimentos con alta densidad energética (dieta habitual= 5/7 consume pan dulce, 6/7sabritas, 5/7 gomitas y pastel 3/7), con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%) de lípidos (+87%) e hidratos de carbono (+135%) de acuerdo con su R24.

Eliminó: 3

Diagnóstico Clínico por Edmonton Obesity Staging System (EEOS):

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Obesidad Estadio 2 (acompañada de la presencia de HAS, dislipidemia y síndrome metabólico + afecciones en calidad del sueño, sentimientos depresivos, culpa insomnio mixto y angustia presente).^{1,22}

Eliminó: 1

c. Plan de Intervención inicial

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

i. Objetivos

Eliminó: general:

1. Mejorar el estado nutricional del paciente.
2. Otorgar educación alimentaria y nutricia al paciente. (en cada una de las intervenciones)
3. Implementar metas SMART (Intervención 1)
4. Implementar plan de alimentación (Intervención consulta 2 y 3)
5. Incrementar la actividad física para contribución de la disminución de masa grasa y preservación de masa muscular. (Intervención consulta 2 y 3)
6. Disminuir parámetros bioquímicos de riesgo metabólico. (valorable en consulta 4 con labs).

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

Con formato: Párrafo de lista, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Eliminó: Objetivo secundarios:¶

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

ii. Metas SMART

1. En la consulta 1, se realizaron metas SMART en conjunto con la paciente, adaptadas a los principales objetivos y las necesidades de la paciente.

S	M	A	R	T
Disminuir el consumo de chocolate Kinder delice en su semana	Reducir su consumo de 7/7 a: 2 a 3 por semana	Elegir los días donde lo comerá o dividir 1 porción para 2 días	Consumirlo máximo 3 de 7 días	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).
Aumentar el consumo de agua natural	Al menos a 2.5Lts	Implementando el acompañamiento en su día con una botella con agua de al menos 1lt para medirla	Hacerlo al menos 3 de 7 días de la semana	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).
Aumentar la actividad física	Aumentar 2 día más el salir a caminar, además de los días que ya lo hace	Salir a caminar 2 días más, contando el tiempo con reloj y hacerlo por un tiempo mínimo de 30 a 40 min.	Hacerlo al menos 4 de 7 días de la semana (2 días más de los q ya hacía)	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).
Evitar omitir o retrasar el desayuno	Durante la semana	Colocar un letrero en su refrigerados que indique: antes del aseo de mí casa: debo desayunar!	Hacerlo al menos 5 de 7 días	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).

Dio formato: Fuente: Negrita,

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto, Negrita,

Con formato: Sin viñetas ni numeración

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Tabla con formato

iii. Requerimientos nutrimentales:

De acuerdo a IOM según evaluación de consulta 1

<u>Macronutriente</u>	<u>Kcal</u>	<u>Gramos</u>	<u>% SELECCIONADO EN BASE A IOM</u>
<u>HC</u>	<u>684kcal</u>	<u>171g</u>	<u>45% (45 a 65%)</u>
<u>Proteínas</u>	<u>395kcal</u>	<u>98.8g</u>	<u>26% (10 a 35%)</u>
<u>Lípidos</u>	<u>441 kcal</u>	<u>49g</u>	<u>29% (25 a 35%)</u>
<u>Kcal totales</u>	<u>1520.90 kcal</u>	<u>=</u>	<u>199.07% (+89.07%) EXCESIVO (INICIAL)</u>

Eliminó: Plan de intervención nutr

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Justificado

iv. Tipo de dieta:

1. Se implementó un plan de alimentación establecido según las recomendaciones energéticas en la distribución de macronutrientes de IOM
2. El cálculo del plan se adaptó a una dieta baja en calorías, calculada en 1500kcal, reducida en HC simples, fraccionada en 5 tiempos de comida, con distribución de: HCO=45%, PROT=26% LIPIDOS=29% (IOM). Se distribuyeron los equivalentes y se le explicó a la paciente como podía intercambiarlos por alimentos del mismo grupo.
3. Además, se otorgaron en consulta 4 menús y el resto de los menús la paciente los integró con ayuda de las tablas de equivalentes que se le proporcionaron, así como las guías con figuras de manos para porciones.
4. Adicionalmente se fortalecieron las metas SMART (momento en que la paciente reconocía haber consumido golosinas o Kinder delice) logrando reducir el consumo de alimentos de mala calidad nutrimental hasta llegar a 1/7.

Eliminó: icial (consulta 2, 3 y 4):1

Con formato: Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

v. Recomendación nutrimental para plan de alimentación inicial (consulta 2, 3 y 4):

Calculo dietético estimado		
Energía (IOM)	Recomendación: 1520.90 kcal	Considerando su ingesta en la consulta inicial, era = 199.07% (+89.07%) EXCESIVO.
Hidratos de Carbono	45 a 65%	48% = 189 gramos (sugerido)
Lípidos	25 a 35%	29.14% = 51 gramos (sugerido)
Proteína	10 a 35%	21.59% = 85 gramos (sugerido)

Las intervenciones se realizaron con la misma recomendación de distribución de macronutrientos (dieta baja en energía, calculando 1500kcal) para las 3 intervenciones secundarias a las metas SMART, se diseñaron menús con variación de los alimentos del mismo grupo, fortaleciendo dudas y descubriendo barreras que impedían el logro del plan.

vi. consejería adicional

Se realizaron sugerencias para el aumento del consumo de agua, realizar ejercicios de respiración para manejo de estrés, revisión de lista de precios para selección de alimentos previo a realizar las compras de su despensa, así como incluir música alegre mientras realiza actividades del hogar.

vii. Distribución por el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (SMAE):

No aplica.

viii. Menú ejemplo

Adjunto en el apartado de anexos (anexo 7).

Eliminó: ¶

¶
¶
¶

Eliminó: ¶

Eliminó: ¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: ¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

ix. Prescripción de actividad física

Recomendación para aumento de actividad física/ prescripción del ejercicio:

La paciente mencionó en consulta inicial que sólo realiza la siguiente actividad física agregada a su rutina de vida:

- Caminata ligera por 30min 2 ó 3 de 7 días de la semana.

CATEGORÍA	INDICADOR	CLAVE
Actividad física	Frecuencia: 2 a 3 veces a la semana generalmente por las tardes, sola	FH-7.3.3
	Duración: 30min	FH-7.3.4
	Intensidad: baja/ligera (explicando que podía ir platicando y controlando su respiración)	FH-7.3.5
	Tipo de AF: ejercicio aerobico	FH-7.3.6

La prescripción del ejercicio se realizó de manera sistemática e individualizada durante las 3 consultas posteriores, considerando las necesidad individuales, los gustos y los objetivos de la paciente, con el fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos, estableciendo como horario ideal de 17:00 a 18:00hrs referido por la paciente. El incremento en el esfuerzo fué de forma progresiva (aumentando 1 día a la semana durante 2 semanas en la consulta # 2 y posterior a esas 2, durante la consulta #3; se aumento otro día extra; llegando a los 5 días de la semana), se relizó progresión a tolerancia, buscando mejorar 2 de los elementos esenciales del fitness enfocados a la salud: resistencia cardiorespiratoria y composición corporal, quedando finalmente estructurado de la siguiente forma:

Eliminó: ¶

Eliminó: ¶

¶
¶
¶

Eliminó: .

CATEGORÍA	INDICADOR	CLAVE
Actividad física :	Frecuencia: 5 veces a la semana generalmente por las tardes, sola.	FH-7.3.3
Caminata	Duración: 30min → a 40min.	FH-7.3.4
	Intensidad: baja/ligera → moderada intensidad (hablaría pero sería difícil hablar sin agitarse por incremento de velocidad)	FH-7.3.5
	Tipo de AF → ejercicio aerobico	FH-7.3.6

x. Estrategias educativas

Se realizaron diferentes talleres para educación alimentaria y nutricia, todos ellos adaptados al estilo de vida y escolaridad de la paciente, con la finalidad de generar conciencia, conociendo y aprendiendo la importancia de poder llevar una buena alimentación a través de la dieta correcta y mejoras en la actividad física y el ejercicio en nuestro día a día. A partir de la tercera consulta se trabajaron menús, recetas y actividad física.

Para fortalecer el objetivo de las estrategias se realizaron 4 talleres:

1. Taller del plato del buen comer, grupos de alimentos y tamaños de porciones

(desde la segunda consulta)

2. Taller de actividad física
3. Taller de alimentación saludable para una mejor calidad de vida

4. Taller de estrategias educativas y conductuales

Eliminó: ¶

Con formato: Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

d. Monitoreo:

Eliminó: evaluación del estado nutricional (ABCDE)

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

j. Indicadores

Dio formato: Fuente: Sin Cursiva

1. Antropométricos

Eliminó: :

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Fecha	Peso	IMC	%MG por BIA	Kg MM por BIA	Grasa visceral	C. Cintura	C. abdomen	C. cadera	C. Cuello	Índice Cintura---Estatura
09 feb 23	82.500kg	33.13kg/m ²	43.60%	26kg	174.6	105 cm	111.5cm	115.5cm	36cm	0.66
26 Feb 23	81.800kg	32.85kg/m ²	X	X	X	105 cm	111.5cm	115 cm	36cm	0.66
09 Mar 23	81,300kg	32.65kg/m ²	X	X	X	105 cm	111 cm	114.5cm	36cm	0.66
23 Mar 23	80,700kg	32.40kg/m ²	43.6%	25.2	170.5	105 cm	110.5cm	113.5cm	36cm	0.66

Eliminó: ¶

1. Disminución de peso de 1.8 kg.
2. Pérdida de grasa visceral de 4.1
3. Disminución de circunferencias de abdomen (1cm)
4. Disminución de cadera de forma progresiva (2cm)

Con formato: Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Eliminó: ¶

Eliminó: ¶

2. Bioquímicos:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Indicador bioquímico	Resultado inicial	Resultado final	Unidades	Intervalo de Referencia	Interpretación inicial/interpretación final
Glucosa:	102.5	95	mg/dl	60 – 100	→elevada (ATPIII) →en rango normal
Colesterol:	270.5	228.5	mg/dl	0 – 100	→elevado en ambos (ATPIII)
Triglicéridos:	252.5	112	mg/dl	40 -150	→elevado (ATPIII) → en rango normal
HDL	52.5	53.5	mg/dl	23 - 92	→en rango normal (<50mg/dl en mujer para síndrome metabólico ATPIII)
LDL	167.5	152.6	mg/dl	10 – 130	→elevado (ATPIII)

Diagnóstico sin intervención:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Hipertensión arterial en control + Dislipidemia

Síndrome metabólico (Diagnóstico emitido en consulta inicial, con hiperglucemia + dislipidemia)

Dentro del diagnóstico inicial con los resultados de bioquímicos, se consideró la hiperglucemia como 1 punto para síndrome metabólico (ATPIII), la dislipidemia que presentó de manera inicial, a expensas de colesterol elevado + triglicéridos elevados, considerando también la hipertrigliceridemia con el valor de 1 punto más para síndrome metabólico (ATPIII) y se encontró LDL elevada.

Posterior a término de las 4 consultas e intervención:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Hipertensión arterial en control + Síndrome metabólico (Diagnóstico emitido en consulta inicial, con hiperglucemia + dislipidemia) →REMITIDO

- ✓ Mejoría en niveles de glucosa, recupera a parámetro normal, eliminando criterio para síndrome metabólico.
- ✓ Mejoría en parámetros de triglicéridos recupera a parámetro normal, eliminando criterio para síndrome metabólico.

✓ LDL con disminución en valores (aún en rango superior al intervalo de referencia)

Con formato: Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Eliminó: ¶

3. Clínicos

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

- ◆ Hipertensión arterial + dislipidemia, en tratamiento y control por su médico de base.
- ◆ Refirió cambios en algunos de los componentes de la evaluación clínica:
 1. Mayor saciedad, desaparición de los síntomas gastrointestinales.
 2. Disminución en la ansiedad, mejoría en depresión y en calidad de sueño.
 3. Sin cambios en tratamiento farmacológico prescrito por su médico tratante.

4. Dietéticos:

Eliminó: ¶

¶
¶
¶

Los R24 se encuentran en el apartado de Anexos.

La paciente mencionó el consumo en cada comida de al menos 600ml de agua 3 veces al día y durante las colaciones un vaso de aprox. 300 a 400ml, en total 2.5 litros de agua al día.

Mencionó que aunque este recordatorio es el que siguió, en ocasiones caé en la selección de alimentos como pan dulce y empanizados como las tortitas de pollo,

debido a que se consume en familia, sin embargo, menciona que ahora trata de cuidar que sean porciones más pequeñas.

Hizo mención acerca de; que el tener que llevar el formato de automonitoreo de alimentos la hacía consciente de que a veces se sale del plan y eso la motiva a volver, acercándose más a llevarlo la mayoría de los días como se indicó en el plan de alimentación, por lo tanto se establece que el R24 es representativo de la dieta habitual de la paciente.

a. Evaluación cuantitativa y cualitativa de R24 posterior al plan de alimentación (consulta 2):

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Evaluación Cuantitativa de la dieta	<p>Energía = 1207.5 kcal</p> <p>52.84% HC = 159.5gr.</p> <p>21.20% Proteína = 64 gr.</p> <p>24.60% Lípidos = 33 gr.</p>	<p>Adecuación Energía 79.4% (-10.6%) HIPOENERGÉTICO</p> <p>Adecuación HC= 93.27% (ADECUADO)</p> <p>Adecuación proteína= 64.7% - 25.3% (HIPOENERGÉTICO)</p> <p>Adecuación lípidos= 84% - 6.3% (HIPOENERGÉTICO)</p>
Evaluación Cualitativa de la dieta	<p>Mejor selección de alimentos (incluye verduras y frutas)</p> <p>Disminución del consumo de golosinas 3/7, kinder delice 2/7, frituras y pan dulce 3/7</p> <p>Omitió la porción de leche, omitió leguminosas y oleaginosas en algunas comidas por olvido.</p> <p>Disminuyó el consumo de porciones sugeridas en el plan por olvido</p> <p>Aumento consumo de agua natural con 300ml al día aprox. 3/7 días</p>	

- ✓ Mejoría notable en la selección de calidad de alimentos.
- ✓ Apego a los grupos de alimentos sugeridos en plan de alimentación

Se realiza reforzamiento en cuanto al cumplimiento de porciones para evitar deficiencias energéticas en sus actividades de la vida diaria y evitar deficiencias nutrimentales.

Eliminó: ¶

Desglose del cálculo base:

Eliminó: ¶

Requerimiento de acuerdo a IOM según evaluación de consulta 1=

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: ¶

Con formato: Interlineado: 1.5 líneas

Macronutriente	Kcal	Gramos	% SELECCIONADO EN BASE A IOM
HC	684kcal	171g	45% (45 a 65%)
Proteínas	395kcal	98.8g	26% (10 a 35%)
Lípidos	441 kcal	49g	29% (25 a 35%)
Kcal totales	1520.90 kcal	-	199.07% (+89.07%) EXCESIVO (INICIAL)

Eliminó: ¶

Distribución de su R24 posterior a plan de alimentación consulta 2 (1207.5kcal):

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Macronutriente	Kcal	Gramos	% de adecuación
HC	638 kcal	159.5gr.	93.27% ADECUADO
Proteínas	256 kcal	64gr.	64.7%= - 25.3% (HIPOENERGÉTICO)
Lípidos	369 kcal	41 gr.	84% (- 6.3%) (HIPOENERGÉTICO)
Kcal totales	1207.5 kcal	-	79.4% (- 10.6%) (HIPOENERGÉTICO)

Evaluación de los diagnósticos de la consulta Inicial (Segunda consulta):

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

- Los diagnósticos iniciales de la paciente eran: hipertensión arterial + dislipidemia, al término de la misma consulta inicial, con el apoyo de

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

Con formato: Párrafo de lista, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

mediciones antropométricas y los resultados de los estudios bioquímicos previamente realizados, se realizó diagnóstico de síndrome metabólico.

- La evolución de la paciente en los diagnósticos nutricios (PES) se presenta a continuación:

Con formato: Párrafo de lista, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0.63 cm + Sangría: 1.27 cm

Diagnóstico con evaluación en <u>consulta 2</u> :	Evolución
Ingestión energética excesiva asociada a selección inadecuada de alimentos, evidenciado por consumo actual de 3026kcal /día (R24) (con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%).	<p>Remitido el diagnóstico</p> <p>Consumo actual hipoenergético</p>
Obesidad GI asociada a elección de alimentos con alta densidad energética , evidenciado por un IMC de 33.1kg/m2, circunferencia de cintura de 111.5 cm y un % grasa 43.6% en bioimpedancia (> o = 25%).	<p>En proceso de remisión; con mejoría en IMC de 33.1kg/m2 pasa a 32.72 kg/m2, sin acceso a bioimpedancia.</p>
Elecciones no deseables de alimentos, asociado a falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición; evidenciado por ingestión de alimentos con alta densidad energética (dieta habitual= 5/7 consume pan dulce, 6/7sabritas, 5/7 gomitas, pastel 3/7), kinder delice 7/7; con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%) de lípidos (+87%) e hidratos de carbono (+135%) de acuerdo con su R24.	<p>Mejoría evidente.</p> <p>Consumo actual isoenergético.</p> <p>Mejoría en la elección de alimentos con adecuada calidad nutrimental.</p> <p>Reducción de consumo de pan dulce: 3/7, sabritas: 3/7, gomitas:3/7, pastel:1/7, kinder delice: 3/7.</p>

Tabla con formato

Eliminó: ¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Evaluación cuantitativa y cualitativa de R24 posterior al plan de alimentación (consulta 3):

Evaluación Cuantitativa de la dieta	Energía = 1290 kcal 47% HC = 151gr. 22.02% Proteína = 71 gr. 29.30% Lípidos = 42 gr.	Adecuación Energía 86% (-4 hipoenergética) Adecuación HC= 95.74% (ADECUADO) Adecuación proteína= 84.7% - 5% (HIPOENERGÉTICO) Adecuación lípidos= 101% (ADECUADO)
Evaluación Cualitativa de la dieta	Mejoró la selección de alimentos (incluye verduras y frutas) Disminuyó el consumo de golosinas 2/7, kinder delice mantiene el 2/7, frituras y pan dulce 1/7, elimino consumo de pastel 0/7 Omitió la porción de AOA en la cena por encontrarse fuera de casa y sin acceso, eligiendo consumo de verdura y pan dulce que limitó a 2/7 Disminuyó el consumo de porciones sugeridas en el plan por falta de tiempo Mantuvo consumo de agua natural en aprox. 2.7 litros/día 6/7 días	

- ✓ Disminuyó notable de la selección inadecuada de alimentos con mala calidad nutrimental

Se realizó reforzamiento en cuanto al cumplimiento de porciones para evitar deficiencias energéticas en sus actividades de la vida diaria y evitar deficiencias nutrimentales, se realiza ejercicio de menú con cálculo por equivalente para reforzar y la paciente lo realiza correctamente, menciona omitir algunos alimentos por prisas en su rutina de la vida diraria, para lo cual se sugiere la preparación anticipada de sus alimentos (1 día antes o de ser posible desde el fin de semana).

▲ Distribución de su R24 posterior a plan de alimentación (1290 kcal):

▲ **Dio formato:** Fuente: Sin Negrita

▲ **Dio formato:** Fuente: Sin Negrita

Macronutriente	Kcal	Gramos	% de adecuación
HC	604 kcal	151gr.	88.30% (-1.7%) HIPOENERGÉTICO
Proteínas	284 kcal	71gr.	72%= - 18% (HIPOENERGÉTICO)
Lípidos	378 kcal	42 gr.	85.7% (- 4.2%) (HIPOENERGÉTICO)
Kcal totales	1290 kcal	-	79.4% (- 4%) (HIPOENERGÉTICO)

Evaluación de los diagnósticos de la consulta Inicial

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Los diagnósticos a partir de la consulta #1 cambiaron y se mantienen en la consulta 2 y 3:

- Hipertensión arterial +
- Síndrome metabólico.
- La evolución de la paciente en los diagnósticos nutricios (PES) se presenta a continuación:

Diagnóstico con evaluación en <u>consulta 3:</u>	Evolución
Ingestión energética excesiva asociada a selección inadecuada de alimentos, evidenciado por consumo actual de 3026kcal /día (R24) (con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%).	Consumo actual hipoenergético; →REMITIDO
Obesidad GI asociada a elección de alimentos con alta densidad energética , evidenciado por un IMC de	En proceso de remisión, mejoró su IMC de 32.72kg/m2 a 32.53kg/m2, mantiene c.

32.72kg/m2, circunferencia de cintura de 111.5 cm y un % grasa 43.6% en bioimpedancia (> o = 25%).	cintura, sin acceso a bioimpedancia
Elecciones no deseables de alimentos, asociado a falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición; evidenciado por ingestión de alimentos con alta densidad energética (3/7 consume pan dulce, 3/7sabritas, 3/7 gomitas, pastel 3/7), kinder delice 7/7; con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%) de lípidos (+87%) e hidratos de carbono (+135%) de acuerdo con su R24.	Mejoría evidente. Consumo actual isoenergético. Mejoría en la elección de alimentos con adecuada calidad nutrimental. Reducción de consumo de pan dulce: 2/7, sabritas: 2/7, gomitas:0/7, pastel:0/7, kinder delice: 1/7.

Evaluación de los diagnósticos de la consulta 2 y 3:

- Hipertensión arterial +
- Síndrome metabólico.

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

En esta última intervención y consulta #4 se realizaron estudios bioquímicos, donde se muestran valores disminuidos de triglicéridos, obteniendo un parámetro en rango normal (<150mg/dl), así como disminución de glucosa en ayuno obteniendo también un parámetro en rango normal (100mg/dl), estos 2 criterios más la c. cintura habían hecho que la paciente cumpliera con criterios diagnósticos para Síndrome metabólico según ATP III.

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

A partir de esta consulta la paciente remitió en el diagnóstico de Síndrome metabólico; contando ya sólo con el diagnóstico de:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

⇒ Hipertensión arterial controlada.

En cuanto a la evolución de la paciente en los diagnósticos nutricios (PES) se presenta a continuación:

Diagnóstico <u>consulta 4</u>	Evolución
Ingestión energética excesiva asociada a selección inadecuada de alimentos, evidenciado por consumo actual de 3026kcal /día (R24) (con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%).	Consumo actual hipoenergético; →REMITIDO
Obesidad GI asociada a elección de alimentos con alta densidad energética , evidenciado por un IMC de 32.72kg/m2, circunferencia de cintura de 111.5 cm y un % grasa 43.6% en bioimpedancia (> o = 25%).	En proceso de remisión, mejoró su IMC de 32.72kg/m2 a 32.28kg/m2, mantiene c.cintura, sin acceso a bioimpedancia
Elecciones no deseables de alimentos, asociado a falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición; evidenciado por ingestión de alimentos con alta densidad energética (3/7 consume pan dulce, 3/7sabritas, 3/7 gomitas, pastel 3/7), kinder delice 7/7; con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%) de lípidos (+87%) e hidratos de carbono (+135%) de acuerdo con su R24.	Mejoría evidente. Consumo actual isoenergético. Mejoría en la elección de alimentos con adecuada calidad nutricional. Reducción de consumo de pan dulce: 1/7, sabritas: 0/7, gomitas:0/7, pastel:0/7, kinder delice: 1/7.

Evaluación de cumplimiento de todas las metas SMART para intervención nutricional:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

S	M	A	R	T	CUMPLIMIENTO
Disminuir el consumo de chocolate Kinder delice en su semana	Reducir su consumo de 7/7 a: 2 a 3 por semana	Elegir los días donde lo comerá o dividir 1 porción para 2 días	Hacerlo al menos 3 de 7 días	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).	100%
Aumentar el consumo de agua natural	Al menos a 2.5Lts	Implementando el acompañamiento en su día con una botella con agua de al menos 1lt para medirla	Hacerlo al menos 3 de 7 días de la semana	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).	100%
Aumentar la actividad física	Aumentar 2 día más el salir a caminar, además de los días que ya lo hace	Salir a caminar 2 días más, contando el tiempo con reloj y hacerlo por un tiempo mínimo de 30 a 40 min.	Hacerlo al menos 4 de 7 días de la semana (2 días más de los q ya hacía)	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).	100% (AUMENTÓ 1 DÍA DE CAMINATA + 1 DÍA DE NATACIÓN)
Evitar omitir o retrasar el desayuno	Durante la semana	Colocar un letrero en su refrigerados que indique: antes del aseo de mi casa: debo desayunar!	Hacerlo al menos 5 de 7 días	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).	85.7% (OMITIO 1 DE 7 DÍAS)

- ✓ Todas las metas fueron logradas por la paciente; con un porcentaje elevado, por lo tanto se decidió continuar con estas metas

5. Estilo de vida

a. Emocionales

i. Bases teóricas para el intercambio de comportamiento

Etapas de cambio por Prochaska y Di Clemente

Este modelo describe el proceso de cambio conductual y señala que los individuos experimentan diferentes etapas en su camino hacia la adopción de comportamientos beneficiosos para la salud. En el contexto de pacientes que viven con obesidad, se identifican a continuación las etapas clave en este proceso de cambio.²²

Durante la etapa de precontemplación, las personas que viven con obesidad no son conscientes de su situación o no creen que sea necesario efectuar modificaciones en su estilo de vida. Es posible que tenga una percepción distorsionada de su peso y salud. En esta etapa, los esfuerzos de intervención se centran en aumentar la conciencia acerca de los riesgos relacionados con la obesidad y motivar a los pacientes a contemplar la posibilidad de cambio.²²

Contemplación: En esta fase, las personas son conscientes de su condición de obesidad y comienzan a considerar la posibilidad de implementar cambios en su comportamiento. Aunque pueden tener dudas o estar indecisos, se encuentran más receptivos para recibir información y explorar opciones de tratamiento. Es esencial brindar educación acerca de las consecuencias negativas de la obesidad y las diversas exposiciones disponibles en esta etapa.²²

Preparación: Durante esta etapa, los individuos están comprometidos a realizar cambios y adoptar medidas concretas para abordar su obesidad. Pueden comenzar a modificar su dieta, aumentar su actividad física o buscar apoyo profesional. Los programas de intervención que ofrecen orientación y estrategias prácticas son fundamentales para ayudar a los pacientes en esta fase.²²

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

Dio formato

Dio formato: Fuente: Sin Negrita,

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Dio formato

Acción: Los individuos en esta etapa llevarán a cabo de manera activa cambios en su estilo de vida con el objetivo de combatir la obesidad. Siguen un plan de alimentación saludable, participan en programas de ejercicio regular y buscan apoyo de profesionales de la salud. En esta etapa, resulta crucial contar con un apoyo constante, recibir educación nutricional y llevar a cabo un monitoreo para asegurar la adherencia al tratamiento.²²

Dio formato

Mantenimiento: Una vez que los individuos han logrado realizar cambios significativos en su estilo de vida y han alcanzado sus metas de pérdida de peso, entra en la etapa de mantenimiento. Durante esta fase, se pone el énfasis en prevenir recaídas y mantener los nuevos comportamientos a largo plazo. Para lograrlo, es contar esencial con un apoyo continuo, realizar seguimientos regulares y adoptar estrategias de afrontamiento adecuadas. Mantener los logros requiere un enfoque constante y sostenido.²²

Dio formato

La etapa de recaída es un aspecto importante en el proceso de cambio de comportamiento en pacientes que viven con obesidad. Esta fase se refiere a la vuelta a comportamientos no saludables después de haber logrado ciertos logros en la adopción de un estilo de vida saludable, puede ocurrir por diversas razones, como el estrés, las emociones negativas, la falta de apoyo social o la falta de motivación continua.²²

Dio formato

Es importante destacar que la etapa de recaída no es un paso lineal y definitivo, más bien, se considera una parte normal del proceso de cambio, y muchas personas pueden experimentar recaídas antes de poder retomar su compromiso con comportamientos saludables.²²

Dio formato

Para superar la etapa de recaída, es fundamental que los individuos reconozcan y acepten la situación, impidiendo caer en sentimientos de culpa o desesperación. El apoyo de profesionales de la salud y de redes de apoyo social es esencial en esta fase, brindando orientación, motivación y estrategias para retomar el camino hacia un estilo de vida saludable.²²

Dio formato

Las etapas de cambio en pacientes que viven con obesidad son un componente esencial para comprender y abordar este problema de salud. A través del modelo transteórico, se ha demostrado que los individuos atraviesan diferentes etapas en su camino hacia la adopción de comportamientos saludables. Al reconocer y comprender estas etapas, los profesionales de la salud pueden adaptar sus intervenciones para brindar un apoyo más eficaz y personalizado a los pacientes.²²

Dio formato

ii. Teoría seleccionada para el caso: el modelo transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente establecido desde 1983, que establece a las etapas de cambio como elemento esencial para comprender cómo las personas adoptan comportamientos saludables.

iii. Evaluación de conductas y etapas: la evolución por consulta se adjunta en el apartado de anexos (anexo 21), de manera general se encontró:

Con formato: Normal, Sin viñetas ni numeración

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pto

1. La paciente refirió mejor estado anímico, con disminución del estrés, la ansiedad y mejoría en calidad de sueño, refirió sentirse motivada por mejorar su salud.
2. Fue posible identificar que la paciente evolucionó en su etapa de cambio; hacia la “acción”, debido a que además de la evidencia de cambios en cuanto a su dieta y estilo de vida, lleva 1.5 meses de constancia y con mejoras evidentes en disciplina.
3. Mencionó calificaciones altas en motivación y autoeficiencia, siendo la moda 8 como calificación.

Eliminó: <#>Emocional:¶

EVALUACIÓN DE MOTIVACIÓN Y AUTOEFICIENCIA		
Responda las siguientes preguntas marcando		
	Calif	
1	Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para realizar cambios en su alimentación (como aumentar el consumo de verdura, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, etc.)	8
1.1	En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado	

2	Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para aumentar su nivel de actividad física	8
2.1	En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado? _____ _____	
3	Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para realizar cambios en su alimentación:	8
3.1	En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza? _____ _____	
4	Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para aumentar su nivel de actividad física:	7
4.1	En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza? AUTOCONVENCIMIENTO	

1. La paciente refirió una mayor consciencia de los beneficios que se obtienen al apego al plan de alimentación y el incremento en la actividad física.
2. La paciente se mostró motivada y encuentra actividades que disfruta; como regresar a clases de natación, las cuales refiere había suspendido hace más de 1 año.
3. Empieza a responsabilizarse en identificar barreras y trabajar en ellas para llevar a cabo el plan de alimentación y las mejoras en la actividad física como se señaló en las metas SMART.
4. En la escala de estrés percibido el puntaje final mejoró, manteniéndose en una puntuación en el rango de 15-28 = de vez en

Con formato: Con viñetas + Nivel: 2 + Alineación: 2.01 cm + Sangría: 2.64 cm

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

cuando esta estresada, considerando el resultado adecuado y con
mejoría clara.

b. Actividad Física

1. La paciente cumplió al 100% en la consulta 4; con el objetivo establecido de actividad física, ya que aunque solamente salió a caminar 1 día más de los que ya salía, lo hizo correctamente; realizando el conteo del tiempo con reloj y por un tiempo de 40min., además de ello agregó 1 día a la semana de clase de natación, donde realiza aprox 1 a 1.5hrs de actividad.
2. Como se explicó en el apartado de actividad física, la paciente fue realizando aumento en el esfuerzo físico con percepción a través del habla durante la marcha, los incrementos se llevaron a cabo de manera progresiva y a tolerancia minimizando así posibles riesgos y alertando en todo momento a la paciente acerca de signos de alarma; dolor precordial, mareos, nauseas, vómito, cefalea, acufenos, fosfenos.
3. Cabe mencionar que a esta paciente no se le indicaron ejercicios de fuerza debido a su padecimiento de hipertensión arterial para el cual se deben restringir todos los ejercicios que puedan desencadenar maniobras de valsava en este tipo de pacientes, siendo la mejor elección el ejercicio aeróbico.

Eliminó :

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 2.02 cm + Sangría: 2.66 cm

Con formato: Justificado, Interlineado: 1.5 líneas, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 2.02 cm + Sangría: 2.66 cm

Eliminó: ¶

S	M	A	R	T
Aumentar la actividad física	Aumentar 2 día más el salir a caminar, además de los días que ya lo hace	Salir a caminar 2 días más, contando el tiempo con reloj y hacerlo por un tiempo mínimo de 30 a 40 min.	Hacerlo al menos 4 de 7 días de la semana (2 días más de los q ya hacía)	Mantener ese nuevo inicio de hábito por al menos 2 semanas (hasta su próxima consulta).

✓ Incremento de actividad física.

Social:

- La paciente inicia comunicación con el grupo de compañeras del programa de atención a obesidad de la clínica, refiere que ha mejorado la comunicación con las mamás del salón de sus nietas, menciona que tiene más paciencia para hablar los temas sensibles con su esposo y su hijo.
- Sus nietas son su mayor motivación para salir adelante y sentirse sana.

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

c. Patrón del sueño

Con formato: Sangría: Izquierda: 2.66 cm, Sin viñetas ni numeración

Dio formato: Fuente: (Predeterminada) Arial, 12 pts

Dio formato: Inglés (americano)

CALIDAD DEL SUEÑO POSTERIOR A INTERVENCIÓN; DE LA CONSULTA 2 A LA 4			
Horas de sueño entre semana→	35hrs. 5 días de la semana, con aprox. 7hrs. al día, ininterrumpidas	Horario de sueño→	Inicia de las 22:00hrs, ya no despierta por ansiedad, logrando dormir 7 horas seguidas, despertando a las 5:00hrs
Horas de sueño fines de semana→	14hrs. 2 días de la semana, con aprox. 7hrs. al día, ininterrumpidas	Horario de sueño→	Inicia de las 23:00hrs ya no despierta por ansiedad, logrando dormir 7 horas consecutivas hasta las 6am, mencionando que algunos fines de semana ha logrado dormir 8hrs seguidas
Calidad de sueño percibida: Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>			

Observaciones: La paciente refiere que desde que inicio el plan de alimentación y el aumento en la actividad física, su vida cambió, puesto que además de no tener ansiedad durante el día, goza de poder conciliar el sueño sin dificultad y sin interrupciones durante el mismo. Manifiesta que al despertar tiene sensación de un buen descanso; la mayoría de las veces (6/7 - 7/7).

7. Intercambio clínico con el equipo multidisciplinario

La paciente es tratada por su médico de base (médico general de su centro de salud), el cual lleva el manejo de la hipertensión arterial y dislipidemia previamente comentadas desde APP desde hace más de 10 años, con sugerencia emitida a la paciente de bajar de peso para mejorar su salud sin indicación precisa.

No tiene acceso a psicología por falta de recursos económicos, sin embargo desde la intervención, refiere haber mejorado en cuanto a realización de actividades con su entorno social (convivencia con madres de familia de la escuela de sus nietas, reunión con amigas de años).

Con formato: Izquierda

Eliminó: Intercambio clínico con el equipo multidisciplinario:¶

Eliminó: ¶

8. Discusión

En el presente trabajo se realizó abordaje nutricional a una paciente con obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia, a través de la evaluación del estado nutricional se identificaron como principales diagnósticos nutricionales: a) Ingestión energética excesiva asociada a selección inadecuada de alimentos, evidenciado por consumo actual de 3026kcal /día (R24) (con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%). b) Obesidad GI asociada a elección de alimentos con alta densidad energética, evidenciado por un IMC de 33.1kg/m², circunferencia de cintura de 111.5 cm y un % grasa 43.6% en bioimpedancia (> o = 25%) y c) Elecciones no deseables de alimentos, asociado a falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición; evidenciado por ingestión de alimentos con alta densidad energética (dieta habitual= 5/7 consume pan dulce, 6/7 sabritas, 5/7 gomitas y pastel 3/7), con un porcentaje de adecuación elevado de energía total (+89.07%) de lípidos (+87%) e hidratos de carbono (+135%) de acuerdo con su R24. Posterior a la identificación de los mismos se realizó la implementación de educación en alimentos y nutrición, creación de metas SMART en conjunto con la paciente y planes de alimentación. Desde la historia clínica la paciente refirió que la obesidad ha sido parte de su vida desde que esta en edad adulta joven. En el discurso de la entrevista inicial, menciona haber ganado peso durante sus embarazos y no perderlo después de cada parto, sino por el contrario; quedarse con los kilos extras, también hizo mucho énfasis en la economía, la cual considera la principal barrera para el abandono de las dietas que ha querido implementar a lo largo de su vida, esto coincide con lo señalado por Arnaiz, G.M²⁴ acerca de; "combatir la concentración de hábitos nocivos que suele darse con más frecuencia en determinados grupos socioeconómicos, con una educación adecuada"²⁴. Así mismo, se indagó dentro de la historia clínica el por qué si la paciente realizó varias intervenciones nutricionales, continuaba cayendo en elección no deseables de alimentos, sin embargo al indagar acerca del tema, la paciente refiere falta de contacto previo con información precisa relacionada con nutrición, es decir; que sólo tenía una dieta que debía seguir al pie de la letra, sin opción a selección de alimentos y mucho menos a conocimientos relacionados con alimentación y nutrición, puesto que la atención recibida en esos

Con formato: Centrado

Eliminó: DISCUSIÓN

Eliminó:

Eliminó: 2

Eliminó:

Eliminó: 2

momentos era solamente así, lo cual también coincide con lo señalado por Arnaiz, G.M²³, acerca de; “Una educación adecuada de los consumidores constituye el 1º paso para una elección con conocimiento de causa en materia de alimentación.”²⁴, sin duda uno de los retos más grandes para los profesionales de la salud.

Eliminó: 2

Eliminó: 2

A pesar del nulo éxito de las intervenciones previas, la paciente se mostró en etapa de preparación con actitud positiva y escucha activa en cada una de sus consultas, a través del apego a los planes de alimentación y el llevar a cabo con éxito la prescripción del ejercicio aeróbico; se logró mejorar los parámetros bioquímicos e incluso remitir los parámetros para síndrome metabólico, tal cual señala Santana, L., & Eduardo, A.²⁵; “El ejercicio aeróbico a través de las diferentes épocas y etapas del ser humano ha demostrado ser un excelente aliado para mejorar la calidad de vida de las personas, no solamente en la parte física sino adicionalmente en la parte psicológica y emocional, así también convirtiéndose en una ayuda primordial para las personas que padecen un síndrome metabólico”.²⁵ disminuyendo además el riesgo cardiovascular, como lo señala Martínez Pérez, L²⁶; “el síndrome metabólico incrementa de manera alarmante la aparición de una enfermedad cardiovascular”.

Eliminó: 3

Eliminó: 3

Eliminó: 4

²⁶ La paciente evolutivamente mejoró su estado emocional, ya que mencionó que desde que empezó a realizar cambios en su alimentación y actividad física/ejercicio; comenzó a mejorar la calidad del sueño, el humor con su familia y la forma en como abordar los problemas, a pesar de no contar con los recursos para acudir a terapia conductual o con algún profesional del área de la psicología, lo cual no es del todo congruente con lo que menciona el mismo autor Martínez Pérez, L²⁶; “la mejor manera de conseguir una pérdida de peso efectiva y su mantenimiento en el tiempo es la combinación de los factores dieta y ejercicio, acompañado de un correcto seguimiento a través de la terapia conductual”.

Eliminó: 4

Eliminó:

²⁶ aunque habría que considerar que no se habla de la temporalidad específica para hablar de efectividad, se infiere que el mensaje del autor es claro, entre mayor sea la educación al paciente y el equipo multidisciplinario; mayor tasa de éxito tendrán las intervenciones en la vida de los pacientes. Considerando que ante el problema y la enfermedad, debemos iniciar con aquello que se encuentre a nuestro alcance, esto, para evitar el retraso en la atención, el diagnóstico oportuno, la identificación de comorbilidades asociadas, el

Eliminó: 4

Eliminó: 4

aumento de riesgos y el tratamiento y/o manejo que en definitiva debe iniciarse lo antes posible.

Finalmente considero pertinente mencionar que los profesionales de la salud debemos invertir más tiempo para en el abordaje de situaciones tan complejas como es el desarrollo de la obesidad y las comorbilidades que esta implica, se requieren herramientas que nos ayuden a entender el discurso de nuestros pacientes en cada una de las consultas y/o atención por un profesional de la salud, por ello es necesario también implementar la investigación cualitativa, la cual puede conocerse a través de una historia de vida, historia oral, según menciona Bonilla Muñoz MC²⁷, García Robín G.²⁷; asociado con propuestas metodológicas del análisis de discurso, historiografía, etnometodología, grupos de discusión, etc. , retomando disciplinas propias del tema a estudiar, así como todas aquellas metodologías que contribuyan al análisis que gira en torno al paciente y no sólo a un grupo social, es decir; testimonios personales con fines científicos que pueden ser escritos o verbales y que en muchas ocasiones nos darán un gran aporte para identificar barreras y saber llevar a cabo la mejor estrategia o elección de tratamiento a nuestros pacientes.²⁶

Eliminó: 5

Eliminó: 5

Eliminó: 5

9. Conclusión

El manejo del paciente que vive con obesidad es mucho más complejo de lo que como profesionales de la salud podemos percibir de forma inicial, la realidad de esta enfermedad, no sólo es la complejidad de la fisiopatología, el hecho de considerar al tejido adiposo como órgano endocrino y el estado inflamatorio de bajo grado en el que vive el paciente con obesidad, sino además; todos aquellos factores que contribuyen a su desarrollo y que limitan en muchas ocasiones las posibilidades de poder modificarlos, tal es; el entorno en el que viven estos pacientes, la influencia del núcleo familiar, la sociedad en la que se desenvuelven, la economía, el estado emocional y las comorbilidades per se que ya involucra la enfermedad misma.

Abordar a estos pacientes de forma correcta es un verdadero reto para cualquier profesional de la salud implicado, puesto que en muchas ocasiones dejamos a un lado la importancia de la realización de una verdadera y completa evaluación del estado nutricional, así como las intervenciones y planes de alimentación, los médicos habitualmente tendemos a iniciar manejo farmacológico y como complemento sumamos la parte nutricional, cuando en realidad la piedra angular en la mayoría de los casos de esta enfermedad se basa en la alimentación y nutrición. El compromiso en la atención va más allá de sólo bajar de peso a las personas, la sociedad en general por muchos años ha llegado a considerar que la obesidad es una elección, ignorando quizá que esta enfermedad es multifactorial y que es tan importante considerar el tema metabólico y genético como el tema emocional, social, cultural y en especial el estilo de vida. Tendríamos que concentrarnos inicialmente en identificar cuáles son los factores que sí podemos modificar para después implementar estrategias en esas áreas de oportunidad.

Cada vez se habla más acerca de que debemos insistir en mejorar la composición corporal, bajando la masa grasa, preservando la masa muscular, implementando además el aumento en la actividad física, pero qué tan fácil o difícil puede ser este objetivo si continuamos sólo centrándonos en la punta del iceberg. La realidad es que intervenciones como la de este caso sólo nos confirman el hecho de que cada

Con formato: Centrado

Eliminó: CONCLUSIONES

paciente requiere de un manejo personalizado en la atención de la enfermedad, un traje específico, bien hecho, único; a la medida.

Hablar de obesidad como profesional de la salud y futuros especialistas, nos compromete a reconocer que si bien en esta enfermedad se requiere a un equipo multidisciplinario, para el manejo ideal e integral, no podemos esperar para iniciar el trabajo que nos toca, desde cada una de nuestras trincheras hacia la concientización de la cronicidad de la enfermedad, a no continuar con la escuela de hacer una dieta o un plan de alimentación para bajar de peso a nuestros pacientes, sino a emprender tratamientos que nos ayuden a generar cambios reales en el estilo de vida, a llevarlos a la percepción de los beneficios que implica mantener esos cambios saludables, a que cada vez más profesionales de la salud seamos conscientes de que no sólo es el tratamiento con el manejo de fármacos, el plan de alimentación o incluso la cirugía metabólica, para los cuales sin duda alguna; también debemos mantenernos actualizados, se trata más bien de lograr que nuestros pacientes sean auto eficientes porque el reto después de cada logro será mantenerlo, y esto es determinante, considerando entonces como prioritario el logro en; la adherencia a los cambios en el estilo de vida, aquellos que asegurarán un índice de menor riesgo de recaída, lo que acompañará en definitiva a cada uno de nuestros pacientes, que en ocasiones es referido como algo subjetivo o general, ejemplo; selección adecuada de alimentos, incluir mejoras en actividad física y agregar el ejercicio como un estilo de vida, también mantener una buena relación con los alimentos, que los nuevos estilos de vida no perjudiquen su desarrollo e interacciones sociales, es decir; que le permitan la sana convivencia con su entorno biopsicosocial, que nuestros pacientes sean capaces de desarrollar estrategias que puedan implementar cuando se encuentren fuera de casa o lejos de su conocido ambiente; sin caer en riesgos que perjudiquen su estado de salud, que mantenga la concientización del cambio que en ocasiones (depende el tipo de tratamiento) podrá estar acompañado de limitaciones; que tendrán que verlas como parte del proceso y como algo que suma al éxito de su tratamiento hacia la salud óptima.

Considero que el éxito de una intervención con educación alimentaria y nutricia tendrá que percibirse cuando aún en la etapa de mantenimiento, el paciente se muestre consciente de los beneficios que le ha otorgado el mantener los cambios en sus hábitos y estilo de vida, cuando él se describa como una persona que goza de logros en la disminución de riesgos metabólicos, cardiovasculares, neurológicos, inmunológicos, osteoarticulares, endócrinos e incluso la disminución de riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer, consciente también acerca de que el paso que decidió dar es un camino sin retorno, que deberá seguir reforzando con asesorías y monitoreo de por vida si fuera necesario por parte del profesional de la salud involucrado o incluso un equipo multidisciplinario en aquellos con tratamientos quirúrgicos, con todo el compromiso que esto requiere, ya que de lo contrario podría regresar al inicio o en un peor escenario; provocar complicaciones serias y perjudiciales para su salud.

10. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Prevención de la Obesidad.

Consultado el 22 de enero de 2023, Disponible en:

<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad#:~:text=La%20obesidad%20y%20el%20sobrepeso,de%20la%20talla%20en%20metros>

2. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018. Consultado el 22 de enero de

2023, en https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut2018_presentacion_resultados.pdf

3. Gobierno de México, 2022, Di no a la Obesidad pero sí al ejercicio. Consultado el 22 de enero de 2023. Disponible en:

<https://www.gob.mx/profeco/documentos/di-no-a-la-obesidad-pero-si-al-ejercicio?state=published>

4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Obesidad y sobrepeso. Consultado el

22 de enero de 2023, Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

5. Norma Oficial Mexicana [NOM-174-SSA1-1998](#) Para el manejo integral de la obesidad. Consultado el 22 de enero de 2023. Disponible

en: <http://www.economia-noms.gob.mx/normas/noms/2000/174ssa1.pdf>

6. INEGI, Principales causas de mortalidad, Consultado el 22 de enero de 2023.

Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/mortalidad/#Tabulados>

7. Robles-Osorio M. Sobre la fisiopatología del tejido adiposo en la

obesidad. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición [Internet]. 2022 [citado 24 Feb 2023]; 30 (2) :[aprox. -14 p.]. Disponible

en: <https://revalnutricion.sld.cu/index.php/rcan/article/view/1209>

Con formato: Centrado

Eliminó: BIBLIOGRAFÍA:†

Código de campo cambiado

8. Mayo Clinic, Obesidad, 2022. Consultado el 22 de febrero de 2023. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/symptoms-causes/syc-20375742>

Código de campo cambiado

9. Kaufer Horwitz M, Pérez Hernández J.F. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. Interdisciplina, Ciudad de México. abr. 2022; 10(26), 147-175. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>

Código de campo cambiado

10. Rodríguez-Flores Marcela. Diagnóstico de la obesidad más allá de índice de masa corporal. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Jul 03]; 56(4): 312-314. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000400003&lng=es

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. Junio de 2021. OMS; 2021. Consultado el 15 de septiembre de 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,\(kg%2Fm2\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,(kg%2Fm2))

Eliminó: 0

Código de campo cambiado

12. American Heart Association, Inc., Estilo de Vida + Reducción de Factores de Riesgos Presión Arterial Alta; 2021. Disponible en: https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf

Eliminó: 1

Código de campo cambiado

13. Unger Thomas et al., 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Disponible en: <https://d2l.iberomx.com/d2l/le/content/279982/viewContent/2481496/View>

Eliminó: 1

Código de campo cambiado

14. Organización Mundial de la Salud, Hipertensión; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension#:~:text=Se%20estima%20que%20en%20el,desconocen%20que%20padecen%20esta%20afecci%C3%B3n>

Eliminó: 2

Código de campo cambiado

15. Organización Panamericana de la Salud, Hipertensión; 2021. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>

Eliminó: 3

Código de campo cambiado

16. Gopar-Nieto R, Ezquerra-Osorio A, Chávez-Gómez NL, Manzur-Sandoval D, Raymundo-Martínez GIM. How to treat hypertension? Current management strategies [¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales]. Arch Cardiol Mex. 2021 Nov 1;91(4):493-499. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8641471/>

Eliminó: 4

Código de campo cambiado

17. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-2017. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. - Diario Oficial de la Federación. Disponible en:
<file:///Users/gloriavargas/Downloads/PROY%20NOM%20030%202017.pdf>

Eliminó: 5

Código de campo cambiado

18. Instituto Nacional de Salud Pública, Hipertensión Arterial; un problema de salud pública en México; 2022. Disponible en : <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html#sup4>

Eliminó: 6

Código de campo cambiado

19. Martínez Sanchez, L. M., & Pérez, S. Obesidad: Mecanismos, fisiopatología y tratamiento integral. Revista Ciencia Y Salud, 6(1), Pág. 71–80.
<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i1.395>. Disponible en:
<https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/395/499>

Eliminó: 7

Código de campo cambiado

Código de campo cambiado

20. Gibson R. Principles of nutritional assessment. Nueva York: Oxford University Press, 1990.

Eliminó: 18

21. Pérez Lizaur AB, Palacio González B. Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes. 5ª ed. México: Editorial Ogali; 2022.

Eliminó: 19

22. Hernández Rodríguez José, Duchi Jimbo Paola Narcisa. Índice cintura/talla y su utilidad para detectar riesgo cardiovascular y metabólico. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2015 Abr [citado 2022 Sep 18]; 26(1): 66-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532015000100006&lng=es

Eliminó: 0

Código de campo cambiado

23. Rodríguez M., García E, Vázquez V. Escala de Estadificación de la Obesidad de Edmonton. Manuel de Obesidades: Una oportunidad para mejorar la salud de mi paciente. Permanyer. México. 2020; pp: 72-74, 122-124.

24. Lizarzaburu Robles JC. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. An Fac Med 2013 [citado 11/10/2022]; 74 (4): 315-320. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400009&lng=es

25. Arnaiz, G.M. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. Rev Nutr 2009; 22(1): 5-18

26. Santana, L., & Eduardo, A. Investigación bibliográfica del ejercicio aeróbico en pacientes con síndrome metabólico. BS thesis. Quito: UCE, 2020: (19-45). Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/22326/3/T-UC-0020-CDI-437.pdf>

27. Martínez Pérez, L. Síndrome metabólico y riesgo cardiovascular: educación para la salud. 2016: (27 -29). Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17794/MartinezPerez_Laura_TFG_2016.pdf

28. Bonilla, P. y García, G. La perspectiva cualitativa en el quehacer social. México: CADEC. 2002

Eliminó: 1

Código de campo cambiado

Eliminó: 2

Eliminó: 3

Código de campo cambiado

Eliminó: 4

Código de campo cambiado

Eliminó: 5

10. Anexos

Anexo 0.- Formato de consentimiento informado


IBERO
CIUDAD DE MÉXICO
DEPARTAMENTO DE SALUD


DIF
HUIJQUILUCAN

Estimado(a) Participante:

Introducción/Objetivo:
La Universidad Iberoamericana Ciudad de México le invita a participar en el programa denominado: **"PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y VIDA SALUDABLE"** (EN COLABORACIÓN CON EL DIF-HUIJQUILUCAN), cuyo objetivo es "Proporcionar atención nutricional y promoción de estilos de vida saludable". Este programa se está realizando en la Clínica de Nutrición de la Ibero y el Albergue Mater Dei del Centro DIF-Huijquilucan y, se encuentra vinculado al convenio de colaboración interinstitucional en materia de prácticas profesionales para las y los estudiantes de la Especialidad en Obesidad y Comorbilidades.

El programa incluye: paquete de 4 consultas de nutrición, talleres educativos en temas de alimentación y estilo de vida saludable, mediciones antropométricas y estudios de sangre al inicio y al final del programa: colesterol total, colesterol LDL y HDL, triglicéridos y glucosa.

El objetivo del programa, es evaluar los cambios clínicos, bioquímicos, antropométricos y de estilo de vida en usted después de recibir una intervención nutricional, los cuales se asocian a una mejoría en su salud, al realizar las modificaciones en los hábitos, costumbres alimenticias y de estilo de vida derivadas de la intervención nutricional que recibirá. Con la información recabada, la cual es confidencial, pretendemos entender en mejor forma la relación entre la alimentación y la mejora en estos parámetros de las personas, en específico de los mexicanos, lo que en el futuro nos permita realizar intervenciones nutricionales personalizadas más efectivas para mejorar las condiciones de salud de las personas.

Los beneficios que usted recibirá son el diagnóstico clínico-nutrición a partir del cual se le diseñará una intervención nutricional que durará 6 semanas. Asimismo, se realizará la determinación de los marcadores bioquímicos sanguíneos: glucosa, triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL, tanto al inicio como al final de la intervención; con la intención de evaluar en forma más rigurosa, los cambios que usted presenta entre el inicio y fin de la intervención. Todos los estudios bioquímicos e intervenciones que se realizarán, serán **sin costo alguno para usted**. Asimismo, una vez terminada la intervención nutricional, para hacerle llegar los resultados de los bioquímicos que se hayan analizado, así como conocer su estado de salud general, nos pondremos en contacto vía telefónica o electrónica, para hacerle llegar la mencionada información.

Procedimientos:
Si Usted acepta participar en el programa antes descrito ocurrirá lo siguiente:

1. Le haremos algunas preguntas acerca de sus **antecedentes personales, alimentación, estilo de vida, estado emocional y actividad física** como por ejemplo: qué acostumbra usted desayunar, comer, cenar, etc... y cuestionamos generales acerca de sus antecedentes personales como por ejemplo: fuma o consume bebidas alcohólicas, etc. La entrevista/el cuestionario tendrá una duración aproximada de una hora. Lo entrevistaremos en los consultorios de la Clínica de Nutrición, edificio L primer piso 111, en un horario de 8:00 am a 11:00 am, los días martes 24 de enero (inicial) y martes 14 de marzo (final).
2. Se le tomará una muestra de sangre mediante punción venosa en dos tubos de aproximadamente 5.0 ml, con material nuevo y estéril.
3. Se le brindará educación y consejería nutricional personalizada y basada en evidencia, con la finalidad de mejorar sus hábitos de alimentación y estilo de vida. Así mismo, se impartirán talleres educativos de manera grupal, en el Centro DIF-Huijquilucan (Clínica y Albergue Mater Dei), en un horario de 9:00 a 11:00 am, los días jueves 26 de enero, 9 y 23 de febrero y 9 de marzo.

Le aclaramos que (TANTO LAS ENTREVISTAS, CONSULTAS Y/O TOMA DE MUESTRAS) serán realizadas por personal capacitado para realizar dichos procedimientos.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione para el programa y que se obtenga de los análisis bioquímicos será de carácter estrictamente confidencial. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. La información será utilizada únicamente por el equipo de la Clínica de Nutrición y/o del Laboratorio de Investigación del Departamento de Salud. La información no estará disponible para ningún otro propósito. Asimismo, los resultados de este programa serán publicados con fines científicos y académicos, pero se analizarán y presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificado(a) en los informes o documentos generados.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en el presente programa son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. La toma de muestra de sangre se realizará con material nuevo y desechable; después de la toma de la muestra sanguínea, puede presentarse un pequeño moretón en el área y/o pequeño dolor en el momento, lo cual desaparecerá después de un par de días, sin complicación alguna.

Usted no recibirá ningún pago por participar en el programa.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este programa es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan dentro del DIF-Huijquilucan. Si usted acepta participar en el programa, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el programa.
Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente programa.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Nombre Completo del Testigo 1: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Firma: _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Relación con el participante _____ Fecha: _____
Nombre Completo del Testigo 2: _____ Día / Mes / Año

Firma: _____ Fecha: _____
Relación con el participante _____ Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____ Fecha: _____
Día / Mes / Año

Con formato: Centrado

Eliminó: ¶

Eliminó: ¶

Comentado [mr14]: FAVOR DE CORROBORAR QUE COINCIDA EL NÚMERO EN BASE A LOS OTROS TÍTULOS. NO SE SI SE AÑADAN MÁS NÚMEROS.

Dio formato: Fuente: Sin Negrita,

Anexo 1.- Dieta habitual y R24

DIETA HABITUAL

Desayuno	Quesadillas, fruta, café con leche o té
8:00hrs	
Colación	Durante el transcurso de la tarde y mientras prepara la comida se come 1 paquete de cacahuates japones.
13:00hrs	
Comida	Come en casa la mayor parte del tiempo; generalmente un guisado + arroz+ frijoles + tortillas de maíz
15:00hrs	Agua natural Al menos 1 días de la semana come fuera de su casa; generalmente tortas, tacos o comida china.
Colación tarde	Varios días de la semana consume al menos 1 paquete de sabritas +
7pm	Chocolate kinder delice o golosinas variadas
Cena	Verdura + taco de panela + pan dulce o rebanda de pastel
9:30pm	

RECORDATORIO DE 24 HRS*

Desayuno	2 quesadillas de maíz, 1 plato de papaya + 3 cucharadas de queso cotage, 1 taza de café negro.
Almuerzo:	Refiere que consume una bolsita de cacahuates japoneses. 500ml de agua.
Comida:	1 taza de arroz cocido + guisado con carne de res; 90 gr aprox + 4 tortillas + ½ taza de frijoles de la olla + 400ml aprox de agua
Colación:	1 Taza de yogurth natural yoplait + 2 cuharadas de granola + 1 kinder delice 1 bolsa de 100gr de sabritas 500ml de agua
Cena:	Chayote entero (1 taza), 1 taco de tortilla de maíz con queso panela + 1 pan dulce completo (mediano-grande) 300ml de agua
Consumo de agua natural en el día: 1700ml	

Eliminó: **ANEXO 1. DIETA HABITUAL Y R24**

Dio formato

Dio formato: Fuente: 10 pto

Tabla con formato

Dio formato: Fuente: 10 pto

Anexo 2. CÁLCULO DE R24 POR SMAE 5ed.

Eliminó: ¶

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Energía: 3026kcal. Calculado por SMAE 5º ed. 5 . 20

EQUIVALENTES	Subgrupo	#Eq	Energía (kcal)	Proteínas (g)	Lípidos (g)	H de C (g)
Verduras		2	50	4	0	8
Frutas		1	80	0	0	15
Cereales y tubérculos	Sin grasa	12	840	24	0	180
	Con grasa	8	920	16	40	120
Leguminosas		1	120	8	1	20
Alimentos de Origen Animal	Muy bajo aporte		0	0	0	0
	Bajo	4	220	28	12	0
	Moderado		0	0	0	0
	Alto		0	0	0	0
Leche	Descremada		0	0	0	0
	Semidescremada	3	330	27	12	36
	Entera		0	0	0	0
Aceites y grasas	Con azúcar		0	0	0	0
	Sin proteína	3.3	0	0	0	0
Azúcares	Con proteína		231	9.9	16.5	9.9
	Sin grasa		0	0	0	0
	Con grasa	3	255	0	15	30
			3026	116.9	96.5	418.9
Kcal				467.6	868.6	1675.6
% VET				15.45	28.70	55.37

Eliminó: ¶

¶
¶
¶
¶

Eliminó: n

Dio formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

Dio formato: Fuente: 12 pto, Sin Negrita

Anexo 3. Nivel de actividad física:

Edad **58** años
 Peso **82.5** kilogramos

*Este informe no constituye un diagnóstico.
 No olvide consultar con su facultativo antes de comenzar un programa de ejercicio.*

Estimada/o Señora/Señor, puede encontrar debajo una estimación de su dedicación metabólica semanal a caminar y realizar actividades físicas a intensidad moderada a vigorosa. Los cálculos tienen el propósito de clasificar su actividad física diaria. Esto nos ayuda a entender si la cantidad y calidad de actividad física semanal debería incrementarse, lo que ayudaría a prevenir la aparición de patologías correlacionadas con un estilo de vida sedentario. Este informe automático ha sido creado por Andrea Di Blasio y Pascal Izziucupo, Ph.D., Christian Mazzeoco, en la "Unidad de Endocrinología" del "Departamento de Medicina y Ciencias del Envejecimiento" de "G. D'Annunzio" Universidad de Chieti-Pescara (Italia), y por Cristina González Castro, siguiendo la evaluación contenidos en el protocolo de puntuación del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ).

Caminar	248 MET-min/semana	1191.09 Kcal/semana
Actividades físicas moderadas	240 MET-min/semana	1155.00 Kcal/semana
Actividades físicas vigorosas	0 MET-min/semana	0.00 Kcal/semana
Total	488 MET-min/semana	2346.09 Kcal/semana

Nivel de actividad física semanal
BAJO

De acuerdo con tu informe, el tiempo medio que dedicas a actividades sedentarias de lunes a viernes es
2 hora/s 0 minutos/día

Tal y como destaca la literatura científica, tanto el tiempo sedentario diario total como el tiempo diario dedicado a realizar actividad física a intensidad moderada a vigorosa, juegan un rol en la aparición y/o prevención de las patologías crónicas no transmisibles más comunes como los desórdenes cardiometabólicos y ciertos tipos de cáncer. Es extremadamente importante que tomemos ambos aspectos en consideración para poder promover un buen estado de salud.

COMENTARIO

Debes mejorar tus niveles de actividad física. Aunque tu tiempo diario sedentario es bajo, por debajo de las 4 horas, tus bajos niveles de actividad física moderada a vigorosa diarios producirán efectos negativos en tu salud presente y futura. De acuerdo con tu estado de salud y para contrarrestar los efectos negativos que tus altos niveles de sedentarismo tendrán en tu salud presente y futura, deberías dedicar de 60 a 75 minutos diarios a realizar actividad física a intensidad moderada o de 45 a 55 minutos diarios a actividad física moderada y vigorosa.

CATEGORÍA	INDICADOR	CLAVE
Actividad física	Frecuencia: 2 a 3 veces a la semana generalmente por las tardes, sola	FH-7.3.3
	Duración: 30min	FH-7.3.4
	Intensidad: baja/ligera	FH-7.3.5
	Tipo de AF: ejercicio aerobico	FH-7.3.6

Anexo 4. Tabla de mediciones:

ELEMENTOS	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	
peso InBody	82,500			80,700	-1,800
IMC Inbody	33.13			32.2	-0.93
% grasa	43.60%			43.6%	4316.40%
grasa visceral	174.6			170.5	-4.1
kg músculo	26			25.2	-0.8
Talla	1.59				
peso	82.500kg	81.800kg	81,300kg	80,700kg	
IMC	33.13 kg/m2			32.2kg/m2	
c. Cintura	105cm	105cm	105cm	105cm	
c. Abdominal	111.5cm	111.5cm	111cm	110.5cm	
c. Cadera	115.5cm	115cm	114.5cm	113.5cm	
c. Cuello	36cm	36cm	36cm	36cm	

Eliminó: ¶

Eliminó: a

Eliminó: t

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

glucosa sérica	102.5mg/dl				
glucosa capilar		98mg/dl	97mg/dl	95md/dl	
TG	252.5mg/dl	x	x	x	
CT	270.5mg/gl	x	x	x	
Presión arterial	140/85mmHg	x	x	x	
kcal ingeridas	3026kcal	x	x	1515kcal	
gramos proteína	116.9gr	x	x	92gr	
gramos HC	418.9gr	x	x	189gr	
gramos lípidos	96.5gr	x	x	41gr	
Problemas psiquiátricos (especificar)	Ansiedad 8, depresión7, insomnio 8	Ansiedad 7, depresión6, insomnio 7	Ansiedad 5, depresión5, insomnio 5	Ansiedad 3, depresión 4, insomnio 3	
Etapas de cambio	Preparación	Preparación	Preparación	Preparación	
Principal barrera alimentación	Economía	Economía	Economía	Economía	
Principal barrera ejercicio	Organización	Organización	Organización	Organización	

Anexo 5. Guía alimentaria:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Plan por equivalentes con guía de porciones con las manos y entrega de tabla de equivalentes por grupo de alimentos.

Calculado por SMAE 5° ed.⁵ .²⁰



PLAN:	1520.90Kcal/día	HC=48%	P=21.59%	L=29.14%		
ALIMENTOS:	Raciones/ día	DESAYUNO	COLACIÓN	COMIDA	COLACIÓN	CENA
FRUTAS	3		1		1	1
LECHE	1	1/2			1/2	
CEREALES	6	2		2		2
LEGUMINOSAS	1			1		
VERDURAS	4	1		2		1
PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL (AOA)	6	2		3		1
GRASAS	4	2		1		1
OLEAGINOSAS	2		1		1	

Anexo 6. Lista de equivalentes:



Verduras	
Apio crudo	1 1/2 taza
Apio cocido	3/4 taza
Betabel crudo rallado	1/4 taza
Brócoli cocido o crudo	1/2 taza
Calabaza	1 pieza
Champiñón cocido	1/2 taza
Champiñón crudo	1 1/2 taza
Chayote cocido	1/2 taza
Chicharo cocido o edamame	1/4 taza
Coliflor cocida	1 taza
Ejotes cocidos	1/2 taza
Espárragos crudos	6 piezas
Espinaca cocida	1/2 taza
Espinaca cruda	2 tazas
Lechuga o germen alfalfa crudo	3 tazas
Hongo portobello crudo	1 pieza
Jicama picada	1/2 taza
Jitomate bola	1 pieza
Jitomate cherry	4 piezas
Mezcla de verdura congelada	1/2 taza
Nopal cocido	1 taza
Pepino rebanado	1 taza
Pimientos	1 pieza
Zanahoria picada cruda	1/2 taza

Leche descremada	
Leche light o descremada	1 taza
Yogurt griego o natural sin azúcar	1 taza

Frutas	
Arándanos	15 piezas
Blueberries	3/4 taza
Cereza	20 piezas
Ciruella	3 piezas
Ciruella pasa	4 piezas
Chabacano	4 piezas
Ciruella	3/4 taza
Durazno amarillo	2 piezas
Fresas, melón, papaya o sandía	1 taza
Guayaba chica	3 piezas
Higo	2 piezas
Kiwi	1 1/2 piezas
Lima	2 piezas
Lichis	12 piezas
Mamey	1/3 pieza
Mandarina, tuna o naranja	2 piezas
Mango, plátano y pera	1/2 pieza
Piña	3/4 taza
Toronja	1 pieza
Uva	18 piezas

Cereales	
Amaranto	3 cdas
Arroz cocido	1/4 taza
Avena en hojuelas cruda	1/3 taza
Barra special K	1 pieza
Bolillo sin migajón	1/2 pieza
Camote	1/4 pieza
Cereal de caja sin azúcar	1/2 taza
Elote	1/2 pieza
Galletas habaneras o saladas	4 piezas
Galletas marías	5 piezas
Palomitas	2 1/2 taza
Pan de caja integral	1 reb
Papa horneada	1/2 pieza
Papa cambrey	5 piezas
Pure de papa	1/2 taza
Pasta cocida	1/2 taza
Quinoa cocida	1/2 taza
Salmas	1 paquete
Tortilla de maíz	1 pieza
Tortilla de harina integral	1/2 pieza
Tortilla de nopal	2 piezas
Tostadas horneadas de maíz	2 piezas
Totopos	20 g

Allimentos de origen animal (MBAG/BAG)

Peso en cocido, sin piel ni grasa visible*

Pescados y mariscos	
Atún en agua	1/3 taza
Atún fresco o en medallón	30g
Filete de pescado, surimi o mojarra	30g
Camarón, cangrejo cocido, salmón	30g
Pollo	
Pechuga, pierna o muslo sin piel y sin hueso	30g
Res	
Bistec, filete, maciza	30gr
Cuete o falda de res	45g
Cerdo	
Filete, lomo, pierna o molida	30g
Quesos	
Queso cottage o requesón	3 cdas.
Queso fresco o panela	40 gr
Queso oaxaca o mozzarella cero grasa	30 gr
Embutidos	
Pechuga o jamón de pavo	40 gr (2 reb)
Salchicha de pavo	1 pieza
Huevo	
Huevo entero	1 pieza
Claros de huevo	2 piezas

Grasas

Monoinsaturadas / Poliinsaturadas	
Aceites vegetales	1 c dita
Aceite en aerosol	5 disparos
Aceituna verde sin hueso	15 pzas
Vinagreta	1/2 cda
Aguacate	1/3 pza
Margarina	1 cda
Ajonjolí	5 cdas.
Almendras	10 piezas
Chía o linaza	2.5 cdas
Cacahuates	14 piezas
Nuez mitades	7 piezas
Pepitas	15 gr
Pistache	18 piezas
Semilla de girasol	4 cdas
Saturadas	
Crema dulce o ácida, mantequilla, mayonesa light,	1 cda

Leguminosas (cocidas)

Frijoles, garbanzos, habas, lentejas, alubias, chicharo seco.	1/2 taza
Soya texturizada	35 gr

Eliminó: ¶

Eliminó: N

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

ANEXO 7. Planes de Alimentación:

Plan de alimentación con equivalentes (menú ejemplo) de consulta 2, 3 y 4

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

CONTENIDO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4
DESAYUNO: Bienes con leche: 2 huevos + -1 cucharadita de aceite + -2 tortillas de maíz + -1/3 taza de frijoles picados + 2 granos 1/2 leche Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	DESAYUNO: Sandwich de pechuga de pollo con queso desnatado: -2 rebanadas de pan integral + -2 cucharaditas de mayonesa light + -3 rebanadas de jamón de pecho de pavo + acompañado con: -1/2 taza de leche + -1/2 taza de jugo de naranja + Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	DESAYUNO: Tacos de carne molida de res: 40g de bistec de res + -1 cucharadita de aceite + -1/3 de aguacate haca + -1/3 taza de pico de gallo + -2 tortillas de maíz Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	DESAYUNO: Bienes con almiento: 2 huevos + -1 cucharadita de aceite + -1/2 taza de germen molido + -2 tortillas de maíz Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	
COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis	COLACIÓN: 3 cacahuates + 1 cucharada de nueces molidas	COLACIÓN: 2 manzanas + 1.5 cucharadas de pepitas cocidas sin cáscara	COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis	COLACIÓN: 2 manzanas + 1.5 cucharadas de pepitas cocidas sin cáscara

COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:
COMIDA: 2 cereales/ 1 leguminosa/ 2 verduras/ 3 AGAJ/ 2 granos 1/2 leche	COMIDA: Sopes de pollo con jitomate: -120 gramos de pollo + -1 porción de jitomate bolita + -3 tazas de verduras -1 taza de queso + -1 cucharadita de aceite + -2 sopes + -1 cucharadita de aceite 1/2 taza de frijoles (puede untarse a la base del sopo)	COMIDA: Caldé de setas con res: -50 gramos de carne de res en cuadrado + -2 cucharaditas de aceite + -1 taza de setas -1/2 taza de frijoles con abundante caldo vegetal + -2 Tortillas de maíz	COMIDA: Chuleta con champiñones y tallos con crema: -1 1/2 chuleta de cerdo + -1 cucharadita de crema light + -2 alcayotes de frijol -1/2 taza de frijoles + -1 chuleta de crema light (para los tallos con crema)	COMIDA: Tacos de pollo con maíz: -120 gramos de pollo sin piel (preparar hervido o pollo asado) + -3 cucharaditas de mojarón (para untar) + -1 taza de verduras picadas + acompañado de: -1/2 taza de frijoles + -2 tostadas horneadas
COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis	COLACIÓN: 2 manzanas + 10 cacahuates Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 platano + 3 nueces enteras Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 manzana + 1 cucharada de nueces molidas Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 taza de papaya + 10 cacahuates Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume
CENA: Quesadilla de queso con flor de calabaza: -2 tortillas de maíz + -40g de queso fresco + -1 taza de flor de calabaza + -2 Cucharaditas de mayonesa light Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 duraznos)	CENA: Tacos de bistec con papitas asadas: -30g de bistec + -2 tortillas de maíz + -1/2 taza de papitas + -1/3 de aguacate Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 1 manzana)	CENA: Tacos de tingü: -30g de pollo sin piel (preparar crujido) + -2 tortillas de maíz + -1/2 cebolla con jitomate + -2 cucharaditas de aceite Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 1 guayaba chica)	CENA: Sandwich de jamón con alfalfa: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + -2 rebanadas de jamón de pavo acompañado con una ensalada: -1/2 taza de alfalfa Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 manzanas)	CENA: Sandwich de pollo con alfalfa: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + 30 g de pollo deshebrado acompañado con una ensalada: -1/2 taza de alfalfa Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 ciruelas)

COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:
COMIDA: 2 cereales/ 1 leguminosa/ 2 verduras/ 3 AGAJ/ 2 granos 1/2 leche	COMIDA: Sopes de salpicon de pollo: -120 gramos de pollo + -1 taza de chíle serrano con jitomate cortados en rodajas + un poco de cilantro (todo en 1 taza) + -1 taza de lechuga crujiente para agregar arriba -1 cucharadita de aceite + -1/2 taza de frijoles (puede untarse a la base del sopo)	COMIDA: Pescado con hongos: -80 gramos de pescado blanco fileteado + -2 cucharaditas de aceite + -1 taza de hongos con chile abundantes hongos + -1 taza de frijoles + -2 sopes + -1/2 taza de queso + -2 tortillas de maíz	COMIDA: Carne de cerdo en salsa verde: -120 gramos de carne de cerdo sin gordura, picada en cuadrado (preparar hervido o asado con agua) + -1 taza de salsa verde hervida (molida) -1 taza de chupete picado + 1/2 taza de frijoles + 2 tostadas horneadas	COMIDA: Tacosos con picadillo y crema vegetal: -120 gramos de carne de cerdo sin gordura, picada en cuadrado + -1 taza de salsa verde hervida (molida) -1 taza de chupete picado + 1/2 taza de frijoles + 2 tostadas horneadas
COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis + 1/2 de leche	COLACIÓN: 2 manzanas + 10 cacahuates Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 platano + 3 nueces enteras Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 manzana + 1 cucharada de nueces molidas Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	COLACIÓN: 1 taza de papaya + 10 cacahuates Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume
CENA: Quesadilla de queso con calabacitas: -2 tortillas de maíz + -40g de queso fresco + -1 taza de calabacitas picadas + -2 cucharaditas de mayonesa light Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 4 ciruelas pasa)	CENA: Tacos de bistec con pico de gallo: -30g de bistec + -2 tortillas de maíz + -1/2 taza de pico de gallo + -1/3 de aguacate Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 1 taza de melón)	CENA: Siconocada de jamón de pavo: -3 rebanadas de jamón de pecho de pavo + -2 cucharaditas de mayonesa light + -2 cucharaditas de mostazama + -1/2 cebolla con jitomate + -1/3 de aguacate Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 duraznos)	CENA: Sandwich de pollo con alfalfa: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + 30 g de pollo deshebrado acompañado con una ensalada: -1/2 taza de alfalfa Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 ciruelas)	CENA: Sandwich de pollo con alfalfa: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + 30 g de pollo deshebrado acompañado con una ensalada: -1/2 taza de alfalfa Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 2 duraznos)

CONTENIDO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4
DESAYUNO: Bienes con leche: 2 huevos + -1 cucharadita de aceite + -2 tortillas de maíz + 1/3 de chupete hervido y picado Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda) + + disminuyendo la cantidad de café que habitualmente consume	DESAYUNO: Sandwich de pollo con queso desnatado: -2 rebanadas de pan integral + -2 cucharaditas de mayonesa light + -3 rebanadas de jamón de pecho de pavo + acompañado con: -1/2 taza de leche + -1/2 taza de jugo de naranja + Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	DESAYUNO: Tacos de carne molida de res: 40g de bistec de res + -1 cucharadita de aceite + -1/3 de aguacate haca + -1/3 taza de pico de gallo + -2 tortillas de maíz Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	DESAYUNO: Bienes con almiento: 2 huevos + -1 cucharadita de aceite + -1/2 taza de germen molido + -2 tortillas de maíz Café con: 1/2 taza de leche desnatada light (sin azucar o emulsión con splenda)	
COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis	COLACIÓN: 1 manzana + 1 cucharada de nueces molidas	COLACIÓN: 2 manzanas picadas + 18 cacahuates	COLACIÓN: 1 manzana + 1.5 cucharadas de pepitas cocidas sin cáscara	

COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:	COMIDA:
COMIDA: 2 cereales/ 1 leguminosa/ 2 verduras/ 3 AGAJ/ 2 granos 1/2 leche	COMIDA: Chuleta de cerdo en jitomate: -1 1/2 chuleta de cerdo + -1 taza de jitomate bolita + -3 tazas de verduras -1 taza de queso + -1 cucharadita de aceite + -2 tortillas + 1/2 taza de frijoles (puede untarse a la tortilla)	COMIDA: Caldé de alubias con carne y zanahoria: -1 taza de alubias con abundante caldo vegetal + 50 gramos de carne de res en cuadrado + -2 cucharaditas de aceite + -1 taza de zanahoria cortada en cubitos + -2 tortillas de maíz	COMIDA: Pasta con pollo: -1 taza de pasta cocida + -120 gramos de pollo sin piel (preparar hervido la pasta y el pollo solo con agua) + -2 cucharaditas de mayonesa light + -1 taza de verduras picadas y acompañarlas de 1/2 taza de frijoles	COMIDA: Pollo con champiñones y crema: -120 gramos de pollo sin piel (preparar hervido solo con agua) + -2 cucharaditas de crema light + -1 taza de champiñones cocidos + acompañado con: -1/2 taza de leche + -1/2 taza de jugo de naranja
COLACIÓN: 1 fruta + 1 oligonosis	COLACIÓN: 2 manzanas + 10 cacahuates	COLACIÓN: 1 platano + 3 nueces enteras	COLACIÓN: 1 manzana + 1 cucharada de nueces molidas	COLACIÓN: 1 taza de papaya + 10 cacahuates
CENA: Quesadilla de queso con champiñones: -2 tortillas de maíz + -40g de queso fresco + -1 taza de champiñones + -2 cucharaditas de mayonesa light Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 1 taza de leche)	CENA: Tacos de bistec asado: -30g de bistec + -2 tortillas de maíz + -1/2 taza de pico de gallo (preparar crujido) + -1/3 de aguacate Proteín: 1 porción de fruta a su elección (ej. 1 taza de leche)	CENA: Tacos de Alambre de pavo: -30g de pollo sin piel (preparar crujido) + -2 tortillas de maíz + -1/2 taza de verdura picada y acompañarlas con el pollo + -2 cucharaditas de aceite + -1/2 taza de queso	CENA: Sandwich de pavo: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + 30 g de pollo deshebrado acompañado con una ensalada: -1/2 taza de lechuga + medio jitomate café con 1/2 taza de leche	CENA: Sandwich de pavo: -2 rebanadas de pan integral + 2 cucharaditas de mayonesa light + 30 g de pollo deshebrado acompañado con una ensalada: -1/2 taza de lechuga + medio jitomate café con 1/2 taza de leche

Anexo 8. R24:

Eliminó: a

R24 Posterior a plan de alimentación:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: p

IBERO CIUDAD DE MÉXICO

ESPECIALIDAD EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES
Práctica Aplicada en Adultos
PRIMAVERA 2023

Registro de alimentos: Favor de registrar los alimentos ingeridos de 3 días de la semana (2 días entre semana y 1 día de fin de semana). Sea lo más específico posible en cada columna.

Día 1:

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 9:30	Casa	Omelet de Champiñones 1/2 taza de papaya, queso fresco	2 huevos uno chico de queso 1/2 taza de agua un poco de aceite queso fresco A. g. cholla (2 mat)	Lavores de el hogar	con prisa	con esposo y niña	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 1:00	Casa	1/2 taza de papaya 1/2 de piña	solo rebana do	guisando	Tranquila	sola	Antes: 2 Al terminar: 3
Comida Hora: 3:30	Casa	Picadillo y sopa de setas 1/2 taza	Carne molida sazonada con especias setas, espinaca un poco de sal 1 cda. de aceite 2 cebollitas	preparando la comida TOPA	con hombre	esposo	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 6:00	Casa	2 norwajes 5 almendras			Conscada	sola	Antes: 2 Al terminar: 3
Cena Hora: 9:00	Casa	1 sandwich de picadillo con lechuga y jitomate Te de manzan.	2 reb pan integ 2 cucharadas de picadillo 2 vasos de leche 4 reb. de sil.	Viado t.v	con sueno	esposo y niña	Antes: 2 Al terminar: 4

* neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.
** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

IBERO CIUDAD DE MÉXICO

ESPECIALIDAD EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES
Práctica Aplicada en Adultos
PRIMAVERA 2023

Día 2:

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 9:00	Casa	Rapaya dos quesadillas de ham y queso panela	2 tortillas de maíz una rep de queso p. y 2 cda. de cham.	limpiando en casa	neutral	nieta	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 12:30	Casa	dos dorados		guisando	apurada	nieta	Antes: 1 Al terminar: 2
Comida Hora: 3:30	Casa	arroz y albondigas 3 tortillas de maíz	arroz blanco una caca y 2 pzas. de albondigas en salsa de jitomate	lizando fritos	tranquilo	sola	Antes: 1 Al terminar: 2
Colación Hora: 6:30	Casa	una naca de y uno gelatina	una naca de y uno gelatina agua	V. t.	ansiosa	Es. y nieta	Antes: 1 Al terminar: 2
Cena Hora: 8:30	Casa	una pechuga asada con espinacos a vapor		V. t.	tranquila	sola	Antes: 2 Al terminar: 4

* neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.
** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

IBERO
CIUDAD DE MÉXICO

ESPECIALIDAD EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES
Práctica Aplicada en Adultos
PRIMAVERA 2023

Día 2:

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 10:00	CASA	cafe con leche y un pan dulce	leche deslac una taza un pzade pan dulce	con la fam.	alegre	con la fam.	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 11:30	CASA	una nacha		lavores en casa	tranquila	con mis nietos	Antes: 2 Al terminar: 4
Comida Hora: 4:00 pm	fuera	2 rebah. de pizza		con la fam.	contenta	fam.	Antes: 2 Al terminar: 5
Colación Hora: 6:00	CASA	una toza de mango	chamo y lasen, viná	V. t.	tranquila	fam.	Antes: 2 Al terminar: 4
Cena Hora: 8:00	fuera	reban d poster y una tosa d cafe		reunión fam.	contenta		Antes: 3 Al terminar: 4

*neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.
** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

Eliminó: 1

R24 A 2 Semanas de intervención:

Eliminó: D

Eliminó: I

IBERO
CIUDAD DE MÉXICO

ESPECIALIDAD EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES
Práctica Aplicada en Adultos
PRIMAVERA 2023

Registro de alimentos: Favor de registrar los alimentos ingeridos de 2 días de la semana. Sea lo más específico posible en cada columna.

Día 1:

Presad Mira Kava

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 10:30	IBERO	1 gyoza 1 naranja sandwich 1/2 litro de leche 1/2 litro de manzanilla	panadería dos rell pan integral 2 reb jamón pavo una reba melon 2 reba. tomate 1 reba. piñonada 1/2 litro. Pringles	IBERO	un poco nerviosa	con mis compañeros	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: _____							Antes: - Al terminar: -
Comida Hora: 4:00 pm	CASA	1 tortilla con habas en salsa verde	2 tort. de carne carne en habas Salsa verde un poco de sal dos tort. de este quesado 3 tortillas.	Sentada en el comité de hapetilo	con un poco de hapetilo		Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 6:30	CASA	Pulomptos	una tort. de carne 3 tort. de carne 1/2 litro de leche 1/2 litro de manzanilla	Viendo T.V.			Antes: 2 Al terminar: 4
Cena Hora: 9:00	CASA	un tamal de mole y un cafe		Sentada en el comité de casa			Antes: 2 Al terminar: 4

*neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.
** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

Registro de alimentos: Favor de registrar los alimentos ingeridos de 3 días de la semana (2 días entre semana y 1 día de fin de semana). Sea lo más específico posible en cada columna.

Día 1:

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/ preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 9:30 a.m.	Casa	fruta	una taza de Papaya con queso Q. 2 huesos 2 Reb. P. Int.	Sentada en el comedor	natural	con mi esposo y niña	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 1:30	Casa	una narajón la yuno Guacabaca	-	Cocinando	con prisa	sola	Antes: 1 Al terminar: 2
Comida Hora: 4:00	Casa	sopa de U. pech. asada con espinaca y 2 tortillas	un taza de sopa de U. una pechuga con una taza de esp. al vapor	regando plantas	tranquila	sola	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 7:00 p.m.	Casa	una barrita de amaranto	-	Viendo tv.	cansada	sola	Antes: 3 Al terminar: 2
Cena Hora: 9:00 p.m.	Casa	una lata de atun con lechuga pepino y limon.	una taza de lechuga y 1/2 pepino sal y limón un pag de salmón	Viendo tv	tranquila	con mi esposo	Antes: 2 Al terminar: 4

*neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.

** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

Día 2:

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/ preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 7:30	Casa	1/2 taza de papaya una calabaza asada queso panela asado T.M.	una calabaza mediana	Tarea con minieta	tranquila	con esposo y niña	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 12:30	Casa	1/2 plátano y 3 almendras	-	Labores de el hogar	con prisa	con mi nieta	Antes: 2 Al terminar: 4
Comida Hora: 3:30	Casa	3 Sopes papa mas un poco de frijol lechuga salsa y queso.	Los sopes solo los caliente y se por una taza de frijol, lechuga y queso.	Lavando ropa	contenta	con mi esposo	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 6:00	Casa	manzana y almendras	una manzana mediana	llegando de traer ami nieta a la ESC.	cansada	con mi nieta	Antes: 1 Al terminar: 4
Cena Hora: 9:30	Casa	atun con lechuga y de manzanilla	atun esmagado con limon y un poco de sal y una taza de lechuga	Viendo T. U.	con sueño	esposo y niña	Antes: 2 Al terminar: 4

*neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.

** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

Día 3: Sábado

Tiempo de comida/Hora	Lugar	Platillo/ preparación	Ingredientes y cantidad	¿Qué estaba haciendo?	¿Cómo me sentía?*	¿Con quien comí?	Registra tu nivel de hambre y saciedad antes y después de comer**
Desayuno Hora: 7:30	CASA	Ensalada de nopal con 2 nueces y 2 tortitas de maíz	nopal cocido cebolla, sal un huevo entero y una clara	Lavando Trastes	apurada	con nietos	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 1:00	CASA	dos duraznos pequeños		ordenando la casa		Sola	Antes: 2 Al terminar: 4
Comida Hora: 3:00	CASA	arroz y 3 tortitas de pollo en salsa verde frijoles		revisando tarros con mis nietos	tranquila	con mis nietos	Antes: 2 Al terminar: 4
Colación Hora: 5:00	CASA	cacahuates japoneses		Jugar con mis nietos	contenta	con mis nietos	Antes: 2 Al terminar: 4
Cena Hora: 8:00	CASA	1/2 Chayote hervido en pan dulce + Manzana		viendo T. V.	con buena	esposo y nietos	Antes: 3 Al terminar: 4

*neutral, triste, ansioso, enojado, aburrido, culpable, alegre, etc.

** 1) hambre intensa, 2) hambre moderada 3) neutral (ni con hambre ni lleno), 4) satisfecho, 5) malestar por exceso de comida

Anexo 9. formato de evaluación para actividad física:

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para realizar cambios en su alimentación: 9
 *En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

Del 0-10 que tanta confianza tiene en usted para aumentar su nivel de actividad física: 10
 *En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para tener más confianza?

SUEÑO

Horas de sueño entre semana: 7/8 horas Horario de sueño: de 22 hrs a 5:30 hrs. (3 am despierta)
 Horas de sueño fines de semana: 7/8 horas Horario de sueño: de 22 hrs a 6:00 hrs.

Calidad de sueño percibida: Buena Regular Mala

EVALUACIÓN DIETÉTICA

¿Cuántas comidas hace al día? <u>3</u>	Lunes a viernes	<u>3</u>
	Fin de semana	<u>2</u>
¿En cuánto tiempo consume sus alimentos?		<u>5 minutos.</u>

¿Dónde consume sus alimentos?	Fuera de casa (1 a 7)	En casa (1 a 7)
Desayuno	<u>0</u>	<u>7/7</u>
Comida	<u>1</u>	<u>6/7</u>
Cena	<u>0</u>	<u>7/7</u>

¿Quién prepara sus alimentos?
Ella.

¿Come entre comidas? Si No ¿Qué? Dulces, galletas, pan dulce, choralates, frituras, cachibato

¿Ha modificado sus alimentación en los últimos 6 meses? (Trabajo, estudio, actividad)
 Si No ¿Por qué? Por salud.
 ¿En qué? Disminuir cantidades.

Apetito: Bueno Malo Regular

A que hora tiene más hambre
En la tarde.

Eliminó: a
 Eliminó:
 Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Eliminó: D
 Eliminó: T
 Eliminó: I

Material para entregar a pacientes:



Para pacientes:



RESULTADOS DE ESTUDIOS DE SANGRE

<i>Parámetro evaluado</i>	<i>Resultados iniciales (mg/ dL)</i>	<i>Límites de referencia (mg/ dL)</i>	<i>Interpretación</i>
Glucosa	102.5	70-99	Elevado
Colesterol total	270.5	< 200	Elevado
Colesterol HDL	52.5	40- 70	Normal
Colesterol LDL	167.5	< 100	Elevado
Triglicéridos	252.5	< 150	Elevado
Relación LDL/ HDL	3.2	< 3	Elevado
Índice aterogénico	5.2	< 4.5	Elevado

ANEXO 13. Requerimientos por USDA:

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

Vitamins:

Vitamin	Recommended Intake Per Day	Tolerable UL Intake Per Day
Vitamin A	700 mcg	3,000 mcg 1
Vitamin C	75 mg	2,000 mg
Vitamin D	15 mcg	100 mcg
Vitamin B₆	1.5 mg	100 mg
Vitamin E	15 mg	1,000 mg 1
Vitamin K	90 mcg	0 mcg
Thiamin	1.1 mg	0 mg
Vitamin B₁₂	2.4 mcg	0 mcg
Riboflavin	1.1 mg	0 mg
Folate	400 mcg	1,000 mcg 1
Niacin	14 mg	35 mg 1
Choline	0.425 g	3.5 g
Pantothenic Acid	5 mg	0 mg
Biotin	30 mcg	0 mcg
Carotenoids	NA	ND 1

You entered:

Sex	Female
Age	58 years
Height	158 cm
Weight	82 kg
Activity level	Low Active
Pregnancy/Lactation status	Not Pregnant or Lactating

[Begin New Calculation](#)

Results:

Body Mass Index (BMI) 1	32.8
Estimated Daily Caloric Needs	2,098 kcal/day

Macronutrients:

Macronutrient	Recommended Intake Per Day
Carbohydrate	236 - 341 grams 1
Total Fiber	21 grams
Protein	66 grams
Fat	47 - 82 grams 1
Saturated fatty acids	As low as possible while consuming a nutritionally adequate diet.
Trans fatty acids	As low as possible while consuming a nutritionally adequate diet.
α -Linolenic Acid	1.1 grams 1
Linoleic Acid	11 grams 1
Dietary Cholesterol	As low as possible while consuming a nutritionally adequate diet.
Total Water	2.7 liters (about 11 cups) 1

Mineral	Recommended Intake Per Day	Tolerable UL Intake Per Day
Essential		
Calcium	1,200 mg	2,000 mg
Chloride	2 g	3.6 g
Chromium	20 mcg	0 mcg
Copper	900 mcg	10,000 mcg
Fluoride	3 mg	10 mg
Iodine	150 mcg	1,100 mcg
Iron	8 mg	45 mg
Magnesium	320 mg	350 mg ¹
Manganese	1.8 mg	11 mg
Molybdenum	45 mcg	2,000 mcg
Phosphorus	0.7 g	4 g
Potassium	2,600 mg	0 mg
Selenium	55 mcg	400 mcg
Sodium	1,500 mg	0 mg
Zinc	8 mg	40 mg

Fluoride	3 mg	10 mg
Iodine	150 mcg	1,100 mcg
Iron	8 mg	45 mg
Magnesium	320 mg	350 mg ¹
Manganese	1.8 mg	11 mg
Molybdenum	45 mcg	2,000 mcg
Phosphorus	0.7 g	4 g
Potassium	2,600 mg	0 mg
Selenium	55 mcg	400 mcg
Sodium	1,500 mg	0 mg
Zinc	8 mg	40 mg

Non-Essential		
Arsenic	NA	ND ¹
Boron	0 mg	20 mg
Nickel	0 mg	1 mg
Silicon	NA	ND ¹
Sulfate	NA	ND
Vanadium	0 mg	1.8 mg ¹

ANEXO 14. Historia clínica inicial

Dio formato: Fuente: Sin Negrita

HISTORIA CLÍNICA- NUTRIOLÓGICA Fecha: _____

Entrevistador: _____
 Expediente: _____

DATOS PERSONALES

Nombre: Piedad Mira Nava
 Sexo: F / M
 Ciudad: Zanagorath 5 Pavia San Miguel (Cantón)
 Fecha de nacimiento: 22/Mayo/64=56a Edad: 58 años
 Estado civil: soltero/ casado/ divorciado/ viudo/ unión libre piedad.mira.nava@gmail.com
 Teléfono celular: 5569632119 Correo electrónico: ↑
 Firmó consentimiento informado: Sí / No

¿Cuál es el motivo de su consulta?
Bajar de peso y mejorar su salud.

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO SI O NO

SI	NO	
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Algún médico le ha dicho que tiene problemas del corazón y que sólo debe hacer actividades físicas recomendadas por un médico?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene dolor en el pecho cuando hace alguna actividad física?
	<input checked="" type="checkbox"/>	En el último mes, ¿Tiene dolor en el pecho cuando no está haciendo actividades físicas?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Pierde el equilibrio por mareos o alguna vez ha perdido el conocimiento?
	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Tiene algún problema en algún hueso o articulación que pueda ser agravado por algún cambio en su actividad física?
<input checked="" type="checkbox"/>		¿Está tomando medicamentos recetados por el médico para la presión arterial o para el corazón (ejemplo, pastillas diuréticas)? <u>Telmisartan 80mg / Hidroclorotiazida 12.5 7-0-0</u>
<input checked="" type="checkbox"/>		¿Sabe de cualquier otra razón en contra de que ejercite? <u>Amiodipino 5mg 0-0-1</u>

No sabe / No está seguro. _____

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas modernas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluye caminar.

Días por semana (indique el número): 4/7 20-40 min
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5): _____

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día: 30-40 min

Indique cuántos minutos por día: _____

No sabe / No está seguro: _____

5. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

Días por semana (indique el número): 6/7

Ninguna caminata (pase a la pregunta 7): _____

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de estos días?

Indique cuántas horas por día: 30 min

Indique cuántos minutos por día: _____

No sabe / No está seguro _____

7. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

Indique cuántas horas por día: 11 hrs

Indique cuántos minutos por día: 20 min

No sabe / No está seguro: _____

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD (señale el que proceda)	
Nivel Alto	
Nivel Moderado	
Nivel Bajo o Inactivo	<input checked="" type="checkbox"/>

EVALUACION DE MOTIVACION Y AUTOFICHERIA

Del 0-10 (poco o nada y 10 es mucho) que tan menudo se siente para mejorar cambios en su alimentación (como aumentar cantidad de verduras, reducir el consumo de bebidas azucaradas, etc.)

Del 0-10 (poco o nada y 10 es mucho) que tan menudo se siente para hacer cambios en su actividad física

Del 0-10 (poco o nada y 10 es mucho) que tan menudo se siente para hacer cambios en su consumo de alcohol

Hipertensión	SI	Madre, 2 hermanos de 9
Cáncer	NO	
Dislipidemias	SI	2 hermanos
Enfermedad Cardiovascular	SI	1 Hermano (3 Tam)
Otra ¿Cuál?	NO	

ASPECTOS GINECOLÓGICOS

FUM:
 Día/mes/año: Julio 2013 Períodos: Regulares Irregulares
Anticonceptivos Orales: Si/No ¿Cuál? _____ Dosis: _____
Gestas: 2 Cesárea: 2 Parto fisiológico: 0 Abortos: 0

	Ganancia de peso durante embarazo	Pérdida de peso después del embarazo
Embarazo 1	= 11kg (36 años) 22 años	Ninguno
Embarazo 2	= 10kg (32 años) 25 años	Ninguno
Embarazo 3		
Embarazo 4		

Embarazo actual: Si/No Semanas de gestación: _____
 Referido por paciente: _____ Referido por FUM: _____

Menopausia No Año de inicio: 2013
 Terapia de reemplazo hormonal: Si/No
 ¿Cuál? _____ Dosis: _____

Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días.

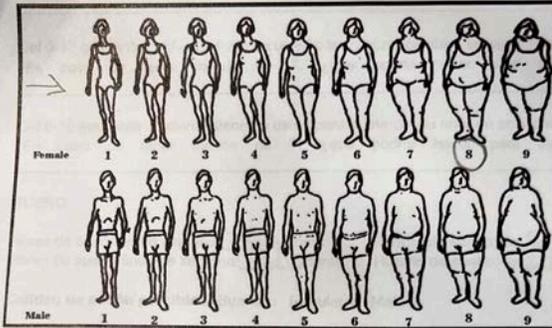
1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

Días por semana (indique el número): 5 días / 30 min.
 Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3): _____

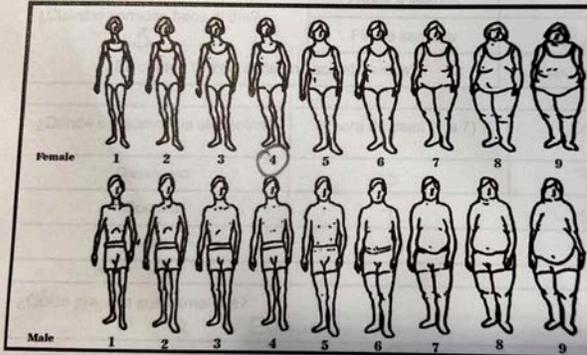
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

Indique cuántas horas por día. _____
 Indique cuántos minutos por día. _____

13. SELECCIONE LA FIGURA A LA QUE CORRESPONDE SU PESO ACTUAL.



14. SELECCIONE LA FIGURA QUE USTED DESEARÍA TENER



EVALUACIÓN DE MOTIVACIÓN Y AUTOEFICIENCIA

Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para realizar cambios en su alimentación (como aumentar el consumo de verdura, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, etc.): 10

*En caso de tener menos de 7, ¿que podría hacer para sentirse más motivado?

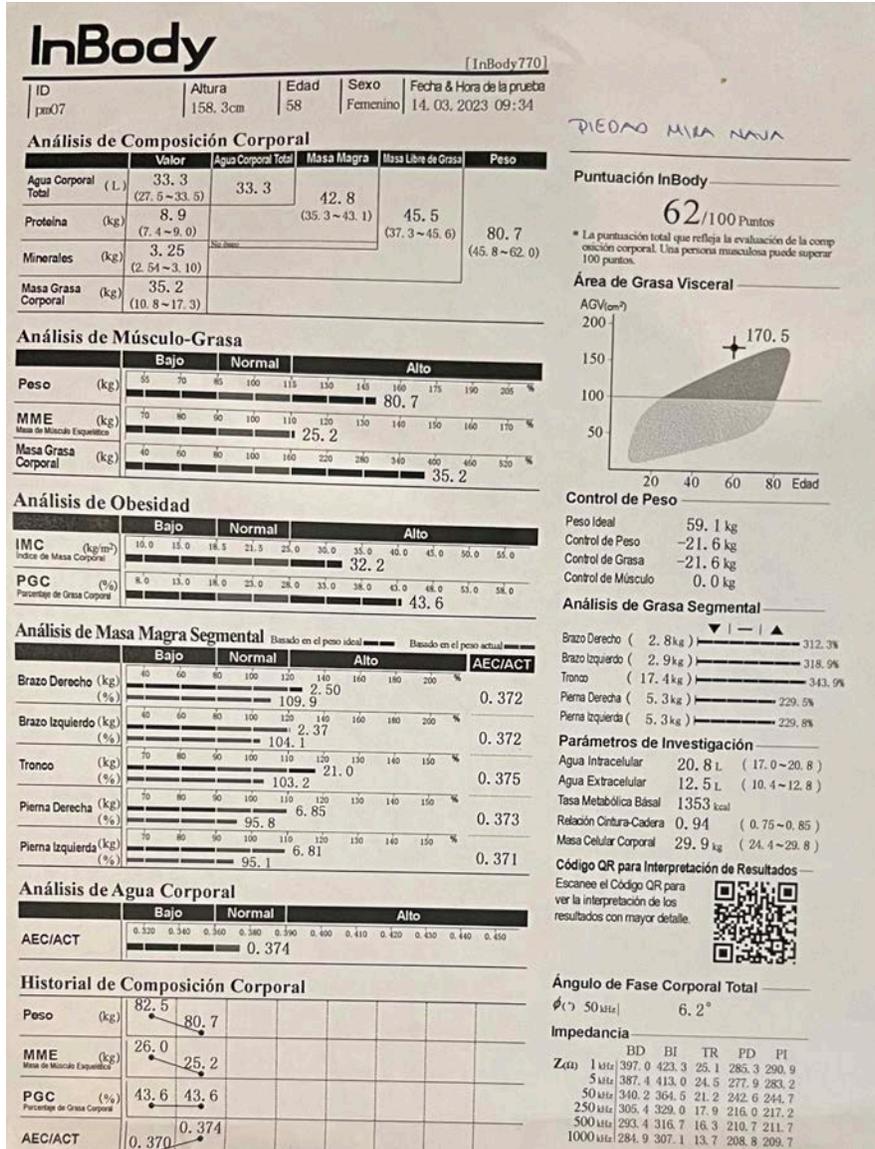
Del 0 - 10 (donde 0 es nada y 10 es mucho) qué tan motivado se siente para aumentar su nivel de actividad física: 10

Anexo 15. Inbody final:

Eliminó: a

Eliminó: i

Dio formato: Fuente: Sin Negrita



Anexo 16. R24

Movió (inserción)[1]

R24 POSTERIOR A ENTREGA DE PLAN DE ALIMENTACIÓN 2ª CONSULTA	
Desayuno	Dos huevos revueltos con ½ taza de champiñones + dos tortillas de maíz. ½taza de leche aprox. con café + ½ taza de
Colación	½ taza de piña + ½ taza de papaya
Comida	Carne molida aprox. 120gr+ ½ taza de zanahoria con chícharo (revueltos) Sopa de zetas con ½ taza de setas (preparado con agua, epazote y una pizca de sal) + 2 tortillas de maíz
Colación	2 naranjas 5 almendras
Cena	1 sándwich con 2 rebanadas de pan integral+2 cucharadas de picadillo+2 hojas de lechuga y 4 rebanadas de jitomate.

Anexo 17. Cuestionarios indicadores emocionales

Movió hacia arriba[1]: ANEXO 16. R24

Eliminó: ¶

ÍNDICE DE BIENESTAR OMS.

The image shows a screenshot of the WHO Well-Being Index questionnaire. The top portion of the page is obscured by a solid purple rectangle. Below this, the questionnaire text is visible, including instructions and a list of 14 items to be rated on a scale from 1 (Never) to 5 (Always). The items are:

1. Me gusta estar en mi casa.
2. Me gusta estar en mi comunidad.
3. Me gusta estar en mi país.
4. Me gusta estar en el mundo.
5. Me gusta estar en mi familia.
6. Me gusta estar en mi grupo de amigos.
7. Me gusta estar en mi grupo de trabajo.
8. Me gusta estar en mi grupo de actividades.
9. Me gusta estar en mi grupo de voluntariado.
10. Me gusta estar en mi grupo de actividades recreativas.
11. Me gusta estar en mi grupo de actividades culturales.
12. Me gusta estar en mi grupo de actividades deportivas.
13. Me gusta estar en mi grupo de actividades religiosas.
14. Me gusta estar en mi grupo de actividades espirituales.

Below the list, there is a table for recording the scores for each item and a total score calculation. The table has columns for 'Casi nunca', 'Casi nunca', 'Casi nunca', 'A menudo', 'A menudo', 'A menudo', 'A menudo', 'De vez en cuando', 'A menudo', 'A menudo', 'Casi nunca', 'A menudo', 'A menudo', 'Casi nunca'.

Anexo 18. Cuestionario de conductas alimentarias de riesgo

Eliminó: a

	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He hecho dietas para tratar de bajar de peso]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He usado pastillas para perder agua para tratar de bajar de peso*]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He tomado diuréticos (sustancias para perder agua) para tratar de bajar de peso*]	Marque una opción para cada inciso. Considere los últimos 3 meses al seleccionar su respuesta. [He tomado laxantes (sustancias para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso.*]	* De las preguntas 9, 10 y 11, si usted respondió que los ha consumido alguna vez en los últimos 3 meses, por favor especifique cuáles han sido estos productos.
	Con mucha fr	Con frecue	A veces	Nunca o casi	Nunca o casi	Con mucha fr	Con frecue	Nunca o casi	Nunca o casi	Nunca o casi nunca
NUNCA		0	6	0						
CASI NUNCA		1	1	1						
DE VEZ EN CU		2	2	4						
A MENUDO		3								
MUY A MENU		4								

Anexo 19. Escala de estrés percibido

Eliminó: a

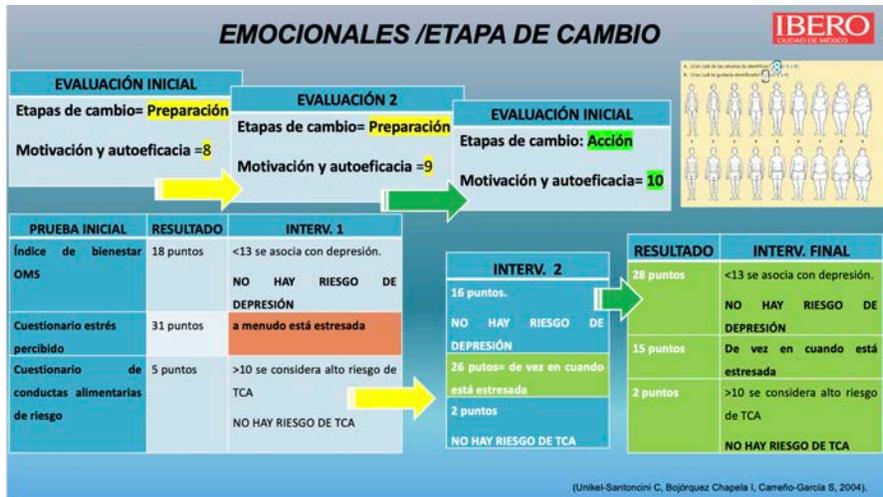
	Durante las últimas dos semanas: [Me he sentido alegre y de buen humor]	Durante las últimas dos semanas: [Me he sentido tranquilo y relajado]	Durante las últimas dos semanas: [Me he sentido activo y enérgico]	Durante las últimas dos semanas: [Me he despertado fresco y descansado]	Durante las últimas dos semanas: [Mi vida cotidiana ha estado llena de cosas que me interesan]
	La mayor parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	De vez en cuando	Todo el tiempo
Índice de bienestar (OMS)					
NUNCA			0		
CASI NUNCA			1		
DE VEZ EN CUANDO			2	2	4
A MENUDO			3	2	6
MUY A MENUDO			4	2	8

Anexo 20. Cuestionario de salud

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? [Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar boliche o caminar más de 1 hora.]	Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto? [Subir varios pisos por la escalera]	De las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? [¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?]	De las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido(a) o nervioso(a))? [¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?]	De las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido(a) o nervioso(a))? [¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?]	En relación al dolor [Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?]	Las preguntas que se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto	Las preguntas que se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto	Las preguntas que se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a usted. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto	En relación a la salud física... [Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?]
Regular	No, no me limita nada	No, no me limita nada	No	No	No	Nada	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces

Cuestionario de salud, 12 reactivos.

Anexo 21. Evolución de emocionales con etapa de cambio



Anexo 22. Evolución de cambios en calidad de sueño

CAMBIOS EN CALIDAD DEL SUEÑO			IBERO CLUB DE SUEÑO
Horas de sueño entre semana →	ATENCIÓN INICIAL Inicia de las 22:00hrs a 03:00hrs. Despierta: 3:30 a 5:30hrs.	ATENCIÓN 2 Mismos horarios L-D	ATENCIÓN FINAL 22:00hrs Ya no despierta por ansiedad, logrando dormir 7 horas seguidas
Horas de sueño fines de semana →	Inicia de las 23:00hrs a 03:00hrs. Despierta: 3:30 a 6:30hrs.	"Siento que descanso más, duermo mejor pero; me sigo despertando"	23:00hrs ya no despierta logrando dormir 7 horas consecutivas
Calidad de sueño percibida: Mala		→	Calidad de sueño percibida: Buena
Observaciones: Más de 1 año y medio con alteraciones en la calidad del sueño (insomnio mixto). "ya me hice a la idea de que es normal el no poder dormir bien, pues yo soy la responsable de mis nietas y tengo que ver por mi esposo, mi hijo y mi familia".	Observaciones: Mejoría en descanso percibido, aún con insomnio sin dificultad, aún con interrupción durante el mismo.	→	Observaciones: Al inicio el plan de alimentación y el aumento en la actividad física; 1. disminuye la ansiedad durante el día 2. goza de poder conciliar el sueño Al despertar tiene sensación de que descanso bien la mayoría de las veces.

Eliminó: ¶
¶

