

CARDIOVASCULAR

PROGRAMA SALUD



MANEJO ALIMENTARIO DEL ADULTO CON SOBREPESO U OBESIDAD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



OPS / OMS

CARDIOVASCULAR

PROGRAMA SALUD



MANEJO ALIMENTARIO DEL ADULTO CON SOBREPESO U OBESIDAD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



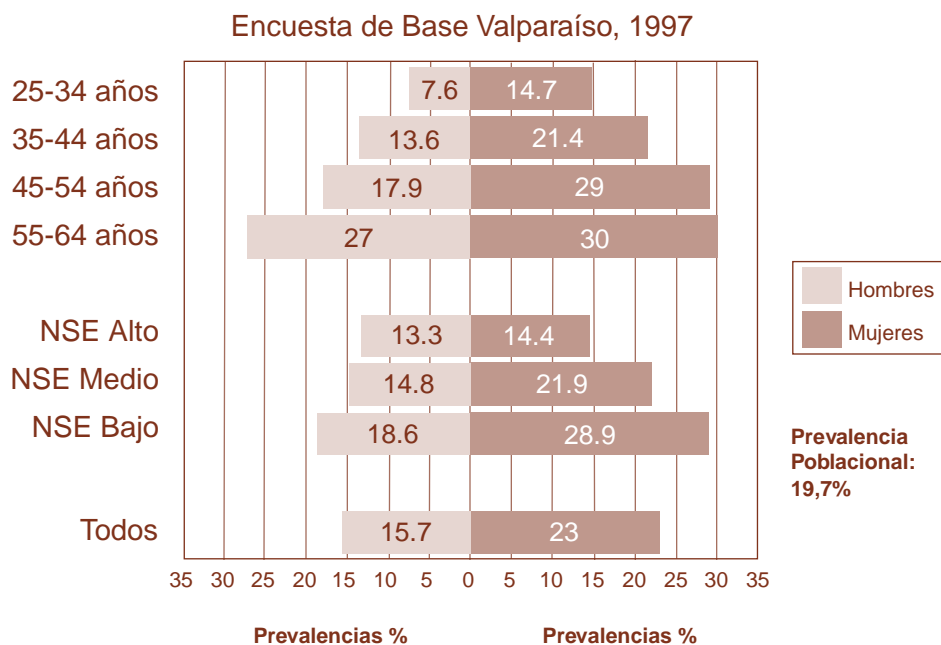
OPS / OMS

I. Antecedentes

La alta prevalencia de obesidad pone en grave riesgo la salud de los chilenos. Los adultos obesos tienen tasas más altas de enfermedad cardiovascular (ECV) y de mortalidad por todas las causas. Hasta un 66% de la diabetes mellitus tipo 2, 52% de las colelitiasis, 29% de la hipertensión y 22% de las ECV pueden ser atribuidos a la obesidad. Los costos económicos directos, en algunos países industrializados, se estiman en un 5% de los costos totales en atención médica y, aunque no están debidamente cuantificadas las consecuencias psicosociales de la obesidad en términos de culpabilidad, depresión y baja autoestima son también considerables.

La obesidad, por su magnitud y trascendencia es un problema de salud pública. Se inicia en la infancia y alcanza cifras elevadas tempranamente en la vida adulta, que siguen aumentando con la edad. La prevalencia es más elevada en las mujeres y en las personas de nivel socioeconómico más bajo¹, Figura 1. Esta situación contrasta con la baja percepción del problema que tiene la población chilena entre 20 y 64 años, ya que sólo un 4% de ella cree tener sobrepeso u obesidad².

Figura 1
Prevalencia de Obesidad* por edad, sexo y NSE



¹ Jadue L et al. Rev Méd Chile 1999; 127: 1004-1013.

² Ministerio de Salud. Encuesta Calidad de Vida y Salud, Chile 2000.

En atención a esta “epidemia del nuevo siglo”, denominación que le ha dado la OMS a la obesidad, nuestro país inició una campaña nacional de promoción de la salud dirigida a fomentar hábitos de vida saludable, con énfasis en una alimentación saludable y la actividad física, principales estrategias para combatir la obesidad. El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) tiene como objetivo complementario la detección y tratamiento de individuos de alto riesgo, con factores de riesgo cardiovasculares (FRCV). El presente documento entrega los lineamientos para el manejo de individuos obesos en riesgo CV, a través de una intervención inicial e intensiva dirigida a modificar los hábitos de alimentación y de ejercicio, con la consiguiente reducción en el nivel de riesgo CV. En muchos casos, estas medidas lograrán el control del o los factores de riesgo por sí solas, sin la necesidad de un tratamiento farmacológico adicional.

II. Definiciones

La obesidad se debe a un desbalance energético originado fundamentalmente por una ingesta calórica superior a la requerida, lo que trae como consecuencia un exceso de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud; sin embargo, el nivel de exceso, la distribución corporal de la grasa y las consecuencias asociadas a la salud varían en forma considerable entre individuos obesos.

El índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso para la talla, es el más utilizado, por su simpleza, para clasificar a los individuos con sobrepeso u obesidad:

$$[\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}]$$

Se considera obeso a un individuo con un IMC igual o superior a 30, **Tabla 1**.

Tabla 1
Clasificación del estado nutricional del adulto según IMC³

Clasificación	IMC
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 -24.9
Sobrepeso	≥ 25 -29.9
Obesidad	≥ 30

La determinación de los puntos de corte en esta clasificación OMS, se basa en la asociación del IMC y la mortalidad, por lo tanto aquellas personas con sobrepeso e incluso las con peso en el rango normal-alto pueden tener riesgos a su salud. En el **Anexo 1** se encuentra una tabla con los valores de IMC según talla que puede ser usada en el manejo del paciente y la definición de metas de tratamiento.

² OMS. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, 1997*

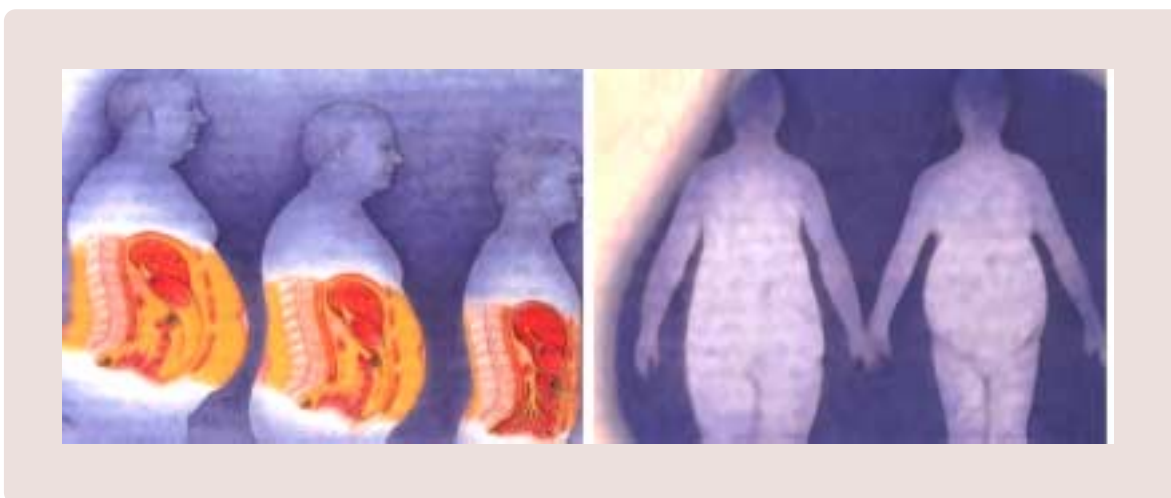
No obstante su simpleza de cálculo y utilidad, el IMC no da cuenta de la variación en la distribución de la grasa corporal, que puede no corresponder a un mismo nivel de adiposidad o riesgos asociados a la salud. Aquellos individuos obesos con un depósito excesivo de grasa intraabdominal están particularmente expuestos a las consecuencias negativas a la salud. Por lo anterior se debe complementar el IMC con la medición de la circunferencia de cintura (CC), que corresponde a un método simple y práctico para identificar a individuos con sobrepeso con un riesgo elevado de tener una enfermedad asociada a la obesidad, **Tabla 2**.

Tabla 2
Circunferencia de cintura asociada a un “riesgo elevado” y “sustancialmente elevado” de hacer complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad, según sexo³.

	Riesgo elevado	Riesgo sustancialmente elevado
Hombres	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujeres	≥ 80 cm	≥ 88 cm

El riesgo para la salud de un exceso de grasa corporal depende de la distribución de ella. Así, la distribución de grasa de tipo androide, abdominal o central (característica forma de manzana) tiene una mejor correlación con la grasa visceral y un mayor riesgo de presentar morbilidades asociadas a ella (hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, etc.), **Figura 2**.

Figura 2
El organismo tiene una capacidad ilimitada para acumular grasa y dependiendo de su distribución puede aumentar aún más el riesgo cardiovascular.



³ OMS. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*, 1997

III. COMO LOGRAR CAMBIOS DE CONDUCTA

Se sugiere aplicar las teorías del aprendizaje y modelos de comunicación social centrados en la motivación, entre los cuales el modelo de “Etapas del Cambio”⁴, representa una buena opción. Constituyen intervenciones efectivas para promover cambios de conductas en salud. A diferencia de las intervenciones tradicionales en que se presume que los individuos están dispuestos a hacer cambios inmediatos y permanentes de conducta, este enfoque sostiene que los individuos están en distintas etapas y que se deben desarrollar intervenciones apropiadas según la etapa en que se encuentra cada uno⁴.

En este modelo, el autor plantea que en la mayoría de las personas los cambios ocurren en forma gradual a través del tiempo y se pasa progresivamente por las siguientes “Etapas de Cambio”⁵:

- **Pre-contemplación:** la persona no está motivada; no hay intenciones de hacer modificaciones en los próximos 6 meses.
- **Contemplación:** hay pensamiento sobre posibles cambios en el comportamiento en los próximos 6 meses.
- **Preparación para la acción:** planificación activa para cambiar el comportamiento en un plazo definido, por ejemplo en 30 días.
- **Acción:** desarrollo de nuevos comportamientos.
- **Mantenimiento:** mantención del comportamiento modificado por seis meses o más.
- **Terminación:** llegar a un cambio sostenible y de confianza en sí mismo para no volver a las etapas anteriores.

De acuerdo a este modelo, las personas que se encuentran en la etapa de “Pre-contemplación”, “Contemplación” o “Preparación para la acción” necesitan motivación y estímulo previos para poder llegar a la “Acción”. Es por ello que antes de fijar metas específicas en cuanto a la baja de peso o actividad física es necesario asegurarse que el paciente esté en la etapa de “Acción”.

A continuación se describen los procesos que pueden ser utilizados para motivar a la persona para pasar de la etapa de “Pre-contemplación” y “Contemplación” a la “Acción”. En estas etapas es clave el saber escuchar al paciente y crear un ambiente de agrado y confianza.

1. Promover la toma de conciencia de la situación problema (el darse cuenta)

Proporcionar información con respecto al riesgo asociado a la conducta problema. Las intervenciones que se pueden realizar son: educación personalizada,

⁴ Prochaska JO. *Stages of Change*. *Can J Cardiol* Vol11 Suppl A 1995.

⁵ Velicer WF, Prochaska JO et al. *Detailed Overview of the Transtheoretical Model*. <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>

promover la discusión que facilite el darse cuenta de las consecuencias de la conducta de riesgo, campañas en los medios de comunicación masivos (ej.: el mes del corazón).

2. Compromiso emocional

Conseguir que el individuo se comprometa emocionalmente, lo que favorecería la toma de decisión para la “acción”. Esto se puede lograr a través de actividades como juego de roles, testimonios personales y campañas en los medios de comunicación masivos.

3. Reevaluación del medio ambiente

Permite que el individuo reflexione sobre las consecuencias de su comportamiento en relación a los hábitos de las personas que viven a su alrededor, el identificarse como un modelo positivo o negativo. La intervención a nivel familiar contribuye a promover hábitos positivos.

4. Oportunidades sociales

Otorgar mayores oportunidades de tener una mejor calidad de vida a grupos sociales menos favorecidos, a través de políticas de salud, programas a grupos de riesgo, ej. Programas de alimentación de preescolares y escolares.

5. Auto-reevaluación

Evaluación de la imagen de uno mismo con y sin el comportamiento riesgoso. Son efectivos además los modelos de otras personas que viven una vida saludable.

Los procesos que se señalan a continuación ayudan al paciente a aumentar su confianza y capacidad de cambio. Se utilizan en las personas que están en las etapas de “acción” o “mantenimiento”.

6. Control de estímulos

Evitar señales que inciten al comportamiento que se intenta cambiar y ofrecer oportunidades para alternativas saludables. Ejemplos: para evitar el consumo de “snacks”, no comprarlos; incorporar platos saludables en menús de restaurantes.

7. Apoyo social

Las relaciones que ayudan son las que combinan cuidado, confianza, aceptación y apoyo para el comportamiento saludable recién adquirido. Los grupos de autoayuda contribuyen a disminuir el riesgo de volver al comportamiento poco saludable. Se ha demostrado que el reconocimiento del grupo reafirma la conducta adquirida. Otra manera de apoyar los cambios es a través de una línea telefónica de ayuda, llamadas del profesional de la salud o apoyo mutuo entre dos personas que tienen el mismo objetivo.

8. Condicionamiento adquirido

Que la persona adquiera un comportamiento saludable en reemplazo a la conducta problema. Ej.: la relajación puede contrarrestar el estrés; la conducta asertiva, la presión de los pares.

9. Manejo de refuerzos

Se ha demostrado que reforzar las conductas adquiridas con recompensas o premios ayuda más que el castigo. Estas pueden ser internas o externas. Un ejemplo de las primeras sería comprarse algún regalo; un ejemplo de las externas es el reconocimiento del grupo de apoyo o del profesional de la salud, a través de frases de reconocimiento por el éxito alcanzado.

10. Autoliberación

La confianza de la persona en su capacidad de hacer un cambio y su compromiso a hacerlo. Ejemplos: testimonios en público o promesas de Año Nuevo pueden aumentar la motivación para hacer el cambio.

Reconocer en qué estado de cambio se encuentra el paciente es útil para definir la intervención a seguir. Es por ello que, para lograr éxito en el control del peso se recomienda aplicar el Cuestionario de Evaluación del Estado de Cambio Respecto al Peso, **Anexo 2**, y el del ejercicio físico, **Anexo 3**. De esta manera se pueden dar las indicaciones en forma individual a cada paciente en el lenguaje que corresponda, de acuerdo al estado de cambio en que éste se encuentra.

La tendencia tradicional del equipo médico ha sido “convencer” al paciente de las ventajas de la conducta que se desea promover, y usualmente ocurre que en lugar de contribuir al cambio esta actitud genera resistencia. Lo que pretende esta metodología es inducir un proceso de autorreflexión en la persona a través de preguntas de tal manera que surjan de él mismo los riesgos de las conductas no saludables y las ventajas de las saludables. En las **Tablas 3 y 4** se presenta un protocolo de acción con sugerencias de preguntas o consejos que el profesional puede hacer a sus pacientes según su estado de cambio a fin de ayudarlo a pasar a la etapa siguiente hasta alcanzar la conducta deseada.

Tabla 3
Protocolo para el paciente en estado de
“pre-contemplación” y “contemplación”

Estado de pre-contemplación

Meta:

que el paciente comience a pensar en modificar su alimentación y actividad física.

Actividades:

- Proporcionar información sobre las ventajas de un comportamiento saludable y el riesgo del actual comportamiento.
- Ayudar al paciente a establecer prioridades y confiar en su capacidad de cambio.
- Entregar testimonios personales o modelos de otras personas para incentivar al paciente a realizar el cambio.

Preguntas sugeridas:

- ¿ Siente Ud. que la obesidad es un problema?
- ¿ Qué tendría que pasarle a Ud. para reconocer que la obesidad es un serio problema de salud?
- ¿ Qué síntomas o signos le permitirían a Ud. reconocer a la obesidad como un problema?
- ¿ Ha intentado Ud. anteriormente hacer cambios en su alimentación o actividad física?
- ¿ Qué logros difíciles ha alcanzado en el pasado?

Estado de contemplación

Meta:

Hacer un plan específico para modificar la alimentación y actividad física. El paciente examinará los “pro” y los “contra” del cambio de conducta. Dar énfasis en los aspectos positivos del cambio.

Actividad:

- Ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el cambio de conducta.
- Ofrecer apoyo y orientarle a desarrollar un plan de cambio.
- Entregar material de apoyo.

Preguntas sugeridas:

- ¿ Qué razones le harían cambiar de conducta?
Señale las razones para no cambiar.
- ¿ Qué espera Ud. de este cambio?
- ¿ Cuáles son sus impedimentos para hacer el cambio?
- ¿ Qué cosa o personas le han ayudado en el pasado?
- ¿ Qué cree Ud. que necesita saber acerca del cambio?
- ¿ Cuáles serían los beneficios de bajar de peso para Ud.?

Fuente: Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; Nolan R. How can we help patients to initiate change? Can J Cardiol Vol 11 Suppl A January 1995; Llambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud; Project PACE. Physical-based Assessment and Counseling for Exercise.

Tabla 4
Protocolo para el paciente en estado de “acción” y “mantenimiento”

Estado de acción

Meta: Incentivar al paciente a continuar con el programa iniciado.

Actividad:

- Ofrecer apoyo.
- Reforzar la conducta adquirida.
- Ayudar al paciente a enfrentar posibles problemas.
- Una forma eficaz de compromiso con el cambio de conducta es hacer promesas en público.
- Desarrollar habilidades para el cambio de conducta.
- Estimular, alabar y admirar los logros alcanzados.

Preguntas sugeridas:

- ¿Qué lo hizo tomar esta decisión?
- ¿Qué lo ha ayudado, qué ha funcionado?
- ¿Qué podría ayudarlo más todavía?

Estado de mantenimiento

Meta: Ayudar y apoyar a la persona a mantener el cambio adquirido.

Actividad:

- Estimular, alabar y admirar los logros alcanzados.
- Felicitar e identificar lo que lo está ayudando a mantener esta nueva conducta.
- Ayudar al paciente a prepararse frente a posibles problemas.

Preguntas:

- ¿Qué otra cosa lo podría ayudar?
- ¿Cuáles son las situaciones difíciles o de alto riesgo?
- ¿Qué podría hacer en esas situaciones?

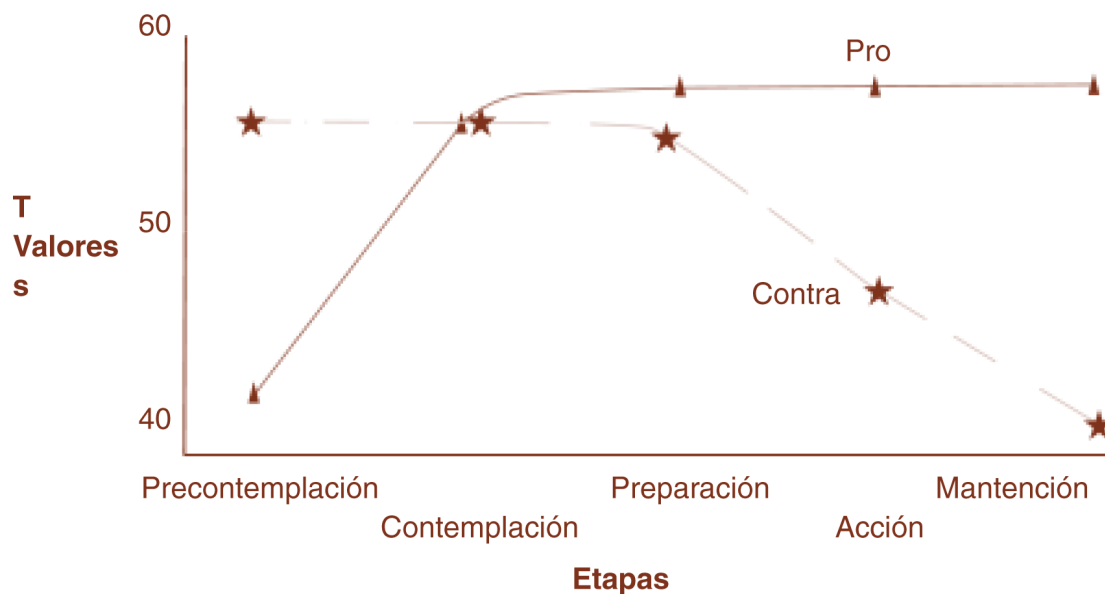
Fuente: Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; LLambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud. Project PACE. Physical-based Assessment and Counseling for Exercise.

Muchas veces el paciente conoce el riesgo para la salud de tener sobrepeso, pero es más “convinciente” si el profesional de la salud, especialmente el médico, se lo dice.

Al hacer cambios en los estilos de vida las personas pasan por diferentes etapas, todas ellas importantes. Se aprende de cada etapa, desde “no he pensado en hacer ningún cambio” a “evaluar los pro y contras” a “hacer pequeños cambios y cómo manejarse con ellos en situaciones de riesgo” a “hacerlos” y a “incorporarlos en la forma de vida”.

Una forma de trabajo que ayuda en este proceso es analizar los “pro” y “contra” del cambio de comportamiento. El desafío está en inclinar la balanza hacia los cambios positivos y proponer conductas alternativas del comportamiento no deseado. En el estado de “Pre-contemplación” la persona identifica más barreras, obstáculos o aspectos negativos (“contra”) que ventajas o aspectos positivos (“pro”) para el cambio; a medida que avanza en el proceso de cambio aumentan lo “pro” y disminuyen los “contra”. Para que los cambios de conducta en alimentación y ejercicio permanezcan en el tiempo se hace necesario que el sujeto valore y mantenga altos los aspectos positivos asociados al cambio.

Figura 3
La relación entre las etapas de cambio y los pro y contra para una conducta saludable



A medida que aumenta la autoeficacia de la persona, aumenta también su capacidad de mantener la conducta adquirida. La autoeficacia es la capacidad del individuo para resistir situaciones de alto riesgo sin recaer en la conducta previa no saludable. Dentro de las situaciones “tentadoras” las más frecuentes son: estados emocionales negativos (ansiedad), obsesión u antojo por determinado alimento (ej. chocolates o pasteles) y situaciones sociales tentadoras (ej. fiestas de fin de año).

Mucha gente “recae” y atraviesa todas las etapas de cambio varias veces antes de lograr el cambio definitivo. La recaída es común cuando se intenta hacer cambios en los estilos de vida; una forma de ayudar al paciente es explicarle que a pesar de que haya una recaída se ha aprendido algo de ellos mismos y del proceso de cambio. Se sugiere enfatizar el éxito alcanzado por el individuo (ej. Ud. lo logró durante 2 meses); destacar lo positivo para promover un nuevo intento, **Tabla 5**.

Tabla 5
Protocolo para el paciente en “recaída”

Estado de recaída

Meta: Animar a la persona a iniciar de nuevo el proceso.

Actividades:

- Ayudar al paciente a comprender los motivos de la “recaída”.
- Proporcionar información sobre el proceso de cambio; los cambios a largo plazo casi siempre toman varios ciclos. Muchas veces se logra el éxito definitivo después de varios intentos.
- Ayudarlo a hacer planes para el próximo intento.
- Mejorar la autoestima y ofrecer apoyo incondicional.
- Hacer esfuerzos de rescatar lo positivo de la experiencia anterior para animarlo a comenzar otra vez.

Preguntas sugeridas:

¿Qué funcionó por algún tiempo?

¿Qué aprendió Ud. de esta experiencia que pueda ayudarlo en un nuevo intento?

Fuente: Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford, 1991: 191-202; LLambrich JA, Freixedas C. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Dirección de Atención Primaria. Instituto Catalá de Salud. Project PACE.

V. EXAMEN DE SALUD PREVENTIVO DEL ADULTO (ESPA)

El Programa de Salud del Adulto tiene como actividad principal el “Examen de Salud Preventivo del Adulto” (ESPA), uno de cuyos objetivos prioritarios es identificar a individuos en “riesgo cardiovascular” con el propósito de intervenir preventivamente y evitar las complicaciones asociadas a la condición de riesgo, **Anexo 4**. Dentro de este examen se recomienda realizar una consejería alimentaria a las personas con sobrepeso u obesidad y controlarlas a los 6 meses. A los sujetos obesos que además presenten algún factor de riesgo mayor, hipertensión arterial, diabetes o dislipidemia, se les invitará a participar en el Módulo de Obesidad del Programa de Salud Cardiovascular.

V. CONSEJERÍA ALIMENTARIA

Es una intervención estructurada y breve dirigida a lograr en las personas cambios significativos en el hábito de alimentarse. Está dirigida a adultos con sobrepeso u obesidad detectados por el ESPA o en otras actividades o contactos realizados por el equipo de salud.

El objetivo de la consejería alimentaria es contribuir a mejorar la calidad de la alimentación, promover la actividad física y disminuir al menos en un 5% a un 10% el peso inicial en un plazo de 6 meses.

A continuación se muestra un resumen del proceso de la consejería alimentaria, **Figura 4**.

Figura 4
Proceso de la Consejería Alimentaria



Cualquier integrante del equipo de salud que realiza el ESPA, debidamente capacitado en evaluación del estado nutricional y las Guías de Alimentación, podrá participar en la consejería, durante la cual se deberá indagar sobre los hábitos particulares del paciente, especialmente los referidos a tiempos de comida, alimentos que acostumbra a incluir habitualmente en su desayuno y almuerzo, lugar donde realiza sus comidas, volumen de las mismas, etc.

Para conocer estos hábitos en el paciente se sugiere aplicar las siguientes preguntas:

1. ¿Cuántas comidas acostumbra a consumir en el día?

Lo recomendable es 4 comidas diarias (desayuno, almuerzo, onces y comida). Si la frecuencia es menor a tres, generalmente se produce un consumo excesivo en la comida siguiente.

2. Habitualmente, ¿en qué consiste su desayuno u onces?

Si no se consume leche u otros productos lácteos (yogur, quesillo, queso) recomendar su consumo y preferir aquellos con un bajo aporte de grasa. El consumo de pan no debe exceder una unidad en el día y el agregado de preferencia que sea palta o quesillo, evitando alimentos como mantequilla, margarina, mermelada, etc.

3. Habitualmente, ¿qué come a la hora de almuerzo o cena?

Se recomienda eliminar las preparaciones fritas o muy grasosas, dando preferencia a las preparaciones al horno o al vapor. Reemplazar las carnes grasosas por carnes blancas (pescado, pollo o pavo) o legumbres (porotos, lentejas, garbanzos, habas y arvejas). Reemplazar el arroz, fideos, pan u otras masas por verduras crudas o cocidas y guisos a base de éstas. De postre preferir la fruta en su estado natural o ensaladas de fruta.

4. ¿Qué consume entre las comidas?

Reemplazar las bebidas azucaradas, productos de pastelería o “snacks” como las papas fritas o galletas saladas, por fruta o jugos de fruta natural.

Lo anterior será de gran utilidad para la negociación de pequeñas metas de corto plazo, que permitan el compromiso del paciente. Éstas serán específicas para cada caso en particular. Esto tiene el propósito de obtener pequeños logros que motiven al paciente y faciliten su adhesión al tratamiento.

Para complementar la consejería alimentaria se elaboraron 2 cartillas: “¿Cómo cuidar mi corazón?”, **Anexo 5** y “¿Cómo puedo bajar de peso?”, **Anexo 6**, orientadas a motivar a las personas a cuidar su salud cardiovascular. Se recomienda sugerir al paciente usar la hoja de registro de alimentación y actividad física que aparece en esta cartilla.

Los principales elementos y componentes de la alimentación que se deben priorizar durante la consejería alimentaria son:

- Disminución del consumo de grasas, especialmente saturadas (cecinas y embutidos, carnes grasas, mantequilla, margarina*, mayonesa, manteca, tortas, pasteles con crema, etc.)
- Disminución del consumo de azúcar y alimentos azucarados (refrescos, mermeladas, etc.)
- Aumento del consumo de fibra (verduras y frutas crudas, leguminosas y cereales de grano entero).

**Las margarinas elaboradas con aceites vegetales, como producto del proceso tecnológico, han sido hidrogenadas y contienen ácidos grasos "trans". Este tipo de ácidos grasos se comporta como grasas saturadas.*

La consejería debe contemplar la referencia de estos pacientes al equipo de promoción del establecimiento para que sean incorporados a las acciones de actividad física y alimentación saludable. Según la disponibilidad de recursos humanos del Servicio de Salud, se pueden organizar reuniones de motivación o charlas educativas para los pacientes obesos y su familia.

Al cabo de 6 meses estos adultos deben ser evaluados nuevamente por algún miembro del equipo de salud; en caso de no observar avances, se derivarán a Nutricionista.

Los contenidos a entregar en la Consejería estarán basados en los mensajes de las Guías Alimentarias⁶, con énfasis en la disminución de las grasas y azúcar y el aumento del consumo de fibra dietética a través de la ingesta de verduras, frutas y leguminosas.

Las Guías de Alimentación de la Población Chilena son siete mensajes educativos destinados a orientar a la población en la selección de una alimentación saludable; a continuación se indica cada una de las Guías y una breve descripción de las mismas:

1. Consuma diferentes tipos de alimentos durante el día

Se recomienda seleccionar alimentos de los distintos niveles de la pirámide durante el día y también entre un día y otro. Cada alimento se caracteriza por tener un aporte definido de nutrientes. No existe un solo alimento que proporcione todos los nutrientes que el organismo requiere, por ello la alimentación debe ser variada. Al orientar a las distintas personas, es necesario considerar la disponibilidad local de alimentos y su costo.

⁶ Guías de Alimentación para la Población Chilena. Eds. Castillo C, Uauy R, Atalah E, Santiago, Chile 1997

2. Aumente el consumo de verduras, frutas y legumbres (porotos, lentejas, garbanzos, habas y arvejas).

Estos alimentos son la base de una alimentación saludable, aportan minerales, vitaminas y fitoquímicos con efecto antioxidante y fibra dietética. En general no contienen grasa o la contienen en pequeñas cantidades. Entre las vitaminas destacan la C, la E y los carotenos.

Los carotenos o provitamina A se encuentran presentes en frutas como el damasco y melón, en verduras de color amarillo como zanahoria y zapallo y de color verde como acelga y espinaca. Algunos estudios muestran un rol protector de los carotenos en diversos tipos de cáncer. Las vitaminas C y E actúan en la prevención del cáncer por sus propiedades antioxidantes, captan radicales libres y de esta forma protegen los componentes celulares.

El proceso oxidativo juega un rol importante en el desarrollo de la aterosclerosis; es por ello que los nutrientes antioxidantes actúan como protectores, ya que inhiben la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad en el plasma. El mayor rol protector se ha demostrado con la vitamina E.

Existe una asociación entre dietas pobres en fibra y enfermedades metabólicas como obesidad, diabetes, cardiovasculares y otras como cáncer, diverticulosis, constipación, etc. La evidencia científica demuestra que la fibra soluble tiene un efecto hipocolesterolémico, es decir, baja el colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad. En ello se basa el rol preventivo de la fibra dietética en la enfermedad coronaria.

Beneficios de la fibra dietética en el manejo del obeso:

- a) reduce la densidad energética
- b) la masticación que requiere produce secreción gástrica, distensión del estómago y sensación de saciedad.

Para aumentar la ingesta de fibra se recomienda consumir porotos, lentejas, garbanzos o arvejas al menos una vez por semana y al menos dos frutas crudas y dos platos de verduras diariamente.

La ingesta recomendada de al menos 10 gramos de fibra por cada 1.000 calorías radica en el rol protector contra las enfermedades mencionadas anteriormente. Uno de los mecanismos de acción de la fibra es la capacidad de captar agua, lo que aumenta el volumen de las deposiciones disminuyendo el tiempo de tránsito intestinal, hecho que reduce el riesgo de exposición a sustancias tóxicas. Por otra parte, su fermentación promueve la síntesis de ácido butírico que tiene propiedades anticancerígenas e interfiere en la formación de metabolitos tóxicos.

Las verduras y frutas en general contienen una serie de compuestos químicos denominados fitoquímicos que actúan en forma preventiva contra el cáncer; entre ellos están los glucosinolatos, isotiocianatos, tiocianatos, flavonoides, fenoles y licopeno, entre otros.

3. Use de preferencia aceites vegetales y disminuya las grasas de origen animal

La ingesta de grasa es importante para la salud. Además de ser una buena fuente de energía aporta ácidos grasos $n3$ y $n6$ que son esenciales, es decir, el ser humano no los puede sintetizar. Además contribuye con la ingesta y absorción de las vitaminas liposolubles (A, D, E y K).

Una ingesta excesiva de grasa se asocia a mayor riesgo de obesidad, enfermedad coronaria y algunos cánceres.

Las grasas aportan más del doble de las calorías que carbohidratos y proteínas (1 gramo de grasa aporta 9 calorías, mientras que 1 gramo de proteínas y 1 gramo de carbohidratos aporta 4 calorías).

La recomendación de usar de preferencia aceites vegetales se basa en el menor contenido de ácidos grasos saturados y el mayor contenido de ácidos grasos poliinsaturados que poseen en comparación con las grasas animales. Otro hecho importante es que los aceites vegetales no contienen colesterol.

Algunos aceites vegetales (maravilla, maíz, pepa de uva) son una buena fuente de ácidos grasos de la serie $n6$ y el aceite de soya y raps aportan ácidos grasos de la serie $n3$.

4. Prefiera carnes como pescado, pavo y pollo

Las carnes se caracterizan por su aporte de proteínas de muy buena calidad, hierro y zinc, principalmente. También proporcionan vitaminas del complejo B, vitamina A, fósforo, potasio y magnesio. El contenido de grasa es muy variable dependiendo del tipo de carne y el corte. Las carnes rojas en general son una fuente importante de grasas saturadas y colesterol, alimentos que se deben restringir. Las personas obesas deben evitar el consumo de cecinas, embutidos, tocino y otros alimentos altos en grasas saturadas.

Lo que esta Guía propone es preferir las carnes blancas por su bajo aporte en grasas saturadas. En el caso del pescado prefiera consumir aquellos con alto contenido graso como el jurel, sardina, atún, salmón o trucha que contienen ácidos grasos esenciales del tipo omega 3.

Se sugiere consumir pescado al menos una vez a la semana. La Asociación Americana del Corazón recomienda consumir pescado al menos dos veces por semana para proteger la salud cardiovascular.

5. Aumente el consumo de leche, de preferencia de bajo contenido graso

La leche y productos lácteos se caracterizan por el aporte de proteínas de buena calidad y calcio; este último elemento es indispensable para la formación y mantenimiento de huesos y dientes sanos. El calcio es un elemento esencial en todas las etapas de la vida, aunque los requerimientos son mayores en los primeros años y hasta la pubertad, período en el que se está formando la masa ósea. De igual

forma durante el embarazo y la lactancia las necesidades de calcio son altas. La mujer en la postmenopausia necesita mayor ingesta de calcio para compensar la pérdida de masa ósea que se produce en este período.

El consumo de leche y productos lácteos a lo largo de la vida contribuye a prevenir la osteoporosis, enfermedad muy frecuente en los adultos mayores, en especial en la mujer. Para contribuir a prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad estos productos deben ser descremados. Para cubrir las necesidades de calcio se deben consumir tres a cuatro tazas de leche o sus equivalentes (1 yogur, una rebanada de queso o un trozo de quesillo reemplazan a una taza de leche).

6. Reduzca el consumo de sal.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. Estudios epidemiológicos han encontrado evidencia que asocia la ingesta de sal (Na Cl) a mayor prevalencia de hipertensión. Se recomienda consumir menos de 5 gramos de sal por día a fin de prevenir la hipertensión, enfermedad frecuente en la población chilena.

La alimentación normal de un chileno promedio, sin el agregado de sal a las comidas, contiene el sodio equivalente al que está presente en 2.5 – 3.0 gramos de sal. Si a esto se agrega el alto consumo de alimentos procesados que contienen sodio, en general el aporte de la dieta es superior al recomendado. Se recomienda no agregar sal a las comidas en la mesa y disminuir el consumo de alimentos procesados con alto contenido de sodio. Es necesario que las personas aprendan a leer la información de las etiquetas de los alimentos para elegir aquellos con menor contenido de sodio.

7. Modere el consumo de azúcar.

La alta disponibilidad de este alimento, unida a su bajo costo, originan un alto consumo en la mayoría de la población, situación que se ve agravada por su amplio uso en alimentos procesados como refrescos en polvo, bebidas gaseosas y golosinas. El consumo de azúcar no debe exceder el 10% de la ingesta energética diaria, lo que corresponde a 40 a 55 gramos por día. En esta cantidad se incluye el azúcar presente en las mermeladas, miel o en productos de pastelería, confites, bebidas, etc. Una cucharadita de té equivale a 5 a 7 gramos de azúcar. El consumo máximo de azúcar sería entre 6 a 10 cucharaditas diarias. A esto se debe restar el azúcar consumida en otros productos que la contengan. Una manera fácil de cumplir esta Guía es disminuyendo el azúcar que se agrega al té, café u otras bebidas y reduciendo el consumo de alimentos procesados que contienen azúcar.

La recomendación de moderar el consumo de azúcar se basa fundamentalmente en que este alimento no contiene otros nutrientes, sólo aporta calorías, por lo que las dietas ricas en azúcar tienen un bajo valor nutritivo. El principal riesgo para la salud del alto consumo de azúcar es la tendencia a la obesidad, con la cual aumenta el riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares.

VI. MODULO DE OBESIDAD

El Módulo de Obesidad es una intervención específica para los individuos obesos del Programa de Salud Cardiovascular y constituye un plan intensivo para el manejo de la obesidad. Tendrá una duración de 4 meses y participará en él un equipo multidisciplinario integrado por médico, enfermera, nutricionista y profesor de educación física, según disponibilidad local. En el **Anexo 7** se describe el Módulo de Obesidad, incluyendo la población objetivo, los recursos humanos y las actividades que competen a cada profesional durante los 4 meses que dura la intervención.

Objetivos

- Lograr que los adultos obesos con riesgo cardiovascular reduzcan al menos un 10% de su peso inicial al cabo de cuatro meses.
- Promover hábitos de vida saludables con énfasis en la alimentación y el ejercicio.
- Entregar conocimientos y desarrollar habilidades y actitudes para la mantención de las metas alcanzadas.
- Contribuir al control de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Actividades

El módulo de obesidad se desarrollará en base a consultas, individuales o grupales, charlas motivacionales y talleres.

Considerando que para bajar de peso es necesario hacer cambios importantes en las conductas alimentarias y de actividad física, se hace indispensable identificar en forma previa cuál es la motivación del paciente para incorporar algunos de estos cambios en su estilo de vida.

Consulta nutricional individual

En la consulta nutricional individual se aplicará la encuesta alimentaria que está incluida en la ficha de ingreso del paciente, **Anexo 8**. Esta permite definir la ingesta actual sobre la cual se establecerán las recomendaciones nutricionales específicas del individuo, en que la ingesta energética puede variar entre 1000 a 1500 kcal, según corresponda.

Formulación de un plan de alimentación⁷

El principal objetivo del plan es enseñar al paciente a controlar su peso y alcanzar un peso razonable que disminuya su nivel de riesgo. El tratamiento de la obesidad consiste en lograr un balance energético negativo a través de una reducción de la ingesta y un aumento del gasto energético, e incorporar estos cambios al estilo de vida en forma permanente. Este objetivo se transforma en un desafío difícil de abordar sin el apoyo de políticas y programas que promuevan un ambiente saludable para las personas en riesgo.

Para alcanzar la meta de lograr un cambio permanente en los hábitos alimentarios y una mantención del peso en el largo plazo, es mejor hablar de un plan de alimentación saludable en lugar de dietas para reducir el peso. El control del plan de alimen-

⁷ Olivares S. Tratamiento dietético de la obesidad. En: Obesidad: Un desafío pendiente, 2000.

tación depende de cada persona, por lo que ésta debe participar activamente en su elaboración, para que incluya, en la medida de lo posible, los alimentos que prefiere y consume habitualmente, que estén disponibles localmente y le resulten económicamente accesibles.

Estimación del aporte energético

Es necesario establecer una ingesta de energía significativamente inferior a los niveles de mantención para reducir el peso a una velocidad deseable. El aporte energético debe permitir que la persona viva normalmente y pueda cubrir sus necesidades nutricionales sin riesgo de provocar un déficit en alguno de los nutrientes esenciales. Esto es difícil de lograr con dietas inferiores a 1200 kcal diarias en las mujeres y 1500 kcal diarias en los hombres. Las personas que ingieren menos de 1200 kcal pueden necesitar suplementos de vitaminas y minerales.

Las tendencias actuales indican que reducciones moderadas de la ingesta energética, por ejemplo de 500 kcal diarias bajo las necesidades, si bien provocan pérdidas de peso más modestas y en períodos más prolongados de tiempo, serían más apropiadas para lograr cambios de mayor duración. Se ha sostenido que las dietas con una reducción excesiva de la energía total serían difíciles de sostener en el tiempo y, por lo tanto, menos exitosas en el largo plazo. La Tabla 6 muestra la estimación del gasto energético basal y los factores de actividad física sugeridos por Bray⁸ para determinar las necesidades de energía. Para ello, aplicar la ecuación según edad y sexo y su resultado, gasto energético en condiciones basales, multiplicarlo por el factor que corresponda al nivel de actividad física de la persona. Ejemplo:

Mujer de 50 años, peso 55 kgs. $(8.7 \times 55) + 829 =$ TMB
 $478.5 + 829 = 1307.5 \times 1,3 = 1700$ cal/día

Tabla 6
Estimación de las necesidades de energía

Ecuaciones revisadas de FAO/OMS para estimar la Tasa Metabólica Basal (TMB) ⁹	
Hombres	Mujeres
18-30 años = $(15.3 \times P) + 679$	18-30 años = $(14.7 \times P) + 496$
31-60 años = $(11.6 \times P) + 879$	31-60 años = $(8.7 \times P) + 829$
>60 años = $(13.5 \times P) + 487$	>60 años = $(10.5 \times P) + 596$
Estimación del gasto energético total = TMB x factor de actividad física	
Nivel de actividad física	Factor de TMB
Baja (sedentaria)	1,3
Intermedia (con algún ejercicio regular)	1,5
Alta (actividad física regular o un trabajo que demanda un gasto energético mayor)	1,7

P= peso

⁸ Bray G. 1998 (23) Adaptado de FAO/OMS/UNU

Proteínas

Un plan de alimentación saludable, aunque reduzca el aporte total de energía, debe asegurar un aporte proteico que cubra las necesidades de aminoácidos esenciales. Es recomendable trabajar con las necesidades individuales (por kg de peso aceptable) más que con el aporte proteico a las calorías totales de la dieta (P%), usadas en dietas isocalóricas o cuando se evalúa el consumo de la población.

Bray recomienda un consumo superior a los 75 g de proteínas de alto valor biológico al día en las dietas hipocalóricas. En los adultos, el aporte de proteínas debería ser de aproximadamente 1,2 a 1,5 g por kg de peso aceptable, considerando las recomendaciones ajustadas según la calidad de la dieta mixta latinoamericana (digestibilidad de 85% y cómputo aminoacídico de 90%). En las dietas hipocalóricas, esta cantidad puede representar el 20% o más de las calorías totales. En estas dietas, los alimentos que contienen proteínas de alto valor biológico, además de satisfacer las funciones esenciales de este nutriente, permiten cubrir las necesidades de calcio (productos lácteos) y de hierro, zinc y otros minerales (productos cárneos). Se recomienda, asimismo, limitar la ingesta proteica a no más del doble de la recomendación para evitar los efectos adversos del exceso de proteínas sobre la función renal^{10, 11, 12}.

Grasas

Diversos estudios clínicos han comparado la ingesta de grasa de individuos con peso normal, moderadamente obesos y severamente obesos. Aún cuando en algunos casos no han encontrado diferencias en la ingesta de energía total, sí han encontrado una significativa mayor ingesta de grasa en los obesos.

Otros estudios postulan que la hiperfagia que producen las dietas altas en grasa es consecuencia de la mayor densidad energética de la dieta más que del contenido de grasa por sí mismo. Independiente del contenido de grasa, las comidas de baja densidad energética generan mayor saciedad que las de alta densidad energética, sugiriendo que el peso y volumen de los alimentos consumidos pueden constituir una importante señal reguladora.

Para cubrir las necesidades de ácidos grasos esenciales, que para la familia de los n-6 corresponden al 5 a 8% de las calorías de una dieta normal, se requieren pequeñas cantidades de aceites de girasol o maravilla, maíz o pepa de uva, en tanto para cubrir las necesidades de la familia de los n-3, correspondientes al 1 a 2% de las

⁹ "Energy Metabolism": Sai Kupra D y Susan B. Roberts, Chap. 1. "Present Knowledge in Nutrition", Editado por Bárbara A. Bowman y Robert M. Russell, ILSI Press 2001.

¹⁰ FAO/OMS/UNU. Necesidades de energía y de proteínas. Informe de una Reunión Consultiva Conjunta FAO/OMS/UNU de Expertos. Ginebra: OMS 1985 (Serie de Informes Técnicos 724).

¹¹ FAO/OMS. Preparación y uso de guías alimentarias basadas en alimentos. Informe de una consulta conjunta FAO/OMS/UNU. Nicosia, Chipre 1998.

¹² National Research Council. Recommended dietary allowances. 10th ed. Washington, DC: National Academy Press, 1989.

calorías totales, es necesario promover el consumo de pescados grasos 2 a 3 veces por semana y el consumo de aceite de colza (o raps con bajo contenido de ácido erúxico), canola o soya, también en pequeña cantidad. Estos aceites, junto al de oliva, permiten además satisfacer las necesidades de ácidos grasos monoinsaturados (alrededor del 10 al 12% de las calorías totales)¹³.

Considerando la mayor densidad energética de las grasas, su menor poder de saciedad con respecto a las proteínas y carbohidratos y su mayor palatabilidad, que induce a comer más, así como la evidencia sobre la correlación positiva entre la mayor cantidad de grasa de la dieta y la mayor cantidad de grasa corporal, se recomienda que su aporte sea inferior al 30% de las calorías totales, con un aporte de grasas saturadas menor o igual al 7%.

Carbohidratos

Se estima que 50 gramos de hidratos de carbono son suficientes para prevenir la cetosis; sin embargo, considerando que las dietas con alto contenido de carbohidratos y fibra dietética tienen una menor densidad energética y un mayor poder de saciedad, agregan volumen a la dieta, y se relacionan en forma inversa con la ingesta de grasa total, se sugiere que su inclusión en la dieta hipocalórica alcance al 45 a 55% de las calorías totales¹⁴.

Los carbohidratos incluidos en las dietas para reducir o mantener el peso deben ser complejos e idealmente con un bajo índice glicémico. El índice glicémico es el nivel sobre el cual un alimento eleva la glicemia al compararlo con un estándar, por ejemplo, la glucosa o el pan blanco. El aumento de la glicemia origina una mayor secreción de insulina, la que a su vez aumenta la oxidación de la glucosa y el depósito de grasa en el tejido adiposo, proceso que favorece la obesidad, particularmente al ingerir alimentos altamente glicémicos y grasas en una misma comida.

En general, las leguminosas, los cereales de grano entero, las verduras y las frutas son alimentos con bajo índice glicémico y alto contenido de fibra. Los alimentos que contienen almidón tienen un efecto glicémico que depende de su contenido de fibra, y principalmente de la disponibilidad de almidones digeribles. Las levaduras y la cocción aumentan el efecto glicémico del almidón del pan, pero el almidón de pastas y leguminosas tiene un efecto glicémico menor y su absorción es más baja. El efecto glicémico de los azúcares simples es comparable o menor al del almidón de los alimentos cocinados.

En los sujetos hipertriglicéridémicos, el consumo habitual de alimentos con bajo índice glicémico puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejorando la tolerancia a la glucosa, reduciendo la secreción de insulina y disminuyendo los lípidos sanguíneos.

¹³ FAO/WHO. *Fats and oils in human nutrition. Report of a joint expert consultation.* Rome: FAO, 1994.

Food and Nutrition. Paper 57.

¹⁴ FAO. *Carbohydrates in Human Nutrition. Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation.* Rome: FAO, 1997.

Food and Nutrition. Paper 66.

Vitaminas y minerales

Las dietas hipocalóricas deben proveer, en una menor cantidad de alimentos, aquellos que aseguren la cobertura de las necesidades de vitaminas y minerales de los distintos individuos. Esto se logra con una variedad de alimentos de alta densidad de nutrientes.

Particularmente importante resulta cubrir las necesidades de calcio, ya que uno de los efectos adversos observados en la reducción de peso a largo plazo es la disminución de la densidad mineral ósea. Las necesidades de hierro son especialmente altas en las mujeres en edad reproductiva. Es importante incluir una cantidad suficiente de carne baja en grasa para asegurar una fuente de hierro hemínico de alta biodisponibilidad y combinar con cantidades apropiadas de alimentos ricos en vitamina C, como frutas cítricas, kiwi, repollo, coliflor, brócoli o tomate, las comidas a base de leguminosas y otros alimentos de origen vegetal que constituyen buenas fuentes de hierro no hemínico, para favorecer su absorción.

Es importante que la dieta asegure la presencia de fuentes de vitamina E (como α -tocoferol), vitamina C, β caroteno y otras sustancias con funciones antioxidantes, que contribuyen a la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de algunos tipos de cáncer asociados a la obesidad.

Agua

En el tratamiento dietético de la obesidad es importante insistir para satisfacer las necesidades de agua, que además de ayudar a llenar el estómago entre comidas, facilita la excreción de los desechos metabólicos. Se recomienda consumir 2000 a 2500 ml diarios (8 a 12 vasos), incluyendo el agua contenida en los alimentos y preparaciones.

Alimentos dietéticos y con fibra

Los alimentos denominados dietéticos pueden ser útiles en el tratamiento de la obesidad; de preferencia seleccionar aquellos que son livianos en calorías (se ha reducido en un 50% o más su aporte energético respecto a su homólogo no modificado). Es importante leer la información nutricional de las etiquetas de los productos alimenticios y elegir los que tienen los descriptores Libre, Bajo o Liviano en grasas, como mayonesa o margarina y azúcares como bebidas, jugos y otros¹⁵. Los alimentos con fibra dietética pueden contribuir a disminuir el índice glicémico y los niveles de colesterol, pero su aporte energético habitualmente es semejante a su homólogo refinado, por lo que las cantidades a consumir deben ser semejantes a éste.

¹⁵ Zacarías I, Castillo C, Guzmán E, Olivares S. *Manual sobre etiquetado nutricional de los alimentos para el consumidor*. Santiago. INTA, Universidad de Chile, Ministerio de Salud. 2000.

Además de los aspectos nutricionales, el plan de alimentación debe considerar las preferencias alimentarias condicionadas por las respuestas sensoriales al gusto, olor y textura de los alimentos. Se postula que, al menos parcialmente, podría existir una influencia genética en la selección de algunos macronutrientes, y que habría una mayor preferencia de los obesos por los alimentos ricos en grasa y, especialmente, los alimentos salados. A esto se suma la influencia de la publicidad, el prestigio social, la oferta masiva y el bajo costo de los alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcar, sal y bajos en fibra dietética, como snacks y comidas rápidas, sobre los actuales hábitos de consumo de la población, especialmente de niños y jóvenes^{16, 17}.

Por lo tanto, cuando se elabora un plan de alimentación hipocalórico es esencial considerar la inclusión de alimentos que no sólo estén disponibles localmente a precios accesibles, sino también que su sabor y apariencia resulten atractivos para que faciliten el cumplimiento del tratamiento. Cuando las personas tienen que comprar alimentos especiales, de alto costo y no habituales para adherir a la dieta, es muy poco probable que ésta conduzca a cambios conductuales duraderos.

Reconociendo las dificultades para seguir una dieta restringida en energía en una sociedad que privilegia la oferta de alimentos procesados de alta densidad energética, a precios accesibles para la mayor parte de la población, la tendencia actual al incremento del peso corporal no puede ser revertida sólo a través de recomendaciones para reducir la ingesta, debiendo también incrementarse el gasto energético; sin embargo, es claro que los niveles de actividad física sólo podrán aumentar si se ofrecen las condiciones ambientales que faciliten la adopción de buenos hábitos desde edades tempranas.

En la **Tabla 7**, se presentan ejemplos de dietas con 1.200 kcal y 1.500 kcal, en los cuales las cantidades de lácteos, carnes, verduras y frutas son semejantes a las recomendadas a la población de peso normal, excepto por la indicación de elegir las variedades libres o bajas en grasa para los dos primeros. Se presentan porciones de intercambio expresadas en medidas de uso habitual, que tienen un aporte nutritivo similar^{18, 19}.

¹⁶ Albala C, Vio F, Kain J. Obesidad: un desafío pendiente en Chile. *Rev Méd Chile* 1998;126:1001-1009.¹

⁷ Olivares S, Albala C, García F, Jofré I. Publicidad televisiva y preferencias alimentarias en escolares de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile* 1999; 127:791-799.

¹⁸ Jury G, Urteaga C, Taibo M, eds. *Porciones de intercambio y composición química de los alimentos de la pirámide alimentaria chilena*. Santiago. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) y Centro de Nutrición Humana, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 1997.

¹⁹ Schmidt-Hebbel H, Pennacchiotti I, Masson L, Mella MA. *Tabla de composición química de alimentos chilenos*. 8ª ed. Santiago. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile, 1990.

Tabla 7
Planes de Alimentación con 1200 Y 1500 Calorías

Grupos de alimentos	1200 Calorías	1500 Calorías	Equivalentes de una porción en medidas caseras
Lácteos bajos en grasa Proteínas, calcio, vitaminas A y B	3 porciones	3 porciones	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de 200 ml de leche descremada (o semidescremada) • 1 taza de leche cultivada descremada sin azúcar • 1 yogurt dietético • 1 rebanada de quesillo o queso fresco • 1 rebanada de queso bajo en grasas
Pescados, pavo o pollo sin piel, carnes sin grasa Proteínas, hierro y zinc	2 porciones	2 porciones	<ul style="list-style-type: none"> • 1 presa tamaño regular de pescado (120g) o 10 chorritos, machas, almejas, ostras, piures o lenguas de erizos o • 1 bistec pequeño (100 g) o 1 hamburguesa carne baja grasa o • 1 tutro o 1/8 de pechuga sin piel • 2 huevos
Verduras Vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética	4 porciones	4 porciones	<ul style="list-style-type: none"> • 1 plato grande de lechuga, repollo, apio, brócoli o zapallito italiano • 1 tomate regular o • 3/4 taza acelgas, espinacas o porotos verdes cocidos • 1/2 taza zanahorias, betarraga, zapallo o coliflor
Frutas Vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra dietética	2 porciones	3 porciones	<ul style="list-style-type: none"> • 1 naranja, manzana, pera, durazno, caqui, pepino o membrillo de tamaño mediano • 2 damascos, ciruelas, tunas, papayas o kiwis • 1 taza de cerezas, frutillas, frambuesas, moras o uvas • 1 taza de melón, sandía o piña picada • 1/2 plátano
Cereales, papas y leguminosas Carbohidratos, fibra dietética y proteínas	1 1/2 porciones	3 porciones	<ul style="list-style-type: none"> • 3/4 taza en cocido cereales de desayuno, arroz, fideos o sémola • 1/2 pan (50 g) o 1 1/2 rebanada pan de molde • 7 galletas agua, soda • 3/4 taza en cocido, choclo, arvejas, habas o porotos granados • 1 papa grande • 1 taza de guiso de frijoles, lentejas o garbanzos
Aceites, grasas y alimentos naturales ricos en lípidos Aportan ácidos grasos esenciales y calorías	3 cucharaditas	5 cucharaditas	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cucharadita de aceite o margarina 100% vegetal • 1 cucharadita de mayonesa o margarina dietética • 1 cucharada de palta • 1 cucharada de almendras, maní, nueces, avellanas o pistachos
Azúcar* Carbohidratos y calorías	1 cucharadita	1 cucharadita	<ul style="list-style-type: none"> • 1 cucharadita azúcar • 1 cucharadita miel o mermelada • 1/4 taza bebida o jugo con azúcar

* Reemplazar por edulcorantes sin calorías.

La educación en nutrición, con el refuerzo de condiciones ambientales favorables, constituye la base de los cambios de conducta necesarios para adaptarse a un nuevo estilo de vida que permita controlar la obesidad. Para que esta educación sea efectiva, debe basarse en combinaciones de modelos y teorías centrados en la motivación y considerar la etapa del cambio en la que se encuentra cada individuo para buscar, conjuntamente con él, los elementos de refuerzo y premio que le permitirán alcanzar los resultados esperados y mantenerlos en el tiempo.

Para facilitar la comprensión de la alimentación a seguir se usará la cartilla diseñada por el Programa de Salud Cardiovascular “¿Cómo disminuir mi riesgo cardiovascular?”, **Anexo 9**; en ella se registrarán las porciones de alimentos y se le explicará al paciente cómo emplear los consejos y la información nutricional que presenta este material.

Como esta actividad es el primer contacto con el profesional nutricionista, en ella se establecerán objetivos intermedios y metas relacionados principalmente con hábitos alimentarios, alimentos, actividad física y estado nutricional.

Los controles siguientes serán establecidos de común acuerdo con el paciente. Se propone un primer control a los 15 días el que será efectuado por un miembro del equipo capacitado (a determinar en el nivel local, según los recursos disponibles). Para un mejor monitoreo del plan de tratamiento se sugiere realizar al menos 3 controles por nutricionista e intercalar consultas grupales a cargo de otro profesional del equipo de salud, **Figura 5**.

Figura 5
Profesionales Responsables

Meses							
	Ingreso	1/2	1 ^{er}	1 1/2	2 ^{do}	3 ^{er}	4 ^o
Profesional Encargado	Médico y Nutricionista	Recurso Disponible	Nutricionista	Recurso Disponible	Nutricionista	Recurso Disponible	Médico y Nutricionista
Tipo de Actividad con el paciente	Consulta Nutricional Individual	Consulta Grupal	Consulta Individual	Consulta Grupal	Consulta Grupal	Consulta Individual	Consulta Individual

A los que cumplan los objetivos intermedios citar a control grupal

Si no se observan progresos en el paciente, deberá indagarse sobre hechos o situaciones que pudieran estar influyendo en los resultados. Es importante educar sobre mecanismos de defensa ante estímulos del apetito previamente identificados, como también activar mecanismos de saciedad (regularizar horarios, disminuir el volumen de las comidas, evitar intervalos prolongados de ayuno, privilegiar alimentos que producen saciedad metabólica, etc.). Las calorías totales a indicar en la dieta dependerán del estudio de ingesta, evitando indicar dietas demasiado restrictivas en tratamientos ambulatorios, por su corto efecto en el tiempo. En el **Anexo 10**, se entregan recomendaciones para lograr que el paciente cumpla las metas del equipo de salud y en el **Anexo 11**, ejemplos de recomendaciones para los pacientes.

Consulta nutricional grupal

El objetivo de esta actividad es apoyar a los individuos en sus esfuerzos de cambio tanto en sus hábitos de alimentación como de actividad física. Durante la sesión se discutirán o comentarán los avances, los retrocesos y las dificultades de las personas a través de testimonios de los integrantes del grupo. El profesional que conduce la actividad debe promover la discusión destacando las fortalezas y ofreciendo espacios para que los integrantes del grupo aporten sugerencias sobre cómo superar las debilidades, de tal manera que los individuos participantes salgan enriquecidos con la experiencia del grupo.

Según la disponibilidad local de recurso humano y de espacio físico, se pueden organizar charlas motivacionales o talleres específicos de alimentación o actividad física para reforzar el trabajo individual y grupal realizado previamente.

Ejemplos de metas a alcanzar al finalizar el módulo (4 meses):

1. **Estado nutricional:** Disminuir al menos en un 10% el peso inicial
2. **Alimentación:** Consumir al menos 2 frutas y 2 platos de verdura al día
 - Disminuir el consumo de grasa animal
 - Disminuir el consumo de azúcar y alimentos azucarados
3. **Actividad física:** Al menos 30 minutos diarios, iniciar con 3 sesiones de 10 minutos cada una.

En el caso de aquellos pacientes que no lograron cumplir la meta se sugiere:

1. Referirlo al equipo de promoción del consultorio donde se hará énfasis en las recomendaciones de alimentación saludable y actividad física.
2. Motivar al paciente a ingresar nuevamente al Programa.
3. Reforzar los logros alcanzados por el paciente en el módulo de obesidad en cualquier control de salud posterior.

TALLA (mts) IMC →

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
según Talla en metros y Peso en kilogramos

↓	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
1.50	41	43	45	47	50	52	54	56	59	61	63	65	68	70	72	74	77	79	81	83	86	88	90	92	95	97	99	101	P
1.52	42	44	46	49	51	53	55	58	60	62	65	67	69	72	74	76	79	81	83	85	88	90	92	95	97	99	102	104	E
1.54	43	45	47	50	52	55	57	59	62	64	66	69	71	74	76	78	81	83	85	88	90	92	95	97	100	102	104	107	S
1.56	44	46	49	51	54	56	58	61	63	66	68	71	73	75	78	80	83	85	88	90	92	95	97	100	102	105	107	110	O
1.58	45	47	50	52	55	57	60	62	65	67	70	72	75	77	80	82	85	87	90	92	95	97	100	102	105	107	110	112	A
1.60	46	49	51	54	56	59	61	64	67	69	72	74	77	79	82	84	87	89	92	95	97	100	102	105	108	110	113	115	M
1.62	47	50	52	55	58	60	63	66	68	71	73	76	79	81	84	87	89	92	94	97	100	102	105	108	110	113	115	118	N
1.64	48	51	54	56	58	62	65	67	70	73	75	78	81	83	86	89	91	94	97	100	102	105	108	110	113	116	118	121	E
1.66	50	52	55	58	61	63	66	69	72	74	77	80	83	85	88	91	94	96	99	102	105	107	110	113	116	118	121	124	N
1.68	51	54	56	59	62	65	68	71	73	76	79	82	85	87	90	93	96	99	102	104	107	110	113	116	119	121	124	127	N
1.70	52	55	58	61	64	66	69	72	75	78	81	84	87	90	92	95	98	101	104	107	110	113	116	118	121	124	127	130	N
1.72	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	107	109	112	115	118	121	124	127	130	133	K
1.74	54	58	61	64	67	70	73	76	79	82	85	88	91	94	97	100	103	106	109	112	115	118	121	124	127	130	133	136	K
1.76	56	59	62	65	68	71	74	77	81	84	87	90	93	96	99	102	105	108	112	115	118	121	124	127	130	133	136	139	K
1.78	57	60	63	67	70	73	76	79	82	86	89	92	95	98	101	105	108	111	114	117	120	124	127	130	133	136	139	143	L
1.80	58	62	65	68	71	75	78	81	84	87	91	94	97	100	104	107	110	113	117	120	123	126	130	133	136	139	143	146	L
1.82	60	63	66	70	73	76	79	83	86	89	93	96	99	103	106	109	113	116	119	123	126	129	132	136	139	142	146	149	L
1.84	61	64	68	71	74	78	81	85	88	91	95	98	102	105	108	112	115	118	122	125	129	132	135	138	142	145	149	152	L
1.86	62	66	69	73	76	80	83	86	90	93	97	100	104	107	111	114	118	121	124	127	131	134	138	141	145	148	152	156	L
1.88	64	67	71	74	78	81	85	88	92	95	99	102	106	110	113	117	120	124	127	131	134	138	141	145	148	152	156	159	L
1.90	65	69	72	76	79	83	87	90	94	97	101	105	108	112	116	119	123	126	130	134	137	141	144	148	152	155	159	162	L
1.92	66	70	74	77	81	85	88	92	96	100	103	107	111	114	118	122	125	129	133	136	140	144	147	151	155	159	162	166	L
1.94	68	72	75	79	83	87	90	94	98	102	105	109	113	117	120	124	128	132	135	139	143	147	151	154	158	162	166	169	L
1.96	69	73	77	81	85	88	92	96	100	104	108	111	115	119	123	127	131	134	138	142	146	150	154	158	161	165	169	173	L
1.98	71	74	78	82	86	88	92	98	102	106	110	114	118	122	125	129	133	137	141	145	149	153	157	161	165	169	172	176	L
2.00	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180	S

LOS VALORES INDICADOS DENTRO DEL AREA COLOREADA CORRESPONDEN AL PESO EN KILOS

 **Bajo Peso**
 **Normal**
 **Sobrepeso**

 **IMC < 19**
 **IMC 19-25**
 **IMC 26-29**

 **Obesidad Gr. 1**
 **Obesidad Gr. 2**
 **Obesidad Gr. 3**

 **IMC 30-34**
 **IMC 35-40**
 **IMC > 40**

Cuestionario Evaluación del estado de cambio

CONTROL DE PESO

Preguntas

- | | | |
|---|----|----|
| 1. En el último mes, ¿ha intentado bajar de peso? | Sí | No |
| 2. En el último mes, ¿ha estado intentando no subir de peso? | Sí | No |
| 3. ¿Está considerando seriamente bajar de peso para alcanzar su meta en los 6 próximos meses? | Sí | No |
| 4. ¿Ha mantenido su peso deseado por más de 6 meses? | Sí | No |

Resultados

Estado	P1	P2	P3	P4
Precontemplación	No	No	No	
Contemplación	No	No	Sí	
Acción	Sí (P2)	Sí (o en P1)		
Mantenimiento	Sí (P2)	Sí (o en P1)		Sí

De acuerdo a lo que se indica en el cuadro anterior, si la persona respondió “no” en las preguntas 1, 2 o 3, se encuentra en estado de “precontemplación”; si contestó “sí” en la pregunta 3 está en estado de “contemplación”. Un “sí” en la pregunta 1 o 2 significa “acción” o “mantenimiento”.

Fuente: Traducción de: <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Weight01.htm>

Cuestionario **Evaluación del estado de cambio**

EJERCICIO FISICO

Preguntas

El ejercicio regular es cualquier actividad física (p. e., caminar rápido, aeróbica, correr, montar en bicicleta, nadar, remar, etc.), realizada para aumentar la salud o mejorar el estado físico. Tal actividad se debe realizar 3 a 5 veces a la semana por 20 a 60 minutos en cada sesión. El ejercicio no tiene que ser doloroso para ser eficaz, pero se debe hacer en un nivel que aumente su ritmo respiratorio/cardíaco y le haga sudar.

¿Hace usted ejercicio regularmente según esa definición?

- 1) Sí, he estado haciéndolo por MÁS de 6 meses.
- 2) Sí, he estado haciéndolo por MENOS de 6 meses.
- 3) No, pero pienso intentarlo en los 30 próximos días.
- 4) No, pero pienso intentarlo en los 6 próximos meses.
- 5) No, y no pienso intentarlo en los 6 próximos meses.

Resultados

Respuesta 1: etapa = Mantenimiento
Respuesta 2: etapa = Acción
Respuesta 3: etapa = Preparación
Respuesta 4: etapa = Contemplación
Respuesta 5: etapa = Precontemplación

Fuente, traducción de: <http://www.uri.edu/research/cprc/Measures/Exercise02.htm>

EXAMEN DE SALUD PREVENTIVO DEL ADULTO - ESPA BASICO

1. IDENTIFICACION

Nombre: Fecha: Sexo: F M

Nº RUT: - Fono:

2. SALUD CARDIOVASCULAR

2.1 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- | | Riesgo CV | Indicación |
|--|---|--|
| a) Hombre > 45 años o mujer postmenopáusica | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | Promoción hábitos vida saludable |
| b) Evento o muerte cardiovascular prematura (antes 55 años en hombres o 65 años en mujeres) en familiares directos (padre, madre, hermanos, hijos) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | Promoción hábitos vida saludable y control anual |
| c) Antecedentes personales enfermedad cardiovascular (angina, infarto, crisis isquémica transitoria, AVE, otros) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | Control en Nivel Secundario |

2.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- a) **Condicionantes**
- Peso Kg. Talla m. IMC ≥ 30 cms. No Sí (ver reverso) Consejería en alimentación saludable y aumento de actividad física.
- Circunferencia cintura mujer ≥ 88 cms. No Sí
hombre ≥ 102 cms.
- b) **Mayores**
- b.1) ¿Ha fumado al menos 1 cigarrillo el último mes? No Sí Consejería para dejar de fumar.
- b.2) Presión arterial PAS ≥ 140 mm Hg y/o No Sí
PAD ≥ 90 mm Hg No Sí Referir a Programa de Salud Cardiovascular
- b.3) Colesterol total ≥ 200 mg/dL No Sí
- b.4) Glicemia ≥ 126 mg/dL No Sí

3. CANCER (sólo mujeres)

3.1 Cáncer de mama

Antecedentes familiares de cáncer de mama en madre, tías maternas, hermanas. No Sí Exámen físico de mama anual

3.2 Exámen físico de las mamas

Fecha

Resultado

Normal	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Control en 3 años
Probable patología benigna	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Control de acuerdo a norma local
Probable patología maligna	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Referir a Unidad de Patología Mamaria

3.3 Cáncer cervicouterino

Papanicolaou (PAP) en los últimos 3 años No Sí Toma de PAP

Fecha

Resultado

PAP Negativo	<input type="checkbox"/>	
PAP (+)	<input type="checkbox"/>	Referir a Unidad de Patología Cervical

Nombre del profesional que realizó el examen

Firma



INSTRUCTIVO FORMULARIO ESPA

1. IDENTIFICACIÓN:

Usar letra imprenta.

Marcar con x el casillero, según sexo.

La identificación del usuario permitirá clasificación del punto 2.1.a) y, si es necesario su ubicación ya sea telefónicamente o en la base per cápita mediante el RUT.

2. SALUD CARDIOVASCULAR:

2.1. Factores de Riesgo No Modificables (Marcar con x la condición de Riesgo Cardiovascular (CV) en el casillero correspondiente)

- Corresponde a Riesgo Cardiovascular (CV), SI es de sexo masculino con más de 45 años o si es de sexo femenino postmenopáusica independiente de la edad y del uso de terapia hormonal de sustitución. No ingresa a programa y la indicación es promover estilo de vida saludable (alimentación saludable, actividad física, etc.)
- Corresponde a Riesgo CV, SI tiene antecedente en familiares directos (padre, madre, hermanos e hijos) de algún evento o muerte cardiovascular prematura, es decir, antes de los 55 años en hombres o antes de los 65 años en mujeres. No ingresa a Programa y la indicación es promover estilo de vida saludable y citar a control en 1 año, lo que implica informar a la persona sobre su predisposición y motivarla para acudir al control.
- Corresponde a Riesgo CV, SI tiene antecedentes personales de enfermedad cardiovascular (angina, infarto, crisis isquémica transitoria, AVE, etc.). La indicación es la derivación para control por especialista en el nivel secundario.

2.2. Factores de Riesgo Modificables (Marcar con x la condición de Riesgo CV en el casillero correspondiente)

- Condicionantes:**
Corresponde a Riesgo CV, SI la relación peso-talla da un Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor de 30 y/o si la medición de la circunferencia de cintura da un valor igual o mayor que 88 cm. en la mujer y 102 cm. en el hombre.

No ingresa a Programa y la indicación es promover estilo de vida saludable (alimentación saludable, aumento actividad física, etc.). Ver cuadro.

b) Mayores:

- Corresponde a Riesgo CV, SI ha fumado al menos 1 cigarro el último mes. No ingresa a Programa, pero debe recibir consejería en cesación del tabaquismo.
- Corresponde a Riesgo CV, SI la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mm Hg y/o la presión diastólica es igual o mayor a 90 mm Hg. Ingres a Programa de Salud Cardiovascular.
- Corresponde a Riesgo CV, SI el Colesterol total en sangre venosa es igual o mayor a 200mg/dL. Ingres a Programa de Salud Cardiovascular.
- Corresponde a Riesgo CV, SI la glicemia en sangre venosa es igual o mayor que 126 mg/dL. Ingres a Programa de Salud Cardiovascular (se considera normal bajo 110).

3. CANCER (sólo mujeres).

- Corresponde a Riesgo, SI tiene antecedentes de Cáncer de mama en madre, tías maternas y/o hermanas. La indicación es el examen físico de mamas (EFM) una vez al año.
- Consignar fecha de examen físico de las mamas o realizarlo durante el examen
EFM normal, educar y motivar para control en tres años
EFM con resultado de probable patología benigna, citar a control de acuerdo a norma local.
EFM con resultado de probable patología maligna, referir a Unidad de Patología Mamaria
- Corresponde a Riesgo, NO haberse realizado PAP en los últimos 3 años. La indicación es tomar la muestra si la paciente está en condiciones o consignar fecha de toma de muestra de PAP en los últimos 3 años o citar para examen. Registrar el resultado del examen.
PAP negativo, educar y motivar para realización del PAP cada tres años.
PAP positivo, referir a Unidad de Patología Cervical.

ESTATURA cm	OBESO IMC 30 y más kg.
145	63
148	66
150	68
152	69
155	72
158	75
160	77
162	79
165	82
168	85

ESTATURA cm	OBESO IMC 30 y más kg.
170	87
172	89
175	92
177	94
180	97
183	100
185	103
188	106
190	108
193	112



Nombre _____

Fecha _____

Conteste las siguientes preguntas

¿Tiene más de 55 años?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Fuma Ud.?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene más de 10 kilos de sobrepeso?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Realiza muy poca o casi nada de actividad física?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene presión arterial alta?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Tiene el colesterol alto?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Hay antecedentes de enfermedad al corazón en su madre o hermana antes de los 65 años, o su padre o hermano antes de los 55 años?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



Si Ud. Contestó "Si" en una o más preguntas, puede estar en riesgo de enfermarse del corazón.



Le invitamos a leer este folleto. Contiene información que le ayudará a tener un corazón más saludable

Conozca los beneficios de dejar de fumar

- Reduce drásticamente su riesgo de enfermarse del corazón y de cáncer.
- La "tos de fumador" desaparecerá.
- No dañará la salud de sus seres queridos.
- Se verá mejor.
- Tendrá más dinero para gastar.



¿Le gustaría dejar de fumar?

Si No

Haga un listado con sus razones para dejar de fumar:

Si tiene varias razones personales por las cuales le gustaría dejar de fumar, fije una fecha para hacerlo.

Mi compromiso:

A contar del día mes año he decidido dejar de fumar.

¿Es su peso saludable?

Anote su:

Estatura cm

Peso kg

Consulte la Tabla. Si su peso es mayor al peso máximo ahí señalado está con sobrepeso.

¿Cómo puedo mantener un peso saludable?

- Con una alimentación sana.
- Con actividad física.



El exceso de peso baja la autoestima y aumenta el riesgo de tener diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, cálculos a la vesícula y algunos cánceres.

Hipertensión arterial

¿Conoce su presión arterial?

Le invitamos a medirse la presión arterial en su consultorio.

Si tiene una presión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg en varias mediciones, acuda al consultorio.

Para prevenir la hipertensión arterial:

- evite el sobrepeso.
- evite el exceso de sal en la alimentación.
- aumente el consumo de verduras y frutas.

Mi presión arterial

Fecha	Presión arterial mm Hg

Estatura (cm)

Rango de Peso Saludable (kg)

145	39-52
148	41-55
150	42-56
152	43-58
155	44-60
158	46-62
160	47-64
162	49-65
165	50-68
168	52-70
170	54-72
172	55-74
175	57-76
177	58-78
180	60-81
183	62-83
185	63-85
188	65-88
190	67-90



Descubra las bombas de sal

Cubitos de caldo concentrado, sopas y purés envasados, comidas preparadas, "snacks" salados, embutidos, fiambres, cecinas, ketchup, mayonesa, salsa de soya, entre otras.

Diabetes

¿Cómo puedo saber si tengo diabetes?

Si tiene más de 40 años, sobrepeso y antecedentes de diabetes en su familia, hágase un exámen de sangre para medir la glicemia (nivel de azúcar en la sangre).

Glicemia normal = bajo 126 mg/dL.

Para prevenir la aparición de diabetes:

- evite el sobrepeso.
- mantenga un peso saludable.
- haga actividad física.



Colesterol

¿Cómo está su nivel de colesterol?

Valor normal = bajo 200 mg/dL.

Mi nivel de colesterol es de mg/dl

¿Qué alimentos suben el colesterol sanguíneo?

Los de origen animal como la carne, mantequilla y el queso. Ojo con la yema del huevo y las vísceras, son especialmente altos en su contenido de colesterol. No consuma más de 2 yemas a la semana.



Haga actividad física

La actividad física reduce el riesgo de tener una enfermedad al corazón, lo hará sentirse mejor, verse mejor y tener más energía para trabajar.

Realice al menos 30 minutos de actividad física moderada cuatro o más veces por semana. Una actividad física moderada es aquella que le demanda un esfuerzo físico y le hace respirar más fuerte que lo habitual. Por ejemplo, una caminata vigorosa.

Aliméntese en forma saludable: Cuide su corazón

- Coma más verduras, ensaladas y frutas.
- Evite el consumo de alimentos ricos en grasas: mantequilla, margarina, cremas, mayonesa.
- Coma menos carnes rojas, porciones más pequeñas y sin grasa visible.
- Consuma pescado al menos dos veces por semana.
- Coma pollo o pavo sin piel.
- Reemplace la carne por un plato de legumbres.
- Consuma leche o yogur con poca grasa, quesillo o queso fresco en lugar de queso mantecoso.
- Prefiera preparaciones al horno, al vapor o a la plancha, no fritas.
- Coma menos alimentos ricos en azúcar: bebidas de fantasía, galletas, pasteles, tortas, helados con crema, caramelos, chocolates etc.
- Coma ocasionalmente pizzas, completos, hamburguesas, papas fritas y otras comidas con grasa.

Cambie sus hábitos de alimentación en forma gradual. Haga un cambio por vez. Empiece con aquello que le resulte más fácil, una vez que lo logró, pase a otro.

CARDIOVASCULAR

PROGRAMA SALUD



¿Como puedo bajar de peso?

Programa CARMEN-Chile



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

OPS / OMS

inta

¿Es su alimentación saludable?

Nombre _____

Fecha _____

Marque su respuesta frente a cada pregunta.

- ¿Come al menos 2 porciones de verduras todos los días? Si No
- ¿Come al menos 2 frutas diarias? Si No
- ¿Come legumbres* al menos 1 vez por semana?
*(porotos, lentejas, garbanzos y arvejas) Si No
- ¿Consumo al menos 2 tazas de leche o sus equivalentes* al día?
*(yogur, quesillo, queso fresco u otros productos lácteos) Si No
- ¿Come menos de 4 huevos a la semana? Si No
- ¿Come pescado* al menos 1 vez por semana?
*(fresco, congelado o en tarro) Si No
- ¿Come pollo o pavo al menos 1 vez por semana? Si No
- ¿Nunca le agrega sal a la comida sin probarla? Si No
- ¿En su casa se cocina con aceite vegetal?
(maravilla, maíz, oliva, otros) Si No
- ¿Evita consumir un exceso de azúcar o alimentos azucarados*?
*(bebidas, jugos, mermeladas, galletas, helados, tortas y pasteles) Si No
- ¿Cuándo bebe alcohol, toma máximo dos copas cada vez? Si No



Resultados del test



Si todas sus respuestas
son "Sí"
¡Felicitaciones!

Si tiene uno o más "No"
Trate de mejorar
ese hábito

¿Cómo saber si tengo un peso saludable?

Ubique su estatura en la columna izquierda de la tabla. Identifique el rango de peso saludable y compárelo con su peso actual.

Recuerde que...

- Si tiene sobrepeso o es obeso está más expuesto a padecer enfermedades del corazón.
- El sobrepeso aumenta la presión arterial y el colesterol sanguíneo y además le puede producir diabetes.
- Las personas con mayor depósito de grasa alrededor de la cintura tienen mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón.



Circunferencia de cintura y riesgo

Hombre sobre 102 cm

Mujer sobre 88 cm

Si usted quiere mantener un peso saludable o bajar de peso:

Estatura (cm)	Rango de Peso Saludable (kg)
145	39-52
148	41-55
150	42-56
152	43-58
155	44-60
158	46-62
160	47-64
162	49-65
165	50-68
168	52-70
170	54-72
172	55-74
175	57-76
177	58-78
180	60-81
183	62-83
185	63-85
188	65-88
190	67-90

1 Sea más activo



- Camine rápido
- Participe en actividades físicas en su trabajo, estudio o en el vecindario.
- Utilice las escaleras y no el ascensor todas las veces que pueda.
- Realice al menos media hora, todos los días, una actividad física de su agrado.

2 Baje el consumo de calorías

- Disminuya el consumo de mantequilla, margarina o aceite. Empiece por usar la mitad de lo que consume normalmente.
- Elimine la grasa visible de las carnes y preparaciones que la contienen.
- Reemplace la mayonesa y otros aliños comerciales por aceite (de preferencia aceite de oliva), vinagre, limón o hierbas.
- Reemplace la crema en postres, salsas o comidas por yogur, salsa con vegetales o aceite de oliva.
- Prefiera preparaciones al horno, al vapor, o a la plancha, no fritas.
- Reemplace la carne por legumbres. No permita que la carne sea el centro de su comida.
- Lea la etiqueta de los alimentos, prefiera aquellos descremados o con bajo aporte en grasas.
- Aumente el consumo de verduras, frutas y legumbres.



¡OJO Con estas bombas calóricas!

¡¡¡Pasteles, tortas, galletas, snacks dulces o salados y otros similares, que además de contener azúcar tienen grasa escondida!!!



3 Mejore su manera de comer

- Coma siempre sentado
- Sírvasse en platos pequeños
- Saboree los alimentos masticando lentamente
- Haga una pausa entre plato y plato
- Intente dejar algo de comida en el plato
- Consuma abundante agua





Para controlar su peso Ud. sólo necesita comer bien y ser más activo.

Para tener una alimentación saludable no necesita pasar hambre; se sentirá mejor si prefiere alimentos con alto aporte de fibra como ensaladas o verduras crudas y cocidas, legumbres y frutas en general.



Mi compromiso:

Me comprometo a bajar kilos en 6 meses

Anote su peso en el siguiente cuadro:

Meses	Inicio	1	2	3	4	5	6
Fecha							
Peso (kg)							

4 Mantenga un registro de su alimentación y actividad física.

Anote todos los alimentos y la actividad física realizada en una semana.

Días	Comidas				Actividad física		
	Desayuno	Almuerzo	Once	Comida	Otros	Tipo	Tiempo
Lunes							
Martes							
Miercoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Tomado de: The Healthy Heart Kit. Weight Control and Heart Disease. Health Canada, 1999.

www.ck12.org

1. Población objetivo: pacientes obesos, IMC \geq 30, con riesgo CV
2. Recursos humanos
Médico
Enfermera
Nutricionista
Profesor de Educación Física
3. Duración: 4 meses

Mes 1

Enfermera (1) *

- Recibe al paciente con la evaluación inicial y exámenes
- Evaluación capacidad física
- Deriva a médico

Médico (1)

- Evaluación y diagnóstico de patologías
- Indica tratamiento: dieta, ejercicios y fármacos, si fuera necesario

Nutricionista (1)

- Evaluación del estado de cambio en el que se encuentra el paciente
- Encuesta alimentaria
- Antropometría
- Dieta hipocalórica ajustada por patologías

Profesor educación física (1)

- Charla general motivacional sobre ejercicio

Profesor educación física (2)

4. Plan individual de ejercicios, diferenciado según patología y disponibilidad e interés del paciente.

Mes 2

Médico (2)

- Control de obesidad y patologías asociadas.

Nutricionista (2)

- Control de peso.
- Dietoterapia. Reforzar cambio de hábitos.

Profesor educación física (3-4)

- Taller de ejercicios diferenciados según tipo de patología y disponibilidad e interés del paciente.
- Taller de ejercicios (ídem).

Mes 3

Nutricionista (3)

- Control de peso.
- Dietoterapia. Reforzar cambio de hábitos.

Profesor educación física (5-6)

- Taller de ejercicios.
- Taller de ejercicios.

Mes 4

Médico (3)

- Control de obesidad y patologías asociadas.

Nutricionista (4)

- Antropometría: peso y CC.
- Encuesta alimentaria 2, dietoterapia, reforzar cambio de hábitos.

Profesor de educación física (7-8)

- Taller de ejercicios.
- Taller de ejercicios.

Enfermera (2)

- Evaluación capacidad física (2)
- Completa ficha final del Programa.
- Calendario controles futuros.

* El número en paréntesis se refiere al número de la consulta actual

FICHA DE INGRESO DEL PACIENTE

**PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR
ATENCIÓN POR NUTRICIONISTA**

Fecha: _____
Nº Ficha: _____

1. Identificación del paciente y otros antecedentes

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: F M

2. Antecedentes personales

- Actividad Física: Ligera Moderada Intensa
- Ejercicio Dinámico Programado: _____
Frecuencia Semanal: _____ Duración Mínima: _____

3. Antropometría

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Circunferencia Cintura: _____
Peso Aceptable: _____

4. Factores de Riesgo

Dislipidemia HTA Diabetes Tabaco

5. Categoría de Riesgo Cardiovascular

Bajo Alto Máximo

6. Anamnesis Nutricional (ver instructivo)

7. Encuesta Alimentaria

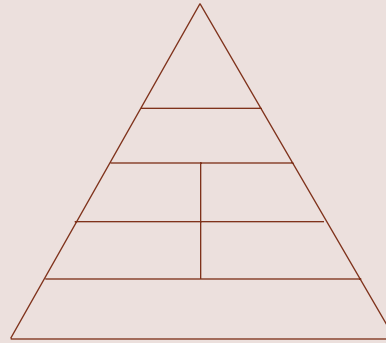
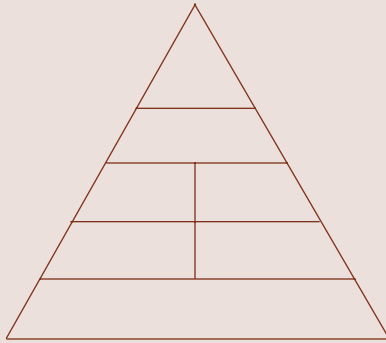
Alimento	Cereales	Verduras	Verduras Libre Consumo	Frutas	Lácteos AG	Lácteos MG	Lácteos BG	Cárneos AG	Cárneos MG	Leguminosas	Aceites	Alimen. grasos saturados ⁽¹⁾	Alimen. grasos insaturados ⁽²⁾	Azúcar
Nº de porciones														
Desayuno Hora <input type="text"/>														
Almuerzo Hora <input type="text"/>														
Onces Hora <input type="text"/>														
Comidas Hora <input type="text"/>														
Otros Hora <input type="text"/>														
Total diario														

(1) Alimentos grasos saturados: manteca, margarina, paté, mayonesa.

(2) Alimentos grasos insaturados: palta, nueces, maní, aceitunas.

8. Ingesta Actual

Recomendación



9. Ingesta de agua _____ cc/diarios y otros líquidos _____ cc/diarios

10. Diagnóstico nutricional _____

11. Prescripción Dietética _____

12. Otras indicaciones _____

13. Derivación a _____

14. Citación a próximo Control _____

Nutricionista



Nombre _____

Fecha _____

La obesidad favorece la aparición de hipertensión arterial, colesterol alto o diabetes, factores que aumentan el riesgo de enfermarse del corazón.

Si Ud. además fuma, su riesgo de enfermarse del corazón aumenta considerablemente.

Cuide su corazón, siga las indicaciones que se presentan en este folleto.



Valores normales

Presión arterial:	bajo 140/90 mm Hg
Colesterol total:	menos 200 mg/dL
Glicemia en ayunas:	bajo 110 mg/dL
Hemoglobina glicosilada:	bajo 7%

Mis datos

Valor inicial	Controles (fecha)			
Presión arterial (mm Hg)				
Colesterol total (mg/dL)				
Glicemia en ayunas (mg/dL)				
Hemoglobina glicosilada (%)				
Peso (kg)				

Mi compromiso:

Peso al cuarto mes kgs

¿Cómo bajar de peso?



- Consumiendo una alimentación variada con menos grasas y calorías.
- Haciendo actividad física que ayuda a quemar calorías.

Mi plan de alimentación

Calorías totales:

Grupos de alimentos	Porciones por día
Verduras de libre consumo	
Otras verduras	
Frutas	
Lácteos	
Pescado, Carne, legumbres	
Cereales, papas	
Aceite y grasas	



Grupos de alimentos



Verduras de libre consumo

Achicoria, apio, endivia, lechuga, pepino, pimentón, repollo, zapallo italiano, tomate:

1 plato grande

Otras verduras

Alcachofa:

1 unidad

Brocoli, coliflor:

1 taza

Acelga o espinaca cocida, cebolla, betarraga, poroto verde, zanahoria:

1/2 taza

Champiñones:

3/4 taza

Espárragos:

4 unidades

Ulte, cochayuyo:

2 ramas

Rabanitos:

5 unidades



Frutas

Manzana, membrillo, pera, caqui, durazno, pepino, naranja, papaya:	1 unidad
Cerezas, uvas:	15 unidades
Frutilla, frambuesa, melón, chirimoya:	1 taza
Kiwi, higo, tuna, huesillos:	2 unidades
Nisperos:	6 unidades
Piña natural:	1/4 taza
Plátano:	1 unidad chica
Sandía:	1 trozo mediano



Lácteos

Leche descremada o semidescremada:	1 taza
Yogur sin azúcar:	1 unidad
Quesillo, queso fresco:	1 trozo



Pescado, carnes, huevos y legumbres

Pescado, pollo o pavo sin piel, carne de vacuno magra:	1 trozo pequeño
Machas, almejas:	5 unidades
Cholga:	1 unidad regular
Porotos, lentejas, garbanzos o arvejas:	3/4 taza cocida
Carne de soya:	1/4 taza
Huevo:	1 unidad



Cereales, papas y leguminosas frescas

Arroz, mote, fideos, choclo cocido, arvejas cocidas, habas, porotos granados:	3/4 taza
Papa cocida:	1 unidad pequeña
Chuchoca, chuño, harina, maicena, semola:	1/4 taza (crudo)
Marraqueta o hallulla:	1/2 unidad
Galletas de soda o agua:	3 unidades
Pan integral o centeno:	1 1/2 rebanada
Pan molde blanco:	2 rebanada



Aceites, grasas y alimentos ricos en lípidos

Aceite vegetal, aceite oliva:	1 cucharadita
Aceituna:	6 unidades
Palta:	3 cucharadas
Maní, almendras:	10 unidades
Nueces:	3 unidades



Reemplace	
Leche entera	→ Leche descremada
Yema de huevo	→ Clara de huevo
Queso mantecoso o cremoso	→ Quesillo, ricotta, mozzarella
Margarina o mantequilla	→ Aceite vegetal o palta
Helado de leche	→ Yogur
Cremas	→ Yogur, salsas de verduras, aceite de oliva
Carne de vacuno, cerdo con grasa visible, pato o cordero	→ Carnes sin grasa visible
Fiambres o embutidos	→ Pechuga de ave, jamón de pollo o pavo
Atún enlatado en aceite	→ Atún enlatado en agua
Pan amasado, hallulla, Croissants, otros panes especiales	→ Pan marraqueta, molde, pita o integral
Verduras salteadas en mantequilla	→ Verduras salteadas en aceite
Mayonesa y otros aderezos comerciales	→ Aceite, vinagre, limón, hierbas

Para disminuir mi riesgo cardiovascular:

Haga actividad física al menos 30 minutos diariamente, la mayoría de los días de la semana. Empezar de a poco, 10 minutos la primera semana, aumente a 15 la segunda semana hasta llegar a 30 minutos sin detenerse. Ejemplos de actividad física.

En la casa	En el Trabajo	En su tiempo libre
<ul style="list-style-type: none"> • Cuide su jardín, corte el pasto • Juegue con los niños • Pasee al perro 	<ul style="list-style-type: none"> • Use las escaleras • Camine 10 minutos después de almuerzo 	<ul style="list-style-type: none"> • Caminata vigorosa • Ande en bicicleta • Participe en un centro deportivo o clases de baile

Invite a algún pariente, vecino o amigo a realizar con Ud. alguna de estas actividades.

Consejos prácticos para bajar de peso

- Consuma al menos 3 comidas diarias.
- Sírvasse porciones pequeñas y no se repita.
- Evite el consume de alimentos ricos en grasas: mantequilla, margarina, cremas, mayonesa.
- Consuma frutas, verduras y leguminosas en reemplazo de alimentos grasosos.
- Prefiera carnes como pescado, pavo o pollo.
- Prefiera los alimentos horneados, asados o a la parrilla.
- Evite alimentos ricos en azúcar: bebidas de fantasías, galletas, pasteles, helados, etc.
- Disfrute su comida, coma lentamente y en bocados pequeños.
- Evite el consumo de alcohol, sólo le aporta calorías.



www.nidocreative.com



RECOMENDACIONES AL EQUIPO DE SALUD PARA LOGRAR QUE EL PACIENTE CUMPLA LAS METAS

El propósito de estas recomendaciones es brindar una serie de consejos útiles sobre cómo contribuir a la baja de peso, comiendo en forma atrayente y saludable. Su énfasis está en motivar a realizar pequeños cambios que marquen la diferencia, reforzando que cuando la baja de peso se realiza gradualmente, se logran mejores resultados en el tiempo.

1. Lograr empatía con el paciente
2. Darse el tiempo para escucharlo
3. Ser asertivo
4. Darle recomendaciones considerando sus hábitos
5. Empezar por tareas concretas adecuadas a hábitos y grado de motivación
6. Estimular la variedad y presentación de las comidas para no caer en la monotonía
7. Pactar cambios de hábitos de alimentación y actividad física frente a sus necesidades individuales
8. Proponerle auto-recompensas no alimentarias (paseo, cine, ropa)
9. Formar pequeños grupos de apoyo que pueden ser liderados por un profesional u otro paciente
10. Derivarlo a especialista cuando corresponda (ej.: comer compulsivo)
11. Evitar cualquier actitud de castigo
12. No emitir juicios de valor durante el control
13. Motivarlo a realizar pequeños cambios
14. Proponerle objetivos realistas
15. Estimularlo a realizar ejercicios
16. Constituir una red de apoyo y elevar la capacidad de detectar y enfrentar situaciones de riesgo.
17. Los profesionales deben ser consecuentes y aplicar las recomendaciones que están entregando.

SER MODELO PARA EL PACIENTE

EJEMPLOS DE RECOMENDACIONES AL PACIENTE

1. Trate de modificar la forma de preparar las comidas, por ejemplo, evite las frituras, reemplace las cremas y mayonesas por yogur, etc.
2. Consuma agua antes de las comidas para disminuir la sensación de hambre
3. Disfrute su comida comiendo lentamente, sentirá que ha comido más
4. Coma en platos pequeños
5. Realice al menos 3 comidas diarias más 2 colaciones para evitar espacios prolongados de ayuno
6. Intente dejar algo de comida en el plato
7. Coma antes de ir de compras para estar menos tentado a comprar comida
8. Evite situaciones de riesgo, por ejemplo, no ir a comprar el pan cuando está recién horneado
9. Evite comer mirando la televisión. La distracción aumenta el riesgo de comer más
10. Evite las sobremesas prolongadas
11. Realice un cambio a la vez
12. Realice primero un cambio que le resulte fácil
13. Escoja un cambio que haga la diferencia
14. Asimile el cambio de vida antes de realizar otro
15. Planee su comida y haga las compras con una lista
16. Si tiene hambre entre las comidas, coma una colación baja en grasa y azúcar, por ejemplo, una fruta, apio o zanahoria, un yogur bajo en grasa, etc.
17. No se preocupe si excepcionalmente se sale de su dieta. Un retroceso es parte natural y aceptada del cambio
18. Intégrese a grupos de apoyo de familiares, amigos, u otros que puedan ayudarle y dar ánimo.

Autoras

*Dra. María Cristina Escobar F.,
Programa Salud del Adulto,
Ministerio de Salud.*

*Prof. Asociada, Sonia Olivares C.,
MSc, Nutricionista, INTA,
Universidad de Chile.*

*Prof. Asistente, Isabel Zacarías H.,
MSc, Nutricionista, INTA,
Universidad de Chile.*

Colaboradores

*Xenia Benavides M.,
Nutricionista,
Unidad de Nutrición,
Ministerio de Salud.*

*María Antonieta Martín,
Enfermera,
Programa Salud del Adulto,
Ministerio de Salud.*

*Dr. José Riumalló S.,
PhD en Bioquímica Nutricional,
Unidad de Nutrición,
Ministerio de Salud.*

Corrección de texto

*Patricia Morgado A.,
Enfermera Matrona,
Programa Salud del Adulto,
Ministerio de Salud.*

Arte y diseño

Luz María González S.

*Este documento forma parte de las actividades del Programa CARMEN-Chile,
Proyecto de Salud Cardiovascular, en desarrollo en la V y VIII Regiones del país,
con la coordinación de la Dra. Branka Legetic, Asesora en Promoción de la
Salud y Prevención de Enfermedades no Transmisibles,
Organización Panamericana de la Salud.
Santiago, Mayo 2002*