

MANEJO DE SOBREPESO EN OFICINA DE FARMACIA

INTRODUCCIÓN

Desde la vocalía de Alimentación del COFM nos gustaría ofrecer un recurso sencillo y práctico que hemos utilizado en un estudio piloto en pacientes con sobrepeso durante seis meses y cuyos resultados presentamos en INFARMA. Está recogido en forma de recomendaciones para el paciente o usuario de OF basadas en DM y guías de alimentación para la población general así como una ficha de seguimiento. El objetivo es promover la adquisición de las habilidades necesarias para comer saludablemente y disminuir el sedentarismo considerando las circunstancias individuales. En consecuencia, se pretende incidir sobre el balance energético del individuo concienciándole de aquellos aspectos que lo desequilibran y ayudándole a modificarlos, bien en cuanto a cantidades, momento o reparto de la ingesta, preparación culinaria y actitudes sedentarias.

Como todos sabemos, la farmacia es el establecimiento sanitario más visitado al cabo del año por la población lo que nos sitúa en posición de ventaja sobre otras profesiones sanitarias a la hora de llevar a cabo acciones educativas, tanto puntuales como de seguimiento en aspectos relacionados con la salud de los ciudadanos realizando de esta forma una labor de prevención que es el objetivo final a perseguir.

Uno de los principales problemas de Salud Pública en los países occidentales ya que supone entre el 2 y el 8% del gasto sanitario total lo constituyen sobrepeso, obesidad y comorbilidades asociadas.

En este sentido, el artículo 39 de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición dice:

Artículo 39. *Prevención de la obesidad a través de los servicios de salud.*

Las autoridades sanitarias facilitarán las condiciones y los recursos necesarios, incluida la formación, para que todo el personal sanitario de atención primaria y **las oficinas de farmacia** ofrezcan a los pacientes una información sencilla sobre hábitos alimentarios y de actividad física. Además, facilitarán los recursos necesarios para la detección precoz del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, y desarrollarán los programas necesarios para lograr su prevención.

La Ley de ordenación y Atención farmacéutica dice:

Art 2.3 ley 19/1998 25 Nov de Ordenación y Atención farmacéutica

Los farmacéuticos desde la farmacia colaborarán con la administración sanitaria en prevención de enfermedades, promoción de hábitos de vida saludables y educación sanitaria”

En España el 54,7% de la población adulta(25-60años) tiene IMC \geq 25. El 26% de la población entre 2 y 24 años tiene sobrecarga ponderal y el 35% entre 65 y 75 años, la prevalencia aumenta con la edad estando el máximo a los 60 años, suele haber relación inversa entre el nivel cultural y la prevalencia de obesidad y con respecto a la distribución geográfica predomina en noroeste, sureste de la península y Canarias.

Cierto es que en el momento actual, en el intento de luchar contra sobrepeso y obesidad, puede resultar complicado no caer, ante la falta de tiempo y tal vez de recursos en métodos que no ponen el acento en lo verdaderamente importante que es el cambio de hábitos alimentarios y la práctica regular de actividad física, cualquier sistema que no contemple prioritariamente estos dos aspectos será de efectos fugaces

y en el mejor de los casos no causará daños a corto, medio e incluso largo plazo. Esto no quiere decir que si como profesionales sanitarios consideramos de utilidad en un momento determinado acudir como coadyuvantes a Homeopatía, Fitoterapia o a la utilización puntual de algún sustituto o complemento alimenticio no debemos hacerlo , pero en ningún caso minimizando lo verdaderamente importante que es el cambio de hábitos. Debemos tener en cuenta además que a pesar de los innegables y prometedores avances que nos ofrecen las ciencias ómicas aún estamos lejos de poder conseguir resultados sin pasar por una restricción calórica y o un aumento de la actividad física.

CONCEPTOS ÚTILES PARA EL MANEJO DEL RECURSO

La obesidad es una enfermedad crónica definida por un exceso de peso (debido a la acumulación de masa grasa) con respecto al que le correspondería a una persona por su edad, talla y sexo. Puede decirse que es consecuencia de un desequilibrio entre ingesta y actividad física y en su etiopatogenia se incluyen factores metabólicos, sociales, hormonales, culturales y genéticos, debe ser prevenida desde la infancia ya que la sobrealimentación en edades tempranas es uno de los factores desencadenantes.

El índice de Quetelet (IMC) es el parámetro biológico más utilizado para el diagnóstico de obesidad y se define como el cociente entre el peso del individuo expresado en Kg y el cuadrado de su talla expresada en m. No tiene en cuenta el componente muscular

Los pliegues subcutáneos también se utilizan , el mas empleado es el pliegue tricipital aunque el que mejor representa el índice de adiposidad es el subescapular pero tiene como limitación su escasa reproductibilidad ya que depende de la pericia y experiencia del medidor.

El perímetro de cintura (PC) o circunferencia abdominal es actualmente el parámetro mas utilizado en valoración clínica junto con el IMC, se mide a la altura del borde superior de las crestas ilíacas en bipedestación y tras espiración no forzada. El riesgo cardiovascular aumenta a partir de 102cm en hombres y 88cm en mujeres.

La longitud sagital es la distancia entre el espacio L4-L5 y el ombligo medido en decúbito supino y es un buen indicador de la acumulación de grasa perivisceral, el riesgo aparece a partir de 25cm

Composición corporal: su análisis permite evaluar los diferentes compartimentos (agua, masa grasa, masa magra y con algunas técnicas masa ósea) , las técnicas más comunes y menos invasivas son la impedanciometría bioeléctrica y los ultrasonidos aunque existen otras más precisas que se emplean fundamentalmente en investigación. En el hombre se considera que hay obesidad cuando su masa grasa está por encima del 25-30% del peso total y en la mujer por encima del 30-35%. En obesidad mórbida las mediciones son poco precisas sobre todo utilizando impedanciometría ya que se sobreestima la masa magra en detrimento de la masa grasa.

Tipos de obesidad

-Según IMC

Clasificación	IMC(kg/m ²)	Riesgo de trastorno asociado
Peso insuficiente	< 18,5	Aumentado
Normopeso	18,5-24,9	Medio
Sobrepeso grado I	25,0-26,9	Aumentado
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0-29,9	Moderado
Obesidad grado I	30,0-34,9	Alto
Obesidad grado II	35,0-39,9	Muy alto
Obesidad grado III (mórbida)	40,0-49,9	Muy alto
Obesidad grado IV (extrema)	> 49,9	Extremadamente alto

Seedo 2007

-Según morfología

- Obesidad abdominal, androide o central: la grasa se acumula en la zona cervical, cara, tronco y abdomen superior.

PC varones 95 cm PC mujeres 82 cm	Riesgo aumentado de diabetes, síndrome metabólico, enf cardiovasculares
PC varones > 102 cm PC mujeres > 88cm	Riesgo elevado

- Obesidad glúteofemoral o periférica o ginoide: la grasa se acumula en la parte inferior del cuerpo (glúteos, caderas, muslos)
- Obesidad de distribución homogénea: la grasa se distribuye sin predominar en ninguna zona en especial.

-Según histología

- Obesidad hiperplásica :aumento del número de adipocitos, ocurre sobre todo en los primeros años de vida, suele ser la mas difícil de tratar.
- Obesidad hipertrófica . aumento del tamaño de los adipocitos, ocurre sobre todo en adultos y suele ser de tipo androide.

-Según etiología

- Obesidad primaria : 95% de los casos , también llamada esencial o idiopática aunque no es así ya que corresponde a un disbalance entre gasto e ingesta aunque haya una predisposición genética.
- Obesidad secundaria: 5% y el origen puede ser endocrino, genético con alteraciones cromosómicas, hipotalámico con lesión del centro ventromedial , farmacológico.

Enfermedades relacionadas con sobrepeso y obesidad

- Cardiovasculares: cardiopatía isquémica, enf cerebrovascular,, insuficiencia cardiaca congestiva, etc.
- Respiratorias (Insuficiencia ventilatoria, apnea sueño).
- Metabólicas: Resistencia a insulina, DM₂, HTA, dislipemia aterógena , síndrome metabólico.
- Digestivas: Coletitiasis, cirrosis, Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato.
- Músculo-esqueléticas:lesiones articulares, artrosis
- Otras: Dermatológicas, diversos tipos de cáncer, ovario poliquístico, infertilidad, alteraciones psicológicas, problemas psicosociales.

Beneficios de la pérdida de un 10% de peso en estos pacientes

Disminución de un 20% de mortalidad por todas las causas
Disminución de 30% de mortalidad relacionada con diabetes
Disminución de hasta un 50% de la glucemia basal
Disminución de 10mm Hg de la presión sistólica y 20mmHg de la diastólica.
Disminución de 40% de muertes por cánceres relacionados con obesidad
Disminución de 30% de triglicéridos,15%, LDL, 10%colesterol total.
Aumento 8%HDL.
Mejoría en: apnea del sueño, función ovárica, pulmonar, dolor articular.

Beneficios de la realización de ejercicio físico moderado practicado de forma regular

- Adaptaciones anatómicas y fisiológicas al entrenamiento:
Aumento de contractilidad y capacidad de trabajo cardíaco.
Aumento de riego coronario.
- Aumento de la capacidad pulmonar.
- Efecto sobre la presión sanguínea:
Disminución en hipertensión moderada.
Precaución en otras situaciones.
- Metabolismo lipoproteínas:
Disminución de triglicéridos
Disminución de LDL
Aumento HDL
- Regulación del peso corporal:
Aumento de gasto energético en tiempo posterior al ejercicio
Aumento de la masa muscular
Disminución del apetito por aumento de catecolaminas
Aumento de termogénesis en comida anterior y posterior
- Disminución de homocisteína.
- Aumento de la sensibilidad a insulina y tolerancia a glucosa (MDII).

Control de la ingesta

La ingesta está influenciada por múltiples señales procedentes de los diferentes sistemas orgánicos que disponen de neuronas con receptores sensibles a moléculas liberadas como consecuencia de la situación nutritiva y metabólica del organismo, pero también influyen las señales procedentes del exterior y todas ellas son coordinadas en el cerebro que a través del hipotálamo envía las órdenes correspondientes por los sistemas circulatorio y neuronal para activar o inhibir el apetito.

Dieta equilibrada

Es la combinación adecuada de alimentos para suministrar los nutrientes necesarios, ya que ningún alimento es completo salvo la leche de mujer en los primeros meses. Por tanto debe ser:

- Variada: prevenir carencias.
- Balanceada: proporción adecuada de nutrientes.
- Moderada: prevenir enfermedades crónico-degenerativas.
- Incluir movimiento: ejercicio físico moderado.

Reparto de energía entre las comidas:

- 20-25% kcal totales desayuno.
- 35% Kcal totales comida.
- 25% Kcal totales cena.
- 15-20%Kcal entre media mañana y merienda

Perfil calórico de la dieta

- Proteínas 10-15% Kcal totales
- Lípidos 30-35% Kcal totales
- Hidratos de carbono 50-60% restante. Mayoritariamente complejos. Mono y disacáridos (excepto de lácteos, verdura y fruta), no más del 10% Kcal totales
- Alcohol -si se consume- <10% Kcal totales

Otros parámetros de calidad de la dieta:

- Perfil lipídico
 - Grasa monoinsaturada 15-20%Kcal total
 - Familia n-3 0,2-2 g/día (0,1-1% Kcal total)
 - Ácidos grasos trans <6 g/día (<2% Kcal total)
 - n-6/n-3 4/1-5/1
 - Colesterol < 300 mg/día (<100mg/1000 kcal)
- Minerales:
 - Hierro 40% debe proceder alimento animal
 - Vit C/Fe no hemo 4/1
 - Potasio < 4-5 g/día
 - Sodio < 2000 mg sodio (<5 g sal/día)

Gasto energético

Es la suma de tres factores: gasto metabólico basal (MB), actividad física y termogénesis.

Corresponde al gasto metabólico basal un 70% del gasto total y supone la energía necesaria para mantener las funciones vitales en reposo, está condicionado principalmente por la edad, sexo, masa magra total y factores genéticos.

La actividad física supone un 10-15% del gasto total en condiciones normales pero es susceptible de aumentar voluntariamente pudiendo llegar al 80% , puede medirse en Equivalentes metabólicos(METS) que son múltiplos del MB y dependen de la actividad desarrollada.

La termogénesis supone 10-15% del gasto y es inducida por los alimentos y por la adaptación a la temperatura exterior. Las proteínas son los nutrientes que mayor gasto inducen seguidas de hidratos de carbono y las grasas en último lugar.

Factores que afectan al gasto energético

- Individuo:
 - Peso
 - Edad
 - Sexo
 - Composición
 - Genética
 - Hormonas
 - Situación emocional
 - Patologías
- Externos:
 - Dieta
 - Clima
 - Fármacos

Requerimientos de energía

- Método abreviado
 - 30 kcal x Kg en normopeso
 - 25 Kcal x Kg en sobrepeso
 - 35-45 Kcal x Kg en desnutrición o necesidad de ganancia de peso.

Valor energético de nutrientes y alcohol

Los valores fisiológicos de combustión o energía metabolizable son 4Kcal/ para proteínas e hidratos de carbono, 9kcal/g para grasas y 7Kcal/ para alcohol.

Tipos de Actividades en función de la intensidad

Muy ligera: reposo, sentado la mayor parte del tiempo(dormir, reposar)
Ligera o sedentaria: descansar, hacer actividades sentado, paseo en llano, coser, cocinar, tareas ligeras, conducir, oficina, etc
Moderada: trabajos pesados de la casa, andar a 5km/h, construcción excepto trabajos duros, tareas en que desplazan o manejan objetos, golf, etc
Alta o activa: Escalada, montañismo, fútbol, tenis, tareas agrícolas no mecanizadas etc

ACTIVIDAD	SEXO	COEF DE ACTIVIDAD
Muy ligera	Varón	1,3
	Mujer	1,3
Ligera	Varón	1,6
	Mujer	1,5
Moderada	Varón	1,7
	Mujer	1,6
Intensa	Varón	2,1
	Mujer	1,9
Muy intensa	Varón	2,4
	Mujer	2,2

Guías alimentarias:

Son instrumentos de educación sanitaria utilizados por la Administración para la población general, proporcionan recomendaciones sencillas en segunda persona , se refieren a alimentos, proporciones, raciones a ingerir y dan además información sobre nutrientes no esenciales como fibra y colesterol, relacionan grupos de alimentos con los nutrientes que contienen.

Tienen como objetivos:

- Moderar consumo de grasas, alcohol, sal.
- Mantener peso adecuado.
- Aumentar consumo de cereales, frutas, verduras.
- Promover ejercicio físico moderado.

Pueden presentarse como ruedas, tablas, rombos, deltas, manzanas, pirámides etc.

Dieta Mediterránea, un estilo de vida

La Dieta Mediterránea es mucho más que un modelo nutricional: es un estilo de vida, combina los alimentos más significativos del Mediterráneo (el aceite, el pan, el vino, la legumbre, pescado, frutos secos, las frutas y las verduras) con una actitud ante la vida, de forma que si bien los alimentos tienen una gran importancia, la cultura, el ejercicio físico o el hecho de compartir la comida alrededor de la mesa, también son parte fundamental de la Dieta Mediterránea.

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual Guía para la población adulta

Medida de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales
Vino con moderación y respetando las costumbres



ACTUACIÓN PROPUESTA DESDE OF EN PACIENTES CON SOBREPESO

La primera pregunta es ¿en qué tipo de pacientes podemos intervenir desde la oficina de farmacia?

Tanto la OMS como la Sociedad Española para el estudio de la Obesidad establecen que a partir de un IMC superior a 30 ya no se trata de sobrepeso sino de obesidad y en ese caso, teóricamente el paciente debe ser tratado por un especialista. La cuestión es que hoy por hoy el IMC no es suficiente para establecer un límite tan preciso ya que no tiene en cuenta el componente muscular que nunca debe ser considerado como sobrepeso según la definición de obesidad, de este modo, es fácil encontrar personas con $IMC \geq 30$ que no pueden ser considerados obesos y otras con $IMC < 30$ con un patrón de distribución de grasa y/o comorbilidades asociadas que les coloca en situación de riesgo alta. Por otro lado, vivimos en un ambiente obesigénico en el que es fácil sobrepasar ese límite (con un estilo de vida inadecuado mantenido en el tiempo) para cualquier persona sin predisposición especial.

De modo que la respuesta razonable a la pregunta que nos hacemos al principio sería que las recomendaciones para llevar a cabo una alimentación saludable con un control de la ingesta y actividad física según posibilidades individuales, en principio, pueden darse a toda la población adulta aunque naturalmente, desde la farmacia, aconsejaremos acudir a una unidad especializada en los casos que proceda según lo indicado anteriormente.

Proponemos el siguiente algoritmo:

ALGORITMO EN SOBREPESO PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS



Si en seis meses no se consigue la pérdida mínima de un 5% de peso sin que haya circunstancias que lo justifiquen hay que sugerir al paciente considerar otras alternativas acudiendo a una unidad especializada.

DATOS A CONSIGNAR EN LA FICHA DEL PACIENTE

Nombre

Apellidos

Teléfono

Consentimiento informado

Antropometría:

Edad

Sexo

Peso

Talla

Índice de masa corporal(IMC)

Perímetro de cintura

Tensión arterial

Composición corporal(si se dispone de aparatos de medición para ello)

Analítica:

Glucosa

Colesterol

Á úrico

Otros

Historia Dietética:

Enfermedades (Antecedentes y patología actual)

Medicación

Alergias y o intolerancias

Preferencias

Aversiones

Horario y lugar de comidas

Quien cocina

Trabajo actual (sedentario o no)

Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, otros)

Recuerdo de 24h

Frecuencia diaria o semanal de consumo (frutas, verduras, carnes, pescado, huevos, legumbres, pan, pasta, arroz, aceite de oliva, lácteos, frutos secos, alimentos preparados, bollería y repostería, aperitivos y snaks, comida rápida, consumo de agua y otras bebidas, especificar cuáles)

Momento del día en que se produce el picoteo o hay más dificultad de control sobre la ingesta.

Actividad física

Evolución:

Peso

Tensión arterial

Parámetros bioquímicos si es posible

Seguimiento de pautas dietéticas

Aumento de actividad física

En definitiva, en la entrevista, debemos obtener información sobre

- Número comidas
- Entorno social (dónde y con quién)
- Horarios
- Pica, apetito, masticación.
- Efectos subjetivos de la alimentación.
- Responsable de compra y cocinado.
- Técnicas de cocinado.
- Conocimientos sobre alimentación saludable.
- Tratamientos dietéticos seguidos si los hubo.
- Gustos y aversiones
- Recuerdo de 24h
- Frecuencia de consumo de alimentos
- Enfermedades
- Consumo de fármacos

Actitud del farmacéutico durante la entrevista

- No sugerir respuesta.
- No juicios ni reprimendas.
- No manifestar sorpresa ni ironía.
- Buscar respuestas concretas.
- A veces conviene empezar la entrevista con otros temas para relajar.
- En resumen ponerse en el lugar del otro y modular la entrevista tratando de evitar desviaciones.

Considerar

- Cubrir necesidades nutricionales.
- Modificación gradual de hábitos.
- Fijar objetivos.
- Actitud positiva, recomendar más que prohibir.
- Dar prioridad a economía y temporada.
- Motivación y seguimiento.

PAUTAS DIETÉTICAS

- Se proporcionará al paciente información escrita con la estructura de comidas propuesta en la que se sugiere un reparto de ingesta diaria y semanal adecuado a su horario.
- Se sugerirá , para conseguir la restricción calórica, una forma sencilla de medir los alimentos que deben formar parte de la dieta pero que elevan el contenido calórico como son el pan, arroz, patatas, legumbre, pasta, aceite, a ser posible y ya que se va a utilizar poca cantidad, de oliva virgen extra.
 - Pasta ,legumbre y arroz: 4 cucharadas soperas medidas en crudo
 - Patatas: una de tamaño medio
 - Pan: 100g para el día,a ser posible, la mitad en el desayuno, la ración de desayuno aunque no sea pan cuenta como tal y equivalen aproximadamente a 50g de pan 5 galletas tipo María o 6 cucharadas de cereales.
 - Aceite: 3 cucharadas soperas al día , en pacientes diabéticos mejor 4 y reducir las 90kcal de hidratos de carbono.
- Se recomendará utilizar verduras y hortalizas para aumentar el volumen de la comida así como para cubrir las necesidades de fibra diarias y favorecer el tránsito intestinal que puede verse enlentecido al disminuir el aporte de grasa.
- Se insistirá en la conveniencia de consumir al menos tres raciones de pescado semanales así como dar preferencia a las legumbres complementadas con cereales y a las aves libres de piel y grasa sobre el consumo de carnes rojas.
- Se sugerirá consumir de preferencia cereales integrales.
- Para carne, pescado, pollo,etc, se sugieren raciones del tamaño de una mano con la finalidad de no estar pesando los alimentos y consumir una ración habitual.
- Se pactará con el paciente el incremento de actividad física que piensa llevar a cabo y se tratará de disminuir la percepción de barreras al respecto.
- Se proporcionarán recomendaciones escritas sobre sugerencias de cocinado y estilos de vida así como información simplificada del contenido en nutrientes de los distintos grupos de alimentos, así como de los posibles errores que puede cometer y que supondrán un retraso en el cumplimiento de objetivos.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

DESAYUNO: Cereal (pan galletas, cereales de desayuno). Fruta. Lácteo semi o desnatado o similar.

(50g de pan o 5 galletas tipo María o 6 cucharadas de cereales)

La fruta de elección si hay problemas de estreñimiento serán 2 kiwis.

Si hay más de 4 horas hasta la comida tomar un pequeño refrigerio: yogur, 1 fruta.

COMIDA: 1 día Patata+ hortalizas o verduras+ proteína.

1 día Pasta+ hortalizas o verduras+ proteína.

1 día Arroz+ hortalizas o verduras+ proteína.

2 ó 3 días legumbre + hortalizas+ cereal.

1 día Hortalizas ó verduras +proteína

1 día comida social (sin excesos).

Acompañar con un trozo de pan a convenir y una pieza de fruta.

(4 cucharadas en crudo para pasta, arroz, legumbre, tamaño medio para patata y tamaño de una mano o menor para proteína)

MERIENDA: Si hay más de 4 horas entre comida y cena, en cualquier caso puede ser el momento de tomar unas 120 kcal de lo que uno quiera. Si come pronto y cena tarde la merienda será más importante y la cena ligera.

CENA: Ración de verduras o puré o crema de verduras o ensalada o sopa ligera para acompañar algo de proteína. 1 fruta o lácteo desnatado.

(Utilizar para cocinar aceite de oliva, a ser posible, virgen extra 3 cucharadas/día)

ERRORES:

- Excederse en la cantidad de aceite, pan, pasta, arroz, legumbre, proteína
- No utilizar vegetales en cantidad suficiente para aumentar el volumen de la comida y así no tener apetito(a veces confundido con ansiedad) entre comidas.
- Picar
- Saltarse comidas
- No tomar suficiente cantidad de líquidos ó tomarlos en exceso.
- No hacer ejercicio
- No variar las comidas

VEGETALES: Verduras y hortalizas de cualquier tipo(frescas, en conserva, congeladas).Ensalada. Sopa de verduras ó puré ó crema. Gazpacho. Fruta.

PROTEINAS: Pescados blancos y azules, mariscos. Huevos. Pollo, pavo, codornices, perdices, conejo. Ternera, lomo ó solomillo de cerdo, jamón de york y serrano, lacón. Las legumbres acompañadas por un cereal (arroz, pasta, pan) pueden sustituir a las proteínas animales. Los frutos secos también contienen proteínas de cierto valor biológico.

FARINÁCEOS: Patatas, pasta, arroz, sopa, pan

LÁCTEOS: Leche, yogur, quesos , mejor semi o desnatados

GRASAS: Utilizar 3, máximo 4 cucharadas de aceite de oliva como grasa de condimentación, evitar las grasas saturadas de piel de aves, embutidos, etc. Es deseable consumir 2-3 raciones de pescado azul / semana por su contenido en grasa insaturada omega 3. En lo posible, evitar otro tipo de grasas.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

- Utilizar 3 Cucharadas soperas de aceite para el día.
- Reducir el consumo de sal e incluso eliminar la sal si tiene restricción médica
- Todos los productos de conserva ó charcutería tienen sal si no indican lo contrario.
- Cocinar en horno microondas o tradicional, plancha, cocción.
- Beber agua en cantidad suficiente, tanto en las comidas como fuera de ellas. A modo indicativo 1 litro y medio al menos , salvo criterio médico
- Puede tomar tomar infusiones, caldos desgrasados.
- Realizar al menos media hora de ejercicio físico diario con la intensidad que pueda permitirse según estado de salud, condición física y criterio médico.
- Evitar actitudes sedentarias como permanecer muchas horas sentado.
- Aumentar la actividad física en su rutina diaria: subir escaleras, bajarse unas paradas antes del destino si utiliza transporte público, no sentarse o tumbarse después de las comidas, etc.
- Evitar picoteo entre comidas
- Evitar saltarse una comida, tendrá apetito incontrolado en la siguiente y habrá estimulado el ahorro de energía.
- Procurar no tener los alimentos que suponen una tentación y en todo caso, consumirlos fuera de casa esporádicamente y en pequeña cantidad.
- Si tiene una comida social disfrútela, no intente buscar algo que“pueda comer” pero es muy importante, en esas ocasiones , ya que no tenemos control sobre las calorías del menú, comer extremadamente despacio y saboreando para dar lugar a que nuestro cerebro envíe señales de saciedad antes de que sea demasiado tarde.
- Si se ha excedido en una comida procure compensar haciendo una cena muy ligera, según el exceso podría bastar un lácteo desnatado o una pieza de fruta pero esta medida compensatoria no debe repetirse a menudo ya que es señal de exceso reiterado y puede desequilibrar la dieta aunque compense calóricamente

Sugerencias para cocinar

Horno tradicional:

- El pescado tipo lubina, dorada, chicharro, etc., puede colocarse sobre una fuente y aliñar con tomate picado ó tomate natural triturado, caldo desgrasado y cucharada de vino blanco batido con limón, pimienta, perejil , ajo, un poco de aceite del disponible para el día, para evitar que se seque el pescado es conveniente cocinar tapado(recipiente de cristal o silicona) y destapar para gratinar al final si se desea poniendo una cucharadita de pan rallado por encima.
- El pescado tipo lenguado, gallo, puede ponerse en la fuente sobre una cucharada de pan rallado para que no se pegue al fondo y aliñar con limón, pimienta, perejil, espolvorear con pan rallado y añadir un poco de aceite si queda disponible, meter al horno ya caliente con el gratinador exclusivamente y sólo unos minutos para evitar que se seque
- Cualquier tipo de pescado puede cocinarse con juliana de verduras en papillote aliñando con 1 cucharada de aceite si es pescado blanco o nada si es azul.

Horno microondas:

- Evitar la utilización de recipientes de plástico, utilizar porcelana, vidrio o silicona y siempre tapados. Cocinar piezas pequeñas tanto de pescado como de aves o carne, tipo lenguado, gallo, trucha, filetes de pescado o filetes de ave, con el fin de que el calor alcance todo el alimento.

- El aliño para microondas puede ser limón, perejil, vinagre común o de Módena u otro, todo tipo de especias de buena calidad y debidamente envasadas (para evitar contaminaciones), hortalizas tipo tomate, berenjena, calabacín, cebolla, pimiento, puerro, etc en juliana o rodajas muy finas y si se colocan encima del alimento mejora la presencia en este tipo de cocinado. Puerro y cebolla deben meterse un poco antes que el resto.

Legumbres:

-Lentejas, judías, carillas, soja, etc: al cocer las legumbres en general, añadir ajo, cebolleta, cebolla ó puerro, tomate, pimiento, una vez cocinado, sacar los vegetales, poner en batidora con un poco del caldo, triturar y añadir de nuevo a la olla dando un hervor.

-Garbanzos (cocido madrileño): cocer las carnes y embutidos con todo el agua el día anterior, guardar por separado carnes y caldo en nevera, quitar la capa sólida (grasa saturada) superior por completo al día siguiente y desechar, cocer en el caldo desgrasado los garbanzos (puestos en remojo horas antes), patata y verduras.

Cremas de verduras:

Utilizar leche semi en lugar de nata, añadir pimienta y pizca de nuez moscada.

Purés de verduras:

No utilizar huesos ni puntas si no se va a desgrasar el caldo en nevera antes de cocer las verduras

Si ocasionalmente se utilizan preparados comerciales no deben sobrepasar las 40Kcal/100ml.

Aderezos para ensaladas:

Mezclar una cucharada de aceite en un vasito, añadir 2 de agua, vinagre del tipo elegido y agitar.

2 y ½ cucharadas de mahonesa ligera equivalen a la ración de aceite por comida, pueden mezclarse con 1 cucharada de leche para aumentar la cantidad y también añadir una cucharadita de tomate frito o similar para obtener salsa rosa.

Mezclar yogur desnatado con pepinillos picados, polvos de curry, pizca de mostaza para obtener diferentes tipos de salsa.

1 y ½ cucharada de queso rallado o crema o para fundir equivale a 1 cucharada de aceite

Se entiende por una pieza de fruta:

Cualquier pieza de tamaño medio, incluyendo plátanos, si son uvas, picotas, cerezas, una taza mediana, si son piezas grandes como mango, chirimoya, cada pieza equivale a dos. Sandía una rodaja de tres dedos de ancha, melón 2 dedos. Ciruelas, nísperos, albaricoques 3 piezas. Fresones 4,5.etc.

COMIDAS FUERA DE CASA:

Procure tomar antes de empezar una bebida sin calorías, a ser posible con burbujas si no tiene indicación médica en contra.

Tome el plato que le guste centrándose en comer despacio y dejar de comer en el momento que sienta cierta saciedad, es buena idea ofrecer al resto de comensales antes de empezar. Si toma dos platos, al menos uno de ellos ligero y si va a tomar postre que no sea fruta natural sería mejor un solo plato.

Si no desea pasarse, la elección es escasa ya que aún más que del alimento, el exceso de calorías van a depender de la preparación culinaria de modo que solo podrá disponer de aquellos platos en los que no haya grasa añadida como espárragos de lata, ensalada sin aliñar, carne a la piedra, pescado a la sal, marisco hervido y poco más.

Si come de tapas: marisco hervido o plancha, mejillones o berberechos o navajas al vapor, pulpo, lacón, jamón.

El alcohol tiene casi tantas calorías como la grasa de modo que razón de más para un consumo moderado y teniendo en cuenta la graduación alcohólica de cada bebida.

PREGUNTAS FRECUENTES

¿El agua engorda en las comidas?

El agua no supone aporte energético, puede retenerse en circunstancias fisiológicas, sobre todo si la comida contiene exceso de sal, algo de agua pero no en cantidad significativa salvo en enfermedades importantes como insuficiencia renal o cardiaca o hepatopatías graves y en ese caso no influyen las comidas.

¿Engorda la fruta en las comidas?

Las kilocalorías del alimento son las mismas en la comida que fuera de ella, lo que si puede producir es más distensión abdominal momentánea al ver retrasada su salida del estómago por la presencia de otros alimentos, por lo tanto, en personas con digestiones pesadas o hernia de hiato puede ser útil separar la fruta del resto de las comidas pero el valor calórico es el mismo.

¿Qué puedo picar entre horas?

Lo deseable es no picar nada entre horas y hacer un buen reparto de comidas para romper el círculo vicioso de poner poca comida en el plato a la hora de comer y luego picar, esto no produce saciedad suficiente y suele ser la razón del aumento de peso en muchas personas. No debe entenderse como picar el tomar un pequeño refrigerio entre desayuno y comida o entre comida y cena y en esas ocasiones es bueno tomar un yogur desnatado o una pieza de fruta o 3 o 4 piezas de frutos secos.

No debe aconsejarse en otras situaciones tomar pepinillos o zanahorias o similar porque lo malo es la costumbre de picar aunque se trate de alimentos de baja densidad energética. Distinto es si llega a casa con mucho apetito y no está lista la comida, en ese caso, puede empezar a tomar la fruta del postre mientras hace los preparativos, así va induciendo señales de saciedad y no aumenta la cantidad de comida ingerida.

En cualquier caso, si no puede evitar picar, aunque debe seguir intentándolo, es mejor no tener en casa aquellos alimentos que suponen una tentación y que a veces decimos tener "por si viene alguien", eso es una excusa, al final los comerá usted.

¿Hay un test para saber que alimentos me engordan?

Los alimentos tienen una cantidad de Kilocalorías que dependen de los nutrientes que contienen, no de quien se los come, tienen el mismo valor energético para todos de modo que no se pueden realizar test con este fin.

Los test sanguíneos que se realizan son de intolerancia a alimentos y además de no ser fiables en este aspecto ya que su positividad no supone que necesariamente siente mal el alimento no guardan ninguna relación con la capacidad del alimento para engordar más a unas personas que a otras.

En cuanto a la determinación de perfiles genéticos a través de una muestra de ADN en saliva, seguramente en unos años se podrá planificar una alimentación personalizada no solo para mantener el peso adecuado sino para un mejor estado de salud aunque en el momento actual queda mucho camino por recorrer.

¿Por qué en cuanto dejo la dieta engordo?

Cuando se pierde peso voluntariamente es porque se ha establecido un balance de energía negativo, es decir, se ha comido menos de lo que se ha gastado. En consecuencia, si volvemos a la situación anterior lo lógico es recuperar todo el peso perdido y tal vez algo más, tanto más rápidamente cuanto más desequilibrada o restrictiva ha sido la dieta, hay que mantenerse en el peso perdido al menos seis meses para que el hipotálamo “acepte” el nuevo peso y no trata de poner en marcha mecanismos de defensa para recuperar los depósitos perdidos.

¿Cuál es la mejor dieta para perder peso?

Una cosa es si hablamos de rapidez y otra de seguridad. Sin duda, existen muchas formas de reducir energía y cualquier dieta que suponga una restricción calórica supondrá pérdida de peso y tanto más rápida en un primer momento cuanto más restrictiva sea. En definitiva, el factor más importante son las calorías a la hora de conseguir una pérdida de peso y naturalmente, el aumento de actividad física.

En ese sentido, las dietas hiperproteicas que se impusieron en los años 70 y que resurgen periódicamente producen mayor pérdida de peso en los tres primeros meses que otras pero a los seis meses los resultados son similares y se produce un alto número de abandonos además de estar contraindicadas en determinadas situaciones. Las dietas disociadas basadas en no mezclar alimentos, fundamentalmente, hidratos de carbono y proteínas consiguen aumentar la sensación de saciedad ante la monotonía alimentaria, es un modo de reducir la ingesta, pero a igualdad de calorías producen la misma reducción de peso que otra dieta cualquiera.

En general, cualquier dieta con desequilibrio de nutrientes puede producir resultados aparentemente más rápidos pero la cuestión es mantenerlos en el tiempo sin perjudicar la salud ni perder el placer de comer, de modo que lo más razonable sería plantear un cambio de hábitos gradual con una dieta saludable basada en DM con ligera restricción calórica y aumento de actividad física.

BIBLIOGRAFÍA

- **A.Gil Tratado de Nutrición 2ªed May 2010**
- **Consenso FESNAD_SEEDO recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para prevención y tto del sobrepeso y obesidad. Rev Esp Obes. Vol9 s.1 oct 2011**
- **Consenso SEEDO para evaluación de sobrepeso y obesidad y establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Rev Esp Obes 2007; 7-48**
- **Garulet M. Método Garulet: pierde peso sin perder la cabeza 2ª ed Editec@redSL2007**
- **Mataix J Nutrición y Alimentación humana Ed Ergon Madrid 2009**
- **American College Sports Medicine. Med Sci Sports Exer.2009 ;(3): 709-31**