

DEL SISTEMA NOVA Y EL PERFILADO DE NUTRIENTES DE OPS A LA PRESCRIPCIÓN INDIVIDUAL EN OBESIDAD Y TRANSICIÓN NUTRICIONAL



Reivindicación de las grasas en las dietas - Dr. Julio Montero - Congreso SAC 2018

ASOCIACIONES DE LA OBESIDAD

Dependientes del peso/composición corporal

•Relacionadas con la grasa de localización central y superior

- Hipertensión – Diabetes – Hiperuricemia.
- Hígado graso.
- Hiperestrogenismo.
- Cánceres ginecológicos (endometrio , de mama en postmenopausia).
- Hipoandrogenismo en varones.
- Apnea del sueño.

• Con escasa relación con la localización de la grasa

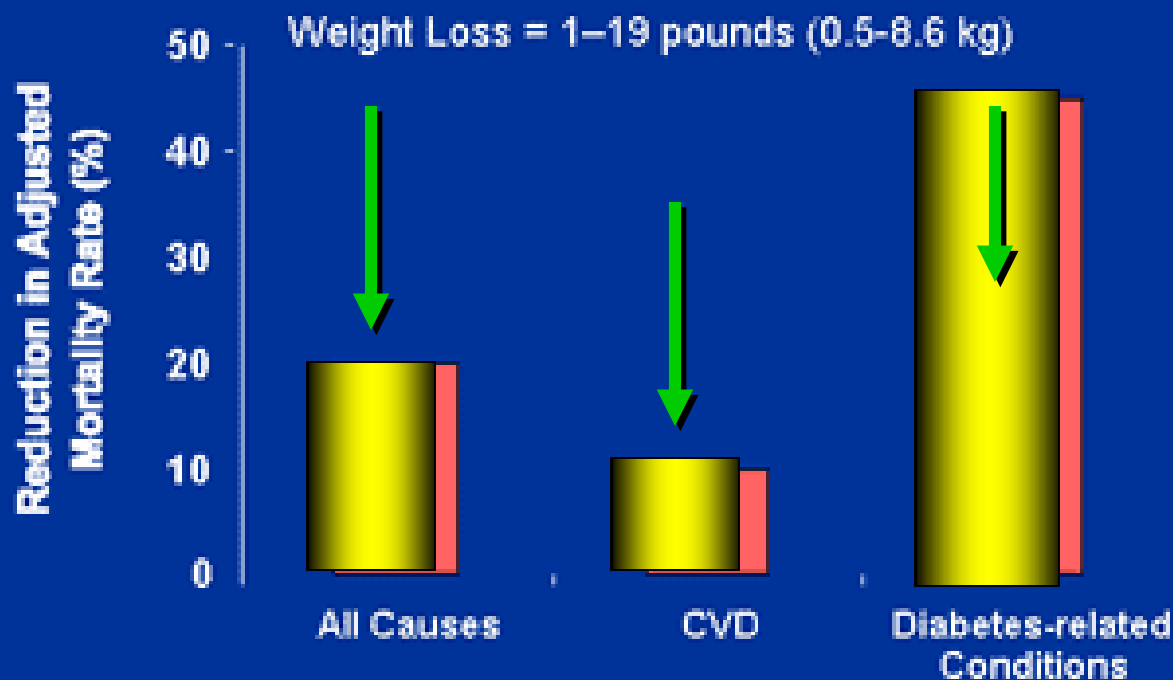
- Artropatías.
- Sarcopenia. Fatigabilidad.
- Disnea de esfuerzo.

Dependientes de la sobre-dis alimentación y del exceso de grasa.

- Hipersecreción de insulina / menor sensibilidad en algunas vías metabólicas.
- Dismetabolismo glúcido.
- Hipertrigliceridemia.

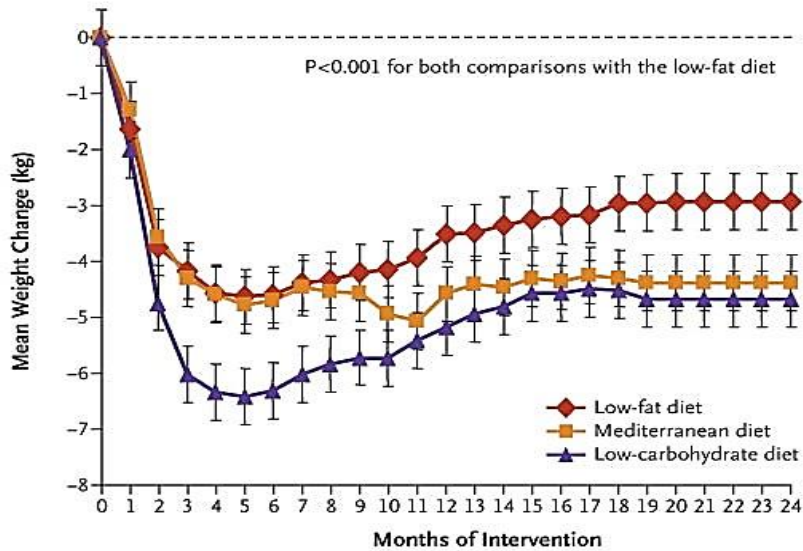
¿ PORQUÉ TRATAR ?

Effect of Intentional Weight Loss on Mortality Rates of Women With Obesity-Related Conditions



Williamson DF et al. Am J Epidemiol. 1995;141:1126-1141.

CAMBIO DE PESO EN 2 AÑOS SEGÚN DIETA



Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, et al. Weight loss with a low carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. N Engl J Med. 2008; 359(3):229-241

Table 1. Dietary Intake from 24-Hour Dietary Recall among Participants in the Dietary Intervention Randomized Controlled Trial (DIRECT).[‡]

Variable	Low-Fat Diet	Mediterranean Diet	Low-Carbohydrate Diet
Energy (kcal)	1347±239	1356±258	1281±380
Fat			
Total (g)	38.7±13.9	48.8±19.8	58.8±25.7†
% of energy	25.9±8.0	31.7±9.1†	40.5±10.0‡
Protein			
Total (g)	94.2±24.4	83.2±22.5	105.9±36.0
% of energy	28.3±6.1	25.2±8.0	32.9±7.6†
Carbohydrates			
Total (g)	135.8±44.1	152.9±0.3	87.4±37.5‡
% of energy	48.2±0.7	45.0±11.7	28.3±11.7‡
Dietary cholesterol (mg)	174±82	181±93	358±162‡

* Plus-minus values are means ±SD. During the first 6 months of the study, 24-hour dietary recalls were obtained from 27 participants on the low-fat diet, 22 on the Mediterranean diet, and 18 on the low-carbohydrate diet; the results were analyzed with the use of the Israeli nutritional database.¹

† P < 0.05 for the comparison with the low-fat diet.

‡ P < 0.001 for the comparison with the low-fat diet.

Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN Diets for Change in Weight and Related Risk Factors Among Overweight Premenopausal Women

The A TO Z Weight Loss Study: A Randomized Trial

Christopher D. Gardner, PhD

Alexandre Kiazand, MD

Sofya Alhassan, PhD

Soowon Kim, PhD

Randall S. Stafford, MD, PhD

Raymond R. Balise, PhD

Helena C. Kraemer, PhD

Abby C. King, PhD

THE ONGOING OBESITY epidemic,¹ along with its health costs and consequences² and the health benefits of weight loss,^{3,4} have been well established. National dietary weight loss guidelines (ie, energy-restricted, low in fat, high in carbohydrate)⁵ have been challenged, particularly by proponents of low-carbohydrate diets.^{6,7} However, limited evidence has been available to effectively evaluate other diets.^{8,9}

Several recent trials compared low-carbohydrate vs traditional low-fat, high-carbohydrate weight-loss diets.¹⁰⁻¹² A meta-analysis that pooled the results of these early trials concluded that low-carbohydrate, non-energy-restricted diets were at least as effective as low-fat, high-carbohydrate diets in inducing weight loss for up to 1 year.¹³ However, most of these trials were limited by combinations of small sample sizes, high rates of attrition, short durations, or limited diet assessment.

For the A TO Z (Atkins, Traditional, Ornish, Zone) Weight Loss Study, we

Context Popular diets, particularly those low in carbohydrates, have challenged current recommendations advising a low-fat, high-carbohydrate diet for weight loss. Potential benefits and risks have not been tested adequately.

Objective To compare 4 weight-loss diets representing a spectrum of low to high carbohydrate intake for effects on weight loss and related metabolic variables.

Design, Setting, and Participants Twelve-month randomized trial conducted in the United States from February 2003 to October 2005 among 311 free-living, overweight/obese (body mass index, 27-40) nondiabetic, premenopausal women.

Intervention Participants were randomly assigned to follow the Atkins (n=77), Zone (n=79), LEARN (n=79), or Ornish (n=76) diets and received weekly instruction for 2 months, then an additional 10-month follow-up.

Main Outcome Measures Weight loss at 12 months was the primary outcome. Secondary outcomes included lipid profile (low-density lipoprotein, high-density lipoprotein, and non-high-density lipoprotein cholesterol, and triglyceride levels), percentage of body fat, waist-hip ratio, fasting insulin and glucose levels, and blood pressure. Outcomes were assessed at months 0, 2, 6, and 12. The Tukey studentized range test was used to adjust for multiple testing.

Results Weight loss was greater for women in the Atkins diet group compared with the other diet groups at 12 months, and mean 12-month weight loss was significantly different between the Atkins and Zone diets ($P<.05$). Mean 12-month weight loss was as follows: Atkins, -4.7 kg (95% confidence interval [CI], -6.3 to -3.1 kg), Zone, -1.6 kg (95% CI, -2.8 to -0.4 kg), LEARN, -2.6 kg (-3.8 to -1.3 kg), and Ornish, -2.2 kg (-3.6 to -0.8 kg). Weight loss was not statistically different among the Zone, LEARN, and Ornish groups. At 12 months, secondary outcomes for the Atkins group were comparable with or more favorable than the other diet groups.

Conclusions In this study, premenopausal overweight and obese women assigned to follow the Atkins diet, which had the lowest carbohydrate intake, lost more weight and experienced more favorable overall metabolic effects at 12 months than women assigned to follow the Zone, Ornish, or LEARN diets. While questions remain about long-term effects and mechanisms, a low-carbohydrate, high-protein, high-fat diet may be considered a feasible alternative recommendation for weight loss.

Trial Registration clinicaltrials.gov Identifier: NCT0079573

JAMA. 2007;297:969-977

www.jama.com

selected 4 diets—3 popular and substantially different diets and 1 diet based on national guidelines—representing a spectrum of carbohydrate intake: Atkins⁶ (very low in carbohydrate), Zone⁶

Author Affiliations: Stanford Prevention Research Center and the Department of Medicine, Stanford University Medical School, Stanford, Calif. Corresponding Author: Christopher D. Gardner, PhD, Hoover Pavilion, N229, 211 Quarry Rd, Stanford, CA 94305-5705 (cgardner@stanford.edu).

Popular Diets: A Scientific Review

Marjorie R. Freedman, Janet King, and Eileen Kennedy

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction

Weight loss is a major concern for the US population. Surveys consistently show that most adults are trying to lose or maintain weight (1). Nevertheless, the prevalence of overweight and obesity has increased steadily over the past 30 years. Currently, 50% of all adult Americans are considered overweight or obese (2,3). These numbers have serious public health implications. Excess weight is associated with increased mortality (4) and morbidity (5). It is associated with cardiovascular disease, type 2 diabetes, hypertension, stroke, gallbladder disease, osteoarthritis, sleep apnea and respiratory problems, and some types of cancer (6,7).

Most people who are trying to lose weight are not using the recommended combination of reducing caloric intake and increasing physical activity (1). Although over 70% of persons reported using each of the following strategies at least once in 4 years, increased exercise (82.2%), decreased fat intake (78.7%), reduced food amount (78.2%), and reduced calories (73.2%), the duration of any one of these behaviors was brief. Even the most common behaviors were used only 30% of the time (8).

Obesity-related conditions are significantly improved with modest weight loss of 5% to 10%, even when many patients remain considerably overweight (6). The Institute of Medicine (9) defined successful long-term weight loss as a 5% reduction in initial body weight (BW) that is maintained for at least 1 year. Yet data suggest that such losses are not consistent with patients' goals and expectations. Foster (10) reported that in obese women (mean body mass index [BMI] of 36.3 ± 4.3) goal weights targeted, on average, a 32% reduction in BW, implying expectations that are unrealistic for even the best available treatments. Interestingly, the most important factors that influenced the

selection of goal weights were appearance and physical comfort rather than change in medical condition or weight suggested by a doctor or health care professional. Is it any wonder that overweight individuals are willing to try any new diet that promises quick, dramatic results more in line with their desired goals and expectations than with what good science supports?

The proliferation of diet books is nothing short of phenomenal. A search of books on Amazon.com using the key words "weight loss" revealed 1214 matches. Of the top 50 best-selling diet books, 58% were published in 1999 or 2000 and 88% were published since 1997. Many of the top 20 best sellers at Amazon.com promote some form of carbohydrate (CHO) restriction (e.g., *Dr. Atkins' New Diet Revolution*, *The Carbohydrate Addict's Diet*, *Protein Power*, *Lauri's Low-Carb Cookbook*). This dietary advice is counter to that promulgated by governmental agencies (US Department of Agriculture [USDA]/Department of Health and Human Services, National Institutes of Health) and nongovernmental organizations (American Dietetic Association, American Heart Association, American Diabetes Association, American Cancer Society, and Shape Up America!).

What is really known about popular diets? Is the information scientifically sound? Are popular diets effective for weight loss and/or weight maintenance? What is the effect, if any, on composition of weight loss (fat vs. lean body mass), micronutrient (vitamin and mineral) status, metabolic parameters (e.g., blood glucose, insulin sensitivity, blood pressure, lipid levels, uric acid, and ketone bodies)? Do they affect hunger and appetite, psychological well-being, and reduction of risk for chronic disease (e.g., coronary heart disease, diabetes, and osteoporosis)? What are the effects of these diets on insulin and leptin, long-term hormonal regulators of energy intake and expenditure?

The objective of this article is to review the scientific

Address correspondence to Dr. Janet King, U.S. Department of Agriculture, Agricultural

- “La mayoría de los pacientes obesos no se mantiene en tratamiento.
- De aquellos que lo hacen, la mayoría no pierde mucho peso.
- De los que pierden peso, la mayoría lo recuperan”.

A. Stunkard, 1959.



The Long-Term Effect of Energy Restricted Diets for Treating Obesity

Mirjam Langeveld¹ and J. Hans DeVries² ¡LA PERDIDA DE PESO MEDIA FUE 3.5 % A LOS 3 AÑOS!

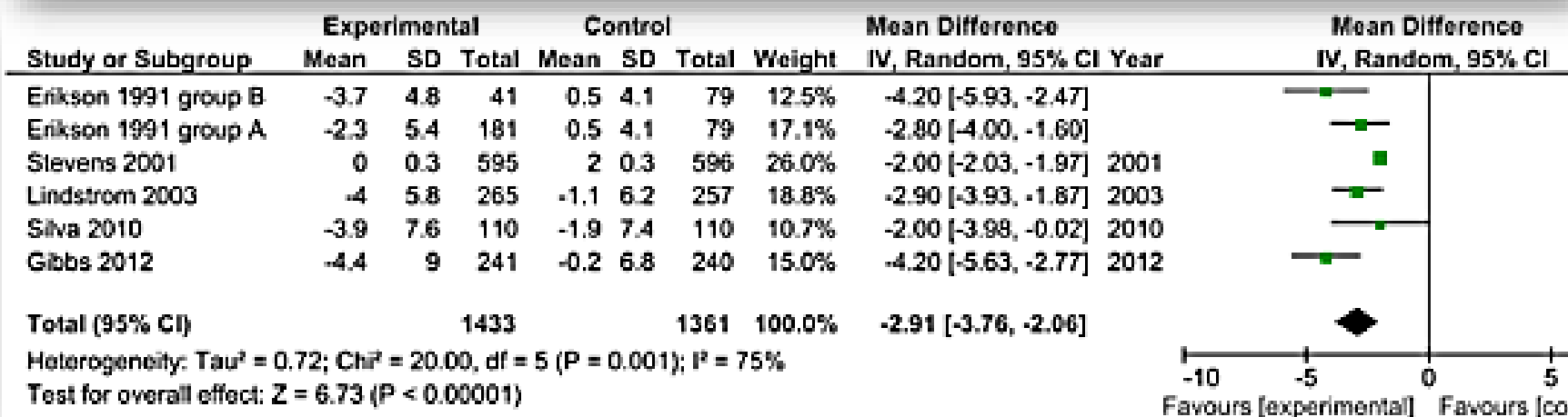
Objective: To quantify the effectiveness of diet interventions by systematic review of the long-term effects of energy restricted diets in individuals with overweight and obesity.

Methods: A systematic literature search was conducted for all clinical trials studying the effect of energy restricted diets on body weight in individuals with a BMI > 25 kg/m² with a follow-up of at least 3 years and a minimum of 50 participants. Weight change from baseline and rates of loss to follow-up at the longest follow-up were extracted and analyzed using random-effects models.

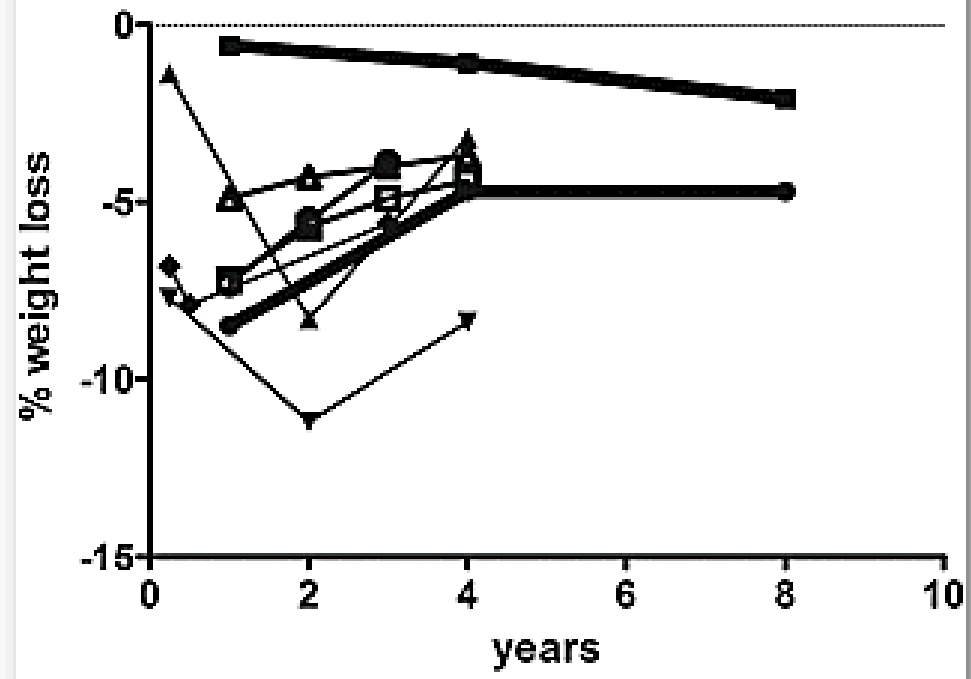
Results: Weighted mean weight loss after 3 years follow-up was 3.5% (95% CI 0.2-6.8%) (n = 6,163) and after 4 years follow-up 4.5% (95% CI 4.3-4.8%) (n = 5,696). Energy restricted diets (n = 1,433) resulted in an average 2.9% (95% CI -3.8 to -2.1%) greater weight loss compared to untreated control groups (n = 1,361). Weight regain was observed in the majority of individuals in all studies. Interpretation of the data is limited by high rates of loss to follow-up and lack of truly untreated control groups.

Conclusions: On average, the long-term effect of diets on body weight in individuals with obesity is modest, and the response is highly heterogeneous.

Obesity (2015) 23, 1529–1538. doi:10.1002/oby.21146



Weight loss course



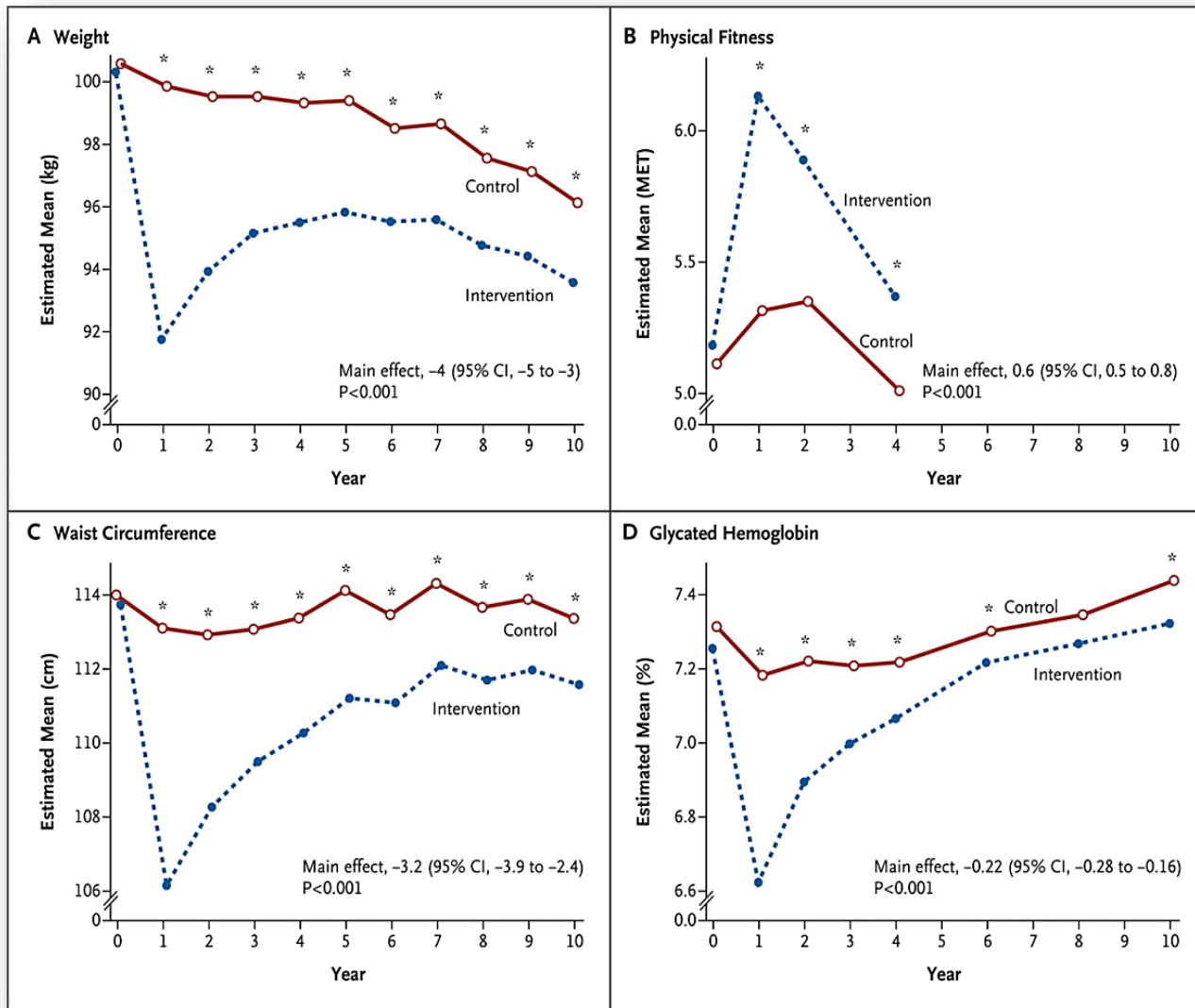
- ◆ Look AHEAD 2014 ILI n=2570¹⁴
- Look AHEAD 2014 DSE n=2575¹⁴
- ▲ Fletcher-Mors 2000 diet n=50¹⁶
- ▼ Fletcher-Mors 2000 diet+exercise n=50¹⁶
- ◆ Wolfson 2010 n=67²⁶
- ⊙ Silva 2010²⁷
- ⊠ Esposito 2009 Med diet n=108²⁵
- ▲ Esposito 2009 Low fat diet n=107²⁵

The long-term effect of energy restricted diets for treating obesity. Obesity. Volume 23, Issue 8 August 2015 .Pages 1529–1538.

TRATAMIENTO BASADO EN LA HIPOTESIS CALÓRICA (Look AHEAD).

2.500 pacientes por grupo con IMC: > 25. 1200 – 1800 kcal/día; 175 min AF/sem.

OBJETIVO: perdida de al menos 7 % del peso a 13,5 años. Interrumpido a los 9.6 años. Diferencia entre grupo intervención y control: 2.5 %.



EL DISBALANCE HIPOCALÓRICO APUNTA AL EXCESO DE ADIPOSIDAD, NO A SU CAUSA.



- Por lo general prescribe los mismos alimentos involucrados en la producción del problema. ¿Por qué no habría de repetirse ?
- Enfrenta al paciente con la fuerza del ambiente, y ya vimos la experiencias de Pimas, cubanos y prisioneros de Vermont.
- No apunta a recomponer la sensorialidad, ni el sistema de recompensa ni la señalización metabólica de origen alimentario. Sólo reduce la grasa corporal a expensas de un desequilibrio entre nutrientes ingresados y oxidados.

DOCTOR, ¿COMER MENOS Y HACER EJERCICIO NO
ME DARÁ HAMBRE?
¿Y POR CUANTO TIEMPO ME LO INDICA?

NO LO SÉ
NI ME IMPORTA



NEWS RELEASE



6 de marzo de 2012

Cinco maneras de acabar con las dietas desastrosas

GINEBRA – “Nuestros sistemas alimentarios hacen que la población enferme” advirtió el martes Olivier De Schutter, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación. “Mientras que cerca de 1300 millones de personas en el mundo tienen sobre peso o están obesas, una de cada siete sufre de malnutrición y muchas otras padecen “hambre oculta” debido a las carencias de micronutrientes.”

“Frente a esta crisis de la salud pública, seguimos obstinados en recetar remedios médicos: por un lado, complementos vitamínicos y estrategias de nutrición para los niños que no ingieren suficientes calorías; y por otro lado, pastillas para adelgazar, consejos dietéticos y de mejora del estilo de vida para frenar el sobrepeso. Sin embargo, lo importante es que nos centremos en los **problemas sistémicos que empobrecen nuestra alimentación** en todas sus formas” afirmó el experto independiente en su informe* sobre nutrición presentado ante el Consejo de Derechos Humanos de la ONU.



Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Prefacio

En octubre del 2014, los Estados Miembros reunidos en el 53º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron por unanimidad el *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Esto muestra que los gobiernos han tomado conciencia de la prevalencia alarmante de la obesidad en la Región de las Américas — la más alta del mundo— y es además, un signo inequívoco de que los gobiernos estaban comprometidos a actuar.

En el plan de acción se da instrucciones a la OPS para que proporcione información basada en la evidencia científica a orientada a la formulación de políticas y reglamentaciones (tanto fiscales como de otros tipos) a fin de prevenir el consumo de alimentos poco saludables, como las relativas al etiquetado del frente del envase y guías nutricionales regionales para los alimentos en el entorno escolar (programas alimentarios, y venta de alimentos y bebidas en las escuelas). La formulación y el establecimiento de criterios regionales con respecto a las cantidades aceptables de nutrientes críticos tales como sal, azúcar, grasas saturadas y grasas trans, en forma de modelo de perfil de nutrientes, es un paso decisivo hacia el cumplimiento de este mandato.

El modelo de perfil de nutrientes de la OPS que se presenta aquí se basa en pruebas científicas sólidas y es el resultado del trabajo riguroso de una consulta de expertos integrado por autoridades reconocidas en el campo de la nutrición. Espero que los Estados Miembros adopten este modelo y lo usen con el fin de crear entornos propicios para una alimentación sana.

Carissa F. Etienne

Directora, Organización Panamericana de la Salud

Panel A. Ejemplos de productos alimenticios procesados y ultraprocesados que deben clasificarse usando los criterios del modelo de perfil de nutrientes de la OPS*

Productos procesados: Hortalizas tales como zanahorias, pepinos, arvejas, palmitos, cebollas y coliflor conservadas en salmuera o encurtidas; extracto o concentrados de tomate (con sal o azúcar); frutas en almíbar y frutas confitadas; tasajo y tocino; sardina y atún enlatados; otras carnes o pescados salados, ahumados o curados; quesos; panes y productos horneados (en general).

Productos ultraprocesados: Snacks dulces o salados envasados, galletitas, helados, caramelos y golosinas (en general); colas, refrescos y otras bebidas gaseosas; jugos endulzados y bebidas energéticas; cereales endulzados para el desayuno; bizcochos y mezclas para bizcochos y barras de cereales; yogures y bebidas lácteas aromatizados y endulzados; sopas, fideos y condimentos enlatados, envasados, deshidratados e "instantáneos"; carnes, pescados, hortalizas, pizza y platos de pasta listos para comer, hamburguesas, salchichas y otros embutidos, trozos de carne de ave y pescado empanados de tipo "nuggets" y otros productos hechos de derivados de animales.

* Adaptado de la "Guía alimentaria para la población brasileña"(33), edición en español del 2015.

Panel B. Ejemplos de alimentos que NO deben clasificarse usando el modelo de perfil de nutrientes de la OPS*

Alimentos sin procesar o mínimamente procesados (sin aceites, grasas, azúcares libres, otros edulcorantes o sal añadidos): Verduras, frutas, papas, yuca y otras raíces y tubérculos naturales envasados, troceados, refrigerados o congelados; arroz blanco, integral o parbolizado a granel o envasado; granos enteros de trigo y de otros cereales; granola hecha de granos de cereal, nueces y frutas secas; harina de yuca, de maíz o de trigo; todos los tipos de frijoles; lentejas, guandúes, garbanzos y otras legumbres; frutas secas, jugos de fruta frescos o pasteurizados sin azúcar; nueces, maníes y otras oleaginosas sin sal; champiñones y otras setas frescos y secos; carne de vaca, de cerdo y de aves y pescado frescos, congelados o secos y otros tipos de carnes y pescado; leche pasteurizada o ultrapasteurizada (de larga vida) líquida y en polvo; huevos frescos y desecados, yogur; y té, infusiones, café y agua de grifo, de manantial y mineral.

Ingredientes culinarios: Aceites de soya, maíz, girasol u oliva; mantequilla, manteca de cerdo, manteca de coco; azúcar blanco, moreno y de otros tipos; miel; sal fina o ruesa.

Platos recién preparados: Sopas, ensaladas, platos de verduras y hortalizas, platos de arroz, platos de pastas, platos de carne, tortillas, pasteles, panes, tortas, masas y postres a base de leche y frutas, todos ellos caseros y recién hechos.

* Adaptado de la "Guía alimentaria para la población brasileña"(33)- edición en español del 2015.

Panel C. Criterios del modelo de perfil de nutrientes de la OPS para indicar los productos procesados y ultraprocesados que contienen una cantidad excesiva de sodio, azúcares libres, otros edulcorantes, grasas saturadas, total de grasas y grasas trans

Sodio	Azúcares libres	Otros edulcorantes	Total de grasas	Grasas saturadas	Grasas trans
≥ 1 mg de sodio por 1 kcal	≥ 10% del total de energía proveniente de azúcares libres	Cualquier cantidad de otros edulcorantes	≥ 30% del total de energía proveniente del total de grasas	≥ 10% del total de energía proveniente de grasas saturadas	≥ 1% del total de energía proveniente de grasas trans

Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas



Este informe se basa en el sistema NOVA de clasificación de alimentos. El sistema NOVA agrupa los alimentos según la naturaleza, la finalidad y el grado de procesamiento (21, 27). Comprende cuatro grupos que se mencionan a continuación y se explican con mayor detalle en el anexo A:

1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados;
2. Ingredientes culinarios procesados;
3. Alimentos procesados, y
4. Productos ultraprocesados.

El sistema NOVA permite estudiar el suministro de alimentos y los patrones de alimentación en su conjunto, en cada país a lo largo del tiempo y entre países. También permite estudiar los grupos de alimentos individuales dentro del sistema.

ALIMENTOS SIN PROCESAR Y MINIMAMENTE PROCESADOS



Los alimentos sin procesar o mínimamente procesados son la base de los platos y comidas saludables. Comprenden frutas frescas, secas o congeladas, verduras, granos, leguminosas, nueces, carnes, pescados y mariscos, huevos y leche.

INGREDIENTES CULINARIOS PROCESADOS

(se usan para preparar alimentos y hacer comidas agradables)



Los ingredientes culinarios procesados comprenden grasas, aceites, sal y azúcares. Se usan para preparar los alimentos y para hacer que los platos y comidas sean sabrosos, variados, nutritivos y agradables.

ALIMENTOS PROCESADOS

Alimentos procesados

Los alimentos procesados se elaboran al agregar grasas, aceites, azúcares, sal y otros ingredientes culinarios a los alimentos mínimamente procesados, para hacerlos más duraderos y, por lo general, más sabrosos. Estos tipos de alimentos incluyen panes y quesos sencillos; pescados, mariscos y carnes salados y curados; y frutas, leguminosas y verduras en conserva.



Los alimentos procesados incluyen panes y quesos sencillos; carnes, pescados y mariscos salados y curados; y frutas, leguminosas y verduras preservadas en salmuera, almíbar o aceite. Según la manera en que se preparen y se usen en las comidas y los platos, estos alimentos pueden formar parte de una alimentación saludable.

PLATOS CASEROS



Los platos caseros que combinan alimentos sin procesar o mínimamente procesados, preparados con ingredientes culinarios y combinados con algunos alimentos procesados, son la base de comidas saludables. .

**“ Live sensibly
–among a thousand people,
one dies a natural death,
the rest succumb to
irrational modes of living”.**



Maimónides
(1135 - 1204)

**“Vivir razonablemente:
entre miles de personas,
una muere una muerte natural,
el resto sucumbe a modos
irracionales de vivir”**

Maimónides
(1135 – 1204)



RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS APLICABLES AL GRUPO FAMILIAR COMO PREVENCIÓN PRIMARIA, Y A LOS PACIENTES COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA, DE LAS ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA TRANSICIÓN NUTRICIONAL. Julio Montero 2017.

Coma si siente hambre y beba si siente sed. ¡Comer sin hambre y beber sin sed suena a aberración biológica!

BEBIDAS: Agua (con o sin gas), caldos caseros e infusiones livianas, sin edulcorar. Si le apetece un vaso de vino, no se contenga! Ese no suele ser el problema.

ALIMENTOS Y COMIDAS PARA SEIS DÍAS A LA SEMANA (MÁS, O SIEMPRE)

Hortalizas verdes y las que se pueden ingerir crudas (aunque estén cocidas).

Blancas, amarillas, rojo-anaranjadas, arroz y choclo preferiblemente hervidos y/o al horno, si no aumentan inconvenientemente su peso.

Carnes blancas (mejor pescados), rosadas (cerdo), rojas y huevos; reemplazables 2-3 veces por semana con legumbres hervidas. Reemplazables ocasionalmente por quesos duros (se cortan con cuchillo).

Frutas frescas y secas (si no está ganando peso inconveniente).

Evite sal, aceites y condimentar. Si le es imposible recurra a aceite de oliva, manteca, azafrán y ajo.

Prefiera alimentos crudos y cocidos a baja temperatura (vapor, hervido, microonda, cacerola, horno), el menor tiempo posible, si no es preciso esterilizarlos.

Opcional: un yogurt natural (sin agregados) y/o un vaso de leche.

El agregado de productos industrializados sólidos o líquidos, caracterizados por llevar rótulo, debe ser consultado con su médico y/o nutricionista.

ORIENTATIVAMENTE: UN DÍA A LA SEMANA (O MEJOR NUNCA) Y SOLO ESE DIA, de no mediar indicación profesional en contrario. Coma lo que le dé más placer en la cantidad que necesite para quedar satisfecho, aun si no está incluido en este listado.

ADECUACIÓN DEL MODELO DE OPS BASADO EN EL SISTEMA NOVA, PARA REDUCIR EL PESO, TRATAR LA OBESIDAD Y CORREGIR DISMETABOLISMOS

OBJETIVOS Y MECANISMOS

- 1. RECALIBRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE RECOMPENSA Y DE SENSORIALIDAD.**
- 2. RECALIBRACIÓN DE LA SEÑALIZACIÓN HORMONAL Y METABOLICA.**

CONCEPTOS FUNDAMENTALES EN LA PRESCRIPCIÓN DE DIETOTERAPIA PARA TRATAR LA OBESIDAD, PARA NORMALIZAR LA SEÑALIZACIÓN METABOLICA, SENSORIAL Y LA GRATIFICACIÓN Y BIENESTAR.

1. La base alimentaria debe estar constituida por alimentos y preparaciones culinarias sin procesamiento o mínimamente procesadas.
4. Para acelerar la pérdida de peso es preferible suspender la ingesta de sustancias insulino-trópicas en particular cuando corresponden a 'calorías vacías' o prescindibles (azúcares y edulcorantes agregados, o preparaciones que los contengan, almidones en preparaciones con harinas, subproductos de cereales, legumbres, hortalizas NO VERDES, frutas frescas y secas).

OBJETIVO 1.

RECALIBRACIÓN DEL SISTEMA DE RECOMPENSA Y DE SENSORIALIDAD. Montero 2017.



SUPRIMIR -O LIMITAR - ABRUPTA O PROGRESIVAMENTE- CUERPOS GRASOS AGREGADOS, CONDIMENTOS E INGREDIENTES SALADOS, DULCES (EDULCORANTES NO CALÓRICOS) Y OTROS (GLUTAMATO). SUPRIMIR EL CONSUMO DIARIO DE ULTRAPROCESADOS / SOLO ACEPTARLOS ESPORADICAMENTE (CONSUMO SOCIAL).

OBJETIVO 2. RECALIBRACIÓN DE LA SEÑALIZACIÓN HORMONAL Y METABOLICA.

2 A. DISMINUIR LA INSULINEMIA PARA AUMENTAR LA UTILIZACIÓN DE GRASAS (EN SUSTITUCION DE GLUCOSA), UNICO MECANISMO PARA REDUCIR LA ADIPOSIDAD.

REDUCIENDO (O AUN SUPRIMIENDO) LA GLUCOSA ALIMENTARIA.

- Vegetales (feculentos y farináceos, harinas, almidones), miel y azúcar. Frutas frescas, sus jugos, y frutas secas, cereales y legumbres (prescribir hortalizas de color verde y hortalizas no verdes solo crudas).

2B. ACOPLAR EL VINCULO CIRCADIANO LUZ/OSCURIDAD CON ACTIVIDAD /DORMIR CON COMIDAS/AYUNO EN RESPUESTA A HAMBRE Y SACIEDAD.

1. El paciente no debe pasar hambre, bajo cualquiera de sus formas de manifestación (ansiedad, nerviosismo, dolores, etc.).
Una prescripción que deja insatisfacción no es adecuada ni respeta el principio médico de 'aliviar'.
2. El paciente debe incorporar el concepto -dentro de lo posible- de no comer ni beber por cuestiones sociales, ni en prevención de hambre o sed, sino en respuesta a sus sensaciones personales de hambre-saciedad. Esto no debe ser causa de 'conflicto social', debe ser aplicado cuando la oportunidad lo permita.

HAMBRE	SACIEDAD
LUZ	OSCURIDAD
ACTIVIDAD	QUIETUD
COMIDAS	AYUNO

UN VIAJE CON FECHA DE PARTIDA, SIN FECHA DE LLEGADA.

Es imprescindible que el profesional transmita los objetivos del modelo para que el paciente 'entienda al juego'. Si esto no se consigue es remota la posibilidad de éxito.

1. Los cambios alimentarios pueden ser programados y progresivos, pero sin retrocesos. Los avances y retrocesos se miden por los cambios en la alimentación más que por los cambios en el peso.
2. No todos los cambios deben ser perfectos, ni totales ni simultáneos. Pueden ir aplicándose en la medida que vaya siendo posible.
3. Nada es urgente aunque casi todo es importante.
5. No salirse del camino.
6. Proteger a nuestro paciente de mentiras confudentes sobre las consecuencias de cambiar su modelo alimentario..