

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

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



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

“ACOMPAÑAMIENTO NUTRICIO EN MUJER ADULTA QUE VIVE
CON OBESIDAD Y ESTRÉS: CASO CLÍNICO CON ENFOQUE
INTEGRAL”

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN OBESIDAD Y COMORBILIDADES

Presenta

ENRIQUE CABRERA MATLALCUATZI

Directora: MNC Gloria Marcela Ruiz Cervantes

Codirectora: MNA Carolina González Zardain

Lectores:

Dr. César Iván Ayala Guzmán

MNC Mariana Torres Valdez

Ciudad de México, 2025

Índice

1.0	Introducción al caso	3
1.1	Prevalencia de la obesidad	3
1.2	Etiología de la obesidad	3
1.3	Fisiopatología de la obesidad	4
1.4	Prevalencia de las dislipidemias	6
1.5	Etiología de las dislipidemias	7
1.6	Fisiopatología de las dislipidemias	8
1.6.1	Tratamiento nutricional en dislipidemia y obesidad	9
1.7	Etapas de vida	9
2.0	Historia clínica y valoración integral	11
2.1	Datos generales del caso	11
2.2	Antecedentes	11
2.2.1	Antecedentes heredofamiliares (AHF)	11
2.2.2	Antecedentes personales patológicos (APP)	11
2.2.3	Antecedentes personales no patológicos (APNP)	11
2.2.4	Antecedentes gineco-obstétricos	12
2.3	Medicación actual e interacciones fármaco-nutrimiento	12
2.4	Examen físico orientado a la nutrición	12
2.5	Estudios de gabinete	13
2.6	Diagnósticos médicos	13
2.7	Consideraciones éticas	13
3.0	Proceso de Atención Nutricia (PAN)	14
3.1	ADIME primera consulta	15
	Análisis cuantitativo de la dieta	16
3.2	ADIME segunda consulta	25
3.3	ADIME tercera consulta	33
3.4	ADIME cuarta consulta	42
4.0	Intercambio clínico con el equipo multidisciplinario	51
5.0	Discusión del caso	52
6.0	Conclusión	54
7.0	Referencias	56
8.0	Anexos	59

Resumen

El presente caso clínico describe la atención nutricia integral de una mujer adulta con obesidad grado I y dislipidemia, atendida en cuatro consultas consecutivas. Se aplicó el proceso de atención nutricia para abordar aspectos antropométricos, clínicos, dietéticos, emocionales y sociales. Aunque no se logró una pérdida de peso significativa, se observaron mejoras en la composición corporal, hábitos alimentarios, actividad física y regulación emocional. La integración del trabajo de historias de vida permitió explorar la relación entre emociones, cuerpo y alimentación. Este caso subraya la importancia de un enfoque centrado en la persona, basado en evidencia y adaptado al contexto real del paciente.

Abstract

This clinical case describes the comprehensive nutritional care of an adult woman with grade I obesity and mild dyslipidemia, followed up in four consecutive consultations. The Nutrition Care Process was used to address anthropometric, clinical, dietary, emotional, and social components. Although no significant weight loss was achieved, improvements were observed in body composition, eating habits, physical activity, and emotional regulation. The integration of a life history project allowed exploration of the patient's emotional relationship with food and body image. This case highlights the importance of a person-centered approach, based on evidence and adapted to the patient's real-life context.

1.0 Introducción al caso

1.1 Prevalencia de la obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que afecta la salud física, emocional y funcional de quien la padece (1). A nivel mundial, más de 1 000 millones de personas viven con obesidad, incluyendo aproximadamente 650 millones de adultos, lo cual representa una de las principales amenazas de salud pública en el siglo XXI (1)

La obesidad debe entenderse no únicamente como exceso de peso medido por IMC, sino como una condición en la que el exceso de grasa afecta negativamente la salud y la calidad de vida (2).

En México, más del 75% de los adultos viven con sobrepeso u obesidad, siendo las mujeres las más afectadas a partir de la adultez media (3). La clasificación actual considera el IMC, la distribución del tejido adiposo y, más recientemente, el impacto funcional, metabólico y psicosocial de la condición (2). A partir de esta nueva perspectiva, el diagnóstico no se limita a cifras, sino a la afectación integral de la persona.

1.2 Etiología de la obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial influida por factores genéticos, metabólicos, conductuales y ambientales (1,4). Entre sus principales causas destacan:

- Exceso de ingestión energética, con predominio de hidratos de carbono refinados y grasas saturadas (5).
- Sedentarismo, que reduce el gasto energético y favorece la acumulación de tejido adiposo (6).
- Causas genéticas, que predisponen a una mayor acumulación de grasa corporal debido a polimorfismos relacionados con el metabolismo energético y la regulación del apetito (6).

- Alteraciones en la microbiota intestinal, que afectan la homeostasis energética y modulan la inflamación crónica de bajo grado (7).
- Factores emocionales y psicológicos, como estrés y ansiedad, que influyen en el comportamiento alimentario (7).
- Alteraciones en el sueño, que afectan la regulación de hormonas involucradas en el hambre y la saciedad, como ghrelina y leptina (8).

1.3 Fisiopatología de la obesidad

La obesidad conlleva a un desequilibrio crónico entre la ingestión y el gasto energético, que lleva a la acumulación excesiva del tejido adiposo, muy puntualmente en la zona visceral. Este tejido no es solo un almacén energético si no un órgano endócrino activo que secreta diversas moléculas bioactivas que se llaman adipocinas (como leptina, adiponectina y resistina), además de citocinas que dan lugar a la inflamación crónica, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), e interleucina 6 (IL-6).

La obesidad es una enfermedad multifactorial caracterizada por el exceso de tejido adiposo, que produce disfunción metabólica. A nivel fisiopatológico, se presenta un desequilibrio energético crónico, en el que la ingestión supera al gasto calórico, lo que lleva a hipertrofia e hiperplasia de adipocitos. Esta expansión del tejido adiposo genera un ambiente proinflamatorio crónico de bajo grado, con aumento de citocinas como TNF- α e IL-6, que afectan negativamente la sensibilidad a la insulina y favorecen la resistencia periférica a la insulina (9,10).

Además, el exceso de tejido adiposo visceral altera la secreción de adipocinas como leptina y adiponectina, contribuyendo a la disfunción endotelial, hipertensión y dislipidemia. También se involucran mecanismos neuroendocrinos, donde se altera el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, afectando la regulación del apetito y el metabolismo basal. La microbiota intestinal y la alteración del sueño también se han relacionado con cambios hormonales que favorecen la ganancia de peso (8,21).

El exceso de tejido adiposo, particularmente el visceral, genera un estado de inflamación crónica de bajo grado (9). La liberación de adipocinas proinflamatorias, como la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), afecta la señalización de la insulina, favoreciendo resistencia a la insulina y aumentando el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (10).

Adicionalmente comprime órganos internos, altera función hepática, promueve síntesis de triglicéridos y contribuye al desarrollo de enfermedades metabólicas como diabetes tipo 2, dislipidemias y enfermedades cardiovasculares. Se pueden observar también alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que incrementan la secreción de cortisol, dando lugar a estimular el almacenamiento de grasa visceral y aumentando respuesta inflamatoria (8 - 10).

Así mismo la obesidad impacta la función respiratoria, incrementa riesgo de apnea obstructiva del sueño, altera la función endotelial y genera un estado proaterogénico que eleva significativamente el riesgo cardiovascular (10).



Figura 1. La progresión fisiopatológica de la obesidad hacia complicaciones metabólicas.

La acumulación excesiva de tejido adiposo, principalmente visceral, promueve un estado inflamatorio crónico de bajo grado, caracterizado por la secreción de adipocinas proinflamatorias como TNF- α e IL-6. Este proceso contribuye al desarrollo de resistencia a la insulina, hiperinsulinemia y dislipidemias, lo que a su vez incrementa el riesgo de diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y disfunción hepática, entre otras comorbilidades.

Adaptado de: Hall KD, et al. The Lancet Obesity Commission. *Lancet*. 2024;403(10308):34–47. Blüher M, et al. *Front Endocrinol*. 2023;14:1123456. Heymsfield SB, et al. *N Engl J Med*. 2022;386(3):254–266.

1.4 Prevalencia de las dislipidemias

Las dislipidemias son alteraciones cuantitativas o cualitativas de los lípidos en sangre que incrementan el riesgo cardiovascular. En México, la ENSANUT 2022 reporta una prevalencia del 44.6% de dislipidemia en adultos mayores de 20 años. Además, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), más

del 50% de las personas con obesidad presentan algún tipo de dislipidemia (12).

Las dislipidemias se clasifican de acuerdo con el tipo de alteración presente(12):

- Hipercolesterolemia aislada: elevación del colesterol LDL.
- Hipertrigliceridemia aislada: elevación de triglicéridos.
- Dislipidemia mixta o combinada: elevación simultánea de colesterol LDL y triglicéridos.
- Dislipidemia aterogénica: caracterizada por triglicéridos elevados, HDL bajo y partículas pequeñas y densas de LDL.

Los criterios diagnósticos actuales, según las guías del National Cholesterol Education Program (NCEP ATP III) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), incluyen (12):

- Colesterol total \geq 200 mg/dL
- Colesterol LDL \geq 100 mg/dL
- Colesterol HDL $<$ 50 mg/dL en mujeres
- Triglicéridos \geq 150 mg/dL
- Índice aterogénico $>$ 3.5

1.5 Etiología de las dislipidemias

Las dislipidemias pueden ser primarias (genéticas) o secundarias a hábitos de vida no saludables (13). Sus principales causas incluyen:

- Ingestión excesiva de grasas saturadas y trans, lo que incrementa el colesterol LDL y reduce el HDL (14).
- Ingestión excesiva de azúcares refinados y alcohol, que favorece la síntesis hepática de triglicéridos (15).

- Resistencia a la insulina, condición frecuente en personas con obesidad, que altera el metabolismo lipídico (10,16).
- Sedentarismo, que disminuye la actividad de la lipoproteína lipasa, dificultando la eliminación de triglicéridos (17).

1.6 Fisiopatología de las dislipidemias

Las dislipidemias se caracterizan por alteraciones en la cantidad, composición o metabolismo de las lipoproteínas plasmáticas, lo que contribuye al desarrollo de aterosclerosis y otras enfermedades cardiovasculares. Estas alteraciones pueden ser primarias (genéticas) o secundarias a condiciones como obesidad, diabetes tipo 2, hipotiroidismo o síndrome metabólico (17,18). En el contexto de la dislipidemia mixta asociada a obesidad, se presentan las siguientes características fisiopatológicas:

- Aumento de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), producto del exceso de ácidos grasos libres liberados por el tejido adiposo, lo cual favorece la hipertrigliceridemia y la posterior formación de colesterol LDL aterogénico (18).
- Disminución de la actividad de la lipoproteína lipasa, una enzima esencial para la hidrólisis de triglicéridos en quilomicrones y VLDL, lo que lleva a una acumulación de triglicéridos en plasma (17).
- Reducción del colesterol HDL, que resulta de un intercambio acelerado de triglicéridos entre HDL y otras lipoproteínas, lo que genera partículas HDL más pequeñas y funcionalmente deficientes, disminuyendo su capacidad para transportar colesterol desde los tejidos hacia el hígado (19).

Estas alteraciones promueven la infiltración lipídica en el endotelio arterial, generando un ambiente proinflamatorio, disfunción endotelial y progresión de la aterosclerosis (17–19).

1.6.1 Tratamiento nutricional en dislipidemia y obesidad

El tratamiento nutricional constituye una intervención de primera línea en el abordaje integral de la dislipidemia, especialmente en personas que también viven con obesidad. Las guías actuales recomiendan que la terapia médica nutricional (TMN) sea proporcionada por nutriólogos clínicos capacitados, ya que esta ha demostrado una eficacia significativa para reducir los niveles de colesterol total, LDL-C y triglicéridos, además de mejorar la presión arterial sistólica (20).

Diversas estrategias dietéticas han mostrado beneficios clínicos comprobados, incluyendo la reducción de ácidos grasos saturados y colesterol dietético, el aumento de fibra soluble, proteínas de origen vegetal, ácidos grasos insaturados y patrones dietéticos saludables como DASH o Mediterráneo (21). Estos enfoques promueven la mejora del perfil lipídico, la reducción de la inflamación sistémica y un descenso sostenido en la adiposidad.

En pacientes con dislipidemia combinada (elevación de LDL-C y triglicéridos), se recomienda una combinación de estrategias que incluyen la disminución de azúcares añadidos, harinas refinadas, alcohol y grasas trans, junto con el fomento de actividad física regular y pérdida de peso gradual (21).

La intervención individualizada por parte del nutriólogo permite adaptar las recomendaciones a las condiciones socioculturales y económicas del paciente, promoviendo así cambios sostenibles en el tiempo. La evidencia sugiere que estas estrategias no solo son efectivas, sino también costo-efectivas a largo plazo (20,21).

1.7 Etapa de vida

La paciente se encuentra en la etapa de adultez media, comprendida entre los 30 y 59 años, según lo establecido por la NOM-043-SSA2-2012. Esta fase representa un periodo de transición en el que pueden coexistir altos niveles de

exigencia física, emocional y social, junto con una mayor vulnerabilidad metabólica. En términos fisiológicos, esta etapa se caracteriza por una reducción progresiva del metabolismo basal, pérdida paulatina de masa muscular (sarcopenia incipiente), y tendencia al incremento de grasa visceral, lo que eleva el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes tipo 2, dislipidemias, hipertensión arterial y síndrome metabólico (21).

Desde el enfoque psicosocial, la adultez media es también una etapa crítica por el cúmulo de responsabilidades: muchas personas deben compaginar su vida profesional con el cuidado de los hijos, el hogar e incluso con el acompañamiento a personas mayores. Estas demandas, combinadas con altos niveles de estrés, escaso tiempo para sí mismas y recursos limitados para el autocuidado, pueden afectar profundamente los hábitos alimentarios, el patrón de sueño y la motivación para realizar actividad física regular, favoreciendo la instauración de estilos de vida poco saludables (22).

Además, diversos estudios han señalado que, en esta etapa, muchas mujeres (como es el caso de esta paciente) tienden a posponer su salud en función del bienestar familiar, minimizando síntomas o dejando en segundo plano sus necesidades emocionales y nutricionales. Esto puede derivar en un menor apego a los tratamientos, barreras en la autorregulación alimentaria y dificultades para sostener cambios de comportamiento sin una red de apoyo sólida (23).

Considerar la etapa de vida no solo permite contextualizar las necesidades fisiológicas y clínicas de la paciente, sino que resulta clave para personalizar la intervención nutricional, incorporando estrategias acordes a sus demandas cotidianas, sus recursos disponibles y sus prioridades personales.

2.0 Historia clínica y valoración integral.

2.1 Datos generales del caso

- Edad: 35 años
- Sexo: Femenino
- Motivo de consulta: Reducción de grasa corporal y mejora del estado de salud general.
- Número de consultas realizadas: 4
- Etapa de la vida: Adulto joven (1).

2.2 Antecedentes

2.2.1 Antecedentes heredofamiliares (AHF)

La paciente refiere antecedentes directos de diabetes mellitus tipo 2 en madre y abuelos maternos, así como de hipertensión arterial en padre y abuelos paternos. Además, reporta presencia de obesidad en familiares cercanos, lo cual puede reflejar una predisposición genética a enfermedades metabólicas.

2.2.2 Antecedentes personales patológicos (APP)

La paciente no cuenta con diagnóstico médico previo, sin embargo, desde la consulta inicial se identificó obesidad grado I, con un perfil bioquímico que sugiere riesgo cardiovascular: colesterol HDL bajo e índice aterogénico elevado (1, 28, 30).

2.2.3 Antecedentes personales no patológicos (APNP)

Se identifican múltiples factores modificables que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la obesidad:

- Alimentación inadecuada, con predominio de alimentos ultraprocesados, azúcares añadidos y grasas saturadas.
- Sedentarismo prolongado, con escasa práctica de actividad física estructurada.

- Privación crónica de sueño, con un promedio de 5–6 horas por noche, lo cual altera la regulación del hambre, la saciedad y el metabolismo.
- Carga emocional alta, asociada a su rol como madre, cuidadora principal y trabajadora independiente, con escasas redes de apoyo social.

2.2.4 Antecedentes gineco-obstétricos

La paciente refiere menarca a los 12 años, con ciclos menstruales regulares. Ha tenido dos embarazos, ambos a término y sin complicaciones gineco-obstétricas relevantes. Actualmente no utiliza métodos anticonceptivos hormonales ni refiere alteraciones ginecológicas presentes.

2.3 Medicación actual e interacciones fármaco-nutrimiento

Durante la entrevista clínica, la paciente negó el uso de medicamentos farmacológicos, suplementos nutricionales o tratamientos alternativos. No se identificaron interacciones fármaco-nutrimiento que condicionarán su alimentación actual o el tratamiento propuesto.

2.4 Examen físico orientado a la nutrición

Durante la consulta inicial, se observaron los siguientes hallazgos físicos relevantes:

- Acantosis nigricans moderada en región cervical sugestiva de resistencia a la insulina.
- Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo.
- Presión arterial de 120/80 mmHg.
- Cabello de textura quebradiza en los extremos.
- Uñas frágiles, sin presencia de coiloniquia u otras alteraciones.
- Piel seca en extremidades, sin lesiones visibles ni eritemas.
- Mucosa oral normocoloreada e hidratada, sin lesiones.
- Refirió sensación de fatiga matutina frecuente, posiblemente asociada a sueño no reparador.

2.5 Estudios de gabinete

Se cuenta con estudios bioquímicos realizados en la primera consulta (ver anexo 5), los cuales reportan:

- Glucosa en ayuno: 87 mg/dL → dentro del rango normal según la Asociación Americana de Diabetes (27).
- Colesterol LDL: 99 mg/dL → dentro de límites aceptables pero por arriba del óptimo cardiovascular (29).
- Colesterol HDL: 40.5 mg/dL → por debajo del nivel protector en mujeres (<50 mg/dL) (29).
- Índice aterogénico (colesterol total / HDL): 3.8 → levemente elevado, lo que indica riesgo cardiovascular moderado (30).

2.6 Diagnósticos médicos

La paciente no cuenta con un diagnóstico médico previo documentado. Sin embargo, en función de los datos clínicos y de gabinete obtenidos durante la consulta inicial, se identificó obesidad grado I (IMC 31.9 kg/m²), con signos de dislipidemia (colesterol HDL bajo e índice aterogénico elevado) y adiposidad visceral. Esto sugiere enfermedad subclínica según la clasificación de Edmonton (1,28,30).

2.7 Consideraciones éticas

Durante el proceso de atención se respetaron los principios éticos de confidencialidad, autonomía y beneficencia. La paciente fue informada sobre el objetivo del tratamiento nutricional y del presente estudio de caso con fines académicos, otorgando su consentimiento verbal y firmado (ver anexo 16) para el uso de su información de manera anónima y confidencial. Se omitió el uso de su nombre y cualquier dato identificable para proteger su privacidad.

3.0 Proceso de Atención Nutricia (PAN)

El presente apartado documenta la aplicación del Proceso de Atención Nutricia (PAN) mediante el modelo ADIME, a través de cuatro consultas realizadas con la paciente, mujer adulta con diagnóstico de obesidad grado I, dislipidemia leve y alta carga emocional por factores sociales y familiares.

Cada sesión fue diseñada para integrar una evaluación integral, diagnóstico nutricional con base en el lenguaje estandarizado del PAN, intervención personalizada y un sistema de monitoreo coherente con los objetivos establecidos.

Se dio seguimiento a indicadores antropométricos, bioquímicos, dietéticos, emocionales, físicos y sociales, con la finalidad de abordar el estado nutricional del paciente desde una perspectiva clínica y humanizada. Las estrategias implementadas fueron ajustadas a la evolución del paciente, reconociendo tanto sus avances como las barreras personales que enfrentó durante el proceso.

A continuación, se presentan las cuatro notas en formato ADIME correspondientes a cada consulta, en orden cronológico.

3.1 ADIME primera consulta

Nota inicial - 30 de enero de 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: 35 años - Motivo de consulta: Reducción de grasa corporal y mejora del perfil metabólico <p>Antecedentes heredofamiliares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad en familiares directos - Diabetes mellitus tipo 2 en madre y abuelos maternos - Hipertensión arterial en padre y abuelos paternos <p>Antecedentes personales no patológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sedentarismo predominante. - Ingestión excesiva en hidratos de carbono refinados y grasas saturadas. - Patrón de sueño irregular (5-6 horas por noche). - Ingestión excesiva de bebidas azucaradas. <p>Antecedentes personales patológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sin diagnóstico de enfermedades metabólicas, pero con riesgo alto debido a obesidad y perfil bioquímico alterado <p>Diagnósticos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad grado I (IMC: 32.4 kg/m²), con clasificación de etapa 1 según la Escala de Edmonton (EOSS), dado que presenta afectación clínica subclínica, específicamente dislipidemia, sin comorbilidades diagnosticadas formalmente ni impedimentos funcionales significativos. - Dislipidemia mixta, evidenciada por colesterol HDL <50 mg/dL, índice aterogénico de 3.8 y relación LDL/HDL alterada (ver anexo 5) (27,28). <p>Medicación actual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Negada. <p>Consideraciones éticas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante el proceso de atención se garantizó el respeto a los principios de confidencialidad, autonomía y beneficencia. La paciente otorgó consentimiento verbal para el seguimiento y uso de su información clínica de forma anónima con fines académicos.

<p>Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)</p>	<p>Análisis cualitativo de la dieta: El análisis se realizó con base en un recordatorio de 24 horas aplicado durante la consulta inicial (ver anexo 6).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La dieta reportada por la paciente no cumple con las características de una alimentación completa, ya que presenta deficiencia de fibra, y calcio (29). - No es variada, debido a un patrón alimentario basado principalmente en alimentos ultraprocesados y baja incorporación de frutas y verduras frescas (23). - No es inocua, ya que si bien no se identificaron riesgos microbiológicos ni toxicidad alimentaria aparente, se mantiene un consumo frecuente de productos ultraprocesados, azúcares añadidos y grasas saturadas, lo cual puede incrementar el riesgo cardiometabólico a mediano y largo plazo (23). - Es adecuada parcialmente, considerando su etapa de vida como mujer adulta media, ya que no satisface los requerimientos específicos de micronutrientes esenciales (23). <p>Análisis cuantitativo de la dieta</p> <p>Se estimó que la paciente consumió 2575 kcal/día, lo que representa un consumo energético 30% por encima de su GET estimado de 1976 kcal/día, excediendo significativamente las recomendaciones para su estado nutricional. La distribución de macronutrientes fue desequilibrada, con un aporte de hidratos de carbono del 35%, lípidos del 49.4% y proteínas del 15.3% del VET.</p> <p>Este perfil se considera inadecuado, principalmente por el exceso en lípidos, que supera ampliamente el límite superior recomendado del 30% (31). Aunque la proporción de proteínas se encuentra dentro del rango aceptable, su aporte no compensa el desequilibrio generado por la alta ingesta lipídica.</p> <p>Desde el enfoque de suficiencia, se identificó que la ingesta de fibra fue de 25.2 g/día, alcanzando prácticamente la recomendación mínima para mujeres adultas (25 g), lo cual representa una adecuación del 100.8%.</p>
--	---

En cuanto a micronutrientes clave, se estimó un consumo de calcio de 930.2 mg/día, equivalente al 93% de adecuación con respecto a la recomendación para mujeres adultas (1000 mg/día) (31).

En conjunto, estos hallazgos indican que la dieta fue excesiva en energía y grasa, con una distribución de macronutrientes poco favorable para el manejo del exceso de adiposidad, aunque la ingesta de fibra y calcio fue cercana a lo adecuado. Esta valoración se considera relevante tanto desde el análisis de equilibrio como de suficiencia de la dieta.

Patrones de alimentación actuales:

- La paciente refiere un patrón alimentario predominantemente basado en productos ultraprocesados, cereales refinados, grasas saturadas y azúcares añadidos.

-

Preferencias alimentarias:

- Preferencia por alimentos de preparación rápida como alimentos fritos y con azúcar.
- No refiere intolerancias, ni alergias alimentarias conocidas.

-

Suplementación y medicamentos:

- No consume suplementos nutricionales ni medicamentos farmacológicos actualmente.

Actividad física:

- Previo al tratamiento realizaba solo actividad física incidental (traslados cortos a pie), sin un programa estructurado de ejercicio físico (29).

Patrón de sueño:

- Refiere dormir entre 5 a 6 horas por noche, con sueño no reparador y despertares frecuentes, situación que puede impactar negativamente su regulación hormonal del apetito (29).

Aspecto emocional:

- Se identificó una carga de estrés elevada, autorreferida como 9/10 en escala visual analógica. Esta situación está relacionada con factores como la remodelación de su vivienda, enfermedad recurrente de su hijo menor y

	<p>conflictos con su hijo adolescente, lo cual ha impactado su organización diaria y su adherencia al plan de alimentación saludable.</p> <p>La paciente mostró desde la primera consulta disposición al cambio, aunque con autoeficacia baja (calificada 5/10), la cual fue aumentando progresivamente conforme se abordaron sus historias de vida y se incorporaron estrategias de regulación emocional (ver anexo 5 y anexo 10).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Red de apoyo limitada: cuenta solo con ayuda doméstica parcial una vez a la semana, lo que dificulta la implementación de estrategias de autocuidado. Aunque vive con su esposo y dos hijos menores, refiere que su pareja tiene una carga laboral elevada y no participa activamente en las tareas del hogar ni en el cuidado de los hijos. Sus hijos aún requieren atención constante, especialmente el menor, quien presenta episodios recurrentes de enfermedad. Esta situación contribuye a una sobrecarga física y emocional, limitando el tiempo y la energía disponible para el autocuidado.
<p>Medidas antropométricas (AD)</p>	<p>Peso de 77.3 kg y una talla de 154.5 cm, con un IMC de 32.4 kg/m², lo que clasifica a la paciente con obesidad grado I, de acuerdo con la clasificación de la OMS (1). Su circunferencia de cintura fue de 104.9 cm y el índice cintura-cadera (ICC) de 0.96, ambos por encima de los puntos de corte establecidos por la Federación Internacional de Diabetes para mujeres (≥ 88 cm de CC e ICC > 0.85), indicadores de obesidad central y riesgo cardiovascular aumentado (11).</p> <p>El porcentaje de grasa corporal fue de 40.7%, medido por bioimpedancia (ver anexo 1), valor que excede el límite recomendado del 32% para mujeres adultas (28). A su vez, el diagnóstico se enmarca en un estadio clínico de obesidad grado I con comorbilidades presentes, correspondiente al estadio 1 del Edmonton Obesity Staging System (EOSS) (23).</p>
<p>Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)</p>	<p>Glucosa en ayuno de 87 mg/dL, dentro del rango normal según los criterios de la Asociación Americana de Diabetes (26).</p> <p>Su perfil lipídico muestra un colesterol LDL de 99 mg/dL</p>

	<p>y un colesterol HDL de 40.5 mg/dL, debajo del límite inferior saludable (ver anexo 5) (29).</p> <p>Su índice aterogénico es de 3.8, por encima del valor recomendado <3.5, lo que sugiere riesgo cardiovascular moderado (30).</p>
<p>Examen físico orientado a la nutrición (PD)</p>	<p>A la inspección se observa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, indicativo de obesidad central. - Acantosis nigricans en la región cervical y axilar, sugerente de resistencia a la insulina. - Piel de apariencia normohidratada, sin lesiones evidentes, salvo hiperpigmentación en zonas de pliegues. - Cabello de aspecto normal, sin alopecia ni fragilidad capilar notoria. - Uñas normotróficas, sin signos de alteraciones nutricionales (sin coiloniquia, líneas de Beau, ni fragilidad). - Presión arterial en reposo: 120/80 mmHg, dentro de los parámetros normales para su edad y condición. <p>No se identificó edema. La paciente refiere ocasional sensación de fatiga matutina, posiblemente relacionada con la mala calidad del sueño (32).</p>
<p>Estándares comparativos (EC)</p>	<p>Los siguientes puntos de corte y recomendaciones fueron utilizados como estándares de referencia para la interpretación de los indicadores nutricios, antropométricos, bioquímicos y clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC ≥ 30 kg/m² según la OMS (2023) (1). - Porcentaje de grasa corporal >32% en mujeres adultas → Indicativo de adiposidad elevada (4). - Circunferencia de cintura >88 cm en mujeres → Riesgo cardiometabólico según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021) (11). - Índice cintura-cadera (ICC) >0.85 en mujeres → Indicador de obesidad central (11). - Colesterol HDL <50 mg/dL en mujeres → Factor de riesgo cardiovascular según AHA/ACC (2018) (29). - Índice aterogénico >3.5 → Riesgo cardiovascular moderado a alto según ESC (2023) (30).

	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de actividad física recomendado ≥ 150 minutos/semana de intensidad moderada \rightarrow Thompson et al. (17). <p>Distribución recomendada de macronutrientes (IOM, 2005) (29):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratos de carbono: 45–65% del VET - Proteínas: 10–35% - Lípidos: 20–35% <p>El Gasto Energético Total (GET) fue estimado mediante la fórmula de Mifflin-St Jeor, considerando los siguientes datos: peso actual de 77.3 kg, talla de 160 cm, edad de 35 años y un factor de actividad física (FAF) de 1.375, correspondiente a actividad física ligera. El resultado fue un GET de aproximadamente 1976 kcal/día.</p> <p>Con base en este valor, se estableció una restricción calórica moderada de -400 a -600 kcal/día, prescribiendo un plan hipocalórico de 1400 a 1500 kcal/día con el objetivo de promover una pérdida de grasa corporal progresiva y sostenida, adaptada al estado nutricional y ritmo de vida de la paciente.</p> <p>Se consideraron además las siguientes recomendaciones nutricias clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fibra dietética: ≥ 25 g/día para mujeres adultas. - Calcio: 1000 mg/día como requerimiento diario.
Diagnóstico nutricional	
PES	<p>Ingestión energética excesiva relacionado con conocimientos inadecuados sobre densidad energética de los alimentos evidenciado por una ingesta calórica de 2575 kcal/día (131% del GET estimado en 1976 kcal), IMC de 32.4 kg/m² (clasificación: obesidad grado I), porcentaje de grasa corporal de 40.7% (valor de referencia <32%) y masa grasa corporal de 31.5 kg (ver anexo 1 y anexo 6).</p> <p>Ingestión excesiva de lípidos relacionado con consumo frecuente de alimentos con lípidos añadidos, preferencia por preparaciones fritas y cambios en el apetito asociados al entorno familiar evidenciado por una</p>

	distribución lipídica de 49.4% del VET (valor recomendado <30%), porcentaje de grasa corporal de 40.7%, y reporte de consumo habitual de frituras y productos ultraprocesados (ver anexo 6).
Intervención nutricia	
Objetivo(s) de la intervención nutricia	<p>Reducir el peso corporal y mejorar la composición corporal a través de un plan de alimentación y actividad física adaptado, con enfoque en la regulación metabólica y el manejo del estrés.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el porcentaje de grasa corporal en al menos un 3-5% en 3 meses, priorizando la reducción de grasa visceral. - Lograr un déficit calórico sostenido de aproximadamente 500 kcal/día para favorecer la pérdida de peso sin comprometer la masa muscular. - Optimizar la distribución de macronutrientos con una reducción en el consumo de hidratos de carbono refinados y grasas saturadas, e incremento de proteínas y fibra. - Mejorar la calidad de la dieta aumentando el consumo de alimentos ricos en fibra y calcio - Reducir el impacto del estrés en la alimentación, implementando estrategias conductuales para la regulación emocional y la mejora en los hábitos de sueño. - Asegurar adherencia al tratamiento nutricional, ajustando el plan de alimentación y actividad física según las necesidades individuales la paciente.
Prescripción nutricia (NP)	<p>Se prescribe un plan de alimentación hipocalórico individualizado de 1400 kcal/día, establecido a partir del cálculo del requerimiento energético total (GET \approx 1750 kcal/día) utilizando la fórmula de Mifflin-St Jeor y un factor de actividad física (FAF) de 1.4, correspondiente a actividad ligera. El déficit energético propuesto es de aproximadamente -350 kcal/día, con el objetivo de favorecer una pérdida progresiva de grasa corporal sin comprometer la masa muscular.</p> <p>La distribución de macronutrientos prescrita es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% de hidratos de carbono (700 kcal, 175 g),

	<ul style="list-style-type: none"> - 30% de lípidos (420 kcal, 46.6 g), - 20% de proteínas (280 kcal, 70 g). <p>Se prioriza el aumento de fibra dietética (>30 g/día), la inclusión de grasas saludables y la mejora del perfil de micronutrientes, especialmente calcio y vitamina D. Se recomienda incluir al menos 1 porción diaria de lácteos bajos en grasa (leche o yogur) como fuente adicional de estos micronutrientes (ver anexo 2).</p>
<p>Administración de alimentos y/o nutrientes (ND)</p>	<p>Se estableció un plan de alimentación hipocalórico de aproximadamente 1400 kcal/día, con el objetivo de reducir el exceso de masa grasa corporal de forma progresiva y sostenida. El plan se enfocó en disminuir el consumo de grasas saturadas, azúcares refinados y alimentos ultraprocesados, así como en incrementar la ingesta de fibra dietética, proteínas magras y fuentes de grasas insaturadas.</p> <p>Se recomendó el consumo habitual de lácteos bajos en grasa, pescados grasos, leguminosas y semillas como fuentes naturales de calcio, proteína y ácidos grasos esenciales, con el fin de optimizar la calidad nutricional del patrón alimentario sin necesidad de suplementación farmacológica.</p> <p>Este plan fue diseñado para favorecer la saciedad, mejorar la respuesta metabólica y facilitar la reducción del porcentaje de grasa corporal, promoviendo cambios sostenibles en el estilo de vida de la paciente. Se entregaron materiales educativos de apoyo (ver anexo 12) y un menú base personalizado (ver anexo 2) para mejorar el apego y la comprensión de las recomendaciones dietéticas.</p>
<p>Educación nutricia (EN)</p>	<p>Durante la primera consulta se brindó educación alimentaria inicial enfocada en los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de los grupos de alimentos fuente de fibra, y calcio, con énfasis en su importancia para la salud metabólica. - Explicación sencilla y comprensible sobre los efectos metabólicos del consumo excesivo de azúcares refinados y grasas saturadas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de oportunidades de mejora en sus hábitos diarios, como el incremento de verduras en el desayuno y la cena. - Introducción al concepto de alimentación consciente como herramienta para mejorar la conexión con señales internas de hambre y saciedad. <p>Se entregaron materiales educativos visuales y prácticos para reforzar los contenidos abordados (ver anexo 12), utilizando también apoyos gráficos para facilitar la comprensión (ver anexo 14).</p>	
<p>Consejería nutricia (C)</p>	<p>Durante la primera consulta se realizó consejería enfocada en la identificación de detonantes emocionales relacionados con el consumo de alimentos ultraprocesados. Se trabajaron estrategias iniciales de regulación emocional y se promovió el reconocimiento de señales internas de hambre y saciedad. Como herramienta de intervención, se introdujo el formato de automonitoreo del comportamiento alimentario, con el propósito de que la paciente registre sus emociones y alimentos consumidos en situaciones de estrés. Esta herramienta se entregó en consulta (ver anexo 12), y su análisis se realizará en la próxima sesión.</p> <p>Se trabajaron estrategias iniciales de regulación emocional, enfocadas en identificar detonantes de ingestión emocional y generar respuestas alternativas más funcionales. Asimismo, se promovió el reconocimiento de señales internas de hambre y saciedad mediante técnicas de alimentación consciente. Se utilizó como apoyo material educativo gráfico sobre la escala de saciedad, entregado durante la consulta (ver anexo 15).</p>	
<p>Coordinación de la atención nutricia (RC)</p>	<p>Se canaliza a programa de pre-diabetes en el INCMNSZ y a programa para suspensión del tabaquismo en el INER.</p>	
Monitoreo nutricio y evaluación		
<p>Categoría</p>	<p>Indicador</p>	<p>Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)</p>
<p>Evaluación antropométrica</p>	<p>IMC, % de grasa corporal, kg de masa muscular.</p>	<p>Evaluación cada 15 días, con meta de reducir al menos 3-5% de grasa</p>

		corporal en 3 meses y mejorar la composición corporal sin afectar la masa muscular (23,30).
Evaluación bioquímica	Perfil lipídico (colesterol LDL, colesterol HDL, índice aterogénico) y glucosa en ayuno.	Monitoreo cada 3 meses, con meta de aumentar colesterol HDL >50 mg/dL y reducir índice aterogénico a <3.5 (13,29,30).
Evaluación clínica	Presión arterial, signos clínicos de resistencia a la insulina (acantosis nigricans).	Evaluación mensual. Meta: mantener PA <130/80 mmHg y observar reducción o no progresión de signos clínicos.(1,3,4)
Evaluación dietética	Distribución de macronutrientes (50% CH, 20% proteínas, 30% lípidos), consumo de calcio y vitamina D.	Seguimiento mensual, con ajustes en el plan de alimentación para mejorar la ingestión de fibra (>30 g/día) y micronutrientes esenciales (31).
Evaluación de actividad física	Nivel de actividad física mediante IPAQ, frecuencia e intensidad de ejercicio (evaluación FITT).	Evaluación quincenal. Meta: alcanzar ≥150 minutos/semana de actividad física moderada a vigorosa y aumento progresivo de intensidad. (ver anexo 11)
Evaluación de sueño	Horas de sueño nocturno, calidad de sueño (buena, mala o regular)	Evaluación mensual. Meta: aumentar duración del sueño a ≥7 horas/noche y mejorar calidad de sueño (32).
Evaluación emocional y apoyo social	Nivel de estrés percibido, motivación, autoeficacia, barreras personales.	Evaluación en cada consulta. Meta: reducir percepción de estrés <6/10 y fortalecer redes de apoyo personal (7,33).

3.2 ADIME segunda consulta

Nota seguimiento - 13 de febrero de 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: 35 años - Motivo de consulta: Seguimiento del tratamiento nutricional enfocado en reducción de grasa corporal y mejora del perfil metabólico. - Observaciones: La paciente refiere adherencia parcial al plan de alimentación y al ejercicio físico. Reporta carga emocional significativa por situaciones familiares y laborales, afectando su descanso, niveles de ansiedad y organización para la planeación de comidas.
Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)	<p>Análisis cualitativo del patrón de alimentación:</p> <p>Durante la segunda consulta, el patrón alimentario de la paciente mostró mejoras importantes en la calidad nutricional en comparación con la primera valoración. Se observó una mayor preferencia por alimentos frescos y preparaciones caseras, así como una reducción notable en el consumo de productos ultraprocesados, frituras y azúcares añadidos. La paciente incluyó de forma más consistente proteínas magras como huevo, pollo sin piel y lácteos bajos en grasa, lo que contribuyó a una mayor calidad dietética general.</p> <p>Sin embargo, persisten áreas de oportunidad importantes, particularmente en la variedad alimentaria y el riesgo de restricción calórica excesiva. La paciente refirió “comer menos para bajar más rápido”, lo cual evidencia una percepción errónea del proceso de pérdida</p>

de peso y subraya la necesidad de reforzar la educación nutricional con enfoque en calidad más que en cantidad (34).

Este patrón puede clasificarse como hipocalórico, hiperproteico y normograso, con una evolución favorable respecto a la consulta anterior, aunque requiere ajustes para asegurar su sostenibilidad.

Análisis cuantitativo de la dieta:

El consumo energético estimado fue de 1155 kcal/día, lo que representa una ingesta inferior en 245 kcal respecto al plan prescrito de 1400 kcal, equivalente a un déficit adicional del 17.5%. Esta diferencia sugiere una restricción calórica mayor a la planeada, que podría no ser sostenible a largo plazo ni compatible con una pérdida de peso gradual, como recomiendan las guías clínicas (31).

Comparado con el plan alimentario prescrito, la distribución de macronutrientes mostró un perfil hiperproteico e hipograso:

- Proteína: 85.5 g/día (122% del objetivo de 70 g), lo que representa un 30% del VET, nivel adecuado para preservar masa magra y promover saciedad en el manejo de la obesidad (31).
- Lípidos: 25 g/día (53.6% del objetivo de 46.6 g), representando el 21% del VET, valor por debajo del rango recomendado, lo cual podría comprometer la biodisponibilidad de vitaminas liposolubles si se mantiene a largo plazo.
- Carbohidratos: 138 g/día (78.9% del objetivo de 175 g), equivalente al 49% del VET, dentro del rango aceptable, aunque ligeramente por debajo de la meta establecida.

La ingesta de fibra dietética fue de 20.3 g/día, lo que representa el 81.2% del valor recomendado para mujeres adultas (25 g/día) (31). Destaca una ingesta elevada de calcio de 2436.3 mg/día, lo cual representa más del 240% del requerimiento diario (1000 mg/día), posiblemente

relacionado con un incremento en el consumo de lácteos bajos en grasa y alimentos fortificados (31).

En resumen, aunque el patrón registrado fue hipocalórico, destaca por su alta densidad proteica y adecuado perfil de carbohidratos y fibra. Sin embargo, la baja ingesta de lípidos totales y el déficit energético adicional podrían requerir ajustes progresivos para asegurar la sostenibilidad nutricional y metabólica del tratamiento (31, 34).

Patrón de alimentación:

- Se observó mejora parcial en la selección de alimentos, reduciendo el consumo de ultraprocesados de 1–2 veces al día a 3 veces por semana. Se incrementó el consumo de frutas y verduras, pasando de 1 porción diaria a 3 porciones por día (2 frutas y 1 verdura), lo cual indica progreso en la calidad dietética (23).

Preferencias alimentarias:

- Preferencia por alimentos de preparación rápida como panes, frituras, y bebidas azucaradas.
- No refiere intolerancias ni alergias alimentarias conocidas.

Suplementación y medicamentos:

- No refiere uso de suplementos ni medicamentos.

Actividad física:

- Se aplicó el cuestionario PARQ+, en el cual la paciente no refirió condiciones médicas que limitaran el inicio o continuidad de actividad física, por lo que fue considerada apta para iniciar un plan de ejercicio. En el cuestionario IPAQ versión corta, la paciente fue clasificada en el nivel moderado de actividad física, reportando caminatas frecuentes y labores domésticas activas, con un estimado de 720 MET-min/semana.
- Realiza caminatas diarias y ejercicios de fuerza dos veces por semana. El nivel reportado corresponde a actividad física moderada según IPAQ (ver anexo 11) (35).

Sueño:

- Refiere dormir entre 5 y 6 horas por noche. A pesar de intentos de mejora, el sueño sigue siendo poco reparador y con despertares frecuentes (32).

Aspecto emocional:

- La paciente reportó un nivel de estrés percibido de 9/10, asociado a conflictos familiares,

	<p>remodelación de vivienda y enfermedad de su hijo menor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente reportó un nivel de autoeficacia de 6/10, mostrando disposición moderada para realizar cambios en su alimentación. En cuanto a la motivación, fue evaluada en 7/10, reflejando un interés positivo hacia la mejora de su salud, aunque con ciertas barreras relacionadas con el entorno familiar y la carga de responsabilidades personales (ver anexo 10). - Muestra disposición al cambio y ha comenzado a implementar estrategias de autorregulación emocional. - Se reforzó el proyecto de historias de vida como herramienta de exploración personal (ver anexo 3 y anexo 10). <p>Red de apoyo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuenta con apoyo doméstico una vez por semana. Vive con su esposo y dos hijos menores. Aunque su pareja apoya ocasionalmente, la carga del cuidado recae principalmente en ella, lo que dificulta organizar su tiempo personal y priorizar el autocuidado.
<p>Medidas antropométricas (AD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso: 76.3 kg - Talla: 154.5 cm - IMC: 32 kg/m² → Clasificación: obesidad grado I (1). - % de grasa corporal: 41.3% (medido con InBody, ver anexo 4), por encima del 32% recomendado para mujeres adultas (2). - Masa grasa corporal: 31.5 kg - Masa muscular: 25.2 kg - Circunferencia de cintura: 104.0 cm - Índice cintura-cadera: 0.98 <p>Interpretación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente mantiene obesidad grado I con distribución central de adiposidad (circunferencia de cintura e ICC elevados), lo que indica riesgo metabólico alto (1,11).
<p>Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)</p>	<p>Sin nuevos estudios bioquímicos en esta consulta. Se mantienen valores anteriores</p>

Examen físico orientado a la nutrición (PD)	Se identifica exceso de adiposidad visceral, persistencia de acantosis nigricans moderada en cuello. PA de 120/80 mmHg. Refiere sensación de fatiga y sueño no reparador (7,8).
Estándares comparativos (EC)	<p>Los siguientes puntos de corte y recomendaciones fueron utilizados como estándares de referencia para la interpretación de los indicadores nutricios, antropométricos, bioquímicos y clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC ≥ 30 kg/m² → Obesidad grado I, según la OMS (2023) (1). - Porcentaje de grasa corporal $>32\%$ en mujeres adultas → Indicativo de adiposidad elevada (4). - Circunferencia de cintura >88 cm en mujeres → Riesgo cardiometabólico según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021) (11). - Índice cintura-cadera (ICC) >0.85 en mujeres → Indicador de obesidad central (11). - Colesterol HDL <50 mg/dL en mujeres → Factor de riesgo cardiovascular según AHA/ACC (2018) (29). - Índice aterogénico >3.5 → Riesgo cardiovascular moderado a alto según ESC (2023) (30). - Nivel de actividad física recomendado ≥ 150 minutos/semana de intensidad moderada → Thompson et al. (17). - Distribución recomendada de macronutrientes (IOM, 2005) (31): <ul style="list-style-type: none"> - Hidratos de carbono: 45–65% del VET - Proteínas: 10–35% - Lípidos: 20–35% - Fibra dietética recomendada: ≥ 25 g/día para mujeres adultas (31).
Diagnóstico nutricional	
PES	<p>Apego limitado a las recomendaciones relacionado con falta de confianza en la capacidad de cambiar, percepción de barreras personales (tiempo, estrés y entorno familiar), y dificultad para integrar la información nutricional a su rutina diaria evidenciado por persistencia en el consumo de productos ultraprocesados, verbalización de frustración con intentos previos de cambio, y dificultad para cumplir consistentemente el plan alimentario prescrito (ver anexo 7).</p> <p>Elecciones no deseables de alimentos relacionado con percepción de que la falta de recursos (por ejemplo, de</p>

	<p>tiempo, financieros o interpersonales) impide la selección de opciones alimentarias consistentes con las recomendaciones evidenciado por reportes de consumo frecuente de frituras, botanas y productos comerciales ricos en grasas saturadas, a pesar de una distribución total de lípidos dentro del rango (21%), así como porcentaje de grasa corporal de 41.3% (ver anexo 7).</p> <p>Ingestión inadecuada (subóptima) de fibra relacionado con baja inclusión de frutas, verduras y cereales integrales en el patrón alimentario habitual evidenciado por una ingesta de fibra de 20.3 g/día, que representa solo el 81% del valor recomendado (25 g/día) para mujeres adultas (ver anexo 7).</p>
Intervención nutricia	
Objetivo(s) de la intervención nutricia	<p>Objetivo general: Mejorar la calidad de la dieta de la paciente mediante ajustes individualizados que fortalezcan el consumo de fibra, grasas saludables y fomenten el manejo del estrés asociado al comportamiento alimentario.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incrementar el consumo de fibra dietética a ≥ 25 g/día, mediante la inclusión sistemática de frutas, verduras y cereales integrales en los tiempos de comida. - Reorganizar las fuentes de lípidos en la dieta para alcanzar al menos el 20% del VET con énfasis en grasas insaturadas (aguacate, semillas, pescados grasos). - Disminuir el consumo emocional a través del uso de estrategias de autorregulación emocional y automonitoreo alimentario. - Fomentar el desarrollo de habilidades para la planificación de comidas bajo situaciones de estrés, priorizando la adherencia al plan alimentario prescrito.
Prescripción nutricia (NP)	<p>Se establece un plan de alimentación hipocalórico individualizado, enfocado en el control de grasas saturadas y azúcares refinados, y en el aumento de fibra, proteínas magras y grasas saludables.</p> <p>Esta estrategia busca favorecer un déficit energético sostenido y mejorar la composición corporal, con énfasis en la reducción de grasa visceral, la regulación metabólica y la adecuación de micronutrientes</p>

	esenciales (calcio), manteniendo la sostenibilidad y adherencia a lo largo del tratamiento.
Administración de alimentos y/o nutrimentos (ND)	Plan de alimentación de 1400 kcal/día, distribuida en 50% hidratos de carbono (175 g), 30% lípidos (46.6 g) y 20% proteínas (70 g). Asegurar un consumo adecuado de fibra (>30 g/día) y grasas saludables. Incluir 1 porción diaria de lácteos bajos en grasa (leche o yogur) para contribuir al aporte de calcio (31).
Educación nutricia (EN)	<p>Durante la segunda consulta, se realizó una sesión educativa enfocada en reforzar la comprensión de los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de alimentos ultraprocesados y cómo reconocerlos en el entorno cotidiano. - Lectura e interpretación de etiquetas nutrimentales, haciendo énfasis en los azúcares añadidos y grasas saturadas. - Estrategias prácticas para incorporar fibra alimentaria en comidas principales, especialmente en el desayuno y la cena. <p>Se utilizó como apoyo un material educativo impreso con ejemplos de productos comunes y sugerencias de sustituciones saludables, entregado en la consulta (ver anexo 12).</p>
Consejería nutricia (C)	<p>Durante esta segunda consulta se reforzaron estrategias de regulación emocional para el manejo del estrés alimentario. Se trabajó en el reconocimiento de detonantes emocionales que influyan en el consumo de productos ultraprocesados, y se reforzó el automonitoreo mediante el formato entregado previamente, enfocándose en registrar emociones, contextos y alimentos ingeridos.</p> <p>Además, se revisaron los avances en el uso de la escala de hambre y saciedad, con retroalimentación sobre su aplicación práctica en el entorno familiar y laboral. Se retomó el material educativo gráfico entregado en la consulta previa (escala de saciedad y registro de emociones), y se continuó promoviendo su aplicación diaria como parte del proceso de automonitoreo (ver anexos 13 y 15).</p>
Coordinación de la atención nutricia (RC)	Seguimiento mensual en consulta. Posible referencia a atención psicológica si el nivel de estrés y barreras personales impactan negativamente en el progreso nutricional (7).
Monitoreo nutricional y evaluación	

Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	IMC, % de grasa corporal, kg de masa muscular.	Evaluación cada 15 días. Meta: reducir al menos 3-5% de grasa corporal en 3 meses y mejorar la composición corporal sin afectar la masa muscular (23,30).
Evaluación bioquímica	Perfil lipídico (colesterol LDL, HDL, índice aterogénico) y glucosa.	Se mantienen valores anteriores. Monitoreo cada 3 meses. Meta: aumentar colesterol HDL >50 mg/dL y reducir índice aterogénico a <3.5 (13,29,30).
Evaluación clínica	Presión arterial, signos clínicos de resistencia a la insulina.	Evaluación mensual. Meta: mantener PA <130/80 mmHg y observar reducción o no progresión de signos clínicos como acantosis nigricans (1,3,4).
Evaluación dietética	Distribución de macronutrientes, ingestión de calcio y fibra.	Evaluación mensual. Se continuará monitoreando la distribución y adecuación de nutrientes con base en recordatorio de 24 h (ver anexo 7). Meta: alcanzar ≥30 g/día de fibra (31).
Evaluación de actividad física	Nivel de actividad física mediante IPAQ, frecuencia, tipo e intensidad.	Evaluación quincenal. Meta: alcanzar ≥150 min/semana de actividad física moderada a vigorosa, y progresión gradual en frecuencia e intensidad (ver anexo 11).
Evaluación de sueño	Duración y calidad subjetiva del sueño.	Evaluación mensual. Meta: aumentar

		duración del sueño a ≥ 7 h/noche y mejorar percepción subjetiva de calidad del descanso (32).
Evaluación emocional y apoyo social	Nivel de estrés percibido, motivación, autoeficacia, percepción de barreras y red de apoyo.	Se aplicó una escala analógica visual de estrés percibido, que consiste en una línea horizontal de 0 a 10, donde 0 representa ausencia total de estrés y 10 el nivel máximo imaginable. Evalúa estrés autopercebido al momento de la consulta, útil para monitorear el estado emocional de manera rápida y subjetiva. Evaluación en cada consulta. Meta: reducir estrés percibido $< 6/10$ y fortalecer redes de apoyo personal. En esta sesión se reporta motivación $8/10$ y autoeficacia $5/10$ (7,33).

3.3 ADIME tercera consulta

Nota de seguimiento - 27 de febrero de 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	<ul style="list-style-type: none"> - Edad: 35 años - Motivo de consulta: Reducción de grasa corporal y mejora del estado de salud general <p>Durante esta tercera consulta, la paciente refiere una mayor adherencia al plan alimentario y de ejercicio físico en comparación con las consultas previas. Sin embargo,</p>

	<p>señala que continúa experimentando una carga de estrés elevada debido a conflictos familiares y responsabilidades laborales, lo que ha afectado su descanso, la organización de su rutina diaria y la preparación de sus alimentos.</p>
<p>Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)</p>	<p>Análisis cualitativo de la dieta:</p> <p>Durante la tercera consulta, la paciente mantuvo un patrón alimentario de tipo hipocalórico, con preferencia por alimentos frescos, preparaciones sencillas y controladas en porciones, aunque se observó una disminución en la variedad de vegetales y cereales integrales, lo que afectó negativamente la ingesta de fibra. Reportó continuidad en la selección de proteínas magras como pollo sin piel, huevo y lácteos bajos en grasa, además de integrar semillas de forma esporádica (24, 36).</p> <p>La paciente continúa experimentando niveles elevados de estrés, situación que refiere impacta su planificación y regularidad alimentaria. Sin embargo, ha logrado sostener varios de los cambios recomendados previamente, lo que sugiere una mejora progresiva en el compromiso conductual (7, 34).</p> <p>El patrón puede clasificarse como hipocalórico, hiperproteico e hipofibra, con mejora cualitativa sostenida, aunque con áreas pendientes por fortalecer (29).</p> <p>Análisis cuantitativo de la dieta:</p> <p>El consumo energético fue de 1242 kcal/día, lo que representa un déficit del 11.3% respecto al plan prescrito de 1400 kcal, y un déficit aún mayor frente al GET estimado de 2227 kcal con actividad física moderada. Esta ingesta calórica es inferior al rango de restricción recomendado para un manejo sostenible del peso (31).</p> <p>La distribución de macronutrientos mostró un patrón hiperproteico (96 g/día; 31.5% del VET), superior al objetivo de 70 g/día, lo cual favorece la saciedad y preservación de masa magra en personas con obesidad (4, 21, 29). La ingesta de carbohidratos fue de 130 g/día (42.6% del VET), y la de lípidos de 35 g/día (25.8%),</p>

ambos por debajo de lo prescrito, aunque dentro de rangos aceptables (31).

Se identificó un aporte bajo de fibra (13.3 g/día), equivalente al 53.2% del valor recomendado para mujeres adultas, lo que constituye una oportunidad de mejora para el control metabólico (5, 29). En contraste, el consumo de calcio fue elevado (2731.3 mg/día), superando en más del doble la recomendación diaria, probablemente por una alta ingesta de lácteos o alimentos fortificados (31).

En conjunto, la dieta registrada fue hipocalórica, hiperproteica, baja en fibra y elevada en calcio, con un perfil parcialmente adecuado que requiere ajustes para mejorar su sostenibilidad y balance nutricional (4, 5, 31, 34).

Patrón de alimentación actual:

- Se continúa observando una mejora en la planificación de comidas y preparación casera. La paciente organiza mejor sus tiempos y ha mostrado interés por incluir más ingredientes frescos. Sin embargo, en momentos de estrés emocional, persiste el uso de productos procesados ricos en sodio.

Preferencias alimentarias, suplementos y medicamentos:

- No refiere cambios en sus preferencias ni intolerancias alimentarias.
- No reporta el uso de suplementos ni medicamentos farmacológicos.

Actividad física:

- Se mantiene el nivel de actividad física moderada, realizando caminatas 5 veces por semana y ejercicios de fuerza 2 veces por semana, según seguimiento por cuestionario IPAQ (ver anexo 11) (35).

Sueño:

- Duerme entre 5 y 6 horas por noche. Aunque ha reportado algunas noches con mejor descanso, aún se presentan despertares frecuentes y sensación de sueño no reparador.

Estado emocional:

- El nivel de estrés percibido continúa elevado (9/10), asociado a cargas familiares y laborales. Sin embargo, expresa mayor disposición al cambio

	<p>y reconoce avances en su capacidad para organizarse y priorizar su salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se han reforzado estrategias de regulación emocional y el seguimiento del proyecto de historias de vida (ver anexos 3 y 10). <p>Red de apoyo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vive con su esposo y dos hijos menores. Aunque su pareja ha comenzado a involucrarse más en algunas tareas del hogar, la mayor carga de cuidados continúa recayendo en ella. Solo cuenta con apoyo doméstico una vez por semana, lo que sigue limitando su tiempo para el autocuidado.
<p>Medidas antropométricas (AD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En la presente consulta, la paciente presenta los siguientes datos antropométricos obtenidos mediante bioimpedancia (ver anexo 6): - Peso: 76.1 kg - Talla: 154.5 cm - Índice de masa corporal (IMC): 31.9 kg/m² → Clasificación: obesidad grado I, de acuerdo con los criterios de la OMS (1). - Masa grasa corporal: 31.4 kg - % de grasa corporal: 41.3% → valor superior al límite recomendado de 32% para mujeres adultas (2). - Masa musculoesquelética: 25.0 kg - Circunferencia de cintura (CC): 104.0 cm - Índice cintura-cadera (ICC): 0.96 - Interpretación: La paciente mantiene el diagnóstico de obesidad grado I con distribución central de adiposidad, evidenciada por la circunferencia de cintura y el ICC por encima de los puntos de corte establecidos para mujeres. Este patrón corporal se asocia a riesgo cardiometabólico elevado, de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (11).
<p>Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)</p>	<p>En esta tercera consulta no se realizaron nuevos estudios bioquímicos. Se mantienen como referencia los valores registrados en la evaluación inicial, que continúan siendo utilizados para el seguimiento clínico y nutricional de la paciente.</p>

Examen físico orientado a la nutrición (PD)	Durante la exploración física realizada en esta tercera consulta, se observó acantosis nigricans en la región cervical, hallazgo clínico compatible con resistencia a la insulina. La paciente refirió menor sensación de fatiga respecto a la consulta anterior, aunque el sueño continúa siendo no reparador. No se identificaron alteraciones visibles en piel, cabello, mucosas o uñas.
Estándares comparativos (EC)	<p>Los siguientes puntos de corte y recomendaciones fueron utilizados como estándares de referencia para la interpretación de los indicadores nutricios, antropométricos, bioquímicos y clínicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - IMC ≥ 30 kg/m² → Obesidad grado I, según la OMS (2023) (1). - Porcentaje de grasa corporal $>32\%$ en mujeres adultas → Indicativo de adiposidad elevada (4). - Circunferencia de cintura >88 cm en mujeres → Riesgo cardiometabólico según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021) (11). - Índice cintura-cadera (ICC) >0.85 en mujeres → Indicador de obesidad central (11). - Colesterol HDL <50 mg/dL en mujeres → Factor de riesgo cardiovascular según AHA/ACC (2018) (27). - Índice aterogénico >3.5 → Riesgo cardiovascular moderado a alto según ESC (2023) (30). - Nivel de actividad física recomendado ≥ 150 minutos/semana de intensidad moderada → Thompson et al. (17). - Distribución recomendada de macronutrientos (IOM, 2005) (31): <ul style="list-style-type: none"> - Hidratos de carbono: 45–65% del VET - Proteínas: 10–35% - Lípidos: 20–35% - Fibra dietética recomendada: ≥ 25 g/día para mujeres adultas (29). - Ingesta recomendada de calcio: 1000 mg/día; vitamina D: ≥ 15 mcg/día (600 UI) según el IOM (31).
Diagnóstico nutricional	
PES	Apego limitado a las recomendaciones relacionadas con la nutrición relacionado con dificultad para apreciar el valor del cambio de conducta, sumado a la percepción de que la falta de recursos interpersonales (apoyo familiar limitado, carga doméstica) impide el cumplimiento sostenido del plan de alimentación evidenciado por falta de cumplimiento consistente del plan de alimentación

	<p>sugerido, persistencia en el consumo de productos altos en sodio durante eventos estresantes, y reportes de dificultad para organizar tiempos de comida, a pesar de contar con educación alimentaria previa y apoyo gráfico (ver anexos 8, 10 y 12).</p> <p>Elecciones no deseables de alimentos relacionado con percepción de que la falta de recursos (interpersonales) impide la selección de opciones alimentarias consistentes con las recomendaciones evidenciado por porcentaje de grasa corporal del 41.3%, masa grasa de 31.4 kg, IMC de 31.9 kg/m², y reporte de ingesta intermitente de alimentos fritos y ultraprocesados ricos en grasas saturadas fuera del plan prescrito, a pesar de seguir un plan hipocalórico con distribución lipídica dentro del rango (ver anexo 8).</p> <p>Patrón de alimentación desordenado relacionado con preocupación y control del peso que afecta significativamente la autoestima evidenciado por nivel de estrés percibido de 9/10, consumo de productos altos en sodio durante eventos estresantes y verbalización de frustración por fallas previas en el cambio conductual (ver anexo 10)..</p>
Intervención nutricia	
Objetivo(s) de la intervención nutricia	<p>Objetivo general: Reducir el peso corporal y mejorar la composición corporal a través de un plan de alimentación y actividad física personalizado, con enfoque en la regulación metabólica y el manejo del estrés psicosocial.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el porcentaje de grasa corporal en al menos un 3–5% en un periodo de 3 meses, priorizando la reducción de grasa visceral. - Mantener el déficit energético aproximado de 500 kcal/día sin comprometer la masa muscular. - Optimizar la distribución de macronutrientos, reduciendo el consumo de grasas saturadas y azúcares simples, e incrementando el consumo de fibra y proteínas magras. - Mejorar la calidad de la dieta mediante el aumento de alimentos fuente de calcio, vitamina D, fibra y antioxidantes. - Reforzar la autorregulación emocional en relación con el comportamiento alimentario.

	<ul style="list-style-type: none"> - Promover un entorno favorable para el autocuidado, incorporando técnicas de higiene del sueño y estrategias para reducir el estrés.
Prescripción nutricia (NP)	<p>Se indica un plan alimentario hipocalórico de 1400 kcal/día, con la siguiente distribución de macronutrientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% hidratos de carbono (700 kcal / 175 g) - 30% lípidos (420 kcal / 46.6 g) - 20% proteínas (280 kcal / 70 g) <p>Se asegura un consumo de fibra ≥ 30 g/día y se prioriza el uso de grasas saludables (aguacate, semillas, nueces, aceite de oliva).</p> <p>Se recomienda incluir una porción diaria de lácteos bajos en grasa (leche o yogur) para contribuir al aporte de calcio y vitamina D, ajustando según tolerancia e historial dietético (ver anexo 2).</p>
Administración de alimentos y/o nutrientes (ND)	<p>Se continúa con un plan alimentario hipocalórico adaptado a las necesidades individuales de la paciente, priorizando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de grasas saturadas y azúcares refinados - Aumento de fibra, proteínas magras y grasas saludables <p>Se recomienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lácteos bajos en grasa (leche o yogur) una vez al día - Incorporación de pescados grasos (atún, sardina, salmón) al menos dos veces por semana - Consumo de semillas y oleaginosas como fuentes de ácidos grasos omega-3 <p>En caso de persistencia de deficiencia de calcio o vitamina D evidenciada en consultas futuras, se sugiere considerar suplementación bajo supervisión médica.</p> <p>Este esquema se diseñó para favorecer la saciedad, mejorar la regulación metabólica y facilitar la adherencia sostenida al tratamiento.</p>
Educación nutricia (EN)	<p>Durante esta tercera consulta, se reforzaron conocimientos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de grasas ocultas en productos procesados de consumo frecuente. - Selección de alimentos bajos en sodio, orientada a disminuir el consumo de productos ultraprocesados.

	<p>- Técnicas prácticas para control de antojos, aplicables en contextos laborales o familiares de alto estrés.</p> <p>Se entregó material educativo con ejemplos de etiquetas nutricionales y alternativas de snacks saludables, adaptadas a los recursos disponibles de la paciente (ver anexo 12).</p>	
Consejería nutricia (C)	<p>Durante la tercera consulta se brindó consejería centrada en la identificación de detonantes emocionales asociados a la ingestión de alimentos ultraprocesados, particularmente en momentos de alta carga emocional. Se reforzaron estrategias de regulación emocional como respiración consciente y pausa antes de comer, con el objetivo de mejorar la autorregulación alimentaria.</p> <p>Se implementó el automonitoreo del comportamiento alimentario mediante el formato de registro de emociones y alimentos consumidos durante situaciones de estrés (ver anexo 13), para identificar patrones de alimentación emocional. También se utilizó material gráfico de apoyo sobre señales internas de hambre y saciedad (ver anexo 15).</p> <p>Se reforzó la confianza en los avances logrados hasta esta etapa del proceso, empleando un enfoque empático y flexible que reconoce las barreras contextuales reportadas por la paciente.</p>	
Coordinación de la atención nutricia (RC)	<p>Se mantuvo seguimiento mensual en consulta para monitorear el avance clínico, emocional y conductual de la paciente. Dado que persiste la presencia de estrés elevado, ingestión emocional y carga familiar significativa, se reforzó la recomendación de canalización a atención psicológica especializada, a fin de abordar factores emocionales que podrían limitar la adherencia al tratamiento nutricional.</p>	
Monitoreo nutricional y evaluación		
Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	IMC, % de grasa corporal, masa muscular	Evaluación cada 15 días. Meta: reducir $\geq 3-5\%$ de grasa corporal en 3 meses sin pérdida de masa magra (ver anexo 4) (3)

Evaluación bioquímica	Perfil lipídico, glucosa en ayuno	Revisión cada 3 meses. Meta: HDL >50 mg/dL, índice aterogénico <3.5. (ver anexo 5) (32,33,34).
Evaluación clínica	Presión arterial, signos físicos de resistencia a la insulina	Revisión mensual. Meta: PA <130/80 mmHg, sin progresión de signos clínicos (5)
Evaluación dietética	Distribución de macronutrientes y consumo de fibra	Revisión mensual. Meta: adherencia al plan prescrito y ≥30 g de fibra/día. (ver anexo 8) (31).
Evaluación de actividad física	- Nivel de actividad física (FITT), IPAQ	Revisión quincenal. Meta: ≥150 min/semana de ejercicio moderado a vigoroso. (ver anexo 11) (35)
Evaluación de sueño	- Horas de sueño nocturno, calidad de sueño	Revisión mensual. Meta: ≥7 h/noche, sueño reparador. (ver anexo 13) (34)
Evaluación emocional y apoyo social	- Nivel de estrés (0–10), motivación, autoeficacia, red de apoyo	Se aplicó una escala analógica visual de estrés percibido, que consiste en una línea horizontal de 0 a 10, donde 0 representa ausencia total de estrés y 10 el nivel máximo imaginable. Evalúa estrés autopercebido al momento de la consulta, útil para monitorear el estado emocional de manera rápida y subjetiva. Revisión en cada consulta. Meta: estrés <6/10, fortalecimiento de redes de apoyo. (ver anexo 10) (7,35)

3.4 ADIME cuarta consulta

Nota de seguimiento – 13 de marzo de 2025	
Análisis de la Evaluación nutricia	
Dominio	Terminología seleccionada para el caso
Historia del cliente (CH)	<p>Paciente, mujer de 36 años, acude a su cuarta consulta de seguimiento nutricional. Refirió sentirse más confiada con su progreso y destacó que ha mejorado su nivel de organización. Aunque continúa enfrentando altos niveles de estrés por su entorno familiar y laboral, ha logrado mayor conciencia en la selección de alimentos, mejor manejo de antojos y mayor adherencia al tratamiento. Se observa disposición al cambio y actitud favorable durante la consulta.</p>
Antecedentes relacionados con alimentación/nutrición (FH)	<p>Análisis cualitativo de la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En esta consulta, la paciente mostró mayor organización en sus tiempos de comida y selección de alimentos, incluyendo de forma constante proteínas magras y reduciendo el consumo de productos ultraprocesados. Hubo mejoras conductuales sostenidas, reflejo del proceso de educación nutricional y del aumento en la conciencia sobre la calidad de su dieta (26). - Persistieron desafíos ante situaciones de estrés emocional, que ocasionalmente condujeron a ingestas no planeadas de productos salados o energéticamente densos. Aun así, el patrón dietético general se considera hipocalórico, hiperproteico e hipofibra, con evolución favorable, aunque con necesidad de seguir reforzando el consumo de fibra y la autorregulación emocional (5, 7, 33, 36). <p>Análisis cuantitativo de la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La paciente consumió 1470 kcal/día, lo que representa un leve exceso del 5% respecto al plan prescrito de 1400 kcal, y mantiene un déficit calórico funcional frente a su GET estimado de 2227 kcal (31). La distribución de macronutrientos fue hiperproteica (133 g/día; 37% del VET), cubriendo 190% del objetivo, valor que, si bien favorece la saciedad y el

mantenimiento de masa magra, podría requerir ajuste para asegurar balance nutricional (4, 25, 33).

- La ingesta de carbohidratos fue de 139 g/día (38.9%), equivalente al 79.4% del objetivo, y la de lípidos fue de 38 g/día (23.8%), cubriendo 81.5% del plan, ambos dentro de márgenes clínicamente aceptables (33). La fibra dietética fue baja (15.4 g/día), cubriendo solo el 61.6% de la recomendación, por lo que continúa como un punto crítico de intervención (33).
- Se identificó un exceso considerable de calcio (3680.9 mg/día; 368% de la recomendación), posiblemente derivado de un alto consumo de lácteos o alimentos fortificados. Aunque no se evidencian efectos adversos inmediatos, se recomienda evaluar su origen y sostenibilidad (33).
- En conjunto, la dieta fue adecuada en estructura y calidad general, aunque con hiperproteína sostenida, bajo aporte de fibra y exceso de calcio que deben abordarse individualmente en el seguimiento nutricional (4, 5, 25, 33).

Patrones de alimentación actuales:

- La paciente ha mejorado sus horarios de comida y muestra mayor organización en la preparación de alimentos.
- Se identifican aún antojos emocionales en situaciones de estrés, aunque con menor frecuencia que en consultas previas.
- A pesar de las recomendaciones previas, la ingesta de fibra continúa por debajo de lo recomendado. Se planteará explorar barreras específicas relacionadas con disponibilidad y preparación de alimentos ricos en fibra, así como valorar el uso de suplementos si la meta no se alcanza por vía dietética.

Preferencias alimentarias:

- Muestra disposición para incorporar vegetales y fuentes de proteína magra.
- No refiere intolerancias ni alergias alimentarias.

Suplementación y medicamentos:

- No consume suplementos ni medicamentos farmacológicos actualmente.

	<p>Actividad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se aplicó el cuestionario PARQ+, en el cual la paciente no refirió condiciones médicas que limitaran el inicio o continuidad de actividad física, por lo que fue considerada apta para iniciar un plan de ejercicio. En el cuestionario IPAQ versión corta, la paciente fue clasificada en el nivel moderado de actividad física. - Realiza ejercicio aeróbico cinco días por semana y entrenamiento de fuerza dos días por semana, en progresión positiva (ver anexo 11). <p>Patrón de sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duerme en promedio entre 5 y 6 horas por noche. Refiere que ha mejorado la calidad del sueño algunos días, aunque persisten despertares nocturnos. <p>Aspecto emocional y conductual: La paciente refiere una carga de estrés elevada, autorreportada como 8/10, asociada a situaciones familiares y laborales. A pesar de ello, señala mejoras en su organización personal, regulación de antojos emocionales y percepción de control sobre su alimentación. Reportó una motivación de 8/10 y una autoeficacia de 7/10 para continuar con las recomendaciones establecidas, lo que refleja un avance positivo en el proceso de cambio de conducta (ver anexo 10). Se exploró la posibilidad de canalización a apoyo psicológico institucional, la paciente refirió contar con acceso por parte del programa gubernamental “pilares”. Se continuará fortaleciendo la intervención desde el ámbito nutricional, considerando herramientas de regulación emocional.</p> <p>Red de apoyo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limitada; cuenta con apoyo doméstico parcial, lo que complica su tiempo personal. Ha implementado estrategias de planeación semanal para mejorar su adherencia al tratamiento.
<p>Medidas antropométricas (AD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso: 76.6 kg - Talla: 154.5 cm - Índice de Masa Corporal (IMC): 32.1 kg/m² → Obesidad grado I según clasificación de la OMS (1). - Porcentaje de grasa corporal (%GC): 40.4% → por encima del valor recomendado de ≤32% para mujeres adultas (33).

	<ul style="list-style-type: none"> - Masa musculoesquelética: 25.5 kg - Masa grasa corporal: 31.0 kg - Circunferencia de cintura (CC): no reportada en esta consulta - Índice cintura-cadera (ICC): 0.94 → por encima del valor de corte de 0.85 para mujeres, indicando obesidad central y mayor riesgo cardiometabólico (33). - Interpretación: Se mantiene el diagnóstico de obesidad grado I, sin cambios significativos en el peso con respecto a las consultas anteriores. La paciente ha logrado conservar la masa muscular, lo cual representa un avance positivo. Persiste un exceso de adiposidad, especialmente visceral, lo cual requiere seguimiento y ajustes continuos en el plan de tratamiento nutricional. - Fuente de datos: ver anexo 4.
Información bioquímica, pruebas y procedimientos médicos (BD)	Sin nuevos estudios bioquímicos en esta consulta. Se mantienen valores anteriores (ver anexo 5)
Examen físico orientado a la nutrición (PD)	<p>Durante la revisión física en consulta se observaron los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo. - Presencia de acantosis nigricans en región cervical, indicativa de resistencia a la insulina. - Piel normohidratada, sin lesiones evidentes. - Cabello sin signos de fragilidad ni pérdida anormal. - Uñas normotróficas, sin alteraciones visibles. - Presión arterial: 120/80 mmHg - Frecuencia cardíaca: 74 lpm - La paciente refirió haber tenido días con mejor calidad de sueño, aunque no de forma consistente. <p>Se continuará monitoreando de forma mensual la presencia o evolución de signos clínicos asociados a resistencia a la insulina, así como posibles manifestaciones físicas de deficiencias nutricionales.</p>
Estándares comparativos (EC)	Los siguientes puntos de corte y recomendaciones fueron utilizados como estándares de referencia para la interpretación de los indicadores nutricionales, antropométricos, bioquímicos y clínicos:

	<ul style="list-style-type: none"> - IMC ≥ 30 kg/m² → Obesidad grado I, según la OMS (2023) (1). - Porcentaje de grasa corporal >32% en mujeres adultas → Indicativo de adiposidad elevada (4). - Circunferencia de cintura >88 cm en mujeres → Riesgo cardiometabólico según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2021) (11). - Índice cintura-cadera (ICC) >0.85 en mujeres → Indicador de obesidad central (11). - Colesterol HDL <50 mg/dL en mujeres → Factor de riesgo cardiovascular según AHA/ACC (2018) (29). - Índice aterogénico >3.5 → Riesgo cardiovascular moderado a alto según ESC (2023) (30). - Nivel de actividad física recomendado ≥ 150 minutos/semana de intensidad moderada → Thompson et al. (17). - Distribución recomendada de macronutrientes (IOM, 2005) (31): <ul style="list-style-type: none"> - Hidratos de carbono: 45–65% del VET - Proteínas: 10–35% - Lípidos: 20–35% - Fibra dietética recomendada: ≥ 25 g/día para mujeres adultas (31). - Ingesta recomendada de calcio: 1000 mg/día; según el IOM (31).
--	---

Diagnóstico nutricional

<p>PES</p>	<p>Apego limitado a las recomendaciones relacionadas con la nutrición relacionado con dificultad para apreciar el valor del cambio de conducta y percepción de que la falta de recursos personales (tiempo, apoyo familiar) impiden la implementación de recomendaciones, evidenciado por persistencia de barreras para cumplir con el plan de alimentación y actividad física, verbalización de dificultad para mantener organización personal, y resultados antropométricos que muestran mantenimiento del porcentaje de grasa corporal (40.4%) y masa grasa de 31.0 kg, sin mejoras significativas pese a la intervención nutricional continua (ver anexo 4).</p> <p>Déficit en el automonitoreo relacionado con falta de enfoque y atención en los detalles, dificultad para la administración del tiempo y falta de organización personal, evidenciado por registro incompleto o inconsistente del plan alimentario y de actividad física (ver anexo 9), dificultad verbalizada para planificar las</p>
------------	--

	<p>comidas, y persistencia en conductas alimentarias desorganizadas asociadas a situaciones de estrés y fatiga emocional (ver anexo 10).</p> <p>Patrón de alimentación desordenado relacionado con preocupación y control del peso que afecta significativamente la autoestima evidenciado por nivel de estrés percibido de 9/10, consumo de productos altos en sodio durante eventos estresantes y verbalización de frustración por fallas previas en el cambio conductual (ver anexo 10).</p>
Intervención nutricia	
Objetivo(s) de la intervención nutricia	<p>Objetivo general: Fortalecer la capacidad de la paciente para implementar estrategias de automonitoreo efectivo en alimentación y actividad física, mejorando la planeación, registro y reflexión de sus conductas relacionadas con la salud.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir a la paciente en el uso de herramientas simples y estructuradas de automonitoreo (registro diario, escala de saciedad, planificación de comidas). - Promover el desarrollo de una rutina semanal que contemple espacios dedicados a la planeación de menús y organización del entorno alimentario. - Reforzar la identificación de detonantes emocionales o contextuales que interfieran con el registro y adherencia al plan nutricional.
Prescripción nutricia (NP)	<p>Se prescribe un plan alimentario hipocalórico de 1400 kcal/día, con la siguiente distribución de macronutrientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% hidratos de carbono (700 kcal - 175 g), - 30% lípidos (420 kcal - 46.6 g), - 20% proteínas (280 kcal - 70 g). <p>Se enfatiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar un consumo de fibra ≥ 30 g/día. - Promover la inclusión de grasas saludables (ácidos grasos mono y poliinsaturados). - Incluir diariamente una porción de lácteos bajos en grasa (leche o yogur) para contribuir al aporte de calcio y vitamina D. - Ajustar porciones y horarios conforme al estilo de vida actual, respetando señales internas de hambre y saciedad.

	<p>Se recomienda supervisar progresivamente la respuesta al plan y realizar ajustes mensuales según evolución antropométrica y sintomatología clínica (34). Dado que se identificó nuevamente una ingesta de calcio por encima del 300% de la IDR, se propuso evaluar fuentes dietéticas principales (lácteos, alimentos fortificados y suplementos) y ajustar porciones en siguientes consultas. En caso de persistencia, se planteará una reducción gradual o modificación del patrón de consumo, con base en evidencia y sin comprometer otros nutrimentos.</p>
<p>Administración de alimentos y/o nutrimentos (ND)</p>	<p>Se mantiene el plan alimentario hipocalórico con énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminuir el consumo de grasas saturadas y azúcares refinados, evitando alimentos ultraprocesados. - Aumentar el consumo de fibra mediante la inclusión de vegetales frescos, cereales integrales, leguminosas y frutas enteras. - Fomentar la ingestión de proteínas magras (pollo, pescado, claras de huevo, lácteos bajos en grasa) para preservar masa muscular. - Promover el consumo de ácidos grasos omega-3 (semillas, nueces, pescados grasos como atún o sardina). - Limitar la sal de mesa y productos con alto contenido de sodio, debido al consumo ocasional detectado en consultas previas. <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda considerar suplementación con calcio si en futuras evaluaciones bioquímicas persiste su deficiencia o si no se alcanza el requerimiento por vía dietética. - Se entregaron recomendaciones escritas para el armado de menús semanales con énfasis en alimentos funcionales, bajo costo y preparación simple (ver anexo 2 y anexo 12).
<p>Educación nutricia (EN)</p>	<p>Durante esta consulta se reforzó la educación alimentaria enfocada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de alimentos con alto contenido de sodio oculto, como embutidos, caldos en polvo, snacks y alimentos empacados.

	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura crítica del etiquetado nutricional, con énfasis en detectar contenido de sodio, azúcares y grasas saturadas. - Selección consciente de alimentos en situaciones de antojo o ansiedad, diferenciando hambre fisiológica de emocional. - Incorporación de estrategias de compra planificada para facilitar decisiones saludables dentro del entorno doméstico y laboral. - Explicar el valor del automonitoreo como herramienta de cambio de conducta y refuerzo de decisiones conscientes. - Enseñar el uso práctico de registros semanales de alimentos, emociones y actividad física (ver Anexo 12). - Reforzar el reconocimiento de señales internas de hambre y saciedad utilizando materiales gráficos de apoyo (ver Anexo 15). <p>Se utilizaron materiales educativos visuales adaptados al nivel de comprensión de la paciente para facilitar la aplicación práctica de los conocimientos (ver anexo 12 y anexo 15).</p>
<p>Consejería nutricia (C)</p>	<p>Durante la cuarta consulta se implementó una consejería personalizada orientada al fortalecimiento de la autoeficacia y al desarrollo de estrategias para el manejo del estrés que afecta sus hábitos alimentarios. Se trabajó con base en los siguientes ejes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de momentos de alto riesgo de ingestión emocional, relacionados principalmente con situaciones de ansiedad en el hogar y conflictos familiares. - Reconocimiento de señales internas de hambre y saciedad, reforzando la práctica de alimentación consciente. - Aplicación de técnicas de respiración y pausa consciente antes de responder a antojos no fisiológicos. - Retroalimentación empática y validación de logros, con énfasis en los avances logrados en organización personal y conciencia alimentaria. - Explorar referencia opcional a apoyo psicológico si se identifica que las barreras para el automonitoreo están ligadas a desorganización crónica, sobrecarga emocional o síntomas de ansiedad.

	<p>Se promovió el automonitoreo del comportamiento alimentario mediante el uso continuo del formato de registro de emociones y alimentos (ver anexo 12), con el objetivo de seguir identificando patrones de respuesta emocional ante el entorno.</p> <p>Se empleó además material visual de apoyo como la escala de saciedad, entregado en consulta para su aplicación diaria (ver anexo 15).</p>	
Coordinación de la atención nutricia (RC)	<p>Se da seguimiento mensual en consulta para evaluar el progreso en la adherencia al plan alimentario, la regulación emocional y la composición corporal.</p> <p>Dado que el impacto del estrés en la alimentación persiste, se refuerza la recomendación previa de canalización a atención psicológica especializada, con el fin de complementar el abordaje del comportamiento alimentario y fortalecer las herramientas de afrontamiento (ver anexo 10).</p>	
Monitoreo nutricional y evaluación		
Categoría	Indicador	Criterio (evolución de SyS, definir temporalidad)
Evaluación antropométrica	IMC, % de grasa corporal, masa muscular	Evaluación cada 15 días. Meta: reducir $\geq 3-5\%$ de grasa corporal en 3 meses sin pérdida de masa magra (ver anexo 4) (3)
Evaluación bioquímica	Perfil lipídico, glucosa en ayuno	Revisión cada 3 meses. Meta: HDL > 50 mg/dL, índice aterogénico < 3.5 . (ver anexo 5) (32,33).
Evaluación clínica	Presión arterial, signos físicos de resistencia a la insulina	Revisión mensual. Meta: PA $< 130/80$ mmHg, sin progresión de signos clínicos (5)
Evaluación dietética	Distribución de macronutrientes, consumo de fibra y micronutrientes clave	Revisión mensual. Meta: adherencia al plan prescrito y ≥ 30 g de fibra/día. (ver anexo 8) (29).
Evaluación de actividad física	- Nivel de actividad física (FITT), IPAQ	Revisión quincenal. Meta: ≥ 150 min/semana de ejercicio moderado a

		vigoroso. (ver anexo 11) (33)
Evaluación de sueño	- Horas de sueño nocturno, calidad de sueño	Revisión mensual. Meta: ≥ 7 h/noche, sueño reparador. (ver anexo 13) (32)
Evaluación emocional y apoyo social	- Nivel de estrés (0–10), motivación, autoeficacia, red de apoyo	Se aplicó una escala analógica visual de estrés percibido, que consiste en una línea horizontal de 0 a 10, donde 0 representa ausencia total de estrés y 10 el nivel máximo imaginable. Evalúa estrés autopercebido al momento de la consulta, útil para monitorear el estado emocional de manera rápida y subjetiva. Revisión en cada consulta. Meta: estrés $< 6/10$, fortalecimiento de redes de apoyo. (ver anexo 10) (7,33)

- Para mayor claridad de los ajustes por consulta, véase Anexo 17.
- Para visualización de cambios de indicadores clínicos, véase anexo 18.

4.0 Intercambio clínico con el equipo multidisciplinario

Durante la primera y segunda consulta, no se identificaron señales que justificaron una canalización inmediata al área de psicología, ya que la paciente minimizaba su malestar emocional y centraba su preocupación en la pérdida de peso como objetivo principal. Sin embargo, a partir de la tercera consulta se detectó una alta carga emocional relacionada con el estrés familiar, el cuidado de sus hijos, la remodelación de su cocina y la saturación laboral.

Ante esta situación, se propuso formalmente la canalización al área de psicología institucional, sin embargo, no fue posible gestionar en tiempo y forma la canalización a servicio de psicología. En la cuarta consulta, la paciente refirió que buscaría atención psicológica gratuita a través de una dependencia gubernamental a la que ya tenía acceso, mostrando disposición favorable al acompañamiento emocional.

Aunque el intercambio clínico institucional no se concretó, la recomendación fue realizada oportunamente, y el paciente dio seguimiento voluntario, lo cual refleja una evolución positiva en su autoeficacia y conciencia emocional. Se recomienda dar continuidad al componente emocional como parte del seguimiento integral.

5.0 Discusión del caso

El abordaje del presente caso, correspondiente a una mujer adulta con obesidad grado I, permitió reflexionar sobre la complejidad inherente al tratamiento de esta condición cuando se privilegia un enfoque centrado en la persona y no exclusivamente en el peso corporal. A lo largo de las cuatro consultas, la intervención nutricional se estructuró con base en el Proceso de Atención Nutricia (PAN), integrando componentes clave como la educación alimentaria adaptada, el acompañamiento conductual, y la identificación de factores psicoemocionales que influyen en la adherencia al tratamiento y las decisiones alimentarias.

Uno de los aprendizajes más significativos fue constatar que el abordaje cualitativo de la experiencia de la paciente —a través de herramientas narrativas como el proyecto *historias de vida* (ver anexo 3)— no solo permitió profundizar en su historia corporal y sus barreras internas, sino también generar un espacio de confianza para el cambio. La escucha activa y la validación de sus emociones se convirtieron en recursos terapéuticos tan relevantes como el plan alimentario en sí.

La evolución del caso evidenció que la pérdida de peso no es el único ni el mejor indicador de éxito clínico. Si bien hubo reducciones modestas en el peso total, los principales logros se vincularon con mejoras en la composición corporal (disminución de masa grasa con conservación de masa muscular) y con la transformación paulatina del patrón alimentario, que pasó de ser hipergraso y desorganizado a uno más estructurado, con mayor calidad nutricional y menor consumo de ultraprocesados. Estas transformaciones, aunque sutiles en algunos casos, representaron avances sustanciales cuando se consideran dentro de la historia clínica, emocional y social de la paciente.

En el plano conductual, se observó una progresiva mejora en la autoeficacia, reflejada en decisiones alimentarias más conscientes, en la recuperación de la capacidad de planificación y en el reconocimiento de sus propios logros, incluso en ausencia de cambios rápidos en la báscula. La incorporación de herramientas como el material educativo personalizado (ver anexo 12), las rutinas de higiene del sueño (ver anexo 13), y la prescripción de ejercicio individualizada basada en el modelo FITT (ver anexo 11), fueron piezas clave para sostener los cambios en contextos personales adversos, marcados por estrés emocional, sobrecarga doméstica y escaso apoyo familiar.

Si bien la paciente reporta mayor autoeficacia y motivación en cuanto a su salud, persisten dificultades para traducirlo en adherencia plena, probablemente debido a barreras contextuales como la carga familiar y laboral. Se considera necesario incorporar estrategias más flexibles y personalizadas que le permitan avanzar sin generar sensación de frustración o autoexigencia excesiva.

Las limitaciones del caso incluyen la imposibilidad de realizar un seguimiento bioquímico posterior, lo que limitó la valoración integral del estado metabólico. Además, persisten barreras externas como la carga de trabajo y la organización familiar, que influyeron en el apego al plan alimentario y en el seguimiento completo de las indicaciones. No obstante, el hecho de que la paciente tomará la decisión autónoma de buscar apoyo psicológico externo representa un indicador

de empoderamiento y de apertura hacia un trabajo más profundo con su salud mental y conductual.

En conjunto, este caso permite afirmar que el éxito en el tratamiento de la obesidad no radica únicamente en indicadores cuantificables, sino en la reconstrucción de la relación con la alimentación, el cuerpo y el autocuidado. Un enfoque multidimensional, empático y adaptado al contexto de vida de la persona, apoyado por la evidencia científica y reforzado desde lo emocional y narrativo, puede generar cambios sostenidos y clínicamente significativos, incluso en escenarios de vulnerabilidad.

6.0 Conclusión

El seguimiento nutricional de la paciente a lo largo de cuatro consultas representó una oportunidad profunda para vivir, comprender y aplicar un abordaje verdaderamente integral y centrado en la persona. A través del tiempo, los avances clínicos (como la mejora en la composición corporal, una alimentación más equilibrada, el aumento de energía y una mejor calidad del sueño) fueron importantes, pero lo verdaderamente transformador ocurrió a nivel humano.

Desde lo emocional, la evolución fue aún más reveladora. Al inicio del proceso, la paciente tendía a minimizar el impacto de su estado anímico y sus condiciones de vida sobre su alimentación. Sin embargo, la integración del proyecto *historias de vida* no solo le dio voz a sus vivencias, sino que le permitió verse a sí misma en proceso, reconociendo que sus decisiones no ocurren en el vacío, sino en un entramado complejo de emociones, presiones y significados. Esta apertura emocional favoreció un fortalecimiento progresivo de su autoeficacia, su conexión con el proceso terapéutico y, de forma voluntaria, su decisión de buscar acompañamiento psicológico como parte de su autocuidado.

Desde mi rol como profesional, este caso no solo me permitió aplicar conocimientos técnicos, sino que me invitó a practicar y fortalecer habilidades que no se enseñan fácilmente en el aula: la escucha sin juicio, la empatía activa, la capacidad de sostener el proceso del otro sin imponer resultados. Entendí que el rol del nutriólogo clínico no se limita a traducir datos en menús, sino que implica acompañar procesos de conciencia, facilitar pequeños despertares, y ayudar a las personas a reconectar con su cuerpo desde un lugar más compasivo y menos punitivo.

Me queda claro que el verdadero cambio no siempre se refleja en cifras o en logros cuantificables. A veces, se encuentra en la forma en que una persona logra preparar sus alimentos con intención, tomarse un respiro antes de comer, dormir una hora más sin culpa, o simplemente dejar de verse como un cuerpo que necesita corregirse. Acompañar este caso me recordó que cuando se pone al centro a la persona y no solo a su diagnóstico, los resultados no solo son posibles, sino profundamente significativos.

Esta experiencia reafirmó en mí una convicción ética y profesional: el trabajo del nutriólogo no es sólo guiar hacia la pérdida de peso, sino acompañar procesos de recuperación del vínculo con uno mismo, desde un enfoque que priorice la dignidad, la empatía y la sostenibilidad.

7.0 Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Obesidad: prevención y gestión de la epidemia mundial*. OMS; 2023.
2. Hall KD, et al. La sindemia global de obesidad, desnutrición y cambio climático. *Lancet*. 2024;403(10318):183–98.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022*. México: INSP; 2022.
4. Bray GA, Kim KK, Wilding JP. Obesidad: una enfermedad crónica, recurrente y progresiva. *Lancet Diabetes Endocrinol* . 2017;5(3):161–8.
5. Mozaffarian D, et al. Cambios en la dieta y el estilo de vida, y aumento de peso a largo plazo en mujeres y hombres. *N Engl J Med*. 2011;364(25):2392–404.
6. Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. La falta de ejercicio es una causa importante de enfermedades crónicas. *Compr Physiol* . 2012;2(2):1143–211.
7. Torres SJ, Nowson CA. Relación entre el estrés, la conducta alimentaria y la obesidad. *Nutrición*. 2007;23(11–12):887–94.

8. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Efectos del sueño deficiente y breve en el metabolismo de la glucosa y el riesgo de obesidad. *Nat Rev Endocrinol* . 2009;5(5):253–61.
9. Wellen KE, Hotamisligil GS. Inflamación, estrés y diabetes. *J Clin Invest*. 2005;115(5):1111–9.
10. Lumeng CN, Saltiel AR. Vínculos inflamatorios entre la obesidad y las enfermedades metabólicas. *J Clin Invest*. 2011;121(6):2111–7.
11. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes de la FID. 10.^a ed. Bruselas: FID; 2021.
12. Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2022: resultados de salud cardiovascular. México: INSP; 2022.
13. Ginsberg HN. Nuevas perspectivas sobre la aterogénesis: papel del metabolismo anormal de lipoproteínas ricas en triglicéridos. *Circulation*. 2002;106(16):2137–42.
14. Mensink RP, Zock PL, Kester AD, Katan MB. Efectos de los ácidos grasos de la dieta sobre los lípidos y lipoproteínas séricas. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2003;23(4):333–41.
15. Parks EJ. Efecto de los carbohidratos de la dieta sobre el metabolismo de los triglicéridos en humanos. *J Nutr* . 2001;131(10):2772S–4S.
16. Reaven GM. Resistencia a la insulina: el vínculo entre la obesidad y la enfermedad cardiovascular. *Med Clin North Am*. 2011;95(5):875–92.
17. Thompson PD, et al. Ejercicio y actividad física en la prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2003;23(8):1319–21.
18. Packard CJ, Shepherd J. Heterogeneidad de las lipoproteínas y metabolismo de la apolipoproteína B. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997;17(12):3542–56.
19. Barter P, et al. Colesterol HDL, niveles muy bajos de colesterol LDL y eventos cardiovasculares. *N Engl J Med*. 2007;357(13):1301–10.
20. Mohr AE, Hatem C, Sikand G, et al. Effectiveness of medical nutrition therapy in the management of adult dyslipidemia: A systematic review and

- meta-analysis. *J Clin Lipidol.* 2022;16(5):547–561.
doi:10.1016/j.jacl.2022.06.008.
21. Kirkpatrick CF, Sikand G, Petersen KS, et al. Nutrition interventions for adults with dyslipidemia: A Clinical Perspective from the National Lipid Association. *J Clin Lipidol.* 2023;17(4):428–451.
doi:10.1016/j.jacl.2023.05.099.
22. Organización Mundial de la Salud. Clasificación por grupos de edad OMS. Ginebra: OMS; 2020.
23. Heymsfield SB, Wadden TA. Mecanismos, fisiopatología y manejo de la obesidad. *N Inglés J Med.* 2017;376(3):254–66.
24. Smith LP, Ng SW, Popkin BM. Tendencias en la preparación y el consumo de alimentos en el hogar en EE. UU. *Nutr J.* 2013;12(1):45.
25. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. Efectos del estrés en la actividad física y el ejercicio. *Sports Med.* 2014;44(1):81–121.
26. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. OMS; 2023.
27. Asociación Americana de Diabetes. Estándares de atención médica para la diabetes—2024. *Diabetes Care.* 2024;47(Supl.1): S1 –S300.
28. Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol. Tercer Informe del Panel de Expertos en Detección, Evaluación y Tratamiento del Colesterol Alto en Adultos. *Circulation.* 2002;106(25):3143–421.
29. Grundy SM, et al. 2018 Directrices AHA/ACC sobre el manejo del colesterol. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(24): e285 –e350.
30. Sociedad Europea de Cardiología. Guía de la ESC sobre prevención de enfermedades cardiovasculares. *Eur Heart J.* 2023;44(1):1–100.
31. Instituto de Medicina. Ingestas dietéticas de referencia para energía, carbohidratos, fibra, grasas, proteínas y aminoácidos. Washington D. C.: National Academies Press; 2005.
32. Grandner MA. Sueño, salud y sociedad. *Sleep Med Clin.* 2017;12(1):1–22.
33. Bylund CL, et al. Medicina narrativa y atención centrada en el paciente. *Patient Educ Couns.* 2011;85(3): e278 -e282.

34. Polivy J, Herman CP. Dieta y atracones: Un análisis causal. *Am Psychol* . 1985;40(2):193–201.
35. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 11th ed. Wolters Kluwer; 2021.
36. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación; 2012.

8.0 Anexos

8.1. Anexo 1. Registro fotográfico de inbody (1ra consulta)

Análisis de Composición Corporal

	Valor	Agua Corporal Total	Masa Magra	Masa Libre de Grasa	Peso
Agua Corporal Total (L)	33.5 (26.1 ~ 31.9)	33.5	43.2 (33.6 ~ 41.0)	45.8 (35.6 ~ 43.5)	77.3 (43.6 ~ 59.0)
Proteína (kg)	9.2 (7.0 ~ 8.6)				
Minerales (kg)	3.05 (2.42 ~ 2.96)				
Masa Grasa Corporal (kg)	31.5 (10.3 ~ 16.4)				

Análisis de Músculo-Grasa

	Bajo	Normal	Alto
Peso (kg)	65 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %		77.3
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		25.7
Masa Grasa Corporal (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320 340 360 380 400 420 440 460 480 500 %		31.5

Análisis de Obesidad

	Bajo	Normal	Alto
IMC (kg/m ²) Índice de Masa Corporal	10.0 15.0 18.5 21.5 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		32.4
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	8.0 13.0 18.0 23.0 28.0 33.0 38.0 43.0 48.0 53.0 58.0		40.7

Análisis de Masa Magra Segmental

	Bajo	Normal	Alto	AEC/ACT
Brazo Derecho (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.68		0.369
Brazo Izquierdo (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.63		0.372
Tronco (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	22.1		0.367
Pierna Derecha (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.37		0.361
Pierna Izquierda (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.23		0.362

Análisis de Agua Corporal

	Bajo	Normal	Alto
AEC/ACT	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450		0.366

Historial de Composición Corporal

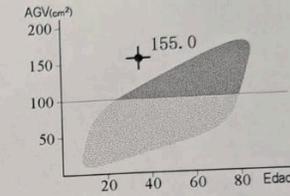
Peso (kg)	77.3				
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	25.7				
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	40.7				
AEC/ACT	0.366				
Reciente Total	30.01.25 10:22				

Puntuación InBody

69/100 Puntos

* La puntuación total que refleja la evaluación de la composición corporal. Una persona musculosa puede superar 100 puntos.

Área de Grasa Visceral



Control de Peso

Peso Ideal 59.5 kg
Control de Peso -17.8 kg
Control de Grasa -17.8 kg
Control de Músculo 0.0 kg

Análisis de Grasa Segmental

Brazo Derecho (2.4 kg)	274.7%
Brazo Izquierdo (2.4 kg)	282.1%
Tronco (16.8 kg)	348.4%
Pierna Derecha (4.2 kg)	190.9%
Pierna Izquierda (4.2 kg)	189.6%

Parámetros de Investigación

Agua Intracelular 21.3 L (16.2 ~ 19.8)
Agua Extracelular 12.2 L (9.9 ~ 12.1)
Tasa Metabólica Básica 1360 kcal
Relación Cintura-Cadera 0.98 (0.75 ~ 0.85)
Masa Celular Corporal 30.5 kg (23.2 ~ 28.4)

Código QR para Interpretación de Resultados

Escanee el Código QR para ver la interpretación de los resultados con mayor detalle.



Ángulo de Fase Corporal Total

φ (°) 50 kHz | 7.0°

Impedancia

Z(Ω)	BD	BI	TR	PD	PI
1 kHz	375.2	375.3	25.5	325.9	341.5
5 kHz	365.5	367.5	24.5	317.7	332.9
50 kHz	318.4	324.9	20.6	271.2	284.1
250 kHz	282.2	289.9	17.1	237.4	249.2
500 kHz	271.7	279.8	15.6	230.5	241.4
1000 kHz	264.6	273.5	14.0	227.2	236.6

8.2. Anexo 2. Menú prescrito 1400 kcal/día

Cálculo del menú recomendado.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	alimento	porción	proteína	lípidos	hc	kcal	almuerzo	c3	comida	c5	cena	
2	verdura	3	6	0	12	75	1		2			
3	fruta	2	0	0	30	120		1		1		
4	cereales s/g	6	12	0	90	420	3		3		2	
5	cereales c/g	0	0	0	0	0						
6	legum.	0	0	0	0	0						
7	aoa a	5	35	5	0	200	2		3			
8	aoa b	1	7	3	0	55	1					
9	aoa c	0	0	0	0	0						
10	aoa d	0	0	0	0	0						
11	leche desc	1	9	2	12	95					1	
12	leche entera	0	0	0	0	0						
13	leche azuca	0	0	0	0	0						
14	aceites s/p	4	0	20	0	180	2		2			
15	aceites c/p	0	0	0	0	0						
16	azucar s/g	0	0	0	0	0						
17	azucar c/g	2	0	10	20	170				2		
18	scup prote	0.5	10	1.25	2.5	61.25					0.5	
19	total		79	41.25	166.5	1376.25						
20	total recom.		70	46.6666667	175	1400						
21												
22												
23	Kcal Totales			Nutriente	%	Kcal	Gramos					
24	1400			HC	0.5	700	175					
25				Proteína	0.2	280	70					
26				Lípidos	0.3	420	46.666667					
27												

DESAYUNO	COLACIÓN	COMIDA	COLACIÓN	CENA	LÍQUIDOS
SÁNDWICH 2 REB DE PAN oroweat de centeno ½ tza de espinaca baby 1 rodaja de jitomate 1 rodaja de cebolla 1 a 2 rajadas de chile en vinagre 60 g de atún 40 g de queso panela 1 cdita de mayonesa 30 g de aguacate	1 tza de fresas	TOSTADAS DE POLLO POLLO EN SALSA VERDE ENSALADA DE SURIMI	1 pza de CHOCOLATE Carlos V	1 tza de leche deslactosa light 1 tza de cereal sin azúcar tipo corn flakes ½ medida de proteína gold standard	2 vasos de agua 1 tza de café

<p>CHILAQUILES</p> <p>3 paquetes de salmas</p> <p>1 tza de salsa verde cocida</p> <p>60 g de pollo deshebrado</p> <p>40 g de queso panela</p>	<p>2 piezas de naranja</p>	<p>POLLO EN SALSA VERDE</p> <p>2 Tzas de nopales</p> <p>1 tza de salsa verde</p> <p>3 tortillas</p> <p>2 cditas de aceite</p>	<p>1 ½ pza de mazapán</p>	<p>1 tza de leche deslactosada light</p> <p>10 pzas de galletas marías trozadas</p> <p>½ medida de proteína gold standard</p>	<p>2 vasos de agua</p> <p>1 vaso de agua de limón con endulzante sin calorías</p>
<p>QUESADILLAS</p> <p>3 tortillas de maíz</p>	<p>3 piezas de guayaba</p>	<p>ENSALADA DE SURIMI</p> <p>120 g de surimi</p>	<p>4 pzas de chocolate de menta</p>	<p>1 tza de leche deslactosada light</p> <p>½ medida de proteína gold standard</p> <p>1 pza de pan tostado con 2 cdas de miel maple sin calorías</p>	<p>2 vasos de agua</p> <p>1 tza de té de manzanilla</p>

8.3. Anexo 3. Proyecto historias de vida.

El sobrepeso como escudo: la protección contra la mirada masculina

Uno de los aspectos más reveladores de la historia de la paciente es su relación con el sobrepeso como una barrera de protección. En la entrevista, reveló que su padre suele observar a las mujeres en la calle de manera morbosa, algo que desde pequeña le generó incomodidad y temor. Con el tiempo, esta experiencia dejó una marca profunda en ella, desarrollando la idea de que si su cuerpo no llamaba la atención, podía evitar ser observada de la misma manera (González, 2002).

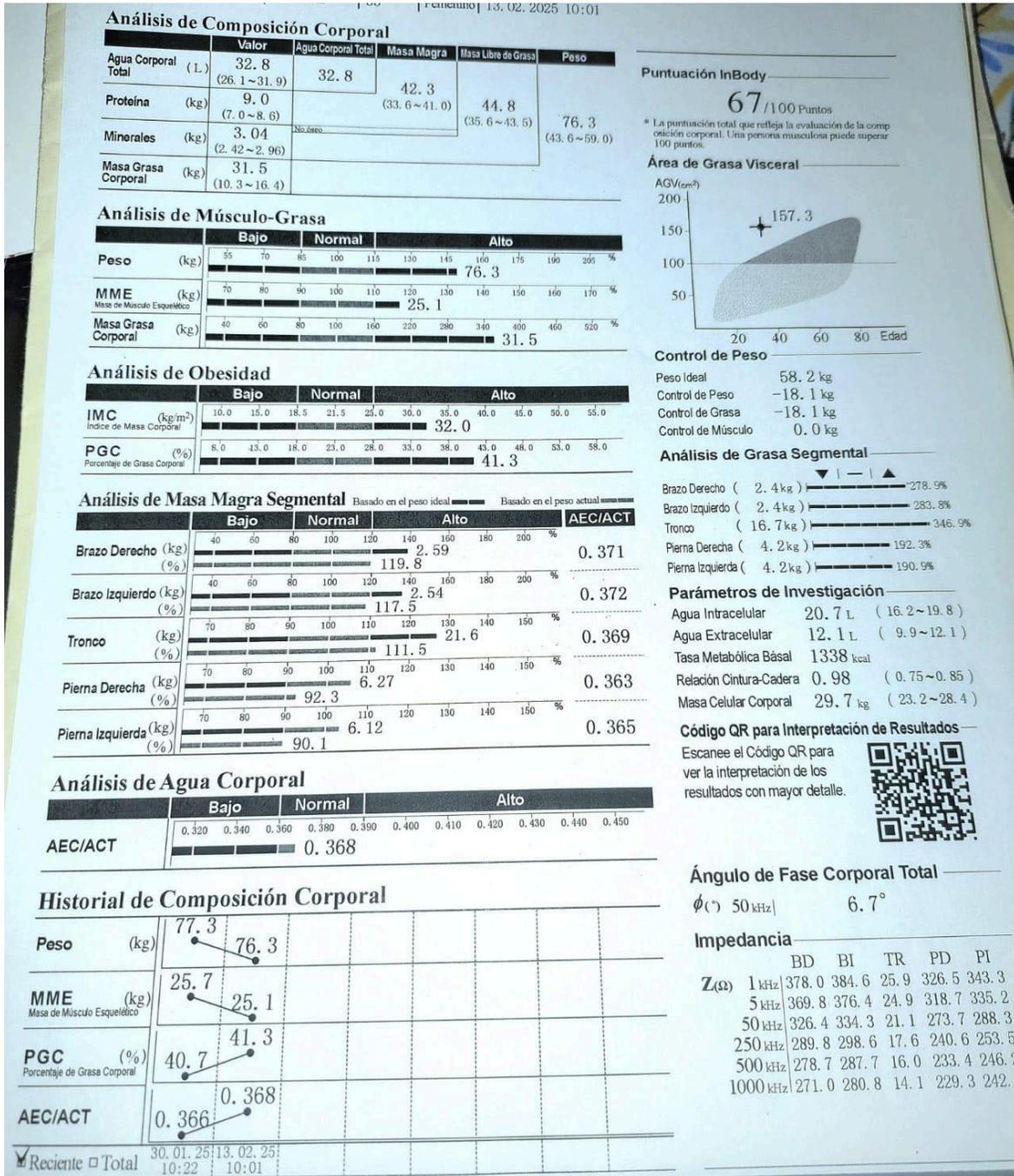
La paciente adoptó el sobrepeso como un mecanismo de defensa. No se viste con ropa ajustada, evita los escotes y las faldas, y busca que su presencia pase desapercibida. Su peso se ha convertido en una barrera de seguridad, una forma de evitar sentirse vulnerable ante las miradas masculinas que tanto la incomodan. En este punto, el sobrepeso no es solo un estado físico, sino un refugio psicológico contra un mundo que percibe como amenazante.

Conclusiones del proyecto historias de vida:

La historia de la paciente es un reflejo de cómo las experiencias de vida, las emociones y las influencias del entorno pueden moldear la relación de una persona con su cuerpo y su alimentación. Su camino hacia la obesidad no ha sido solo una consecuencia de hábitos alimenticios, sino una combinación de factores emocionales, sociales y psicológicos que han influido en su percepción de sí misma y en su manera de enfrentar el mundo.

Para acompañarla en un proceso de cambio, es fundamental abordar no solo la parte física, sino también los aspectos emocionales y psicológicos que han contribuido a su situación actual. Solo a través de un enfoque integral, que contemple su historia, sus miedos y sus fortalezas, se podrá construir un camino hacia un bienestar genuino y sostenido (Denzin & Lincoln, 1994).

8.4. Anexo 4. Registro fotográfico inbody consultas 2, 3 y 4



Análisis de Composición Corporal

	Valor	Agua Corporal Total	Masa Magra	Masa Libre de Grasa	Peso
Agua Corporal Total (L)	32.7 (26.1 ~ 31.9)	32.7	42.2 (33.6 ~ 41.0)	44.7 (35.6 ~ 43.5)	76.1 (43.6 ~ 59.0)
Proteína (kg)	9.0 (7.0 ~ 8.6)				
Minerales (kg)	3.03 (2.42 ~ 2.96)				
Masa Grasa Corporal (kg)	31.4 (10.3 ~ 16.4)				

Análisis de Músculo-Grasa

	Bajo	Normal	Alto
Peso (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %		76.1
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		25.0
Masa Grasa Corporal (kg)	40 60 80 100 160 220 280 340 400 460 520 %		31.4

Análisis de Obesidad

	Bajo	Normal	Alto
IMC (kg/m ²) Índice de Masa Corporal	10.0 15.0 18.5 21.5 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		31.9
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	8.0 13.0 18.0 23.0 28.0 33.0 38.0 43.0 48.0 53.0 58.0		41.3

Análisis de Masa Magra Segmental

	Bajo	Normal	Alto	AEC/ACT
Brazo Derecho (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.50 115.9		0.370
Brazo Izquierdo (kg) (%)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %	2.52 116.9		0.375
Tronco (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	21.3 110.1		0.369
Pierna Derecha (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.47 95.4		0.365
Pierna Izquierda (kg) (%)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %	6.27 92.4		0.364

Análisis de Agua Corporal

	Bajo	Normal	Alto
AEC/ACT	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450		0.368

Historial de Composición Corporal

	30.01.25	13.02.25	27.02.25
Peso (kg)	77.3	76.3	76.1
MME (kg) Masa de Músculo Esquelético	25.7	25.1	25.0
PGC (%) Porcentaje de Grasa Corporal	40.7	41.3	41.3
AEC/ACT	0.366	0.368	0.368

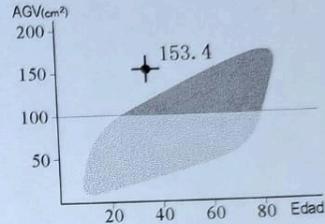
Reciente Total

Puntuación InBody

67/100 Puntos

* La puntuación total que refleja la evaluación de la composición corporal. Una persona musculosa puede superar 100 puntos.

Área de Grasa Visceral



Control de Peso

Peso Ideal	58.0 kg
Control de Peso	-18.1 kg
Control de Grasa	-18.1 kg
Control de Músculo	0.0 kg

Análisis de Grasa Segmental

Brazo Derecho (2.4 kg)	276.8%
Brazo Izquierdo (2.5 kg)	284.5%
Tronco (16.4 kg)	339.5%
Pierna Derecha (4.4 kg)	199.8%
Pierna Izquierda (4.4 kg)	198.5%

Parámetros de Investigación

Agua Intracelular	20.7 L (16.2 ~ 19.8)
Agua Extracelular	12.0 L (9.9 ~ 12.1)
Tasa Metabólica Basal	1335 kcal
Relación Cintura-Cadera	0.96 (0.75 ~ 0.85)
Masa Celular Corporal	29.6 kg (23.2 ~ 28.4)

Código QR para Interpretación de Resultados

Escanee el Código QR para ver la interpretación de los resultados con mayor detalle.



Ángulo de Fase Corporal Total

φ(°) 50 kHz | 6.7°

Impedancia

Z(Ω)	BD	BI	TR	PD	PI
1 kHz	384.4	370.5	26.6	302.0	324.9
5 kHz	376.4	363.4	25.7	294.8	316.9
50 kHz	330.7	325.3	22.0	254.7	272.2
250 kHz	293.5	291.4	18.5	223.4	239.1
500 kHz	282.0	281.1	16.9	216.8	231.6
1000 kHz	273.8	274.2	14.4	213.6	227.0

Análisis de Composición Corporal

	Valor	Agua Corporal Total	Masa Magra	Masa Libre de Grasa	Peso
Agua Corporal Total (L)	33.4 (26.1 ~ 31.9)	33.4	43.0 (33.6 ~ 41.0)	45.6 (35.6 ~ 43.5)	76.6 (43.6 ~ 59.0)
Proteína (kg)	9.0 (7.0 ~ 8.6)				
Minerales (kg)	3.15 (2.42 ~ 2.96)				
Masa Grasa Corporal (kg)	31.0 (10.3 ~ 16.4)				

Análisis de Músculo-Grasa

	Bajo	Normal	Alto
Peso (kg)	55 70 85 100 115 130 145 160 175 190 205 %		
MME (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 %		
Masa de Músculo Esquelético			
Masa Grasa Corporal (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240 260 280 300 320 340 360 380 400 420 440 460 480 500 520 %		

Análisis de Obesidad

	Bajo	Normal	Alto
IMC (kg/m ²)	10.0 15.0 18.5 21.5 25.0 30.0 35.0 40.0 45.0 50.0 55.0		
Índice de Masa Corporal			
PGC (%)	8.0 13.0 18.0 23.0 28.0 33.0 38.0 43.0 48.0 53.0 58.0		
Porcentaje de Grasa Corporal			

Análisis de Masa Magra Segmental

	Bajo	Normal	Alto	AEC/ACT
Brazo Derecho (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %			0.374
(%)				
Brazo Izquierdo (kg)	40 60 80 100 120 140 160 180 200 %			0.374
(%)				
Tronco (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %			0.370
(%)				
Pierna Derecha (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %			0.363
(%)				
Pierna Izquierda (kg)	70 80 90 100 110 120 130 140 150 %			0.366
(%)				

Análisis de Agua Corporal

	Bajo	Normal	Alto
AEC/ACT	0.320 0.340 0.360 0.380 0.390 0.400 0.410 0.420 0.430 0.440 0.450		

Historial de Composición Corporal

	30.01.25	13.02.25	27.02.25	13.03.25
Peso (kg)	77.3	76.3	76.1	76.6
MME (kg)	25.7	25.1	25.0	25.5
PGC (%)	40.7	41.3	41.3	40.4
AEC/ACT	0.366	0.368	0.368	0.369

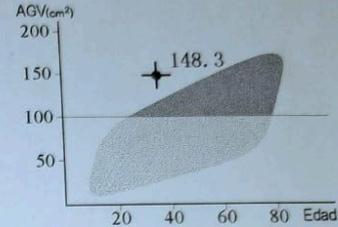
Reciente Total

Puntuación InBody

69/100 Puntos

* La puntuación total que refleja la evaluación de la composición corporal. Una persona musculosa puede superar 100 puntos.

Área de Grasa Visceral



Control de Peso

Peso Ideal	59.3 kg
Control de Peso	-17.3 kg
Control de Grasa	-17.3 kg
Control de Músculo	0.0 kg

Análisis de Grasa Segmental

Brazo Derecho (2.4 kg)	273.9%
Brazo Izquierdo (2.4 kg)	279.0%
Tronco (16.1 kg)	332.7%
Pierna Derecha (4.4 kg)	199.4%
Pierna Izquierda (4.3 kg)	197.1%

Parámetros de Investigación

Agua Intracelular	21.1 L	(16.2 ~ 19.8)
Agua Extracelular	12.3 L	(9.9 ~ 12.1)
Tasa Metabólica Basal	1356 kcal	
Relación Cintura-Cadera	0.94	(0.75 ~ 0.85)
Masa Celular Corporal	30.2 kg	(23.2 ~ 28.4)

Código QR para Interpretación de Resultados

Escanee el Código QR para ver la interpretación de los resultados con mayor detalle.



Ángulo de Fase Corporal Total

ϕ (°) 50 kHz | 6.5°

Impedancia

Z(Ω)	BD	BI	TR	PD	PI
1 kHz	368.4	377.5	24.3	297.4	309.4
5 kHz	361.0	370.1	23.5	290.2	302.0
50 kHz	320.4	331.0	20.3	248.9	260.6
250 kHz	286.1	296.9	17.1	218.3	229.3
500 kHz	275.6	286.7	15.6	211.6	222.0
1000 kHz	268.2	279.4	13.8	208.0	217.9



N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM
Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM
Sexo: Mujer Edad: 35 Años

Paciente:

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
BASÓFILOS	0.09 *	10 ³ /μL	0.01 - 0.08

Tipo de muestra: Sangre total con EDTA
Método: Impedancia eléctrica, citometría de flujo y SLS
Equipo: Sysmex XN-9000

QUÍMICA CLÍNICA

GLUCOSA	89.0	mg/dL	74.0 - 106.0
UREA	31.1	mg/dL	16.6 - 48.5
NITROGENO UREICO (BUN)	14.5	mg/dL	6.0 - 20.0
CREATININA EN SUERO	0.82	mg/dL	0.50 - 0.90
RELACION BUN/CREATININA	17.7		6.0 - 25.0
ACIDO URICO EN SUERO	6.2 *	mg/dL	2.4 - 5.7
COLESTEROL TOTAL	161.7	mg/dL	≤200.0
TRIGLICERIDOS	124.6	mg/dL	≤150.0
COLESTEROL HDL	38.8 *	mg/dL	≥65.0

Masculino
Sin riesgo: > 55
Riesgo moderado: 35-55

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES
** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA
"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122. ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

2 de 8

Q.B.P. Regina Rosalía Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED: PROF: 9180955

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones

(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

Paciente:

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
COLESTEROL LDL	100.9 *	mg/dL	≤100.0
EL RESULTADO DEL LDL-COLESTEROL NO FUE OBTENIDO MEDIANTE LA FORMULA DE FRIEDEWALD. ES UN VALOR QUE HA SIDO CUANTIFICADO DIRECTAMENTE POR UN MÉTODO ENZIMÁTICO.			
COLESTEROL VLDL	24.9	mg/dL	7.9 - 29.1
RELACION COLESTEROL LDL/COLESTEROL HDL	2.60 *		0.00 - 2.50
INDICE DE RIESGO ATEROGENICO	4.2 *		<4.0
BILIRRUBINA TOTAL	0.21	mg/dL	0.00 - 1.20
BILIRRUBINA DIRECTA	0.06	mg/dL	0.00 - 0.20
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.15	mg/dL	0.10 - 1.23
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (TGO)(AST)	30.1	U/L	≤32.0
ALANINO AMINOTRANSFERASA (TGP)(ALT)	22.1	U/L	≤33.0

Alto riesgo: <35

Femenino
Sin riesgo > 65
Riesgo moderado: 45-65
Alto riesgo: <45

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES
** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA
"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122 ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

3 de 8

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED-PROF-9188953

Universidad Autónoma de Guerrero

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Paciente:

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	18.0	U/L	≤40.0
FOSFATASA ALCALINA (ALP)	73.5	U/L	35.0 - 104.0
DESHIDROGENASA LACTICA (LDH)	162.4	U/L	<480.0
PROTEÍNAS TOTALES SÉRICAS	7.0	g/dL	6.4 - 8.3
ALBÚMINA EN SUERO	4.16	g/dL	3.97 - 4.94
GLOBULINA	2.84	g/dL	2.50 - 3.50
RELACION A/G	1.5		1.2 - 2.1
CALCIO EN SUERO	9.0	mg/dL	8.6 - 10.0
FOSFORO EN SUERO	3.3	mg/dL	2.5 - 4.5
MAGNESIO EN SUERO	2.2	mg/dL	1.6 - 2.6
HIERRO	57.2	µg/dL	33.0 - 193.0
AMILASA	56.00	U / l	28.00 - 100.00
LIPASA	35.70	U/L	13.00 - 60.00

NOTA: La lipasa es una enzima que se produce en varios órganos del cuerpo, existen variaciones inespecíficas y otras que se correlacionan con enfermedades particulares como insuficiencia renal y afecciones hepáticas e intestinales. La interpretación del resultado debe ser realizada por un médico.

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES

** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA

"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122 ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

4 de 8

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED-PROF-9188953

Universidad Autónoma de Guerrero

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

Paciente:

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
--------	------------	----------	----------------

Tipo de muestra: Suero
Método: Fotometría
Equipo: Cobas 8000

SODIO	139.1	mmol/L	136.0 - 145.0
POTASIO	4.5	mmol/L	3.5 - 5.1
CLORURO	106.4	mmol/L	98.0 - 107.0

Tipo de muestra: Suero
Método: Ión selectivo
Equipo: Cobas 8000

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA A1C	5.7	%	4.8 - 5.9
-----------------------------	-----	---	-----------

Tipo de muestra: Sangre total
Método: Fotometría
Equipo: Cobas 8000

UROANALISIS

EXAMEN GENERAL DE ORINA

EXAMEN FÍSICO

COLOR	Amarillo claro *	Amarillo
-------	------------------	----------

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES

** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA

"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122 ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

5 de 8

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED-PROF-9188953

Universidad Autónoma de Guerrero

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Paciente:

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
ASPECTO	Claro		Claro
EXAMEN QUÍMICO			
GRAVEDAD ESPECIFICA	1.025 *		1.016 - 1.022
REACCION pH	6.00		4.80 - 7.40
ESTERASA LEUCOCITARIA	Negativo	Cel/μL	Negativo
NITRITOS	Negativo		Negativo
PROTEINAS	Negativo	mg/dL	Negativo
GLUCOSA	Normal	mg/dL	Normal
CETONAS	Negativo	mg/dL	Negativo
UROBILINOGENO	Normal	mg/dL	Normal
BILIRRUBINAS	Negativo	mg/dL	Negativo
SANGRE (ent. lisados)	25 /uL *	Cel/μL	Negativo

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES

** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA

"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122 ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

6 de 8

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED-PROF-9188953

Universidad Autónoma de Guerrero

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Paciente:

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
--------	------------	----------	----------------

Tipo de muestra : Orina
Método: Fotometría
Equipo: Cobas 6500

EXAMEN MICROSCOPICO

LEUCOCITOS	1	por campo	0 - 2
ERITROCITOS	1	por campo	0 - 4
BACTERIAS	Escasas *		Ausentes
CELULAS EPITELIALES NO ESCAMOSAS	Ausentes		Ausentes
CELULAS EPITELIALES ESCAMOSAS	Escasas *		Ausentes
FILAMENTO MUCOIDE	Ausentes		Ausentes
CRISTALES	Ausentes		Ausentes
LEVADURAS	Ausentes		Ausentes
CILINDROS HIALINOS	Ausentes	por campo	Ausentes
CILINDROS PATOLOGICOS	Ausentes	por campo	

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES

** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA

"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122 ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Reimpresión de resultados

7 de 8

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED-PROF-9188953

Universidad Autónoma de Guerrero

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 | coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SaludDigna®
La salud es para todos

Laboratorio clínico + Imagenología + Lentes



RSV976091159

N° Cliente: 1046736
Folio : 252331510090
Fecha de Nacimiento: 28/02/1989
Médico: A QUIEN CORRESPONDA

Fecha Toma: 02/02/2025 09:08:20AM

Fecha Validación: 08/02/2025 12:19:18PM

Sexo: Mujer Edad: 35 Años

Paciente:

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	LÍMITE CLÍNICO
ESPERMATOZOIDES	Ausentes		

Tipo de muestra: Orina
Método: Microscopía
Equipo: Cobas 6500

Valido: Q.F.B. ARIADNA PATRICIA LANGLE MARTÍNEZ.
Q.B. IVAN PEREZ ROQUE

* RESULTADOS FUERA DE LOS LIMITES DE REFERENCIA PARA PACIENTES NORMALES
** RESULTADOS CON CIFRA DE ALERTA
"Estudios realizados en el laboratorio Centro Nacional de Referencia Valle de México"

CALLE OCAMPO, #122. ENTRE AVENIDA MÉXICO Y VERACRUZ. COLONIA CUAJIMALPA

Q.B.P. Regina Rosalia Pérez Galindo

Responsable de Laboratorio
CED. PROF. 9186955
Universidad Autónoma de Guerrero

Reimpresión de resultados

8 de 8

Para dudas sobre los resultados de sus pacientes, comuníquese al **Centro de Atención al Médico**, una línea de **comunicación exclusiva para médicos tratantes**, donde podremos:

Resolver quejas

Recibir sugerencias

Aclarar dudas generales

Realizar cotizaciones



(565) 112 9713 coordinacion.medica@salud-digna.org

SOLO UTILIZAMOS INSUMOS Y EQUIPOS DE CALIDAD MUNDIAL:



NOTA: Los resultados pueden variar por factores tales como alimentación, medicamentos, ejercicio, entre otros. Es necesario correlacionar los datos clínicos con los resultados de laboratorio y deben ser siempre interpretados por un médico.

www.salud-digna.org

8.6. Anexo 6. Recordatorio de 24 horas consulta 1

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
8am	Desayuno	• Cernito • Café con azúcar	- Pan - 2 reb de pachuga de pavo - queso manch - leche condensada - leche gda.	Azúcar.		100%.
10:30	Colación	Flautas	~ 3 pzas de Flautas.	• Crema • Col • queso rayado • Tortilla • Barbacoa.	Fritas.	100%.
2:30 PM	Comida	longaniza con papas en salsa verde	1 Plato 2 tortillas	- Papas - Longaniza - Tortilla - Agua natural	Cruisado	100%.
3:00	Colación	chocolate	Chocolate	1 pza de chocolate	Ferrero	
8:30 PM	Cena	cereal con Plátano y leche	1 pza Plátano 1 1/2 taz de cereal 1 + 1/2 leche despecturada light.	Plátano - leche - cereal		100%.

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

		RECORDATORIO DE 24 HRS.								
		APORTE NUTRIMENTAL PROMEDIO								
		RACIONES	ENERGIA	PROTEINA (g)	LIPIDOS (g)	HCO (g)	FIBRA	Ca mg	P mg	Na
Leche	Descremada	1	95	9	2	12		300	110	50
	Semidescremada	0	0	0	0	0		0	0	0
	Entera	0	0	0	0	0		0	0	0
	Con azúcar	0	0	0	0	0		0	0	0
Alimentos origen animal	Muy bajo aporte	0	0	0	0	0		0	0	0
	Bajo aporte	4	220	28	12	0			280	100
	Medio aporte	3	225	21	15	0			210	75
	Alto aporte	2	200	14	16	0			140	50
Verduras		2	50	4	0	8	5	112	50	30
Frutas		2	120	0	0	30	3.2	64	70	4
Cereales	Sin grasa	10	700	20	0	150	16	390	250	1300
Tuberculosos	Con grasa	1	115	2	5	15	1	39	25	130
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceites y grasas	Sin proteínas	17	765	0	85	0			170	850
	Con proteínas	0	0	0	0	0			0	0
Azúcares	Sin grasa	0	0	0	0	0			0	0
	Con grasa	1	85	0	5	10			50	10
Bebidas alcohólicas		0	0	0	0	0			0	
Fibra Complem.		0	0	0	0	0	0			
		Kcals	2575	98	140	225	25.2	930.2	1355	2599
ial		Total	2552	392	1260	900				113
				15.36	49.37	35.27				

8.7. Anexo 7. Recordatorio de 24 horas consulta 2:

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
10:30	Desayuno	3 tacos de carne de cerdo con verdolaga sin arroz y una tortilla en cada taco agua simple				100
12 pm		skimo con ½ tza de leche entera con café y canela sin azúcar				
3:30	Comida	Plato de sopa de verduras con una pechuga asada y verduras al Vapor				
9:30	Cena	1 ½ tza de cereal con 1 plátano y ½ medida de proteína				

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

80 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

		RECORDATORIO DE 24 HRS.								
		APORTE NUTRIMENTAL PROMEDIO								
		RACIONES	ENERGIA	PROTEINA (g)	LIPIDOS (g)	HCO (g)	FIBRA	Ca mg	P mg	Na
Leche	Descremada	0	0	0	0	0		0	0	0
	Semidescremada	0	0	0	0	0		0	0	0
	Entera	0.5	75	4.5	4	6		150	55	25
	Con azúcar	0	0	0	0	0		0	0	0
Alimentos origen animal	Muy bajo aporte	6	240	42	6	0		1800	420	150
	Bajo aporte	0	0	0	0	0			0	0
	Medio aporte	3	225	21	15	0			210	75
	Alto aporte	0	0	0	0	0			0	0
Verduras		3	75	6	0	12	7.5	168	75	45
Frutas		2	120	0	0	30	3.2	64	70	4
Cereales	Sin grasa	6	420	12	0	90	9.6	234	150	780
Tuberculosos	Con grasa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceites y grasas	Sin proteínas	0	0	0	0	0			0	0
	Con proteínas	0	0	0	0	0			0	0
Azúcares	Sin grasa	0	0	0	0	0			0	0
	Con grasa	0	0	0	0	0			0	0
Bebidas alcohólicas		0	0	0	0	0			0	
Fibra Complem.		0	0	0	0	0	0			
		Kcals	1155	85.5	25	138	20.3	2436.3	980	1079
al		Total	1119	342	225	552				46.913
				30.56	20.11	49.33				

8.8. Anexo 8. Recordatorio de 24 horas de consulta 3:

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
8 AM	Desayuno	Huevo con nopales + tortillas + café + leche deslactosada sin azúcar.	<ul style="list-style-type: none"> • 3 pzas • 2 pzas • 2 pzas • 1 cucharada • 1/2 taza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Huevo entero • Nopales • Tortillas • Aceite de aguacate • Leche deslactosada light 	<ul style="list-style-type: none"> • Kirkland • Leche Kirkland 	100%
2 PM	Comida	Pescado asado con nopal + Tortilla + agua natural + Aguacate	<ul style="list-style-type: none"> • 120 g • 1 pza • 2 pzas • 1 cucharada • 1/3 pza 	<ul style="list-style-type: none"> • Pescado • Nopal • Tortillas • Aceite de aguacate • Aguacate 		100%
9 PM	Cena	Cereal con leche y proteína en polvo	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza • 1 taza • 1 medida 	<ul style="list-style-type: none"> • Cereal • Leche deslact. light • Proteína suelta 	<ul style="list-style-type: none"> • Fain (Flees Kelley) • Kirkland • Isopure zero carbs. 	100%

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

		RECORDATORIO DE 24 HRS.									
		APORTE NUTRIMENTAL PROMEDIO									
		RACIONES	ENERGIA	ROTEINA (g)	LIPIDOS (g)	HCO (g)	FIBRA	Ca mg	P mg	Na	
Leche	Descremada	2	190	18	4	24		600	220	100	
	Semidescremada	0	0	0	0	0		0	0	0	
	Entera	0	0	0	0	0		0	0	0	
	Con azúcar	0	0	0	0	0		0	0	0	
Alimentos de origen animal	Muy bajo aporte	6	240	42	6	0		1800	420	150	
	Bajo aporte	0	0	0	0	0			0	0	
	Medio aporte	3	225	21	15	0			210	75	
	Alto aporte	0	0	0	0	0			0	0	
Verduras		1.5	37.5	3	0	6	3.75	84	37.5	22.5	
Frutas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Cereales	Sin grasa	6	420	12	0	90	9.6	234	150	780	
	Con grasa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Aceites y grasas	Sin proteínas	2	90	0	10	0			20	100	
	Con proteínas	0	0	0	0	0			0	0	
Azúcares	Sin grasa	1	40	0	0	10			50	10	
	Con grasa	0	0	0	0	0			0	0	
Bebidas alcohólicas		0	0	0	0	0			0		
Fibra Complem.		0	0	0	0	0	0				
		Kcals	1242.5	96	35	130	13.35	2731.35	1107.5	1237.5	
nal		Total	1219	384	315	520				53.8043	
				31.50	25.84	42.66					

8.9. Anexo 9: Recordatorio de 24 horas de consulta 4:

Recordatorio de 24 horas
(Revisar los pasos para el correcto llenado)

Hora	Ocasión	Alimento/Bebida	Descripción de alimento/tipo			% consumido
			Cantidad	Ingrediente	Marca/preparación/tipo	
8:30am	Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> 2 tacos de costilla de cerdo en chile mori:ta Café con azúcar 	2 Tortillas 90g 1 Taza 2 cdas			100%
2:30pm	Comida	<ul style="list-style-type: none"> Huevo con nopal y cebollos cambrey. Tortilla 	2 piezas 2 tazas 1 taza	Huevo Nopal + cebolla cambrey. Tortilla		100%
5pm	Colación	Frappé de leche con café, canela y vainilla.	1 taza	Leche deslact. light	Kirkland	100%
7pm		Barrido proteína	1 taza	Barrido proteína	Kirkland	50%
11pm		Leche con cereal y proteína	1 taza 1 taza 1 medida	Leche Cereal proteína	Kirkland Kelloggs Isopure	100%

Cucharadita= cuchara cafetera (5ml)

Cucharada= cuchara sopera (15ml)

Taza ó vaso = 250ml

90 gramos = se hará referencia a la palma de la mano

		RECORDATORIO DE 24 HRS.								
		APORTE NUTRIMENTAL PROMEDIO								
		RACIONES	ENERGIA	PROTEINA (g)	LIPIDOS (g)	HCO (g)	FIBRA	Ca mg	P mg	Na
Leche	Descremada	2	190	18	4	24		600	220	100
	Semidescremada	0	0	0	0	0		0	0	0
	Entera	0	0	0	0	0		0	0	0
	Con azúcar	0	0	0	0	0		0	0	0
Alimentos de origen animal	Muy bajo aporte	9	360	63	9	0		2700	630	225
	Bajo aporte	0	0	0	0	0			0	0
	Medio aporte	5	375	35	25	0			350	125
	Alto aporte	0	0	0	0	0			0	0
Verduras		2	50	4	0	8	5	112	50	30
Frutas		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cereales	Sin grasa	6.5	455	13	0	97.5	10.4	253.5	162.5	845
Tuberculosos	Con grasa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leguminosas		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceites y grasas	Sin proteínas	0	0	0	0	0			0	0
	Con proteínas	0	0	0	0	0			0	0
Azúcares	Sin grasa	1	40	0	0	10			50	10
	Con grasa	0	0	0	0	0			0	0
Bebidas alcohólicas		0	0	0	0	0			0	
Fibra Complem.		0	0	0	0	0	0			
		Kcals	1470	133	38	139.5	15.4	3680.9	1462.5	1335
al		Total	1432	532	342	558				58.0435
				37.15	23.88	38.97				

8.10. Anexo 10. Evaluación emocional del paciente

Se utilizó la siguiente entrevista clínica abierta basada en los ejes del modelo de promoción de conductas saludables:

- Motivación para el cambio: Alta desde la primera consulta, especialmente enfocada en la pérdida de grasa corporal. Aumentó progresivamente con cada sesión.

- Autoeficacia: inicial baja; se fortaleció con retroalimentación positiva, resultados corporales (InBody) y la validación de logros pequeños.
- Barreras identificadas: Estrés elevado por múltiples responsabilidades familiares, conflictos con su hijo adolescente, remodelación del hogar, carga laboral.
- Etapa de cambio: Avanzó de contemplación a preparación en la primera consulta, y permaneció en acción hasta la última consulta

8.11. Anexo 11. Evaluación de actividad física (IPAQ y PAR-Q+)

Herramientas aplicadas:

- Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, versión corta)
- Cuestionario de Preparación para la Actividad Física (PAR-Q+)

Resultados e interpretación:

- Frecuencia: El paciente realiza actividad física estructurada 5 días por semana, con caminata rápida como principal modalidad aeróbica.
- Intensidad: Moderada, con percepción de esfuerzo de 6–7 en escala de Borg. Se incorporan ejercicios de fuerza dos veces por semana con peso corporal y bandas elásticas.
- Tiempo: Actividad aeróbica entre 40 y 50 minutos por sesión; ejercicios de fuerza entre 25–30 minutos.
- Tipo: Caminata rápida, bicicleta estática y ejercicios funcionales. Usa videos de rutinas en casa.
- Total semanal estimado: aproximadamente 250 minutos/semana, superando la recomendación mínima de la OMS (150 minutos/semana) para adultos.

Interpretación IPAQ: Clasificación en nivel de actividad física moderada–alta , con posibilidad de optimizar la intensidad aeróbica y mejorar progresivamente la fuerza muscular.

PAR-Q+: No se identifican contraindicaciones médicas para iniciar o continuar con el programa de ejercicio. El paciente se considera apto para la actividad física, con monitoreo profesional y progresión gradual.

Meta establecido: Mantener ≥ 150 minutos/semana de actividad física moderada, aumentar la intensidad del ejercicio y mejorar la adherencia a las sesiones de fuerza al menos 3 veces por semana.

8.12. Anexo 12. Materiales educativos utilizados

Durante las sesiones, se aplicarán materiales visuales y explicativos para mejorar la comprensión y autonomía del paciente:

- Automonitoreo alimentario/emocional.

- Infografía sobre lectura de etiquetas nutrimentales (azúcares ocultos, grasas saturadas).

Cómo leer la etiqueta de información nutrimental

Mantén estos sencillos tips en mente:



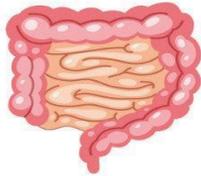
- 1** Revisa el tamaño de la ración
Verifica que sea la misma cantidad que piensas consumir.
- 2** Evita los productos que tienen:
>3 gramos de grasa
>140 mg de sodio
>10 gramos de azúcar
- 3** Prefiere los productos que tienen:
>2.5 gramos de fibra
- 4** Lee la lista de ingredientes
Todos los ingredientes y aditivos contenidos deben aparecer ordenados de mayor a menor proporción, según la cantidad presente en el alimento.

Información Nutrimental	
Porción: 30g	
Porciones por paquete: Varía de acuerdo al contenido de cada presentación	
Cantidad por Porción	
Contenido energético	111 Cal (470 kJ)
Grasas (lípidos):	1,5 g
De las cuales:	
Grasa Saturada	0,7 g
Grasa Monoinsaturada	0,3 g
Grasa Poliinsaturada	0,3 g
Ácidos Grasos Trans	0 g
Colesterol	0 mg
Sodio	100 mg
Carbohidratos Disponibles:	22,4 g
Azúcares	7 g
Fibra Dietética	2,6 g
Fibra Soluble	0,9 g
Fibra Insoluble	1,7 g
Proteínas	2 g

Ingredientes
Avena grano, azúcar, harina de maíz, harina de trigo integral, harina de arroz, sal, carbonato cálcico, fosfato disódico, hierro reducido, Niacinamida *, óxido de zinc, BHT (un conservante), amarillo 5, amarillo 6, * Tiamina mononitrato, * clorhidrato de piridoxina, riboflavina *, * ácido fólico.

Más información: www.eligenutricion.com

- Guía práctica para elegir alimentos más ricos en fibra (leguminosas, vegetales, frutas de temporada).



ALIMENTOS RICOS EN FIBRA

¿Qué ALIMENTOS nos aportan FIBRA?



Frutas y verduras

- Son el **principal aporte** de fibra en nuestra dieta.
- Nos aportan fibra **soluble** e **insoluble**.
- **5 raciones** de frutas y verduras al día nos garantizan el aporte de fibra diario.

Legumbres

- Contienen fibra **soluble** e **insoluble**.
- Son una excelente fuente de **proteínas**.
- Tienen un **Índice Glucémico muy bajo**.
- Son ricas en **Calcio, Magnesio** y **Hierro**.



Frutos Secos y Semillas

- Más contenido de fibra **insoluble**.
- Son una buena fuente de **proteínas**.
- Contienen **grasas saludables**.
- Son una excelente fuente de **minerales**.
- Contienen **Fitoesteroles**, que reducen los niveles de colesterol.

Cereales Integrales

- Son fuente de fibra **insoluble**.
- Se recomienda un consumo moderado.
- Contienen cantidades aceptables de **Calcio, Hierro** y **Magnesio**.



¿Cuáles son los BENEFICIOS de la FIBRA?



- 1) Regula el **tránsito intestinal**.
- 2) Mantiene la salud de la **flora intestinal**.
- 3) Es **saciante**.
- 4) Reduce el **Índice Glucémico** de los alimentos.



- Ejemplo de distribución de alimentos saludables en el día.



- Recursos explicativos sobre proteínas magras y grasas saludables : huevo, atún, pollo sin piel, aguacate, semillas, etc.

Que Es , Para Que

PROTEINA

Su nombre procede del griego "proteios" y significa:

¡DE IMPORTANCIA PRIMORDIAL!

Después del agua
Es el componente
Que tenemos en
mayor cantidad

TIPOS

Origen vegetal

Origen animal

F
u
n
c
i
o
n
e
s

- Construir y reparar músculos , órganos , huesos.
- Regular hormonas y metabolismo
- Defender , formando parte del sist. inmunológico

Puede ser utilizadas como fuente de energía , aunque
En menor medida de hidratos y grasa

Capacidad saciante
Eleva el metabolismo

Favorece la perdida de grasa
Conserva masa muscular

Grasas

Saturadas vs. Insaturadas



son **solidas** a temperatura ambiente.



son **liquidas** a temperatura ambiente su fuente es de origen vegetal

¿Dónde están?

Productos animales como la res, el pollo y la leche entera, aceites de coco, de palma y mantequilla de cacao.

¿Por qué limitar su consumo?

Tiene efectos nocivos en la salud : eleva cifras de colesterol total y colesterol LDL.

Aceites de maíz, algodón, cártamo, soja y girasol.

¿Por qué consumirlas en cantidades adecuadas?

Éste tipo de grasas tienen efectos positivos en la salud:

- incrementan ligeramente el colesterol HDL
- disminuyen los triglicéridos y el colesterol LDL.

AMD
ASOCIACION MEXICANA
DE DIABETES.

Bibliografía: Coronado, M., Vega y León, S., Gutiérrez, R., Vázquez, M., & Radilla, C. (2015). Antioxidantes: perspectiva actual para la salud humana. Revista chilena de nutrición, 42(2), 206-212

8.13. Anexo 13. Estrategias de higiene del sueño sugeridas

Con base en el reporte de sueño no reparador y dificultad para dormir, se trabajaron las siguientes recomendaciones:

- Evite la exposición a pantallas 30 minutos antes de dormir.
- Establecer horarios fijos para acostarse y despertar, incluso en fines de semana.
- Incorporar rituales relajantes antes de dormir: infusiones sin cafeína, respiraciones profundas.
- Adecuar el entorno de descanso: colchón cómodo, cuarto ventilado, sin luz ni ruido.
- Evite cenas abundantes o estimulantes cerca de la hora de dormir.

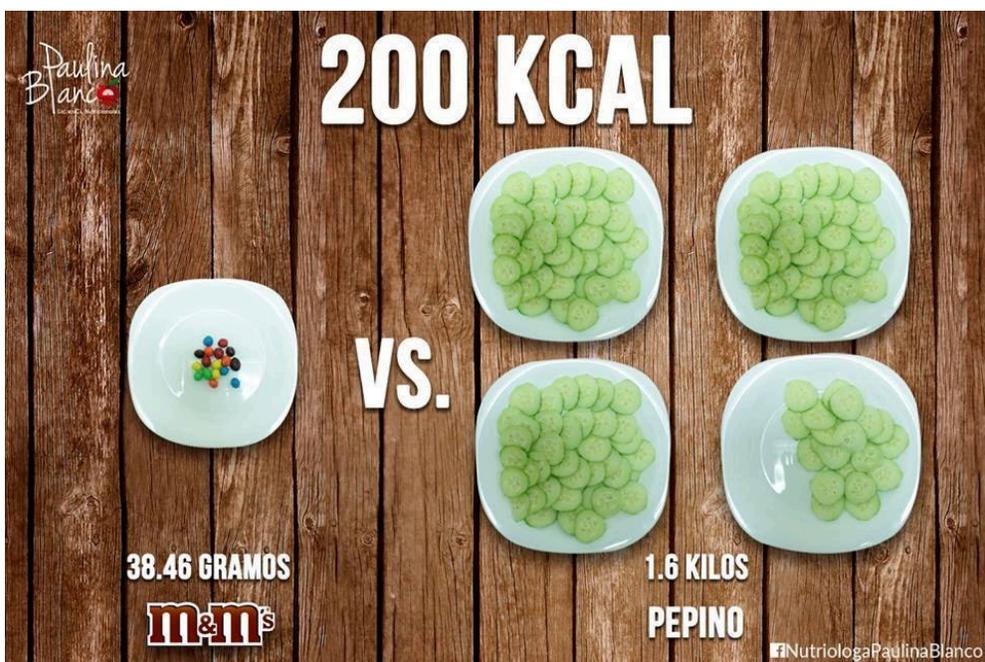
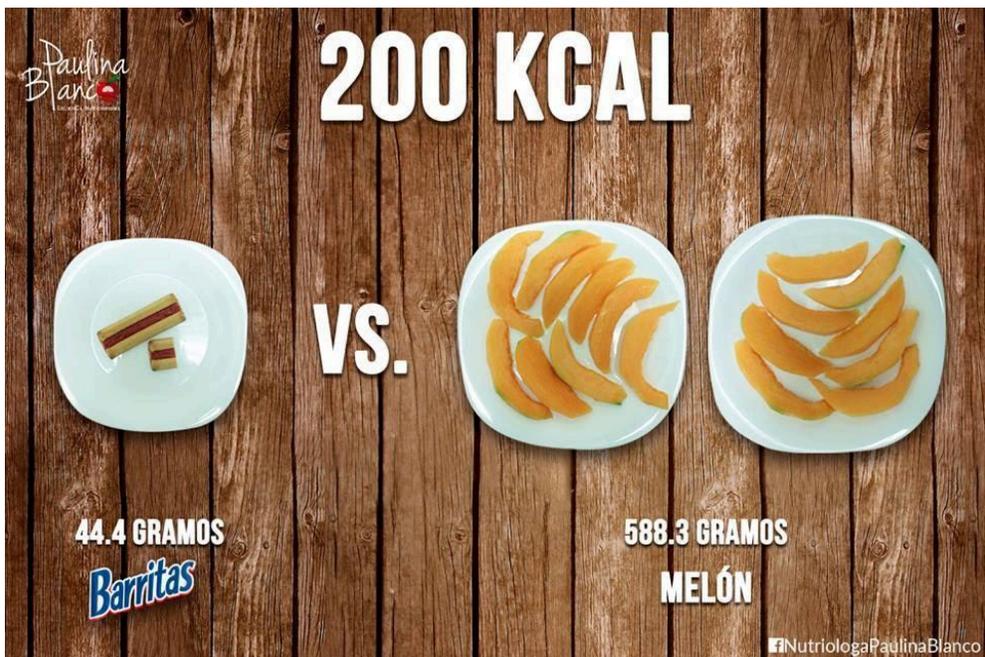


MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO



#TodasLasPersonasTodosLosDerechos

8.14. Anexo 14. Material didáctico visual.



Paulina
Blanco

200 KCAL



44.33 GRAMOS

CHOKIS
Tostes a la Canela

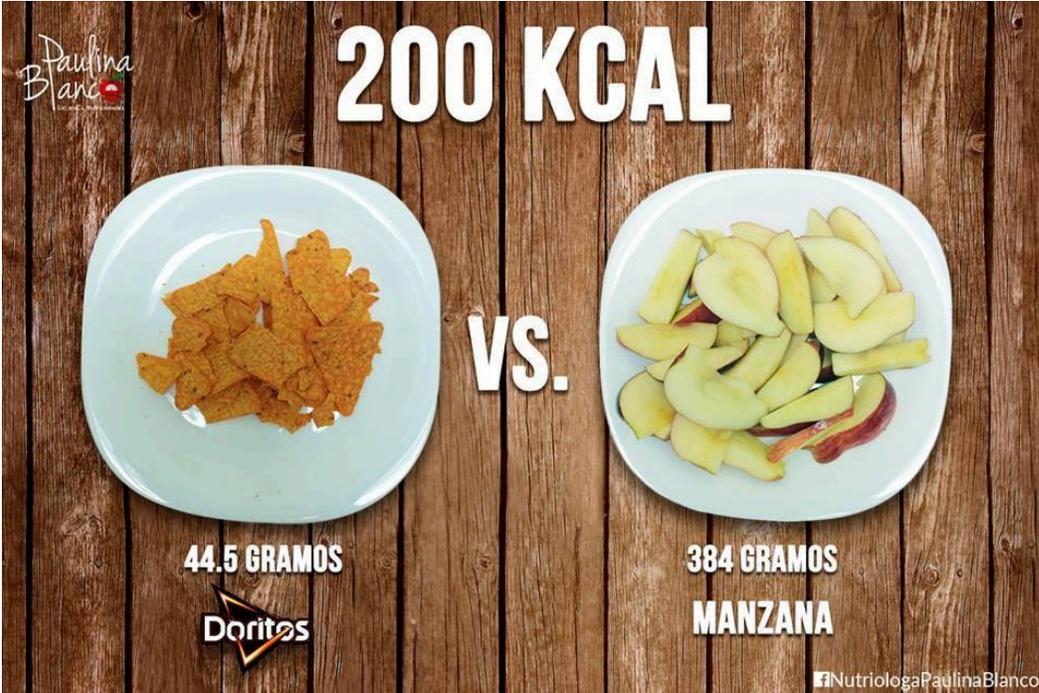
VS.



227 GRAMOS

PLÁTANO

 NutriologaPaulinaBlanco



8.15. Anexo 15. Escala de hambre y saciedad.



THE HUNGER SCALE

8.16. Anexo 16. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO DE POLÍTICAS PARA RECIBIR CONSULTA EN LA

CLÍNICA DE NUTRICIÓN DE LA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, A. C.

Lugar y fecha: _____

Yo, _____ (en adelante, “Persona Usuaría”), quien se identifica con (identificación

oficial vigente [INE, pasaporte, carta de naturalización, cédula profesional, etc.]), número _____; de

manera voluntaria, libre e informada acepto que la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, en concordancia con los

servicios educativos y los programas de estudio que presta en colaboración con la “CLÍNICA DE NUTRICIÓN”, me proporcione

atención nutricional en mi calidad de:

a. Integrante de la Comunidad Universitaria:

- 1) Estudiante ()
- 2) Egresada/o ()
- 3) Pasante ()

4) Académica/o de tiempo completo, personal administrativo o de servicios

()

5) Prestador/a de servicios profesionales docentes, Invitada/o por proyecto

()

b. Externa:

1) Familiar Invitada/o por Académica/o de tiempo completo, personal administrativo o de servicios

()

2) Familiar Invitada/o por Prestador/a de servicios profesionales docentes

()

3) Familiar Invitada/o por Estudiante ()

Consentimiento informado

Si Usted acepta, ocurrirá lo siguiente:

Procedimiento:

1. Le haremos algunas preguntas acerca de sus antecedentes personales y médicos, alimentación, estilo de vida,

estado emocional y actividad física, por ejemplo: qué acostumbra usted desayunar, comer cenar, etc. y

cuestiones generales como, por ejemplo: fuma o consume bebidas alcohólicas, etc. La entrevista/ el cuestionario

tendrá una duración aproximada de una hora. Le entrevistaremos en los consultorios de la Clínica de Nutrición,

ubicado en el edificio L, primer piso, #111, en las instalaciones de la Universidad Iberoamericana, en un horario de

7:00 am a 18:00 pm de lunes a viernes.

2. Autoriza tomarle una muestra de sangre: _____ (SI HAY TOMA DE MUESTRA DE SANGRE

ESPECIFICAR LA CANTIDAD EN ML)

Le precisamos que (TANTO LAS ENTREVISTAS Y/ O TOMA DE MUESTRAS) serán realizadas por personal capacitado.

Confidencialidad:

Toda la información que Usted nos proporcione será de carácter estrictamente confidencial y utilizada únicamente por el equipo

de la Clínica de Nutrición para el seguimiento nutricional o con fines académicos o de investigación, por lo que no estará

disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre.

Riesgos Potenciales:

Los riesgos potenciales que implican recibir atención nutricional o participar en algún estudio son mínimos. Si alguna de las

preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. (SI SE LE REALIZA LA TOMA DE

MUESTRA DE SANGRE EL MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ ES NUEVO Y DESECHABLE, ADICIONALMENTE, LE PUEDE

OCASIONAR UN PEQUEÑO MORETÓN O DOLOR EN EL MOMENTO O DÍAS DESPUÉS DE LA TOMA DE MUESTRA).

Declaro que el/la profesional con número de cédula

_____, me ha explicado en qué consisten los

tratamientos y procedimientos médicos que se me practicarán y los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo, por

lo que, bajo ese entendido, reconozco haber sido debidamente informada/o al respecto (de manera enunciativa más no

limitativa) y que puedo externar cualquier duda que surja durante mi participación en la Clínica de Nutrición.

2

Comprendo que la práctica de la nutrición no es una ciencia exacta y reconozco que no me han asegurado ni garantizado que

los resultados de los procedimientos brindados por la Clínica de Nutrición necesariamente alcancen los beneficios esperados.

De igual forma, consiento el registro de mi historia clínica, el cual será tratado de conformidad a la Ley Federal de Protección

de Datos Personales en Posesión de los Particulares, las finalidades previstas en los Avisos de Privacidad (de Estudiantado, o

Personal Académico, Administrativo y de Servicios o Prestadores de Servicios y/o Público en General, indistintamente) y las

normas oficiales mexicanas que resulten aplicables.

c. Políticas de consulta

La “Persona Usaria” declara voluntariamente que ha leído, comprende y acepta las políticas de consulta de la Clínica de

Nutrición, consistentes en:

1. Podrán otorgarme 8 consultas (como máximo) en un periodo de un año.
2. Existen dos modalidades de consulta, la primera es una valoración general del estado nutricional en la cual se me brindarán recomendaciones generales y la segunda es un paquete de cuatro consultas con una vigencia de 4 meses, en el que se me ofrece un plan de nutrición individualizado.
3. Se solicita una cuota de recuperación para agendar las consultas, por lo que, el precio está subsidiado con un costo menor comparado con una consulta privada.
4. Para agendar consulta es necesario haber realizado el pago previamente, por medio del portal Ibero, o directamente en la Clínica (alumnos con monedero electrónico) y colaboradores pueden asistir a Cobranzas.
5. No se aceptarán pagos extemporáneos, y una vez hecho el pago, se requiere que en ese mes se realice la primera consulta.
6. Las dudas o inquietudes serán respondidas por el personal colaborador de la Clínica, por lo tanto, conozco los horarios de servicio y los datos de contacto de la Clínica.
7. A respetar las normas de la clínica para agendar, reagendar o cancelar consultas.
8. Se me explicó que existe una tolerancia de 15 minutos, si asisto después de ese tiempo, la consulta se

reagendará para otra fecha y horario disponible. La consulta se puede dar por realizada, con excepción de

casos extraordinarios.

9. En caso de no acudir, la consulta se da por perdida y el pago no es reembolsable y no puede ser utilizado

para reagendar otra consulta, aunque alguna emergencia justificada queda exenta de ello.

10. La solicitud de cancelación de cita deberá de ser realizada con al menos 24 horas de anticipación, de otro

modo, la consulta se dará por realizada. La solicitud de modificación o cancelación de consultas deberá de

se confirmada por el personal de la Clínica de Nutrición, lo cual ocurrirá entre semana, en días hábiles.

11. No se podrá reagendar más de dos veces de manera consecutiva.

12. Me comprometo a mantener una conducta respetuosa y apropiada durante las consultas y en cualquier tipo

de interacción con el personal de la Clínica de Nutrición.

13. Queda estrictamente prohibido incurrir en actos o comportamientos que atenten contra la integridad, dignidad

o bienestar del personal.

En caso de incumplimiento de los puntos 12 y 13, la Clínica se reserva el derecho de suspender o cancelar de manera

definitiva el servicio de atención. Del mismo modo, reconozco que puedo acercarme al equipo de la Clínica en caso de

experimentar estos mismos actos o comportamientos por parte del personal de la Clínica o del personal de apoyo. La Clínica

se compromete a brindar un espacio seguro, confidencial y libre de represalias para la recepción y seguimiento de estos

reportes.

Finalmente, declaro que, la "IBERO" puso a mí disposición el aviso de privacidad en los términos que fijan la Ley Federal de

Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su reglamento, de manera previa a la obtención de los

datos personales, entiendo los alcances del mismo, ya que, el lenguaje, estructura y diseño es claro y comprensible.

Manifiesto tener pleno conocimiento del contenido de la presente y ratifico que los datos asentados, son ciertos y

cualquier omisión en los mismos, así como la responsabilidad derivada de ello, es única y exclusivamente de quien

suscribe.

Nombre y Firma de la persona usuaria

Profesional/Nutriólogo(a)/Tratante

Cédula Profesional

Testigos

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

3

Aviso de Privacidad Simplificado

Servicio Médico y/o las Clínicas Nutrición y Adultos Mayores

Universidad Iberoamericana, A.C., con domicilio en Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa

Fe, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México, es la responsable del uso y protección de sus datos

personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades, siendo estas necesarias para

la prestación de nuestros servicios académicos, administrativos, comunitarios y de incidencia en el sistema educativo de la

IBERO:

- I. Atención a urgencias médicas.
- II. Aplicación de exámenes médicos anuales.
- III. Orientación y asesoría médica.
- IV. Aplicación de medicamento para el padecimiento que se presente.
- V. Creación, estudio, análisis, actualización y conservación del expediente de participante.
- VI. Conservación de registros para seguimiento a consultas y padecimientos.
- VII. En situación de emergencia, contactar a sus familiares y/o médico tratante para la gestión de servicios de salud, prevención, diagnóstico, interconsulta, prestación de asistencia psicológica o de salud.
- VIII. Administración del acceso electrónico a los sistemas tecnológicos de la IBERO, incluida la validación electrónica de documentos mediante archivos digitales.
- IX. Elaboración de encuestas, estadísticas e informes para uso exclusivo de la IBERO.
- X. Elaboración de estadísticas e informes requeridos por las autoridades en México.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el cumplimiento de nuestros procesos administrativos y/o de operación, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- a. Promoción de los servicios e información para el cuidado de la salud.
- b. Realizar encuestas y obtener su retroalimentación para mejorar nuestros servicios.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, desde este momento nos puede

comunicar lo anterior enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: datospersonales@ibero.mx La negativa para el

uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios que contrata

con la Universidad Iberoamericana, A.C., y de conformidad con la Ley, contará con un plazo de cinco días hábiles para

manifestarla.

Para conocer más información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, conocer los

terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede

consultar el aviso de privacidad integral accediendo a la siguiente liga <http://www.ibero.mx/aviso-legal-y-de-privacidad>

[Nombre completo] _____

[Fecha] _____

[Firma] _____

Otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a lo señalado en el presente aviso

de privacidad.

8.17 Anexo 17 Tabla resumen de recomendaciones alimentarias y metas FITT por consulta

Consulta	Recomendaciones alimentarias	Metas FITT de actividad física
Consulta 1	Reducción de azúcares simples y bebidas calóricas. Aumento de verduras cocidas y proteína magra. Control de horarios.	No se establecieron metas aún. Se evaluó disposición e historial.
Consulta 2	Disminución de cereales refinados. Inclusión de fibra soluble (avena, leguminosas). Ajuste de porciones de frutas.	Frecuencia: 3 días/semana. Intensidad: moderada. Tipo: caminata rápida. Tiempo: 30 minutos.
Consulta 3	Reducción de lácteos altos en grasa. Inclusión de colaciones proteicas. Control del consumo de calcio excesivo.	Frecuencia: 4 días/semana. Intensidad: moderada. Tipo: caminata + rutina fuerza en casa. Tiempo: 35 minutos.

Consulta 4 Consolidación de hábitos saludables. Aumento de verduras crudas. Revisión de adherencia a horarios. Frecuencia: 5 días/semana. Intensidad: moderada. Tipo: caminata + ejercicios funcionales. Tiempo: 40 minutos.

8.18 Gráficas de indicadores clínicos.

