



NUTRICION • MEDICINA Y CIRUGIA ESTETICA • LASER • PSICOLOGIA • ANALISIS

 **Clínica**
DOCTOR MARISCAL BUENO
Nutrición y Estética Medica

Avda. Ciudad de Barcelona, 206 - 1.º B
28007 MADRID

Tel. Citas: 91 401 13 09
Tel. Personal: 607 40 67 70
www.doctormariscal.com

info@doctormariscal.com



DIETA PROTEINADA

INTRODUCCIÓN:

- Se la conoce con **otros nombres** (dieta proteica, dieta proteínica, dieta hiperproteica, dieta de suplementación proteica, dieta de ayuno proteico, ayuno proteinado...).
- Sistema científico de adelgazamiento **diseñada y elaborada por médicos**, para ser aplicada por médicos y puesta al servicio de los pacientes.
- Elaborada por los equipos del **Profesor George Blackburn** de la Universidad de Harvard, Estados Unidos (Protein Sparing Modified Fast), e introducido en Francia por el **Profesor Marian Apfelbaum**.
- En 1975, el **Dr. Jean Marie Marineau** aplicó la teoría del Dr. Blackburn y cambió el nombre por el de Dieta Proteinada.

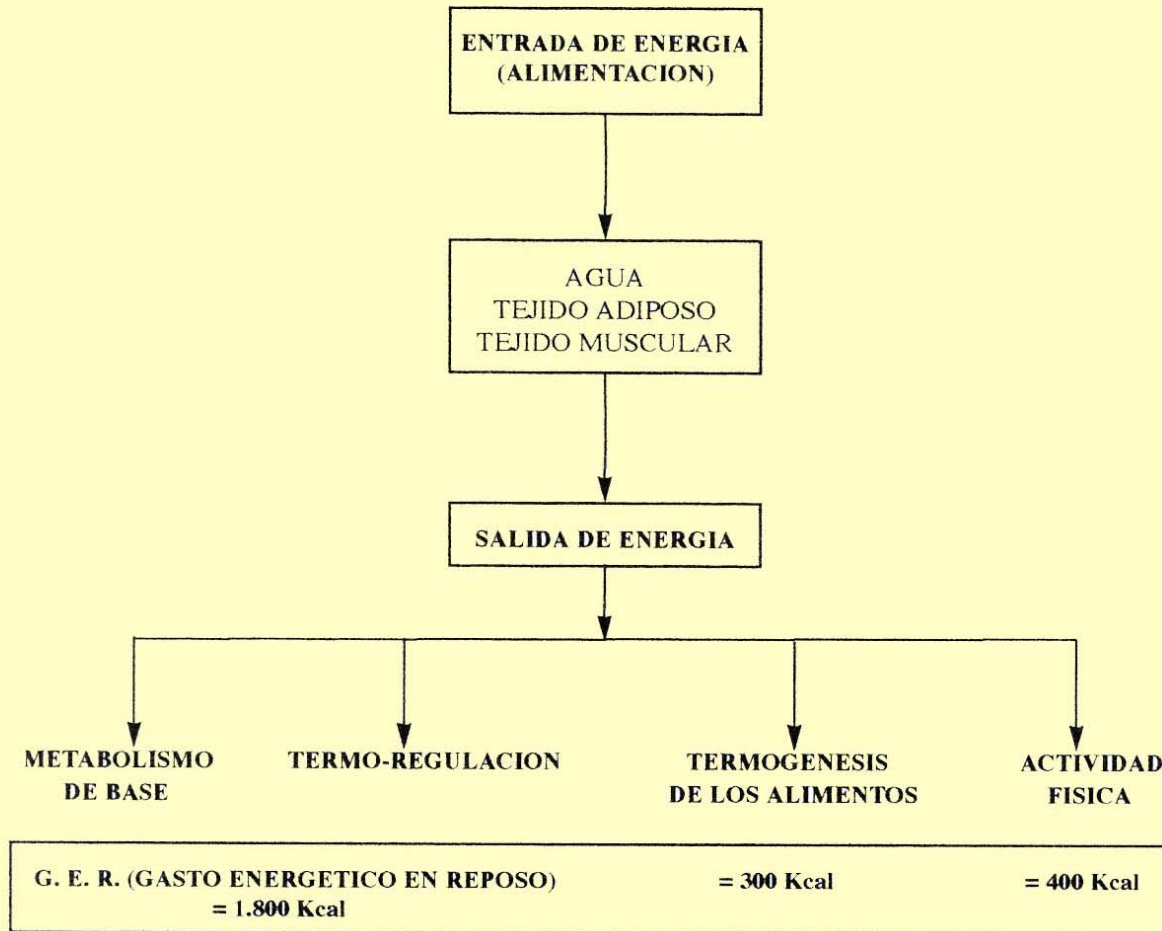


INTRODUCCIÓN:

- **Miles de personas** en todo el mundo practican este método de pérdida de peso con total seguridad.
- El método consiste en **ingerir proteínas**, que vienen presentadas en forma de sobres y/o barritas de varios sabores, de una gran digestibilidad y de alto valor biológico, **complementado** con un aporte preciso de vitaminas, sales minerales, oligoelementos y fibras.
- Con este método se consigue una **pérdida exclusiva de grasa, que libera cuerpos cetónicos** (acetona) que permite conseguir la energía necesaria para el cuerpo y el cerebro, además de proporcionar un quita-hambre natural que le permitirá llevar el tratamiento sin tener apetito.



EQUILIBRIO CALÓRICO DEL ORGANISMO





PROTEÍNAS

- Su **nombre** deriva de la palabra griega “proto”, que significa “de primera importancia”, y fueron la primera sustancia reconocida como vital para cualquier organismo viviente.
- Son el **compuesto orgánico más importante de nuestro cuerpo**. Sólo las aportan los **alimentos**, por lo que es vital que la calidad, cantidad, fuentes y metabolismo de las proteínas de nuestra alimentación sean los adecuados.
- Al igual que los carbohidratos y las grasas, las proteínas **se componen de carbono, oxígeno e hidrógeno, pero además contienen nitrógeno**.
- Estas macromoléculas (grandes partículas orgánicas) están integradas por **aminoácidos, un total de 22** sustancias básicas que se unen en diferentes combinaciones y tamaños.
- Los aminoácidos, los “ladrillos” con que están construidas las proteínas, se dividen en **esenciales** (los nueve que deben aportarse obligatoriamente a través de la dieta (lisina, metionina, fenilalanina, leucina, valina, arginina, treonina y triptófano) y **no esenciales** (los que sintetiza el cuerpo a partir de otros nutrientes y de sustancias orgánicas propias).



PROTEÍNAS

LOCALIZACIÓN

- Están presentes **en la mayoría de los tejidos blandos y duros**: desde los músculos y el colágeno de los cartílagos hasta los huesos, los dientes, la sangre y los fluidos corporales.
- Forman parte de las **hormonas** (de crecimiento, insulina, sexuales, corticoides).
- Forman parte de las **enzimas**.
- Son de gran importancia en el mantenimiento de nuestro **sistema inmunitario** (parte de nuestras defensas son proteínas).
- Entran a formar parte de las **estructuras cromosómicas** (información genética)



PROTEÍNAS

FUNCIÓN

Queratina y colágeno. Proporcionan fuerza y elasticidad al cabello, a la piel y a los tendones.

Hemoglobina y mioglobina. Fijan el oxígeno en la sangre y en los músculos, respectivamente.

Enzimas. Dirigen todas las reacciones químicas de las células del organismo, las cuales dan base a todo tipo de actividad celular (incluyendo el desarrollo, reconstrucción y producción de energía, y la excreción de los productos de desecho)

Gammaglobulinas. Estos componentes del suero sanguíneo son uno de los agentes principales de las reacciones inmunitarias.



PROTEÍNAS

FUENTES

Las proteínas, presentes en una gran variedad de alimentos, son básicamente de dos tipos:

Origen animal. Se denominan "completas o de alto valor biológico" porque contienen todos los aminoácidos esenciales en cantidad suficiente. Sus **principales fuentes** son las carnes, el pescado, los huevos, la leche y sus derivados.

Origen vegetal. Se denominan "incompletas" pues les falta o escasea algún aminoácido esencial (con excepción de la proteína de la soja, que contiene todos). Las **fuentes principales de proteínas vegetales** son los cereales, las legumbres, las semillas y los frutos secos. De la **correcta combinación** entre ellos, se pueden obtener platos con proteínas de alta calidad (cereal+legumbre, legumbre+semillas, cereales integrales+semillas, frutos secos+legumbres, cereales+frutos secos)



PROTEÍNAS

NECESIDADES

Las necesidades diarias proteicas de un adulto se calculan en 0,8 gramos de proteínas por cada kilo de peso ideal al día, lo que supone una media de 45 gramos para la mujer (alrededor del 9 % de las calorías de la dieta). Para el hombre se estima 1 gramo de proteínas por cada kilo de peso ideal al día, lo que supone una media de 70 gramos.

Casos especiales. El consumo proteico debe aumentarse en situaciones de crecimiento que elevan las necesidades de proteínas (la infancia, el embarazo y la lactancia materna), así como en casos de enfermedad, infección o tratamiento quirúrgico.

Calidad y cantidad. Al menos el 40% de las proteínas consumidas debe ser de alto valor biológico (animales).

Recomendación general. Según el aporte calórico adecuado a la edad, sexo y actividad física, se considera correcto recibir del 10 al 15% del total de calorías de la dieta en forma de proteínas.

Ahorro. El consumo de grasas, y sobre todo carbohidratos, tiene un efecto ahorrador de proteínas (al evitar que el cuerpo las descomponga para usarlas como energía). Si tu aporte calórico no cubre tus necesidades energéticas, aumenta el de proteínas.



¿QUÉ ES LA DIETA PROTEINICA Y COMO ACTUAN LAS PROTEINAS?

El cuerpo humano posee tres grandes fuentes de energía:

- grasas (lípidos).	9 KCAL/G	Las reservas.
- azúcares (glúcidos).	4 KCAL/G	El carburante.
- proteínas	4 KCAL/G	La base.

- Las proteínas **son** un conjunto de **ácidos aminados** que son constituyentes **imprescindibles** de la materia viva, en particular de los músculos, del corazón, del hígado, de los riñones, de la piel, de la sangre... y de muchos órganos más.
- Las proteínas **intervienen en diferentes etapas de la vida celular**: la elaboración, el crecimiento, la construcción, la reparación de las células, y del cuerpo.
- Cada día las células de su cuerpo **mueren** y necesitan ser reconstituidas. Las proteínas son el elemento base para esta reconstitución celular.
- **En la dieta proteinada, la única aportación de carburante al organismo se realiza a través de las proteínas**, excluyendo casi totalmente glúcidos y lípidos. Al cuerpo se le obliga a tomar energía de sus reservas de azúcares y grasas, lo que le permite conservar sus proteínas. El cuerpo se adapta de forma natural se consigue la pérdida de peso conservando la masa muscular.



CARACTERÍSTICAS DE LAS DIETAS PROTEINADAS

- **Reducen las calorías de la dieta reduciendo HC y GRASAS.**
- **Llevan un aporte “aumentado” de PROTEÍNAS para evitar perder masa muscular.**
- **Mantienen el metabolismo basal: evitamos efecto “yoyo”.**
- **Son saciantes y generan buen humor.**
- **Combinan preparados (Siken Diet) con alimentos.**
- **Prescripción y seguimiento por médicos, nutricionistas y profesionales de la salud.**



MECANISMO DE ACCIÓN

En este tipo de tratamiento se fundamenta en dos pilares básicos:

- **Aportar de forma controlada una cantidad determinada de proteínas purificadas** (que ayudarán a mantener la masa magra).
- **La restricción de grasas y azúcares** que genera una cetogénesis y una neoglucogénesis que da lugar a la formación de cuerpos cetónicos.

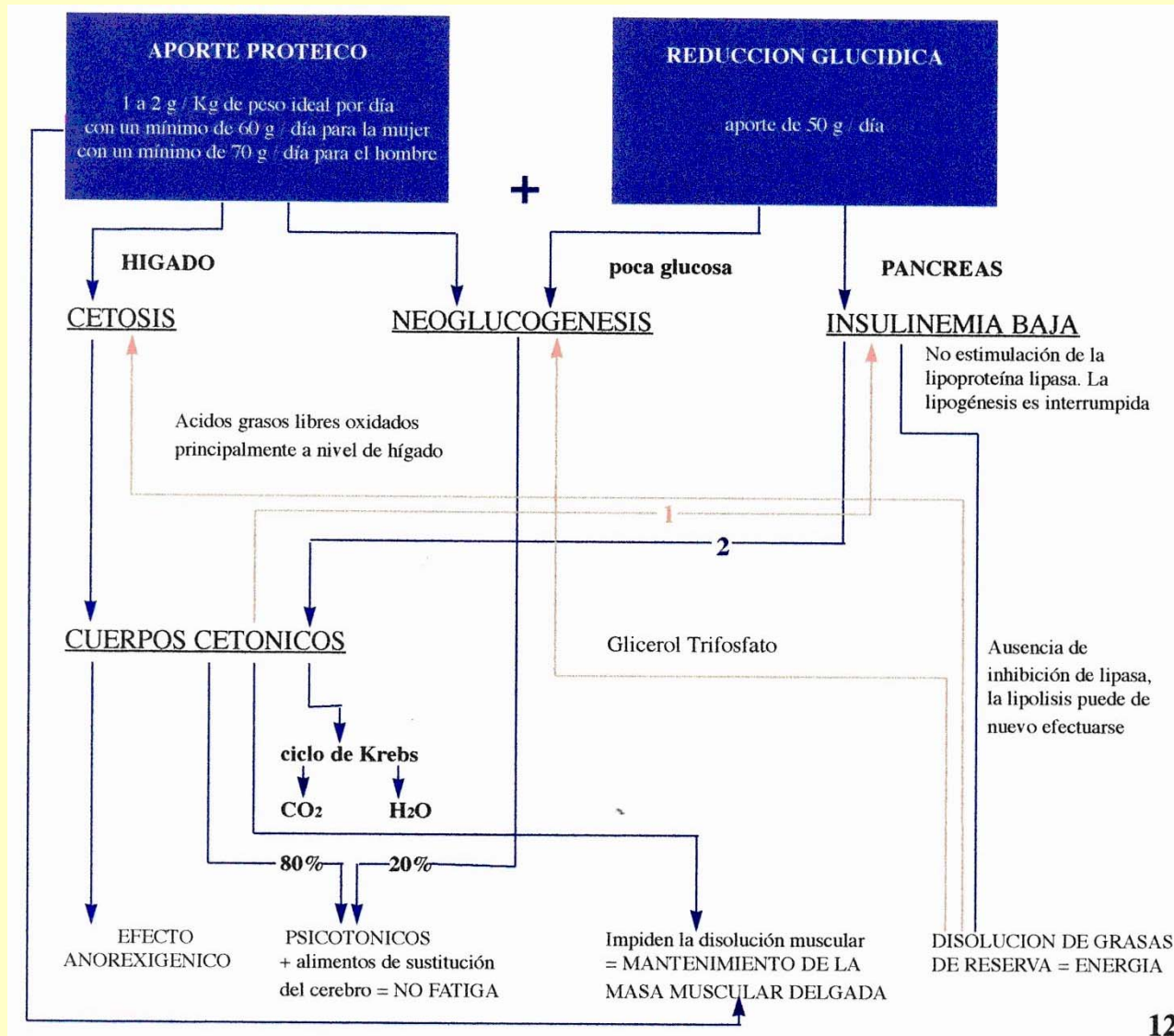
Con ello se logran varios efectos:



EFFECTOS DEL TRATAMIENTO EN EL ORGANISMO

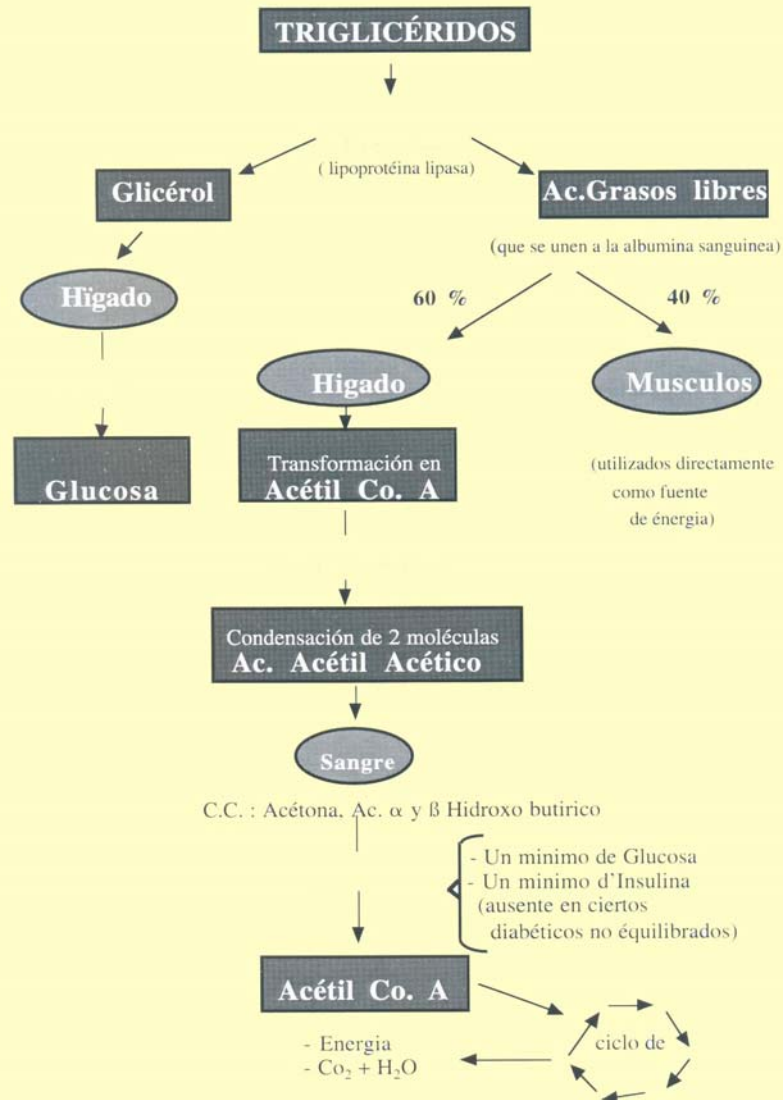
- **Anorexígeno** (supresión del apetito).
- **Estimulante** (que mantendrá el tono físico y psíquico del paciente).
- **Adelgazante** (reducción del panículo adiposo).
- **Conservador del músculo y tejidos magros** (lo que reducirá las posibilidades de un efecto rebote).
- **Nutrición y protección del tejido cerebral** por la cetosis en ausencia del aporte de azúcares.
- **Mejora las digestiones.**

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO EN EL ORGANISMO (GRÁFICO)





OBJETIVO: PÉRDIDA DE GRASA





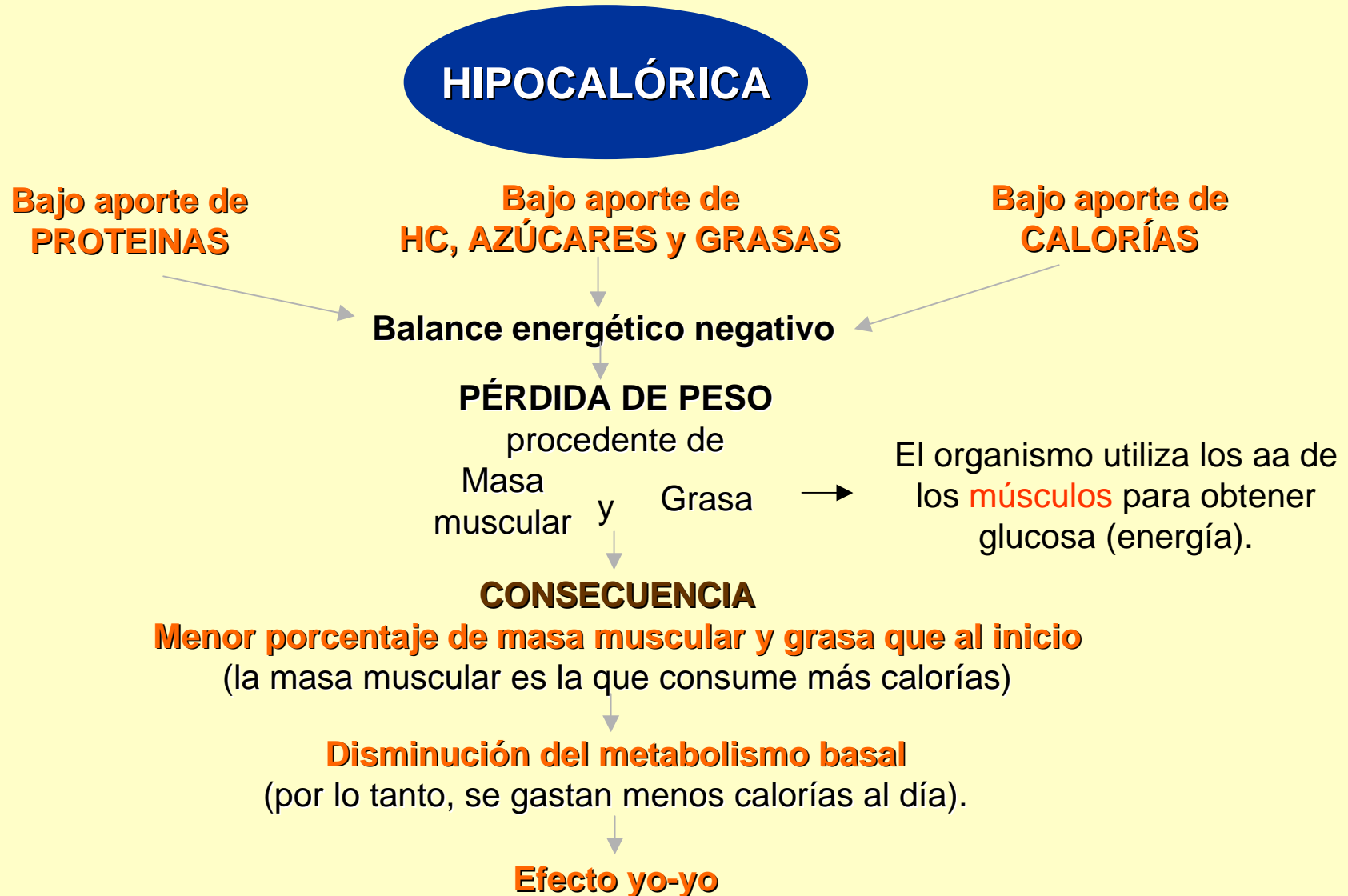
EFFECTOS

Cuando sometemos a un paciente a una dieta proteinaza, van a ocurrir tres fenómenos en sus reservas:

- Las **reservas glucídicas** (glucógeno hepático y muscular) se agotan en breve (de 1 a 3 días).
- Las **reservas de proteínas** no se utilizan porque satisfacemos las necesidades orgánicas con las proteínas predigeridas (suplementos-batidos).
- Las **reservas de grasa** serán las que, una vez agotadas las reservas glucídicas, aporten la energía necesaria, provocando una disminución importantísima en el panículo adiposo que se traducirán en pérdida de peso y de volumen.



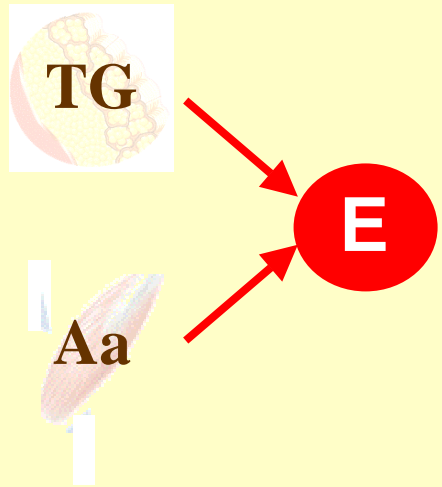
COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA



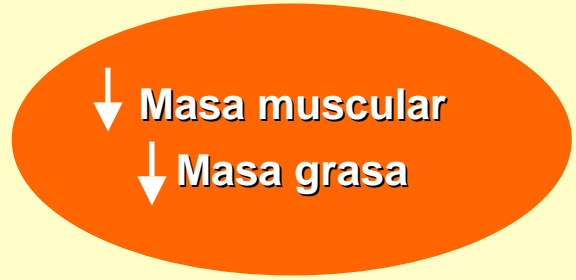
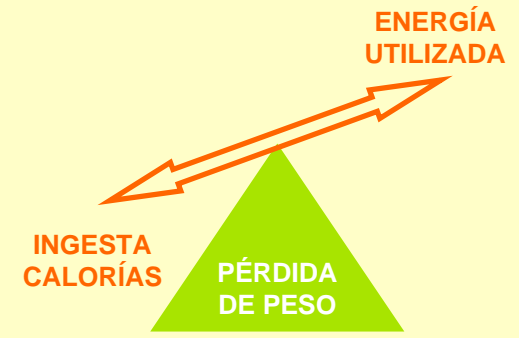
COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

HIPOCALÓRICA

- ↓ PROTEÍNAS
- ↓ HC, AZÚCARES y GRASAS
- ↓ CALORÍAS



SI DISMINUCIÓN DEL MB



SI EFECTO YO - YO

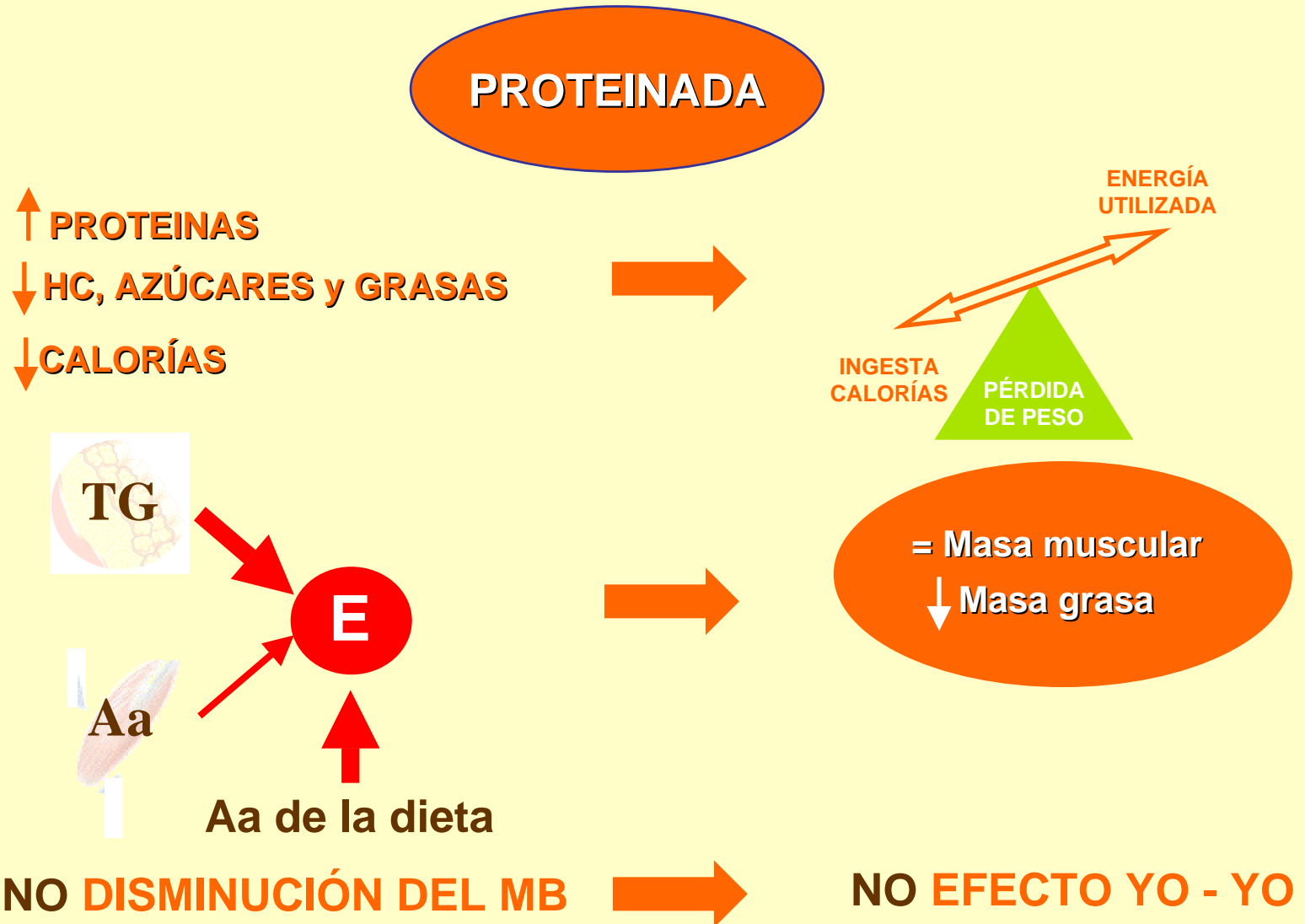


COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA





COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA





COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

	D HIPOCALÓRICA	D PROTEINADA
APORTE PROTEICO	BAJO	ALTO
HAMBRE	SI	NO
FATIGA	SI	NO
MASA MUSCULAR	PERDIDA DEL 25 %	CONSERVACIÓN
TEJIDO ADIPOSO	ESCASA PÉRDIDA	PÉRDIDA EXCLUSIVA
METABOLISMO BASAL	DISMINUYE	SE MANTIENE
DIFICULTAD SEGUIMIENTO	ENORME	SENCILLA
PÉRDIDA DE PESO	LENTA	RÁPIDA
RESULTADOS	DISCRETOS	ESPECTACULARES
EFECTO YO-YO	SE PRODUCE	NO SE PRODUCE
RECUPERACIÓN DE PESO	RIESGO MUY ALTO	RIESGO BAJO
RESULTADOS	MALOS	BUENOS



COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

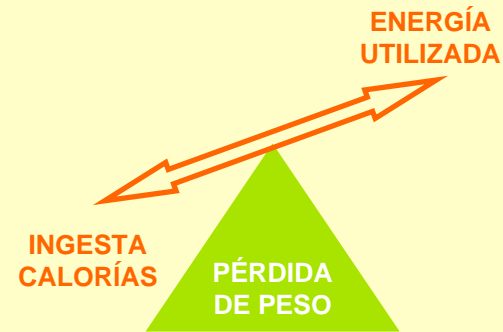
LA DIETA PROTEINADA

Proteinada vs Hipocalórica

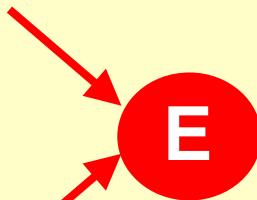
↓ PROTEINAS

↓ HC, AZÚCARES y GRASAS

↓ CALORÍAS



TG



Aa



SI DISMINUCIÓN DEL MB



SI EFECTO YO - YO

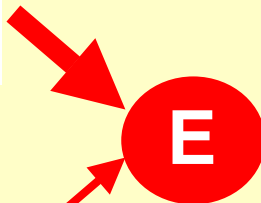
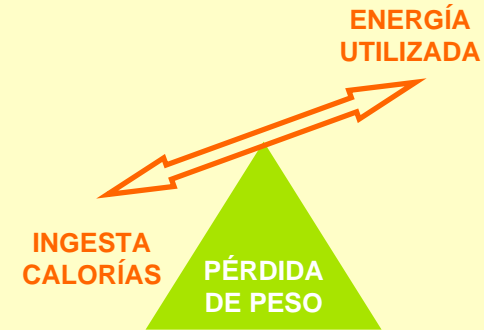


COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

LA DIETA PROTEINADA

Proteinada vs Hipocalórica

↑ PROTEINAS
↓ HC, AZÚCARES y GRASAS
↓ CALORÍAS



Aa de la dieta



NO DISMINUCIÓN DEL MB



NO EFECTO YO - YO



COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

DIETAS DE CONTROL DE PESO

HIPERPROTÉICAS

- Rica en proteínas y grasas, poco HC (Atkins)

- Dieta compuesta por alimentos ricos en **proteína animal**.
- **No existe limitación** en el consumo de **grasas**

PROTEINADAS

- Rica en proteínas, poco HC y poca grasa

- Dieta compuesta de preparados alimenticios ricos en **proteína animal magra y vegetal**.
- **Si existe limitación** en el consumo de **grasas**



COMPARATIVA ENTRE DIETA HIPOCALÓRICA/DIETA PROTEINADA

DIETA PROTEINADA	DIETA HIPERPROTEICA
Combinación de preparados proteïnados con alimentos convencionales.	Alimentos convencionales.
Más variedad de preparados y sabores (incluso postres dulces, batidos, etc).	Dieta monótona y limitada (poca variedad).
Aporte extra de proteínas controlado (1.2 g/ Kg de peso/ día).	Menos control del aporte de proteínas (sobrecarga hepática y renal, etc).
Bajo aporte de grasas.	Elevado aporte de grasas de origen animal (saturadas).
Control del aporte de vitaminas y minerales.	Bajo aporte aporte de vitaminas y minerales.
RESULTADO +	RESULTADO -



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

CARACTERÍSTICAS	BENEFICIOS
Aporte extra de proteínas controlado (1.2 g/ Kg de peso/ día) y de alto valor biológico	Mantenimiento de la masa muscular (mejora de la composición corporal)
	No efecto yo-yo
Producción de cuerpos cetónicos (bajo aporte de hidratos de carbono)	Efecto saciante
	Buen estado de ánimo
	Vitalidad
Hipocalórica	Pérdida de peso
Variedad de preparados y sabores de fácil preparación	Facilidad de seguimiento
Bajo aporte de grasas (no saturadas)	No efectos 2arios de las grasas saturadas



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

**RAPIDEZ EN LA PÉRDIDA DE PESO Y VOLUMEN
NO HAY FRACASOS
PROTECCIÓN DE LA MASA MAGRA
SUPRESIÓN EL APETITO
SENSACIÓN DE BIENESTAR Y ENERGÍA (NO FATIGA)
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA PIEL
PREPARACIÓN SENCILLA
MÉTODO SEGURO
MÉTODO EFICAZ
MÉTODO CÓMODO
METODO FÁCIL
AUSENCIA DE TENTACIONES
ACCION DESINTOXICANTE
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
RESULTADOS A LARGO PLAZO**



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

RAPIDEZ EN LA PÉRDIDA DE PESO Y VOLUMEN

- El promedio de **pérdida de peso** en el primer mes es entre 7 y 10 kilos
- Hay una importante **reducción del volumen** corporal.
- Existe una **disminución** rápida e importante de las **medidas** (especialmente en caderas y glúteos)
- Se **remodela** la figura (efecto liposucción).
- Es **rápido**, a los 10 días de tratamiento el paciente empieza a notar los efectos quedándole mejor la ropa que le apretaba y quedando holgada la ropa que usaba (mantenimiento de su motivación)
- Es aconsejable **controlar las medidas** al inicio del tratamiento y en las sucesivas visitas para comprobar y constatar la pérdida de volumen tan rápida que se produce.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

NO HAY FRACASOS

Dado el propio mecanismo de la dieta proteica, el fracaso es prácticamente imposible. Si se fracasa es porque se ha cometido algún error en la aplicación del método



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

PROTECCIÓN DE LA MASA MAGRA

- La **pérdida** de peso se realiza principalmente a expensas de las **grasas**.
- **No produce pérdida de tono muscular** (las proteínas preservan corazón, los órganos, la piel). Las proteínas de reserva (músculos) no son utilizadas como en los otros tipos de regímenes, porque las necesidades son cubiertas por los suplementos de proteínas purificadas que se utilizan. El mantenimiento de la masa muscular permitirá al paciente practicar sus **deportes favoritos**.

(Con una dieta hipocalórica convencional se produce aproximadamente una pérdida muscular del 25% del peso perdido. Sabemos que el metabolismo basal depende de la masa magra, con lo cual con las dietas hipocalóricas se produce un descenso en el metabolismo con un mayor riesgo de recuperación de peso).



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

SUPRESIÓN EL APETITO

El hambre **desaparece totalmente en 48 a 72 horas**, por la acción de los **cuerpos cetónicos** salidos de la degradación de las grasas de reservas inducida por el régimen. Esta sustancia natural producida por el propio organismo es **el más potente de los quita-hambres**



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

SENSACIÓN DE BIENESTAR Y ENERGÍA (NO FATIGA)

Los cuerpos cetónicos producen en el paciente un efecto de **euforia** con sensación de **bienestar y dinamismo**.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA PIEL

Se mejora la calidad de la piel y se evita la flacidez.

El paciente tiene aspecto radiante, sin signos de cansancio o fatiga.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

PREPARACIÓN SENCILLA

La mayoría de los suplementos se preparan de forma rápida y sencilla, con lo cual se pueden utilizar fuera de casa sin problemas.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

MÉTODO SEGURO

El Ayuno Proteico reposa sobre **bases científicas sólidas**, y sobre **más de 30 años de experiencia**.

Este método se acompaña de un **control y un seguimiento por parte del médico** con peticiones analíticas y exploraciones que aseguran en todo momento el bienestar del paciente.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

MÉTODO EFICAZ

La dieta proteínica puede **garantizar con seguridad una rápida pérdida de peso. No suelen existir fracasos.**

Si las únicas **aportaciones nutricionales** se realizan **a base de proteínas**, el organismo se ve obligado a utilizar sus reservas de azúcares y grasas.

Para completar esta aportación de vitaminas, **el médico debe recetar ciertos complementos indispensables:** vitaminas, oligoelementos, sales minerales y fibras naturales, que aseguren al organismo el aporte de los elementos necesarios.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

MÉTODO CÓMODO

Es un sistema que **no requiere pesar** los alimentos **ni precisa una dedicación exclusiva** ni para las compras ni para la elaboración culinaria, por lo que es idóneo para aquellas **personas que trabajan y comen fuera** de casa y que no tienen tiempo para elaborar un tratamiento dietético que sea complejo.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

METODO FÁCIL

Se eliminan errores de nutrición, puesto que el paciente sólo come lo que se le receta a lo largo de las diferentes etapas.

Es una dieta que está muy **bien canalizada**, por lo que resulta difícil errar de forma “no intencionada”.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍICA.

AUSENCIA DE TENTACIONES

El paciente no tiene tentaciones porque **deja de tener hambre**, a veces, incluso, se ve **forzado a comer**.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

ACCION DESINTOXICANTE

Tiene efecto **desintoxicante y depurativo**, proporcionando una **sensación de bienestar** tanto psicológica como física asociada a una impresión de ligereza.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICA.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

La dieta proteinada puede seguirse **durante semanas e incluso meses**, siempre bajo el seguimiento y **supervisión del médico** y con el aporte de los **suplementos que sean necesarios** en cada fase del tratamiento.



VENTAJAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

RESULTADOS A LARGO PLAZO

La dieta proteínica es excelente, por que después de haber demostrado su **eficacia**, permite **cambiar las costumbres alimenticias**. Las **fases de estabilización y de mantenimiento**, seguidas meticulosamente, evitan recuperar los kilos perdidos, e incluso seguir perdiéndolos. Estas etapas tienen una **función educativa**, enseñando al paciente cómo conseguir una nutrición adecuada y cómo poder mantener el peso conseguido.

Por otro lado, la **conservación de la masa magra** hace que el efecto de la dieta sobre el metabolismo sea mínimo y por lo tanto **evitará el efecto rebote** que suele producirse tras una dieta por ralentización del metabolismo.



VENTAJAS METABÓLICAS DE LA DIETA PROTEÍNICAS.

- **Mayor aporte de proteínas para la gluconeogénesis**
- **Mayor efecto termogénico de las proteínas**
- **Mayor pérdida de energía en forma de calor**
- **Excreción de energía en forma de cuerpos cetónicos vía orina, heces, aliento.**
- **Mejora perfil lipídico y glucémico en sangre**



INCONVENIENTES DE LA DIETA PROTEINADA

COSTE

El gasto se reduce por el hecho de que al tomar los sobres se suprime casi la totalidad de la alimentación habitual.

Dicho gasto se realizará en un corto período de tiempo, ya que la pérdida de peso es rápida.

Si evaluamos el coste, no en el tiempo, sino por kilo perdido, resulta un método económico.

Para personas que comen fuera de casa, resulta muy económico.

(En los regimenes adelgazantes, los sobres de proteínas se mezclan con agua y no con leche)



INCONVENIENTES DE LA DIETA PROTEINADA

TRASGRESIONES

- La mínima infidelidad al régimen pone en peligro su eficacia.
- El incumplimiento de la dieta conlleva la interrupción de la cetosis y el hambre reaparecerá hasta que vuelvan a aparecer los cuerpos cetónicos.
- Insistir al paciente que cometer una trasgresión supone volver al principio del tratamiento, en la que los 3 primeros días se tenía un apetito voraz.
- Como se trata de una dieta perfectamente planificada, resultan difíciles las trasgresiones involuntarias.



INCONVENIENTES DE LA DIETA PROTEINADA

COMIDAS EN GRUPO

- Las comidas familiares o de trabajo serán más complicadas (elegir un buen momento para iniciar el tratamiento, evitando fechas en la que los compromisos sociales, laborales y familiares sean más frecuentes).
- También se puede enseñar al paciente a “nadar entre fases”.



INCONVENIENTES DE LA DIETA PROTEINADA

COMPLEMENTOS DEL RÉGIMEN

Los suplementos de vitaminas, sales minerales y micronutrientes implica obligatoriamente tener que tomar pastillas, comprimidos, sobres, ...



INCONVENIENTES DE LA DIETA PROTEINADA

EXISTENCIA DE CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS SECUNDARIOS

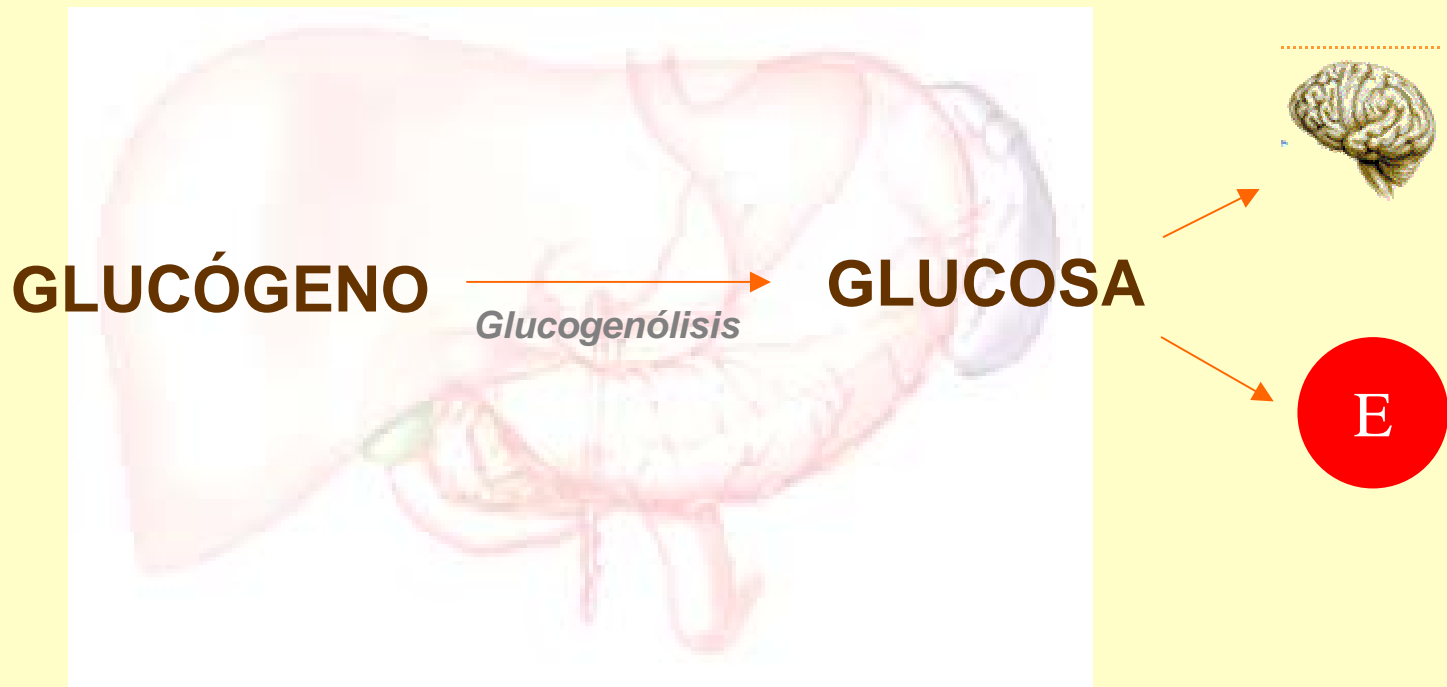
Aunque es un tratamiento muy seguro, no está exento de contraindicaciones y efectos secundarios importantes, por lo que siempre, este tipo de tratamientos debe estar controlado por un médico.

Este tratamiento no es un “tratamiento de revista” ni un tratamiento que pueda intercambiarse entre vecinos.

MECANISMO DE ACCIÓN

2 – 3 primeros días:

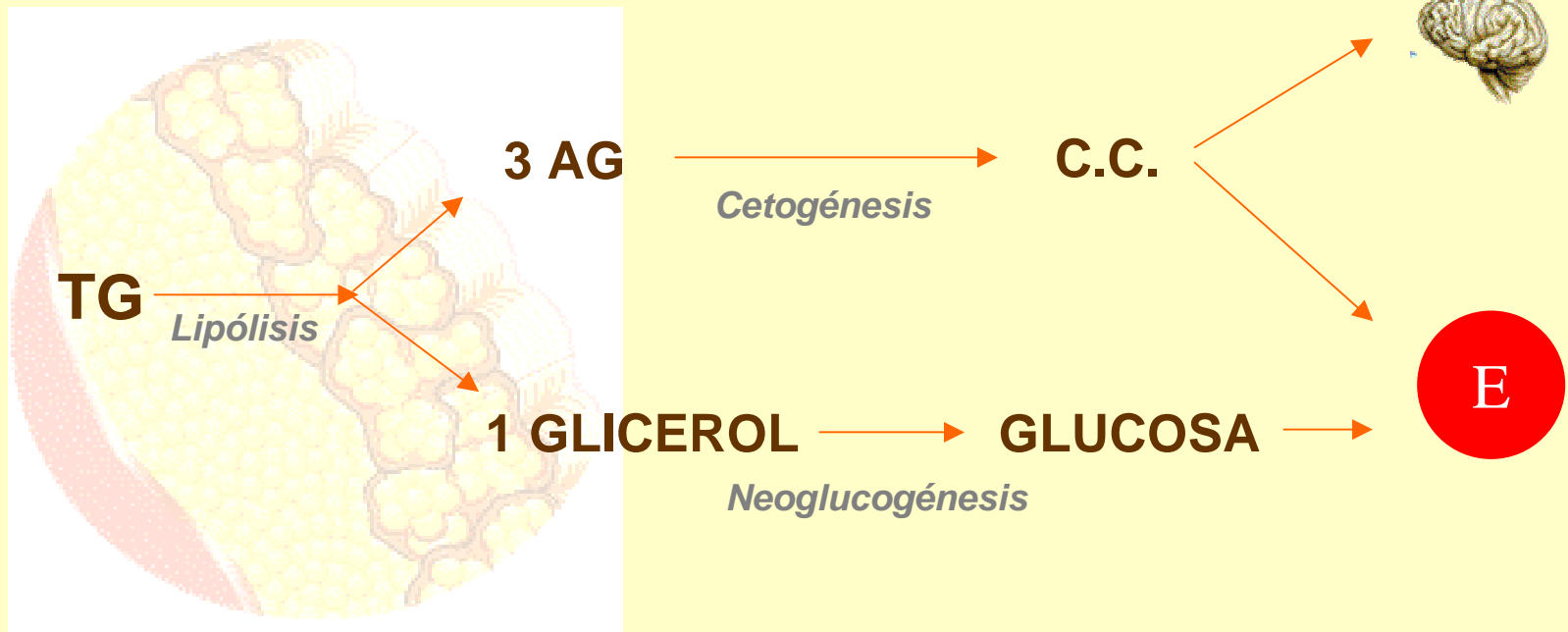
Se libera glucosa procedente del glucógeno hepático (48-72h).



MECANISMO DE ACCIÓN

Tras los 2 - 3 primeros días:

Se utilizan las grasas almacenadas como fuente de energía.





INDICACIONES

La dieta proteinada está indicada en los siguientes casos:

- Sobrepeso.
- Obesidad.
- Pérdida de peso rápida (en preoperatorios o postoperatorios).
- Después de fracasos con otros tipos de dietas (hipocalóricas, disociadas, ...).
- Pacientes refractarios.
- Pacientes que se estabilizan con otras dietas (efecto meseta).
- Tratamiento de la celulitis.
- Dietas para deportistas (no ejercicio intenso).
- Patologías asociadas o agravadas por el exceso de peso:
 - Diabetes no insulino dependiente (DNID).
 - Hipertensión arterial.
 - Asma.
 - Hipotiroidismo.
 - Dislipemias.
 - Hernia de hiato.
 - Artrosis.
 - Insuficiencia venosa.
 - Úlcera gastroduodenal.



CONTRAINDICACIONES DE LA DIETA PROTEINADA

A. ABSOLUTAS

- a) Niños y adolescentes (no en EEUU).
- b) Hipopotasemia no controlada.
- c) Insuficiencia renal grave.
- d) Insuficiencia hepática grave.
- e) Insuficiencia cardíaca grave o descompensada.
- f) Infarto de miocardio reciente (menos de 1 año).
- g) Angor inestable
- h) Accidentes cerebrovasculares recientes (menos de 12 meses).
- i) Arritmias (especialmente las completas).
- j) Embarazo.
- k) Lactancia.
- l) Toxicomanías.
- m) Trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia).
- n) Diabetes tipo 1.
- o) Hemopatías graves.
- p) Cáncer.
- q) Tratamiento digitálico y diurético asociados.



CONTRAINDICACIONES DE LA DIETA PROTEINADA

B. RELATIVAS

- a) Insuficiencia hepática leve.
- b) Insuficiencia renal leve.
- c) Insuficiencia cardíaca leve.
- d) Hiperuricemia-gota (aumentar dosis de alopurinol).
- e) Tratamiento diurético (cambiar tto antes de inicio dieta).
- f) Nefrolitiasis.
- g) Colelitiasis.
- h) Cardiopatía isquémica.
- i) Depresión.
- j) Diabetes tipo 2.
- k) Trastornos electrolíticos.
- l) Hipotensión ortostática.
- m) Trastornos psiquiátricos (evaluar).



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

DIABETES TIPO 2:

PACIENTES TRATADOS CON DIETA

Rápida corrección de la hiperglucemia.

Aplicación de la dieta proteínica sin ninguna restricción

PACIENTES TRATADOS CON HIPOGLUCEMIANTES

Control de su glucemia mediante glucómetro.

- Si toma 1 comprimido, se suprime al iniciar el tratamiento.
- Si toma 2 comprimidos, se suprime 1 al iniciar el tratamiento y se controlará con glucómetro por si hubiera que suprimir el otro comprimido.

PACIENTES TRATADOS CON INSULINA

Perfiles frecuentes con glucómetro.

- Si utiliza menos de 30 UI de insulina al día, suprimirla al iniciar el tratamiento.
- Si utiliza más de 30 UI de insulina al día, reducir la dosis a la mitad y controles exhaustivos hasta eliminarla.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

HIPERTENSIÓN

Se normaliza en breve.

Reducir la posología de manera progresiva.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

ASMA

Disminución de la presión intratorácica.

Mejora de la capacidad respiratoria.

Reducción paulatina de la medicación.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

ÚLCUS GASTRODUODENAL

Mejora funcional mediante la reducción de alimentos sólidos.

Medicación permitida



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

HIPOGLUCEMIA

Supresión de hipoglucemias.

Hipoinsulinismo



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

HIPOTIROIDISMO

No existe contraindicación

Altamente eficaz la dieta proteínica.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

PACIENTES CON BY-PASS

Disminuye la presión intratorácica.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

ARTROSIS

Disminuye la presión articular.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

CORTISOLISMO

Sobrepeso rebelde.

Únicamente eficaz la dieta proteínica.

Espironolactona (si edemas)



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

INSUFICIENCIA RENAL LIGERA

Control de la función renal.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

INSUFICIENCIA VENOSA DE MMII

Reducción de la presión abdominal.

Mejora la circulación de retorno.



MANEJO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS ASOCIADAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS

Mejora las dispepsias en casos de hernia de hiato.



NECESIDADES PROTEICAS EN LA DIETA PROTEINADA

Según el protocolo del **profesor Blackburn**, las necesidades son:

Hombres: 1,5 g/kg de peso ideal/día.

Mujeres: 1,2 g/kg de peso ideal/día.



LAS ETAPAS DE LA DIETA PROTEINADA CLASICA: CONDICIONES PARA EL EXITO

La dieta proteínica es un régimen por etapas.

1- Fase Preparatoria

Exámenes y puesta en marcha.

2- Fase Activa

La dieta Proteínica total
La dieta Matizada (A ó B).

3- Fase de Transición

Fases de 500 y 800 calorías
Fases de 1.000 y 1.200 calorías
Fases de 1.500 calorías y más
(hojas de diferentes colores)

4- Fase de mantenimiento

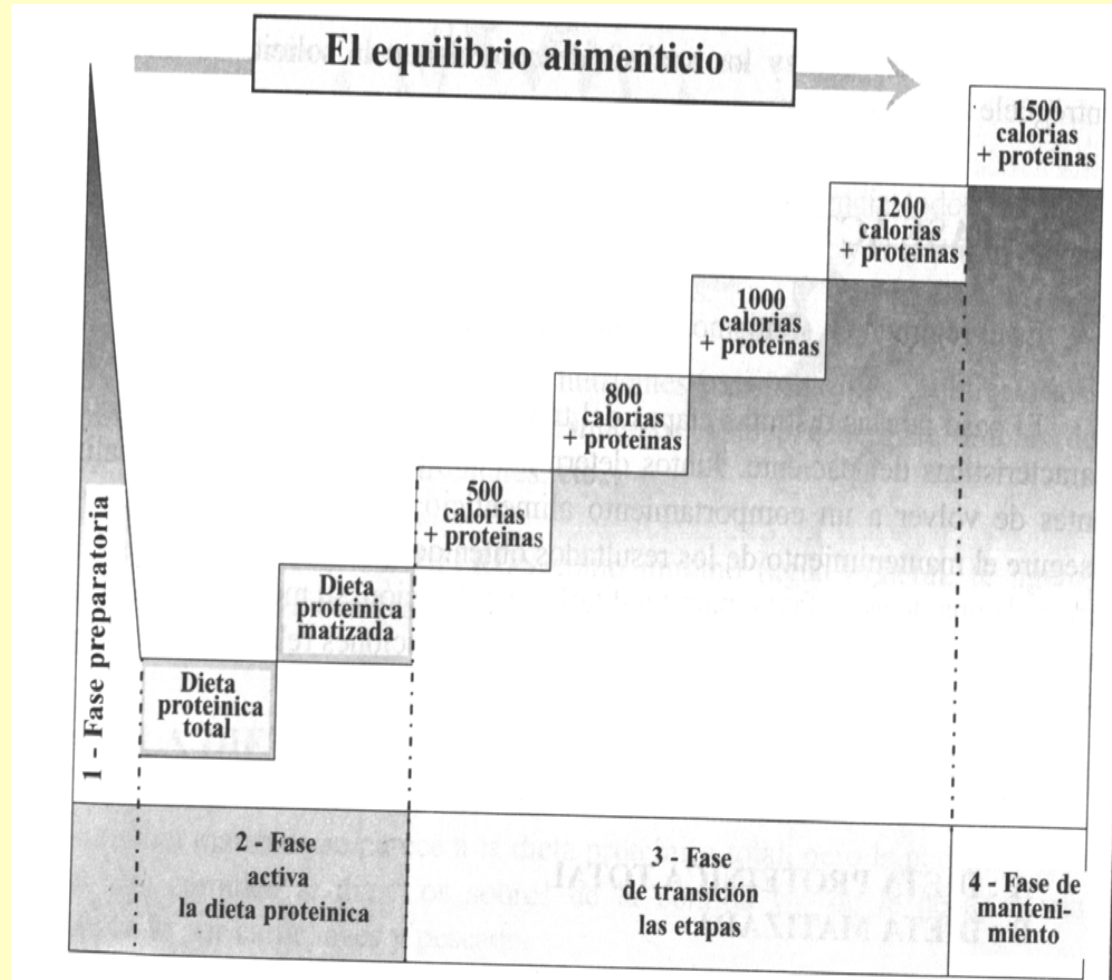
El equilibrio alimenticio

La pérdida del 70 - 80 % del peso debe realizarse en la fase activa.

La fase de transición debe durar cierto tiempo ya que tendremos que manejar al paciente con apetito y con un enlentecimiento en la pérdida de peso.



LAS ETAPAS DE LA DIETA PROTEINADA CLASICA: CONDICIONES PARA EL ÉXITO (GRÁFICO)





1. FASE PREPARATORIA:

Es la fase preliminar, antes de empezar el tratamiento.

Determinar el periodo más favorable (el menos estresante), en el que no haya ninguna causa que interfiere en la buena marcha de la dieta .

Definir un objetivo y un plazo correspondiente al número de kilos que quiere perder, y en cuánto tiempo (semanas) (¿?).

Realizar un historial clínico completo (antecedentes, enfermedades, alergias y tratamientos anteriores y actuales).

Realizar una exploración clínica completa (talla, peso, impedanciometría o psicometría, T.A., pulso, auscult cardipulmonar, ...).

Prescripción de análisis sanguíneos, solicitando una analítica general que incluya, entre otros, como mínimo, glucosa, urea, creatinina, transaminasas, ac úrico e ionograma.

Realización de E.C.G. (si el paciente tiene más de 40 años o ha tenido algún problema anterior).

Se recomendará al paciente evitar los excesos alimenticios 3 o 4 días antes del inicio, en particular en lo correspondiente a féculas, almidones y dulces (carbohidratos).

Advertir al paciente que debe respetar las citas y los análisis de control que le solicite su médico.

Advertir al paciente que debe consumir exactamente los preparados prescritos (Siken Diet) y en la cantidad prescrita. Que son suplementos proteicos que nada tienen que ver con otros preparados, por lo tanto **no pueden cambiarse por batidos sustitutivos de comidas.**

Se desaconseja al paciente recomendar este tratamiento a conocidos que no tengan supervisión médica (nada de fotocopias) por poder suponer un riesgo muy alto para la salud del paciente no controlado.

En la fase preparatoria, para una mejor adaptación a la dieta se puede recomendar una dieta tipo “PROTEICA MATIZADA SIN CONTROL EN LA CANTIDAD DE PROTEÍNA ALIMENTARIA”.



2. FASE ACTIVA:

Es el régimen en sí mismo, seguido de sus diferentes “etapas”.

El paso por las distintas etapas del tratamiento se analizará conforme a las características del paciente. Juntos determinarán el número de fases a realizar antes de volver a un comportamiento alimenticio razonable y natural que le asegure el mantenimiento de los resultados obtenidos.

En cada una de estas fases, para facilitarle al paciente su aplicación, el médico le entregará una hoja de color, en la que figuran todas las instrucciones relativas a esa etapa. Importantísimo que el paciente las siga al pie de la letra.

En esta fase solo se recomienda la utilización de batidos, las barritas se utilizarán en otras fases.

La Fase Activa se desarrollará de la siguiente manera :

A: DIETA PROTEÍNICAS TOTAL

B: DIETA MATIZADA.



A : LA DIETA PROTEÍNICA TOTAL

Es la más fácil, ya que no hay que hacer ninguna elección a nivel alimenticio y está dirigida a los casos de obesidad refractarios a los regímenes tradicionales.

Sólo tomará:

- las verduras autorizadas ;
- los sobres de proteínas naturales y preasimilables, solubles y de alto valor biológico (de 4 a 6 sobres al día según sus medidas).
- los complementos nutritivos: vitaminas, micronutrimientos, sal, potasio, etc...
- y al menos 2 litros de agua al día.

¿ Qué ocurre ?

En 48/72 horas, se consumen todas las reservas de azúcar de su cuerpo. El organismo se ve obligado a utilizar las grasas para fabricar los azúcares que necesita. Desaparece entonces **la sensación física de hambre**, debido a la utilización (degradación) de las grasas, lo que produce la acetona que le aporta euforia y dinamismo. Esta producción de acetona es inherente a la dieta proteínica.

Se recomienda hacer un poco de ejercicio de resistencia todos los días, (marcha, natación, bici) para acelerar la pérdida de grasa, y reforzar el efecto de las proteínas en la conservación de los músculos.

Sobre todo, es importante que el paciente no se olvide de los nutrientes indispensables y obligatorios : sal, potasio, multivitaminas y micronutrientes, si no, padecerá de dolores de cabeza, vértigos, calambres musculares, etc...

BEBA MUCHO : 2 LITROS como mínimo (agua mineral, té ligero, infusiones, todo ello sin azúcar ; puede sustituirla por sacarina).



VERDURAS PERMITIDAS:

Utilizar las verduras frescas o congeladas: evitar las conservas.

Puede consumir sin restricción (0-5 % de H d C), durante las comidas, o entre horas las siguientes verduras (crudas, cocidas, al vapor, a la plancha o al microondas): acelga, apio entero, berenjena, berro, brécol, calabacín, canónigo, cardo, col, espinaca, coliflor, endivia, espárrago, germen de soja, hinojo, lechuga (rizada, romana, escarola, etc.), milamores, pepinillos, pepino, pimiento verde, rábano, repollo, seta.

Además, una porción de 200g diarios (5-10 % de H d C) (equivalente a un tazón) de verduras siguientes: calabaza, cardillo, cardo, champiñones, col roja, coles de Bruselas, judías verdes, nabo, pimiento rojo, puerro, tomate.

No debe consumir (más del 10 % de H d C): alcachofa, ajo, cebolla, remolacha, zanahoria, patatas o guisantes.



PARA ALIÑAR:

- 1 cucharada de sopa de aceite de oliva, a consumir cruda o cocida.
- Puede utilizar cualquier especia: sal, pimienta, ajo en polvo, cebolla en polvo, etc... (tome 3 cucharaditas de SAL, como mínimo al día).
- No tome salsas, ni ajos, ni cebollas frescas. No tome vinagre: los pepinillos, solamente con sal.



BEBA ABUNDANTEMENTE:

- **2 litros diarios** de líquido (8 a 10 vasos)
- **Infusiones:** tila, menta, poleo, manzanilla, té ligero natural, café natural (no torrefacto) solo sin azúcar (puede utilizar un edulcorante). Debe **evitar las preparaciones instantáneas** o solubles, porque algunas son muy azucaradas. No utilice chicles ni caramelos (aunque no contengan azúcar).
- Puede utilizar refrescos sin HC.
- No utilice refrescos con bajo contenido en HC.



OTRAS RECOMENDACIONES:

- Puede que el paciente sienta sensación de **hambre durante los 2 o 3 primeros días**, si sigue estrictamente el régimen, esta sensación desaparecerá. Si, a pesar de todo sigue sintiendo hambre, un **sobre suplementario** se lo quitará, sin que ello interfiera en la pérdida de peso.
- **Cualquier desvío** rompe el proceso de degradación de la grasa y vuelve la **sensación de hambre**.
- Si desea queremos que el paciente compruebe la evolución del tratamiento, le aconsejaremos que vea la **acetona en la primera orina todos los días**; esta prueba debe darle positiva, es decir, debe ponerse la tira de color violeta intenso, sería señal de que está eliminando grasa.
- **No debe consumir** azúcar, harinas, féculas ni grasas.
- **Puede utilizar edulcorantes sintéticos**: sacarina, aspartame, acesulfame, ciclamato. **No debe utilizar edulcorantes calóricos**, azúcar moreno, glucosa, dextrosa, miel, lactosa, fructosa,... . **Tampoco debe usar polioles** (sorbitol / E-420, el manitol / E-421, el isomaltol / E-953, el maltitol / E-965 y el xilitol / E-976).



ALGUNAS SUGERENCIAS (ejemplo):

Desayuno:

- ____ sobres de proteínas
- Café natural, té, infusión a gusto de uno (sin leche y sin azúcar, sacarina permitida).

A media mañana:

- ____ sobres de proteínas
- Café natural, té, infusión a gusto de uno (sin leche y sin azúcar, sacarina permitida).

A mediodía:

- ____ sobres de proteínas
- Verdura y/o ensalada.
- Café natural, té, infusión a gusto de uno (sin leche y sin azúcar, sacarina permitida).

Merienda:

- ____ sobres de proteínas
- Café natural, té, infusión a gusto de uno (sin leche y sin azúcar, sacarina permitida).

Por la noche:

- ____ sobres de proteínas
- Verdura y/o ensalada.
- Café natural, té, infusión a gusto de uno (sin leche y sin azúcar, sacarina permitida).

- Si tiene hambre entre horas tome un batido.



B : LA DIETA MATIZADA.

La dieta Matizada se parece a la dieta proteínica total, pero le permite hacer una o dos comidas al día. Los sobres de la comida y/o de la cena se van sustituyendo por carne, aves y pescado. (Recalcular el número de preparados proteicos).

VERDURAS PERMITIDAS: Las mismas

PROTEINAS: Es necesario consumir: 1 ó 2 raciones de proteínas al día (100-120 g/ración.) :

Carne magra: de ternera, cordero, cerdo, pollo, ...siempre muy bien desgrasadas. Caza (jabalí, ciervo...), carne magra picada para hamburguesas (5% de grasa), hígado (vaca, pollo, ternera...). Salchichas Franckfurt. **Fiambres magros** (fiambres de pollo, pavo y ternera, lacón, jamón serrano magro, lomo embuchado magro, ...). **Pescados blancos y azules** (incluso en conserva, siempre muy bien escurridas). **Mariscos y crustáceos:** atún al natural, bogavante, langosta, camarones, gambas, cangrejo, ostras, vieiras, ... (incluso en conserva, siempre muy bien escurridas). **Huevos** (preferiblemente claras) (en tortilla, escalfados, pasados por agua, cocidos, a la plancha...).



3. FASE DE TRANSICIÓN

Las etapas : (hojas de colores diferentes)

De 500 calorías + Proteínas (verduras todas + se añade un desayuno)

De 800 calorías + Proteínas.(se añade fruta)

De 1.000 calorías + Proteínas.(se añade pan)

De 1.200 calorías + Proteínas (se añaden féculas)

De 1.500 calorías + Proteínas (se aumenta el pan, féculas y fruta)

Son unas variantes menos severas que las dos etapas anteriores ya que podrá realizar tres comidas al día integrando una pequeña cantidad de proteínas en sobres o barritas.



4 FASE DE MANTENIMIENTO. EL EQUILIBRIO ALIMENTICIO

- Se puede modificar ligeramente la dieta de 1500 y se mantiene un suplemento proteico al día.
- Se establece una dieta equilibrada convencional.



CONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO: CETONURIA

CONTROL EN CONSULTA

AUTOCONTROL DIARIO



NEGATIVIZACIÓN DESCONOCIDA DE LA CETOSIS

- Comprobar que los **suplementos utilizados** son los indicados.
- La **orina debe ser concentrada** (“orinadores nocturnos”-nicturia).
- Revisar las **verduras prohibidas**.
- No se deben utilizar más de 200 g de **verduras del segundo grupo**.
- Revisar la **utilización de azúcares, féculas ó almidones**.
- Revisar los **edulcorantes y las bebidas**.
- Revisar **chicles y caramelos**.
- Revisar **fármacos** (jarabes, sobres, polvos, ...)



MINIMIZANDO CONSECUENCIAS DE TRASGRESIONES (pactar puntualmente)

“NADANDO ENTRE FASES” (mantener la cetosis)

Podemos administrar las **hojas correspondientes a varias de las fases del tratamiento** y pactar con el paciente que se ceñirá a alguna de ellas, dependiendo de su situación.

Se puede permitir una dieta de fase más avanzada cuando tenga una **comida de trabajo**, volviendo a la más estricta cuando no tenga compromisos.

En otros casos se puede recomendar la **fase estricta de lunes a viernes** y otra fase más permisiva los sábados y domingos.



MINIMIZANDO CONSECUENCIAS DE TRASGRESIONES (pactar puntualmente)

INTERCAMBIO ENTRE SUPLEMENTOS Y ALIMENTOS (mantener la cetosis)

En la dieta que está siguiendo el paciente debe tomar entre 4 y 6 sobres al día.

En caso de fuerza mayor, cambiará el paciente cada sobre por 100/120 g proteína en forma de alimento (carne magra, fiambre magro, pescado, marisco o huevo).

Podrá quedar al día con (ejemplo para dieta con 5 suplementos):

SUPLEMENTOS	ALIMENTOS
5 suplementos	0 raciones de proteína
4 suplementos	1 raciones de proteína
3 suplementos	2 raciones de proteína
2 suplementos	3 raciones de proteína
1 suplementos	4 raciones de proteína
0 suplementos	5 raciones de proteína



MINIMIZANDO CONSECUENCIAS DE TRASGRESIONES **(pactar puntualmente)**

BEBIDAS PERMITIDAS SÓLO EN OCASIONES EXCEPCIONALES **(mantener la cetosis)**

Medio litro de vino seco (jerez ó similar) a la semana como máximo.

Bebidas secas (Vermouth seco, ron, ginebra, whyskie, vodka, ...). Se podrán mezclar con los refrescos indicados.

No debe tomar nunca bebidas dulces (licores, vermouth rojo ó blanco, anisettes, ...) ó vinos jóvenes ó afrutados.

Tampoco debe tomar cerveza (ni siquiera sin alcohol).



MANTENER EL PESO IDEAL

- Las fases de transición y de mantenimiento son las más importantes para conservar los logros de la dieta proteínica. El papel del médico será adaptar el régimen de mantenimiento a su persona, resultando una manera natural de alimentarse. Perder kilos es relativamente fácil, conservar el nuevo peso, es diferente.
- Mantener su peso implica ante todo, reflexionar y comprender que es inútil empezar un tratamiento adelgazante, si no existe el compromiso de un seguimiento para el mantenimiento del mismo.
- **Las fases de mantenimiento y de estabilización** son sencillas por dos razones.
- Primero no hay efecto de reaparición del apetito, puesto que el paciente no ha sentido hambre y porque **el método comporta etapas de reeducación progresiva para una alimentación equilibrada**. Además, volver a engordar será algo excepcional, y evitará el fenómeno de vaivén. Los esfuerzos del paciente se verán recompensados y serán válidos para toda su vida.
- **A causa de la memoria ponderal (teoría del check point), el cuerpo tiende a recuperar su antigua silueta; hay que reeducarlo para hacer que se acostumbre a sus nuevas formas**. Si no se cumplen las etapas de transición existe un 95% de posibilidades de volver a engordar.



EFFECTOS SECUNDARIOS

- * La dieta proteínica no tiene **ningún efecto secundario importante**, la mayoría son comunes a todos los regímenes. Ante todo, los pacientes tienen una sensación de bienestar y euforia.
- * La mayoría de los efectos secundarios se producen cuando **el paciente no ha respetado la disciplina del régimen** o no ha seguido las indicaciones recomendadas por su medico al pie de la letra.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.

DOLORES DE CABEZA.

ESTREÑIMIENTO

DIARREA

HALITOSIS (mal aliento)

NÁUSEAS Y VÓMITOS

DEBILIDAD EN LAS PANTORRILLAS Y DOLORES DORSALES

CAIDA DE CABELLO

DOLORES NOCTURNOS DE ESTÓMAGO

HIPERURICEMIA

ALTERACIONES MENSTRUALES

PIEL SECA

MAYOR SENSIBILIDAD AL FRÍO

ASTENIA

PARESTESIAS Y PALPITACIONES

CALAMBRES MUSCULARES



EFFECTOS SECUNDARIOS

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.

Estas dos palabras significan simplemente: **disminución de la tensión arterial en el momento que se cambia de posición.**

Se explica por una **disminución del volumen intravascular.**

La hipotensión puede manifestarse durante cualquier régimen adelgazante, cuando sube o baja una escalera, o al levantarse bruscamente, por tanto, en el transcurso de cualquier cambio de postura demasiado rápido, se puede constatar una disminución de la tensión arterial. Esta situación no es peligrosa, pero puede provocar algunas molestias: mareos, gran cansancio, sensación de debilidad, somnolencia, palpitaciones.

Se soluciona aumentando el **aporte de sal** y se verifica el **aporte de líquidos.** Se recomendará al paciente **evitar los cambios bruscos posturales.** Cuando el paciente tenga que **incorporarse**, lo hará **lentamente y mirando a un punto fijo** que tenga situado enfrente.



EFFECTOS SECUNDARIOS

DOLORES DE CABEZA.

En algunos casos pueden aparecer en el transcurso de la primera semana de la dieta. Suele ocurrir por una **mala adaptación a la cetosis o por hipotensión.**

Si es por hipotensión, puede **aumentar el aporte de sal**, y si es por mala adaptación a la cetosis (ocurriría en los primeros tres o cuatro días) puede tratarse con analgésicos (aspirinas, paracetamol o ibuprofeno).



EFECTOS SECUNDARIOS

ESTREÑIMIENTO

Suele aparecer en un **25% de los casos**, es algo relativo, y es debido a que el paciente ingiere pocos alimentos.

Lo primero será insistir en el consumo de **verduras** y consumir aquellas **más ricas en fibra**.

Revisar el consumo de **agua** (debe ser de 2-2,5 l/día).

Si el estreñimiento fuera molesto, se pueden utilizar **fibras y mucílagos** como Plantago o Goma de guar (Plantaben, Metamucil, Fibraguar), algún **supositorio de glicerina** o incluso se puede utilizar **carbonato de magnesio** o un **laxante suave** (una infusión laxante).



EFECTOS SECUNDARIOS

DIARREA

Es raro que se produzcan diarreas, pero si ocurriera, hay que **tratarlas rápidamente** por que puede acarrear **pérdidas importantes de potasio**.

No permitir más de 2-3 deposiciones/día.

Hay que **aumentar la dosis de potasio**.

Si no se controlase, habrá que **suspender el tratamiento**.



EFECTOS SECUNDARIOS

HALITOSIS (mal aliento)

Se produce por **eliminación de los cuerpos cetónicos** a través del sistema respiratorio.

Pueden prescribirse colutorios, comprimidos de clorofila o sprays o aerosoles que no contengan azúcar.

Cuidado con los caramelos o chicles sin azúcar, ya que contienen polioles que podrían romper la cetosis.

Mantener una **higiene bucal adecuada**.



EFFECTOS SECUNDARIOS

NÁUSEAS Y VÓMITOS

Suele ser por una **mala adaptación a la cetosis.**

Se puede tratar con **antieméticos.**

Los vómitos deben controlarse por el **riesgo de producir hipopotasemia.**



EFFECTOS SECUNDARIOS

DEBILIDAD EN LAS PANTORRILLAS Y DOLORES DORSALES

Suele deberse a una subdosificación de potasio o de calcio o de ambos.

Habrá que cerciorarnos de que se cumple la suplementación y en caso de ser así habrá que aumentar la dosis de Ca y de K.



EFFECTOS SECUNDARIOS

CAIDA DE CABELLO

Suele deberse a falta de aporte de vitaminas del grupo B.

Si ocurre, administrar algún suplemento de vitaminas de este grupo.



EFFECTOS SECUNDARIOS

DOLORES NOCTURNOS DE ESTÓMAGO

Aparecen en un **5% de pacientes** y suele deberse a una **subdosificación de potasio o de calcio** o de ambos.

Habrá que cerciorarnos de que se cumple la suplementación y en caso de ser así habrá que **aumentar la dosis de Ca y de K.**



EFFECTOS SECUNDARIOS

HIPERURICEMIA

Se trataría con Alopurinol.



EFFECTOS SECUNDARIOS

ALTERACIONES MENSTRUALES

Suele producirse por la **disminución brusca de peso**.

Al disminuir el tejido adiposo, se reduce la cantidad de estrógenos (que son parcialmente sintetizados por los adipocitos), el organismo solo se readapta a su nueva situación y el ciclo se normaliza posteriormente.



EFECTOS SECUNDARIOS

PIEL SECA

Por falta de ingestión de agua, aunque se suele preceder de estreñimiento.



EFFECTOS SECUNDARIOS

MAYOR SENSIBILIDAD AL FRÍO

Por la propia **restricción en el aporte calórico**
y la **disminución de la tensión arterial.**



EFEKTOS SECUNDARIOS

ASTENIA

Suele suceder por **falta de aporte de sodio.**



EFFECTOS SECUNDARIOS

PARESTESIAS Y PALPITACIONES

Suele ocurrir por **falta de potasio.**



EFFECTOS SECUNDARIOS

CALAMBRES MUSCULARES

Por desequilibrio iónico.

Revisar iones (Ca, K y Mg).



EFECTOS SECUNDARIOS

EFECTOS SECUNDARIOS	SOLUCIONES
Nauseas y vómitos	Sal. Antieméticos. Aumentar K. Suspender
Estreñimiento	Verduras ricas en fibra. Fibras (Plantago, Guar, ...). Laxante osmótico (Carbonato de magnesio). Sup glicerina. Infusiones.
Cefaleas	Desaparecen en 2-3 días. Analgésicos. Sal.
Calambres	Potasio, Calcio y Magnesio.
Taquicardia	Potasio
Frío	
Perdida de cabello	Suplementos compl B y aas azufrados.
Halitosis	Colutorios, sprays sin azúcar, elixires, ...
Debilidad muscular	Potasio
Hipotensión ortostática	Hidratar, sodio
Trastornos menstruales	



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

PREPARACIÓN DE BATIDOS

Los batidos se disuelven bien simplemente con una **coctelera**. Es recomendable hacer la mezcla con el **agua a temperatura ambiente** y luego calentar, de esa forma formará menos grumos.

Si en lugar de la coctelera disponemos de una **batidora**, la mezcla resultará mucho más homogénea y agradable de tomar.

Los sobres de proteínas **se mezclan con agua**, y no con leche. Una vez preparados, es conveniente **dejar reposar** antes de consumir.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

COMIDAS EN FAMILIA

Si el paciente va a comer con el resto de su familia se le puede recomendar que su **primer plato pueda ser un potaje**, de **segundo verduras crudas o cocidas** (o ambas, siempre dentro de las permitidas) y de **postre una crema dulce**. Para terminar puede tomar una infusión, un té o un café.

El paciente **puede tomar los sobres fraccionados**, es decir, si va a utilizar un sobre en la cena, podrá utilizar la mitad de un sobre de potaje y la mitad de otro de crema de postre.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

COCINA IMAGINATIVA

Los ingredientes permitidos, especialmente en la primera fase del tratamiento, son muy limitados, por lo tanto, la dieta puede ser aburrida y monótona, algunas ideas pueden hacer más variados y diversos nuestros menús:

- Utilice los batidos salados (más concentrados) como crema para gratinados.
- Elabore consomés con las verduras permitidas.
- Utilice estos consomés (o alguno comercializado) en la preparación de los batidos salados.
- Añada sal a los batidos salados si resultan algo sosos.
- Añada a las cremas saladas trocitos de verdura cocida (tropezones) en la primera fase. En otras fases utilice tropezones de fiambre de pavo, de magro de jamón, de pollo cocido, de huevo cocido, ...
- Añada edulcorante líquido a los batidos dulces si le resultan insípidos.
- Prepare creps y rocíelos con batido de chocolate concentrado.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

SI EL PACIENTE NECESITA TOMAR LECHE

Si su paciente no tolera no tomar nada de leche recomiéndele, con moderación, alguna leche de soja con muy bajo contenido en H de C.

Algunos pacientes abandonan el tratamiento por el hecho de no poder tomar café con leche en el desayuno. Si cortamos el café con este producto al paciente le resultará más llevadero el tratamiento.

El paciente puede también añadir parte del contenido de un sobre a un café para cortar el café solo (capuccino, vainilla, ...).



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

BEBIDAS FRIAS

La bebida podrá estar en la nevera, y servirla con una rodaja de limón en el borde del vaso y una hoja de menta.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

SORBETES Y GRANIZADOS

Con los batidos de zumos de fruta se pueden realizar deliciosos sorbetes ideales para los calurosos días de verano. Para ello, basta con colocar en el congelador el sobre de bebida diluido en agua o añadirle hielo picado.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

POTAJES

Añadir a los potajes hierbas aromáticas : perifollo, perejil, cebollinos, berros, etc...



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

PASTEL DE CHOCOLATE

Duplicará el volumen de éste si le añade claras de huevo antes de la cocción (no en la primera fase).

También se pueden realizar auténticos pasteles napados con crema de postre con el sabor que prefiera.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

CREMAS

Para obtener una mousse (de chocolate, vainilla,) verter el contenido del sobre elegido sobre una clara de huevo batido (no en la primera fase).



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

SI NECESITA PICOTEAR

Tenga siempre a mano para poder picar un plato de verduras y hortalizas crudas (permitidas), bien presentadas. Le ayudarán a no picar otras cosas.

También puede utilizar pepinillos en vinagre bien escurridos (lavados).

En el trabajo, o de paseo, lleve en un termo su preparado proteínico frío o caliente. Siempre es mejor tomar un sobre proteínico suplementario que sucumbir a la tentación.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

INVITACIONES

Algunas veces será imposible rechazar una invitación, o una comida en el restaurante, cuando así sea, utilice remedios naturales para quitar el apetito tomando media hora antes de la comida :

UN SOBRE O UNA BARRITA PROTEINICA, agua, infusión.



RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LOS PACIENTES

EN LA FASE DE MANTENIMIENTO

Después del tratamiento es aconsejable que el paciente utilice las **BARRITAS PROTEINICAS**, que están especialmente estudiadas para controlar los excesos alimenticios y aplacar la sensación de hambre de la tarde. Son deliciosas y fáciles de llevar. Se aconsejará al paciente que tome una barra proteínica en vez de un pastel. Los ácidos aminados, las fibras, las vitaminas y oligoelementos contenidos en las barritas ayudarán al paciente a desintoxicar su organismo y a luchar contra el envejecimiento.



OTRAS APLICACIONES DE LOS PREPARADOS PROTEICOS

- Tratamiento de la celulitis (unida a otras técnicas).
- Personas con deficiencias proteicas.
- Personas enfermas (cáncer, SIDA, ...).
- Deportistas.
- Otros tratamientos de adelgazamiento (dietas hipocalóricas, disociadas, hiperproteicas, ...).



¿PORQUÉ LAS PROTEÍNAS SIKEN DIET?

CALIDAD DE LAS PROTEÍNAS

ÍNDICE CLÍNICO DE PROTEÍNAS

CONTENIDO DE PROTEÍNAS, GLÚCIDOS Y LÍPIDOS

BIODISPONIBILIDAD

VITAMINAS Y MINERALES

SABOR Y AROMA



METODO SIKEN DIET

PROTEINADA

MÉTODO

3 planes

4 fases sucesivas

Según :

- Tipología paciente
- Objetivo

PLAN ATAQUE

PLAN ESTANDAR

PLAN PROLONGADO

FASE INICIAL

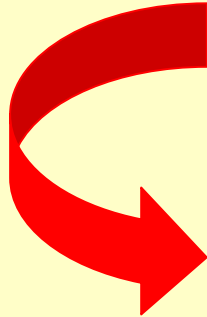
FASE ADELGAZAMIENTO

FASE TRANSICIÓN

FASE ESTABILIZACIÓN



PROGRAMAS PARA PEDER PESO



fases		3 programas					
		hasta 3 kg		de 2 a 5 kg		de 5 a 9 kg	
		< 40 años	> 40 años	< 40 años	> 40 años	< 40 años	> 40 años
		Plan ATAQUE 12 días mínimo	Plan ESTÁNDAR 21 días mínimo	Plan ESTÁNDAR 21 días mínimo	Plan PROLONGADO 42 días mínimo	Plan PROLONGADO 42 días mínimo	Plan PROLONGADO 84 días mínimo
FASE 0	inicial	3 días	3 días (opcional)	3 días (opcional)	3 días (opcional)	3 días (opcional)	3 días (opcional)
FASE 1	adelgazamiento	3 días	7 días	7 días	14 días	14 días	28 días
FASE 2	transición	3 días	7 días	7 días	14 días	14 días	28 días
FASE 3	estabilización	3 días mínimo*	7 días mínimo*	7 días mínimo*	14 días mínimo*	14 días mínimo*	28 días

* En caso de querer prolongar el plan que se ha seguido, sólo se podrá ampliar la fase 3 (estabilización).



PROGRAMA SIKEN DIET

GAMA DE PRODUCTOS (27 referencias)

- **Desayuno (Cereales, Capuchino y Cacao)**
- **Postres (Limón, y Chocolate negro).**
- **Mousses (Mousse de frutos rojos y Mousse de chocolate).**
- **Pasteles (Pastel de chocolate).**
- **Galletas (Galletas de chocolate y Galletas de manzana).**
- **Salados (Tortilla queso, Tortilla finas hierbas, Tortilla de bacon, Crema verduras, Crema pollo, Crema de champiñones, Fusilli. Puré de patatas, Hamburguesa de verduras con queso y Crepés).**
- **Snacks (entre horas) (Barritas chocolate, Barritas turrón, Barritas cereales-higos, Barritas vainilla-caramelo, Barritas de café, Barritas de cereales y frutos rojos, Crackers, Minicake).**



FASE 0 – INICIAL

➤ **Pautas a seguir:**

- Fase obligatoria en el Plan de ATAQUE y opcional en los Planes ESTANDAR y PROLOGADO.
- Tomar una de las preparaciones de Siken diet en todas las comidas.
- Beber entre 1,5 l. y 2 l. de agua al día.



FASE 0 - INICIAL

➤ Ejemplo de menú para un día:

DESAYUNO

1 Desayuno siken diet (excepto cereales).
1 Café té o infusión sin azúcar.

MEDIA MAÑANA

1 tentempié siken diet (excepto crackers y galletas).

COMIDA

1 preparación siken diet (excepto cereales).
Verdura, 1 cs aceite de oliva y 1 prod. lácteo desnatado sin azúcar.

MEDIA TARDE

1 tentempié siken diet (excepto crackers y galletas).
1 Café o té sin azúcar.

CENA

1 preparación siken diet (excepto cereales).
Verdura, 1 cs aceite de oliva y 1 producto lácteo desnatado sin azúcar.



FASE 1 – ADELGAZAMIENTO

➤ Pautas a seguir:

- Tomar una de las preparaciones Siken diet en todas las comidas, excepto en la cena. (alimento proteico).**
- Reducir el consumo de alimentos que contengan hidratos de carbono (pan, legumbres, pasta, arroz, etc.) azúcares (postres, dulces, etc.) y grasas (carne, embutidos, queso, etc.).**
- Beber entre 1,5 l. y 2 l. de agua al día.**



FASE 1 – ADELGAZAMIENTO

➤ Ejemplo de menú para un día:

DESAYUNO

1 preparación siken diet. 1 producto lácteo desnatado sin azúcar. 1 Café, té o infusión sin azúcar.

MEDIA MAÑANA

1 tentempié siken diet (excepto galletas).

COMIDA

1 preparación siken diet.
Verdura, 1 cs de aceite de oliva y 1 fruta.

MEDIA TARDE

1 tentempié siken diet. Café, té o infusión sin azúcar.

CENA

1 ración de carne, pescado o huevo. Verdura, 1 cs de aceite de oliva y 1 producto lácteo desn. sin azúcar.

FASE 2 – TRANSICIÓN

- **Pautas a seguir:**
 - **Reintroducir progresivamente hidratos de carbono (pan, legumbres, pasta, arroz, patatas, etc.) en la dieta.**
 - **Reducir paulatinamente el consumo de las preparaciones Siken diet a una comida y un tentempié.**



FASE 2 – TRANSICIÓN

➤ Ejemplo de menú para un día:

DESAYUNO

50g de cereales siken diet. Leche desnatada o queso fresco. 1 café, té o infusión sin azúcar.

MEDIA MAÑANA

1 tentempié siken diet (excepto galletas).

COMIDA

1 preparación siken diet.

Verdura, 1 cs de aceite de oliva y 1 fruta.

MEDIA TARDE

1 tentempié siken diet (excepto galletas).

Café, té o infusión sin azúcar.

CENA

1 bolsa de **fusilli siken diet.** Verdura, 1 cs de aceite de oliva y 1 prod. lácteo desnatado sin azúcar.



FASE 3 - ESTABILIZACIÓN

➤ **Pautas a seguir:**

- **Empezar a comer de forma equilibrada.**
- **Aprender a controlar los excesos alimentarios y evitar picar entre horas, para conseguir estabilizar y mantener el peso conseguido.**



FASE 3 - ESTABILIZACIÓN

➤ Ejemplo de menú para un día:

DESAYUNO

50 g de cereales siken diet, leche desnatada o queso fresco. 1 café, té o infusión sin azúcar. 1 fruta.

MEDIA MAÑANA

1 tentempié siken diet.

COMIDA

1 ración de carne, pescado o huevo. 1 ración legumbres, pan, patatas o cereales. 1 producto lácteo desnatado sin azúcar. 1 fruta.

MEDIA TARDE

1 tentempié siken diet. Café, té o infusión sin azúcar.

CENA

1/2 ración de carne, pescado o huevo. 1 ración de legumbres, pan, patatas o cereales. 1 producto lácteo desnatado sin azúcar.



PROGRAMAS PARA MANTENERSE EN FORMA

PARA CONSERVAR LA LÍNEA.

- **Pautas a seguir:**
 - **Comer equilibradamente.**
 - **Controlar – evitar los excesos.**
 - **Caminar, subir por las escaleras.**



PARA CONSERVAR LA LÍNEA.

➤ Ejemplo de menú cuando tenga prisa:

DESAYUNO

3 rebanadas de pan con un poco de aceite de oliva. 120 g. de queso fresco (20% materia grasa). 1 té o infusión sin azúcar.

MEDIA MAÑANA

1 té o infusión si azúcar. 1 fruta fresca.

COMIDA

170 de pescado blanco. 1 ración de hidratos de carbono (cereales, pan o legumbres). 1 yogur.

MEDIA TARDE

2 rebanadas de pan y 2 pastillas de chocolate. 1 té o infusión sin azúcar.

CENA

1 ensalada de tomate y mozzarella. 1 plato de verduras. 1 fruta.



PROGRAMAS PARA MANTENERSE EN FORMA

PARA MANTENER – CON PRÁCTICA DE DEPORTE

➤ Pautas a seguir:

- Comer equilibradamente.
- Controlar – evitar los excesos.
- 30 minutos de deporte al día.



PARA MANTENER – CON PRÁCTICA DE DEPORTE

➤ Ejemplo de menú cuando se practica deporte:

DESAYUNO

3 rebanadas de pan con un poco de aceite de oliva. 120 g. de queso fresco (20% materia grasa).

MEDIA MAÑANA

1 café, té o infusión sin azúcar. 1 fruta.

COMIDA

170 de pescado blanco. 1 ración de legumbres, patatas o cereales, pan o legumbres. 1 yogur. 1 fruta.

MEDIA TARDE

1 tentempié siken diet.

CENA

1 bolsa de fusilli siken diet mezclada con verduras tipo pisto o daditos de pimiento. Macedonia de frutas.



DOSIFICACIÓN COMPLEMENTOS DIETÉTICOS PARA EVITAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS

COMPLEMENTOS	CANTIDAD
NaCl:	(162 - 162 - 162)
K:	100% CDRS
VITAMINAS y MINERALES:	1 O 2 SEGÚN PREPARADO
Ca:	SOLO SI + NECESIDADES
Mg:	80% CDRS
Omega 3	100% CDRS
OLIGOELEMENTOS	Suero marino



CASOS CLINICOS

CASO CLÍNICO 1 (M20298 B M L)

MUJER DE 46 AÑOS DE EDAD.

PROFESORA.

ANTECEDENTES PERSONALES: BOCIO. DEPRESIVA. COMEDORA COMPULSIVA.

TRATADA CON : EUTIROX 75.

TRATAMIENTO: FLUOXETINA + CROMO + FIBRA

DIETA PROTEINADA DOS PRIMERAS FASES (04/03/08 – 29/05/08).

DIETA PROTEINADA TRANSICIÓN (29/05/08 – 07/07/08).

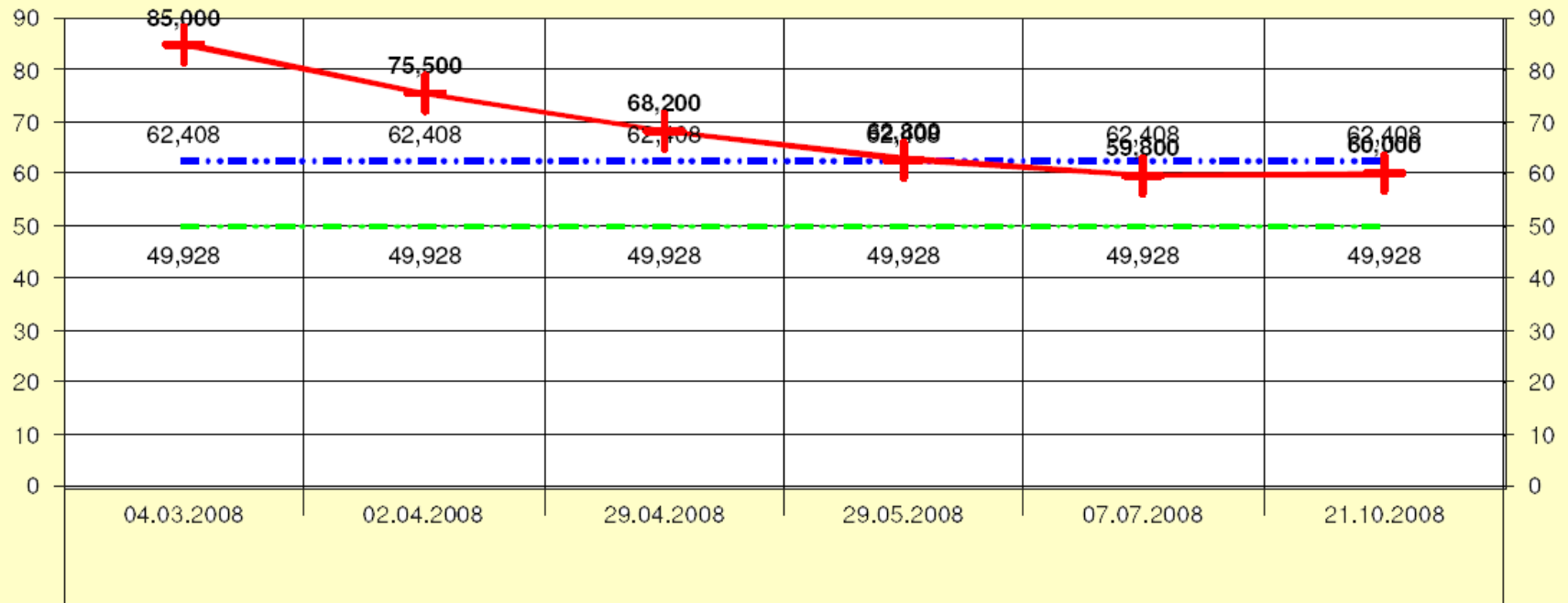
**DIETA PROTEINADA ESTABILIZACIÓN – MANTENIMIENTO
(DESDE 07/07/08)**





Nº Historia Clínica: 20298 - MADRID


Paciente: B M L

Evolución de Peso



 Peso Real

 Peso Ideal Mínimo

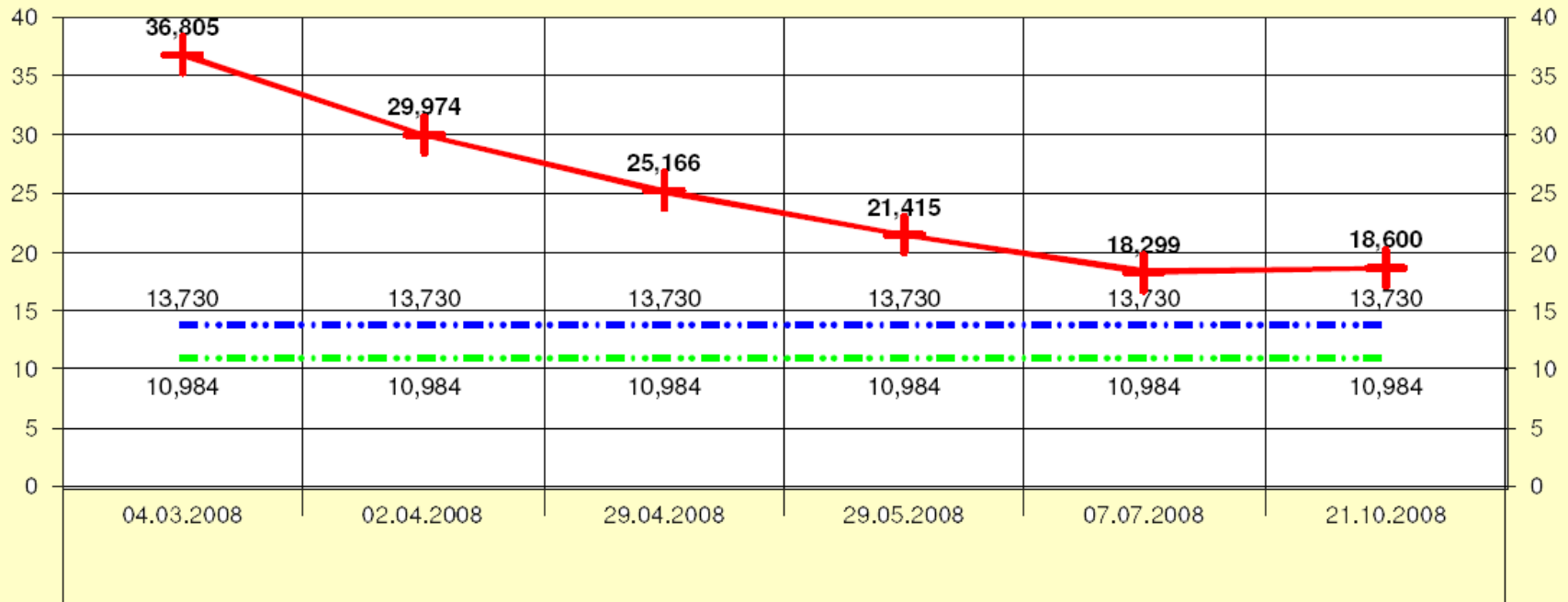
 Peso Ideal Máximo





Nº Historia Clínica: 20298 - MADRID


Paciente: M L

Evolución de Grasa (Kg.)



 Grasa (Kgs.)

 Grasa Ideal Min. (Kgs.)

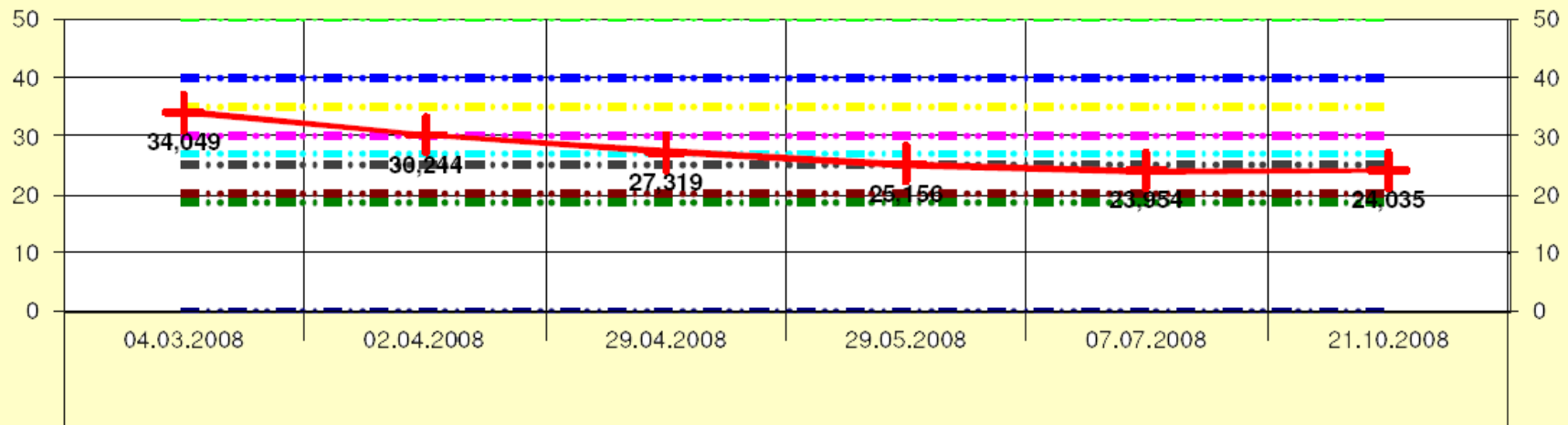
 Grasa Ideal Max. (Kgs.)



Nº Historia Clínica: 20298 - MADRID

Paciente: B M L

Evolución del I.M.C.



- I.M.C.
- (>50) Superobeso
- (40) Obes. Grado IV (Obes. Mórbida)
- (35) Obes. Grado III (Sobrepeso Grave)
- (30) Obes. Grado II (Sobrepeso Moderado)
- (27) Obes. Grado I (Sobrepeso)
- (25) Obes. Grado I (Sobrepeso Leve)
- (20) Peso Normal Ó Sano
- (18.6) Delgadez
- (<18.6) Delgadez Patológica



CASO CLÍNICO 2 (E00114 JL H F)

HOMBRE DE AÑOS DE EDAD.

JUBILADO - CICLISTA.

ANTECEDENTES PERSONALES: DIABETES TIPO II. BY PASS CARDIACO.

ANALITICA INICIAL: 21-12-07: HB GLIC 6,6.

TRATADO CON : EMCONCOR 2,5. ADIRO 100. ZOCOR. BOMBA DE INSULINA.

TRATAMIENTO: FIBRAGUAR (3/D)

DIETA PROTEINADA PRIMERAS FASES (12/01/07 – 28/03/07).

SUSPENSION TOTAL DE LA BOMBA DE INSULINA.

DIETA PROTEINADA TRANSICIÓN (28/03/07 – 07/05/07).

DIETA PROTEINADA ESTABILIZACIÓN – MANTENIMIENTO (07/05/07).

ANALITICA FINAL: TODOS LOS PARÁMETROS DENTRO DE LA NORMALIDAD.

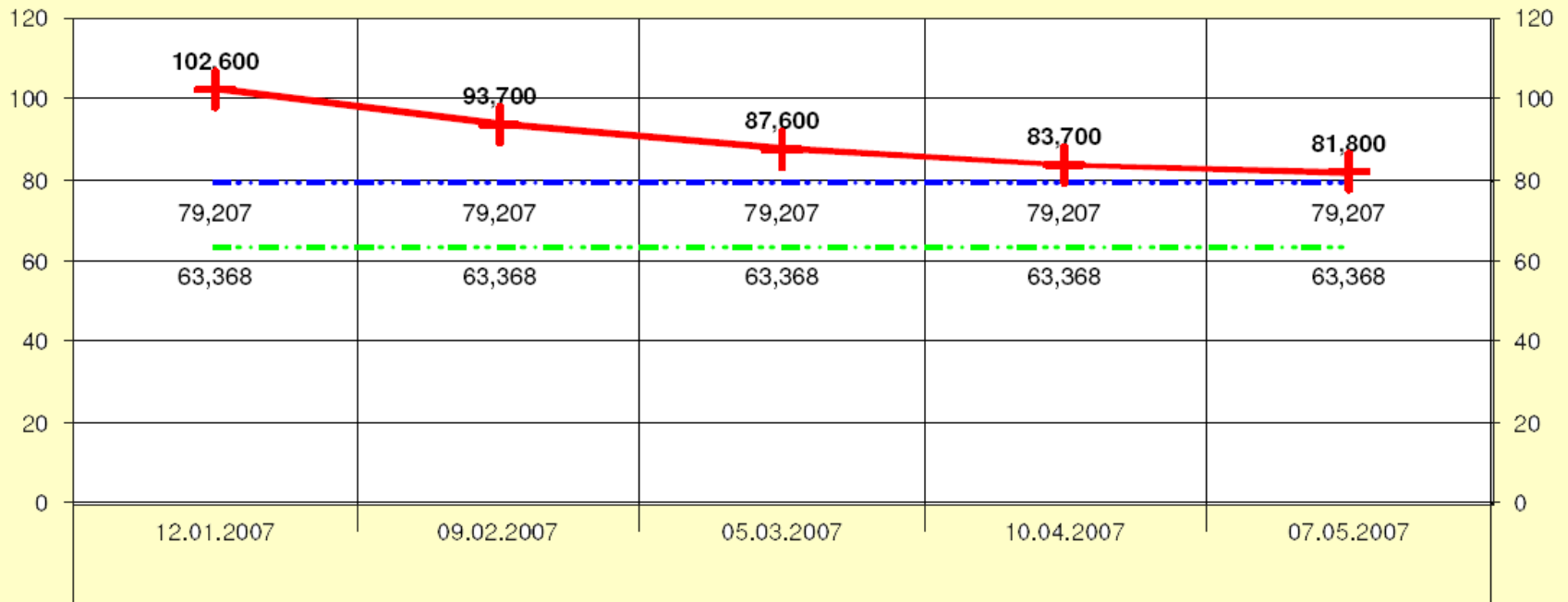
TRATAMIENTO FINAL: NINGUNO



Nº Historia Clínica: 00114 - EXTERNA

Paciente: J L H F

Evolución de Peso



✚ Peso Real

--- Peso Ideal Mínimo

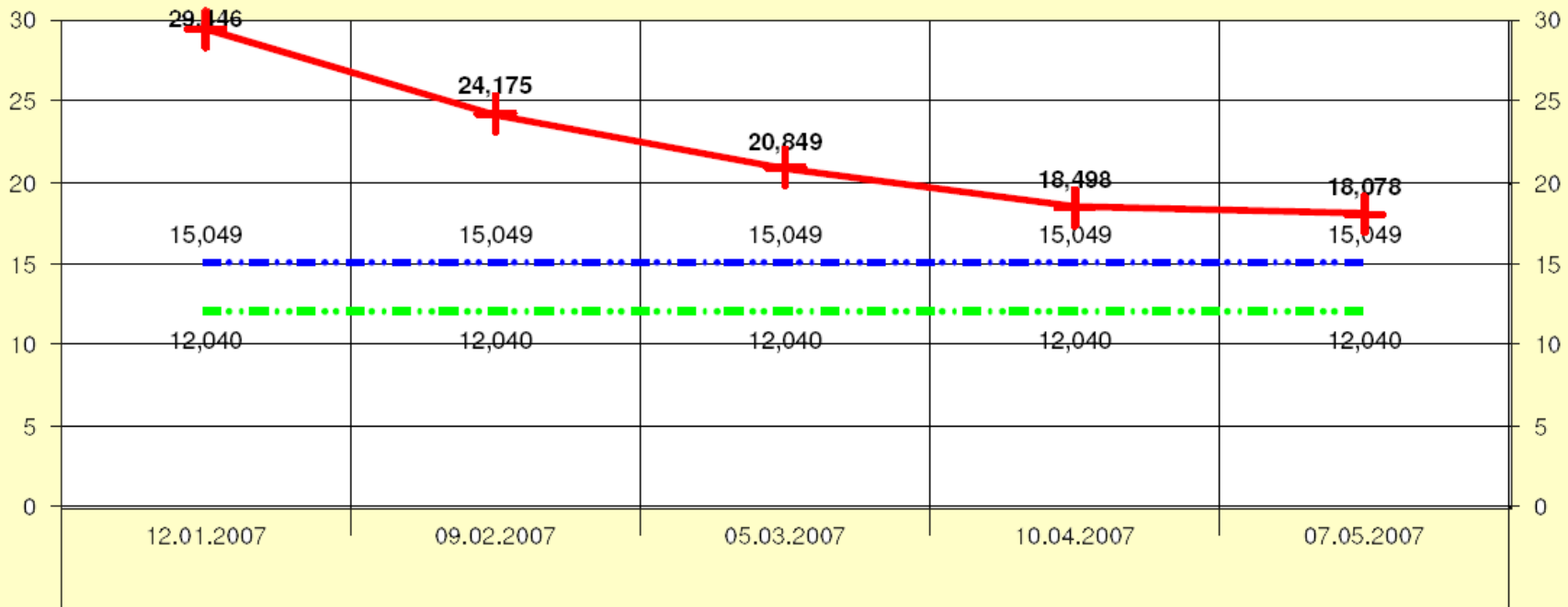
--- Peso Ideal Máximo





Nº Historia Clínica: 00114 - EXTERNA


Paciente: J L H F

Evolución de Grasa (Kg.)



 Grasa (Kgs.)

 Grasa Ideal Min. (Kgs.)

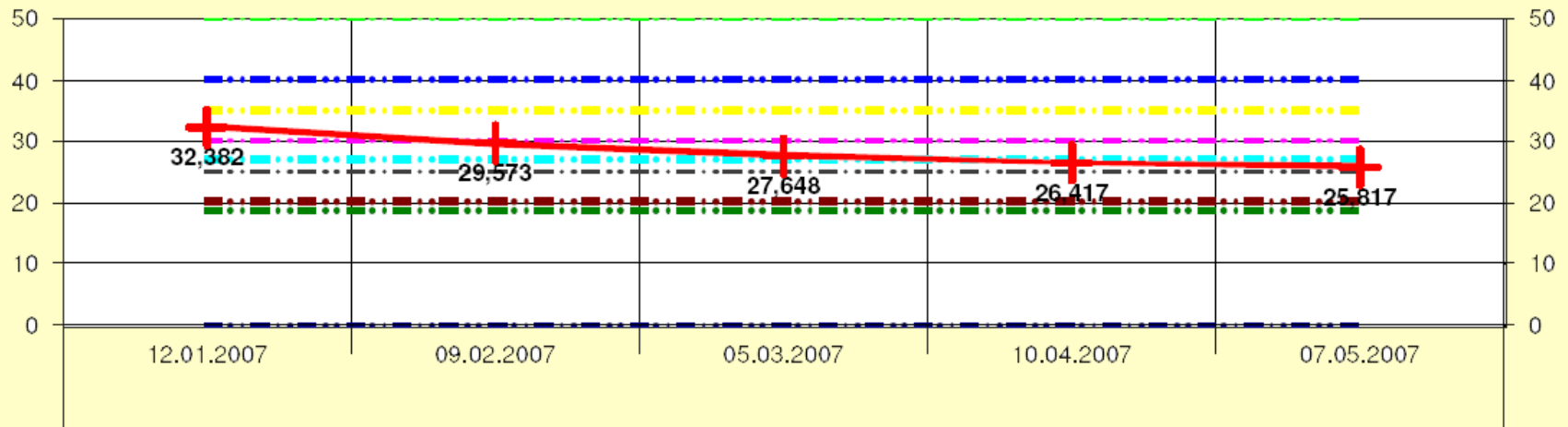
 Grasa Ideal Max. (Kgs.)



Nº Historia Clínica: 00114 - EXTERNA

Paciente: J L H F

Evolución del I.M.C.



- I.M.C.
- (>50) Superobeso
- (40) Obes. Grado IV (Obes. Mórbida)
- (35) Obes. Grado III (Sobrepeso Grave)
- (30) Obes. Grado II (Sobrepeso Moderado)
- (27) Obes. Grado I (Sobrepeso)
- (25) Obes. Grado I (Sobrepeso Leve)
- (20) Peso Normal Ó Sano
- (18.6) Delgadez
- (<18.6) Delgadez Patológica



CASO CLÍNICO 3 (M23918 S CH DD)

MUJER DE 26 AÑOS DE EDAD.

ADMINISTRATIVO.

ANTECEDENTES PERSONALES: NINGUNO DE INTERÉS.

TRATADA CON : NADA.

TRATAMIENTO:

DIETA PROTEINADA DOS PRIMERAS FASES (14/02/08 – 20/11/08)

DIETA PROTEINADA TRANSICIÓN

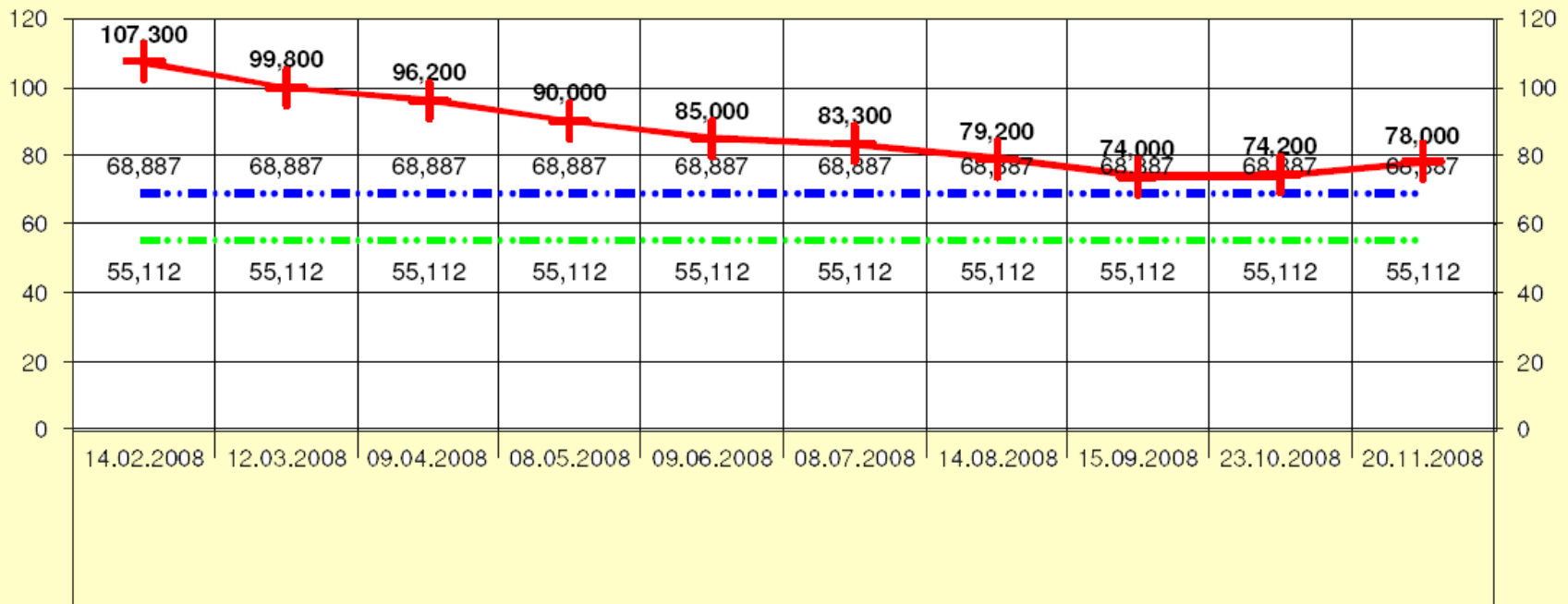
DIETA PROTEINADA ESTABILIZACIÓN – MANTENIMIENTO



Nº Historia Clínica: 23918 - MADRID

Paciente: S CH DD

Evolución de Peso



✚ Peso Real

⋯⋯⋯ Peso Ideal Mínimo

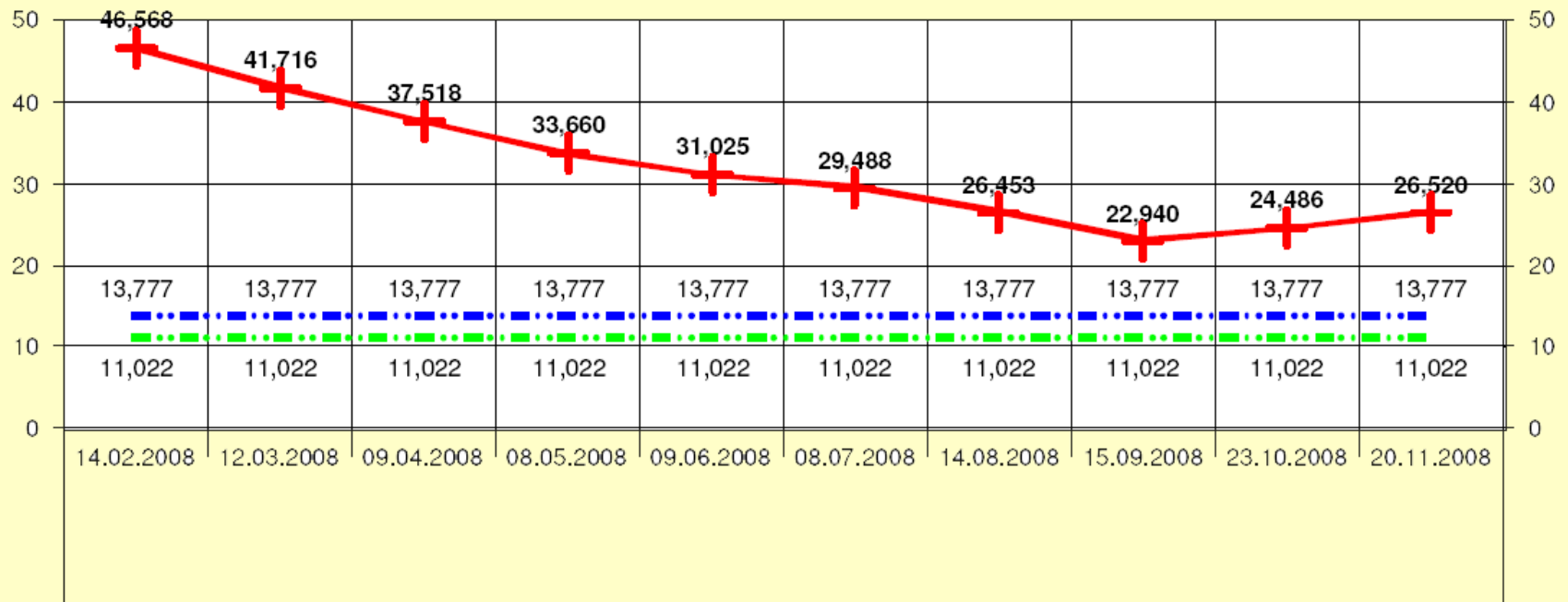
⋯⋯⋯ Peso Ideal Máximo



Nº Historia Clínica: 23918 - MADRID

Paciente: S CH DD

Evolución de Grasa (Kg.)



Grasa (Kgs.)

Grasa Ideal Min. (Kgs.)

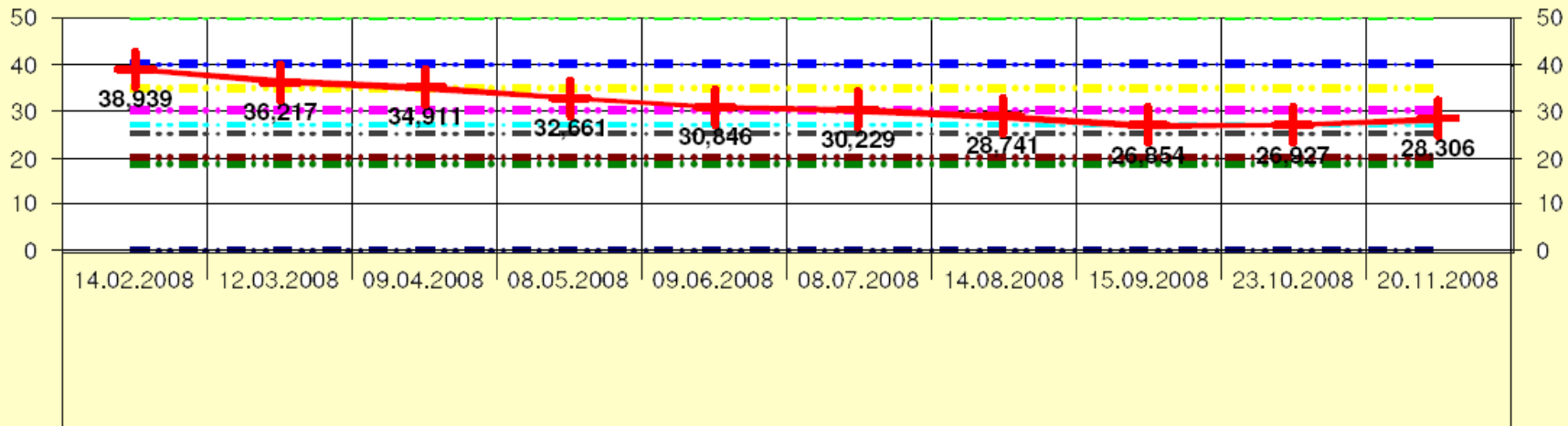
Grasa Ideal Max. (Kgs.)



Nº Historia Clínica: 23918 - MADRID

Paciente: S CH DD

Evolución del I.M.C.



- I.M.C.
- (>50) Superobeso
- (40) Obes. Grado IV (Obes. Mórbida)
- (35) Obes. Grado III (Sobrepeso Grave)
- (30) Obes. Grado II (Sobrepeso Moderado)
- (27) Obes. Grado I (Sobrepeso)
- (25) Obes. Grado I (Sobrepeso Leve)
- (20) Peso Normal Ó Sano
- (18.6) Delgadez
- (<18.6) Delgadez Patológica



CASO CLÍNICO 4 (M23647 D M G)

MUJER DE 55 AÑOS DE EDAD.

S.L..

ANTECEDENTES PERSONALES: REUMATISMO. HERNIAS DISCALES. ARTROSIS. LIPOMA. ESTEATOSIS HEPATICA. COLECISTOAQUINESIA. RET LIQ. ESTREÑIMIENTO.

TRATADA CON: ACABEL (AINE). RIVOTRIL. (CLONACEPAM). CORTICOIDES INFILTRADOS. EFFERALGAN. CENAT. ROHAMAX. URSOCHOL (IBUPROFENO).

ANALITICA INICIAL: 15/12/06: GLUC 61. AC URIC 7,3. FE 47. LDH 423.

TRATAMIENTO INICIAL: DIETA PROTEINADA DOS PRIMERAS FASES
(02/12/06 – 28/02/07)

DIETA PROTEINADA TRANSICIÓN (28/02/07 - 21/06/07).

DIETA PROTEINADA ESTABILIZACIÓN – MANTENIMIENTO (21/06/07).

ANALITICA FINAL: TODOS LOS PARÁMETROS DENTRO DE LA NORMALIDAD.

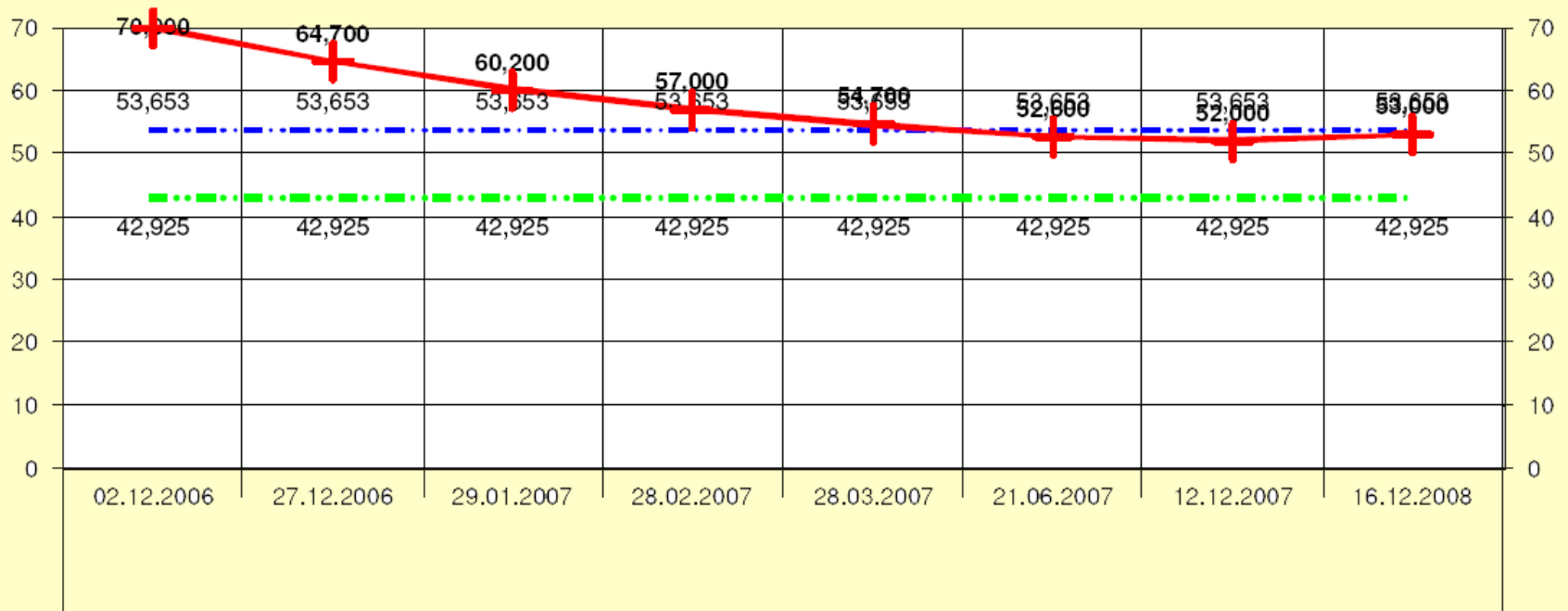
TRATAMIENTO FINAL: RIVOTRIL. DORMIDINA. ROHAMAX.



Nº Historia Clínica: 23647 - MADRID

Paciente: D M G

Evolución de Peso



+ Peso Real

--- Peso Ideal Mínimo

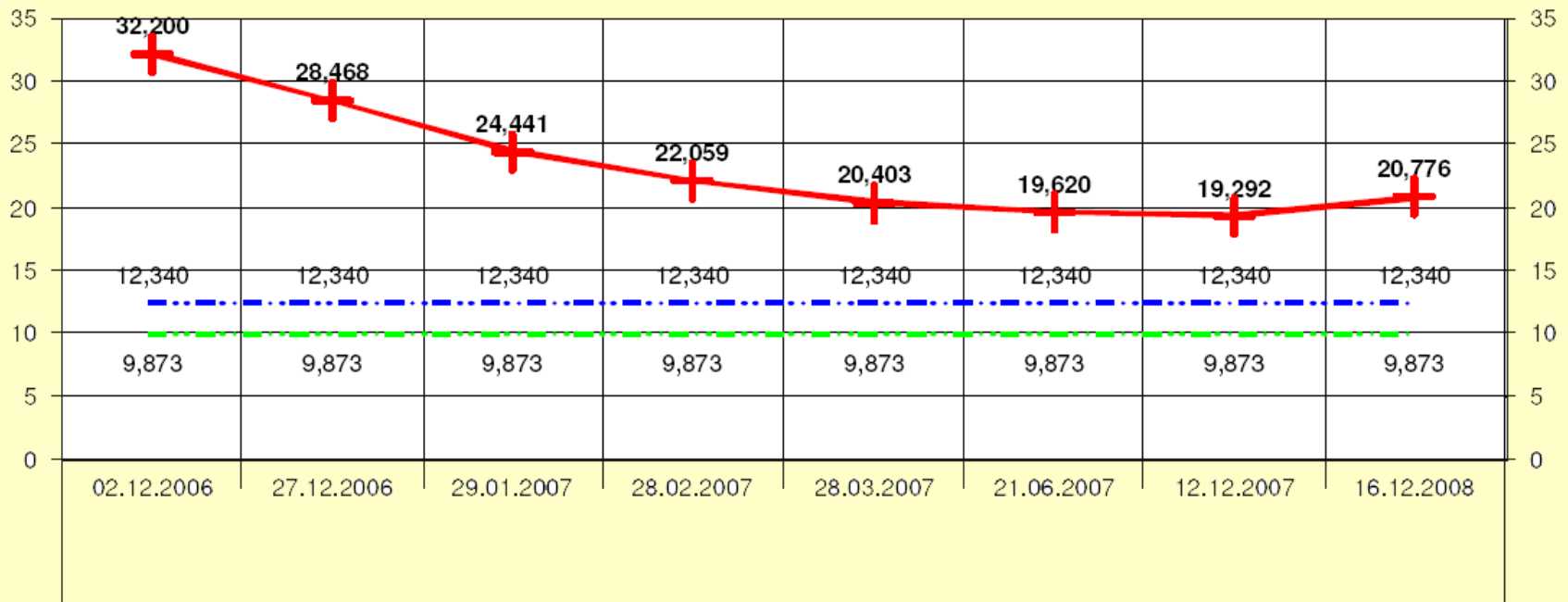
-.-.- Peso Ideal Máximo





Nº Historia Clínica: 23647 - MADRID


Paciente: D M G

Evolución de Grasa (Kg.)



 Grasa (Kgs.)

 Grasa Ideal Min. (Kgs.)

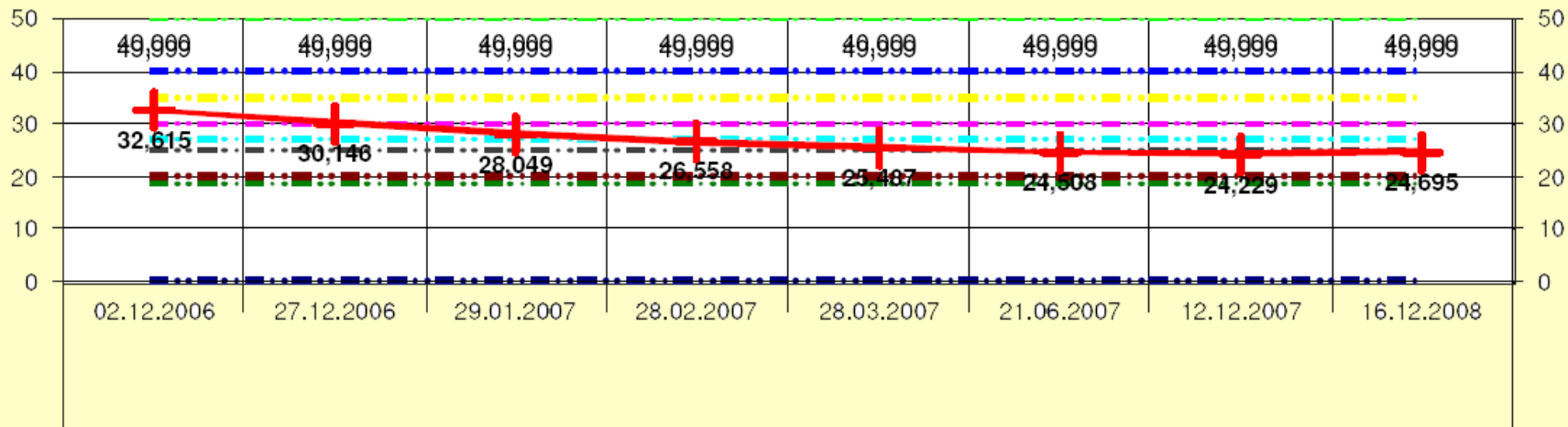
 Grasa Ideal Max. (Kgs.)



Nº Historia Clínica: 23647 - MADRID

Paciente: D M G

Evolución del I.M.C.



+ I.M.C.

(>50) Superobeso

(40) Obes. Grado IV (Obes. Mórbida)

(35) Obes. Grado III (Sobrepeso Grave)

(30) Obes. Grado II (Sobrepeso Moderado)

(27) Obes. Grado I (Sobrepeso)

(25) Obes. Grado I (Sobrepeso Leve)

(20) Peso Normal Ó Sano

(18.6) Delgadez

(<18.6) Delgadez Patológica



CASO CLÍNICO 5 (24091 I DJ M)

HOMBRE DE 55 AÑOS DE EDAD.

EMPRESARIO

ANTECEDENTES PERSONALES: ESTEATOSIS HEPÁTICA. ULCUS.
HERNIA HIATO. HCL. + FE.

TRATADO CON: NADA

ANALITICA INICIAL: COL 249. HDL 42. LDL 179. FE 158. GGT 64.

TRATAMIENTO INICIAL: DIETA PROTEICA MATIZADA CON 2 - 3
SUPLEMENTOS (BARRITAS) Y 2 RACIONES DE ALIMENTOS PROTEICOS
(23/09/08 HASTA LA ACTUALIDAD).

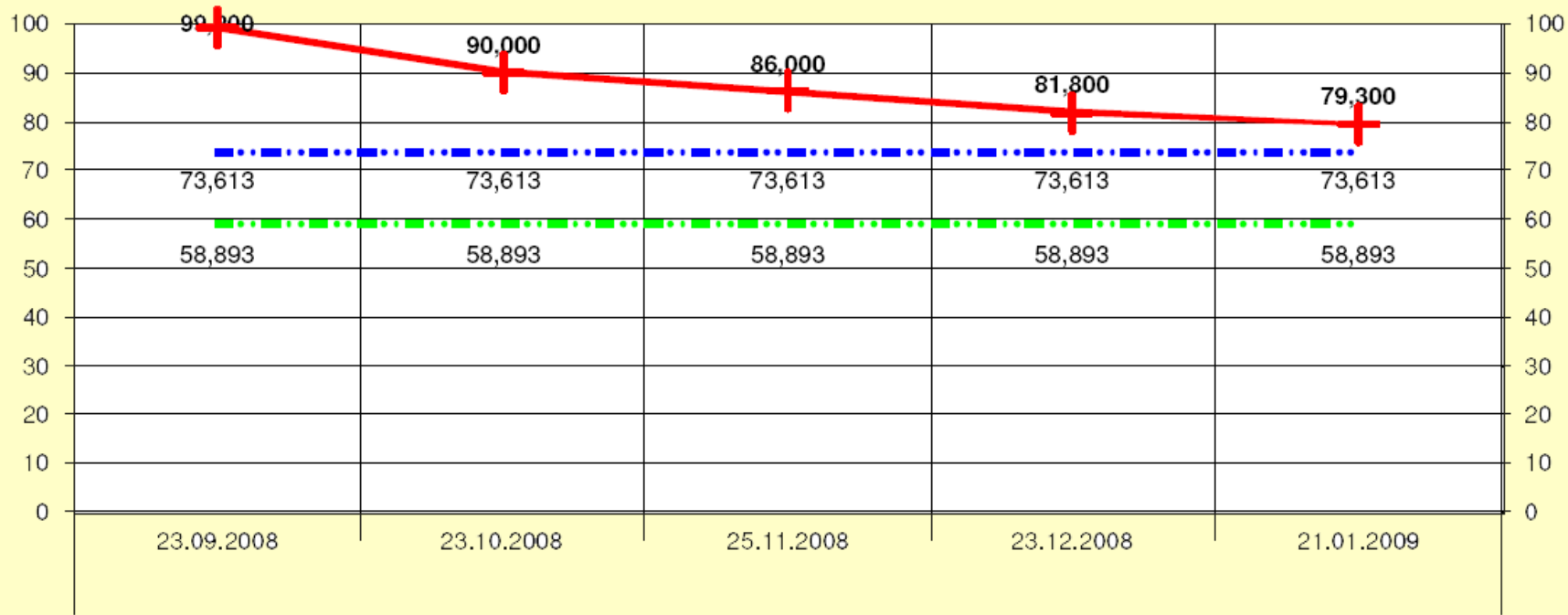
ANALITICA ACTUAL: TODOS LOS PARÁMETROS DENTRO DE LA
NORMALIDAD.





Nº Historia Clínica: 24091 - MADRID


Paciente: I D J M

Evolución de Peso



 Peso Real

 Peso Ideal Mínimo

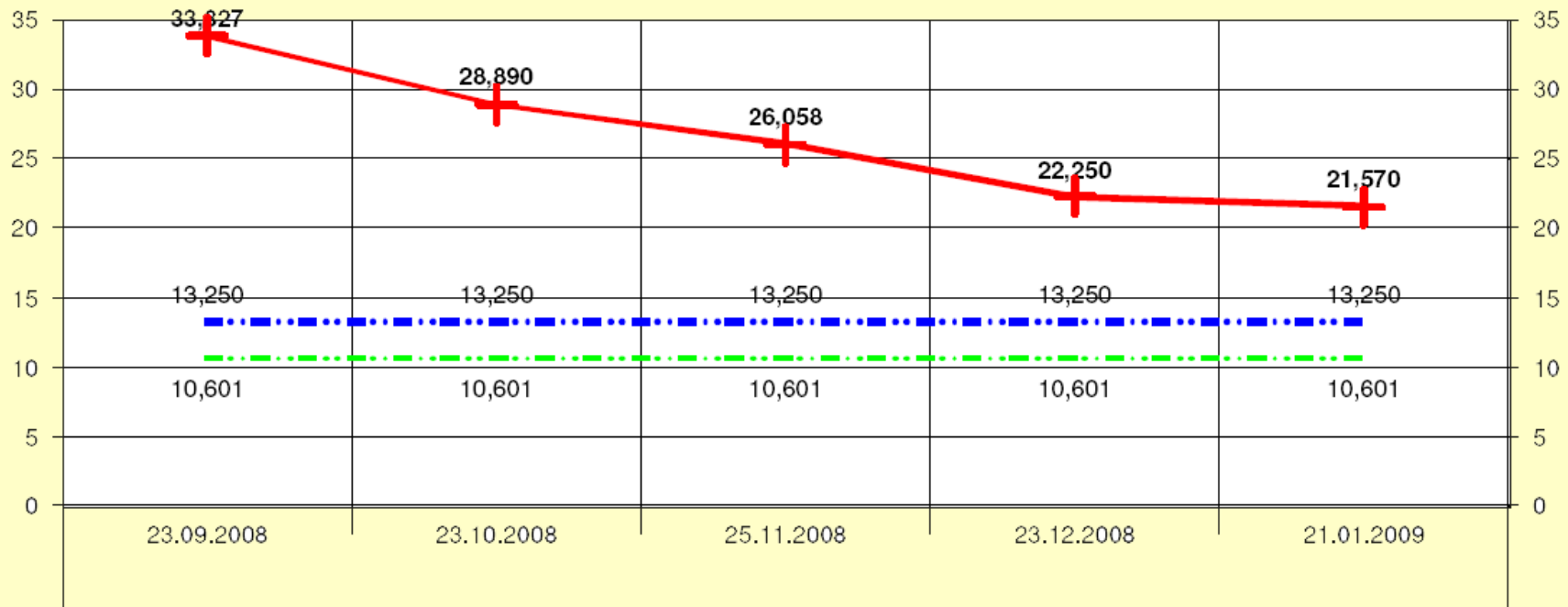
 Peso Ideal Máximo





Nº Historia Clínica: 24091 - MADRID


Paciente: I DJ M

Evolución de Grasa (Kg.)



 Grasa (Kgs.)

 Grasa Ideal Min. (Kgs.)

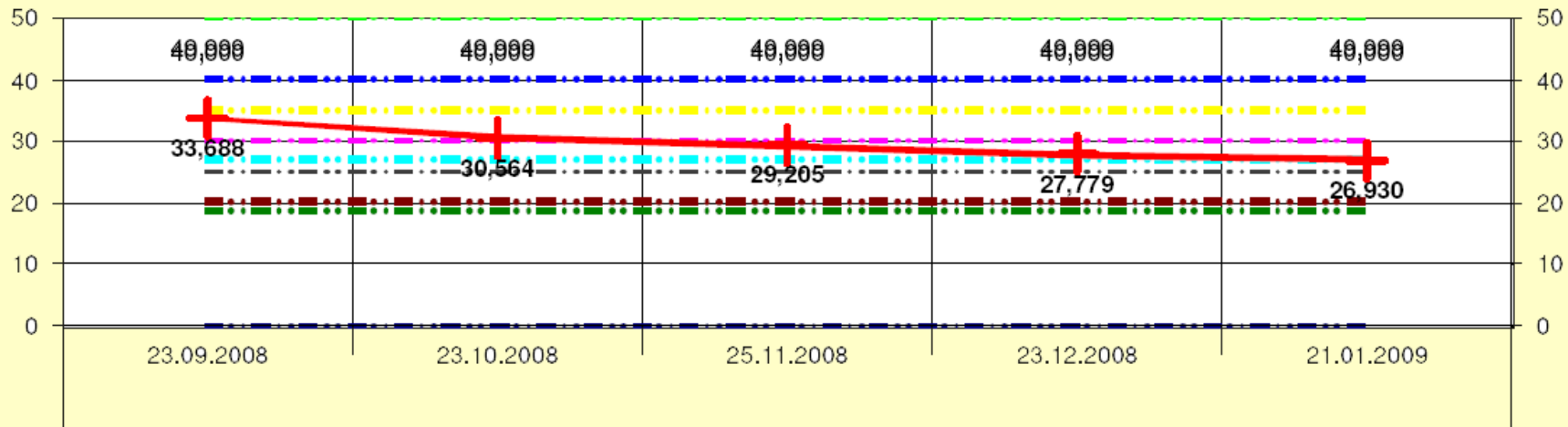
 Grasa Ideal Max. (Kgs.)



Nº Historia Clínica: 24091 - MADRID

Paciente: I DJ M

Evolución del I.M.C.



✚ I.M.C.

⋯ (>50) Superobeso

⋯ (40) Obes. Grado IV (Obes. Mórbida)

⋯ (35) Obes. Grado III (Sobrepeso Grave)

⋯ (30) Obes. Grado II (Sobrepeso Moderado)

⋯ (27) Obes. Grado I (Sobrepeso)

⋯ (25) Obes. Grado I (Sobrepeso Leve)

⋯ (20) Peso Normal Ó Sano

⋯ (18.6) Delgadez

⋯ (<18.6) Delgadez Patológica



RESUMIENDO

- Responde a la demanda de los pacientes, ayudando a mejorar un problema de salud pública, la obesidad.
- No presenta peligro gracias al seguimiento médico (y psicológico).
- Reeduca al paciente hacia el equilibrio alimentario, gracias a sus fases o etapas sucesivas.



BIBLIOGRAFIA

Suskind RM, Blecker U, Udall JN Jr, von Almen TK, Schumacher HD, Carlisle L, Sothorn MS. Recent advances in the treatment of childhood obesity. *Pediatr Diabetes*. 2000 Mar;1(1):23-33.

Figueroa-Colon R, Franklin FA, Lee JY, von Almen TK, Suskind RM. Feasibility of a clinic-based hypocaloric dietary intervention implemented in a school setting for obese children. *Obes Res*. 1996;4(5):419-29.

Suskind RM, Sothorn MS, Farris RP, von Almen TK, Schumacher H, Carlisle L, Vargas A, Escobar O, Loftin M, Fuchs G, et al. Recent advances in the treatment of childhood obesity. *Ann N Y Acad Sci*. 1993 Oct 29;699:181-99.

Merritt RJ, Bistran BR, Blackburn GL, Suskind RM. Consequences of modified fasting in obese pediatric and adolescent patients. I. Protein-sparing modified fast. *J Pediatr*. 1980 Jan;96(1):13-19.

Frank A. The protein-sparing modified fast for obesity-related medical problems. *Cleve Clin J Med*. 1997 Sep;64(8):444-5.

Seim HC, Pianden SR. Approaching the protein-sparing modified fast. *Am Fam Physician*. 1990 Nov;42(5 Suppl):51S-56S.

Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD, Day SC. A comparison of two very-low-calorie diets: protein-sparing-modified fast versus protein-formula-liquid diet. *Am J Clin Nutr*. 1985 Mar;41(3):533-9

Van Gaal LF, Snyders D, De Leeuw IH, Bekaert JL. Anthropometric and calorimetric evidence for the protein sparing effects of a new protein supplemented low calorie preparation. *Am J Clin Nutr*. 1985 Mar;41(3):540-4.



[Farnsworth E](#), [Luscombe ND](#), [Noakes M](#), [Wittert G](#), [Argyiou E](#), [Clifton PM](#) . Effect of a high-protein, energy-restricted diet on body composition, glycemic control, and lipid concentrations in overweight and obese hyperinsulinemic men and women. *Am J Clin Nutr.* 2003 Jul;78(1):31-9.

Guenther Boden, MD; Karin Sargrad, MS, RD, CDE; Carol Homko, PhD, RN, CDE; Maria Mozzoli, BS; and T. Peter Stein, PhD. Effect of a Low-Carbohydrate Diet on Appetite, Blood Glucose Levels, and Insulin Resistance in Obese Patients with Type 2 Diabetes *Ann Intern Med.* 2005;142:403-411.

[Astrup A](#), [Ryan L](#), [Grunwald GK](#), [Storgaard M](#), [Saris W](#), [Melanson E](#), [Hill JO](#). The role of dietary fat in body fatness: evidence from a preliminary meta-analysis of ad libitum low-fat dietary intervention studies. *Br J Nutr.* 2000 Mar;83 Suppl 1:S25-32.

[M, Wittert GA](#), [Clifton PM](#). [Long-term weight maintenance and cardiovascular risk factors are not different following weight loss on carbohydrate-restricted diets high in either monounsaturated fat or protein in obese hyperinsulinaemic men and women.](#) *Br J Nutr.* 2007 Feb;97(2):405-10.

[Heilbronn LK](#), [Noakes M](#), [Clifton PM](#).. [Effect of energy restriction, weight loss, and diet composition on plasma lipids and glucose in patients with type 2 diabetes.](#) *Diabetes Care.* 1999 Jun;22(6):886-8

[McAuley KA](#), [Hopkins CM](#), [Smith KJ](#), [McLay RT](#), [Williams SM](#), [Taylor RW](#), [Mann JI](#). [Comparison of high-fat and high-protein diets with a high-carbohydrate diet in insulin-resistant obese women.](#) *Diabetologia.* 2005 Jul;48(7):1420-1; author reply 1422

[Dansinger ML](#), [Tatsioni A](#), [Wong JB](#), [Chung M](#), [Balk EM](#). [Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss.](#) *Ann Intern Med.* 2007 Jul 3;147(1):41-50. Review.

[Layman DK](#), [Evans E](#), [Baum JI](#), [Seyler J](#), [Erickson DJ](#), [Boileau RA](#). [Dietary protein and exercise have additive effects on body composition during weight loss in adult women.](#) *J Nutr.* 2005 Aug;135(8):1903-10.

[Garaulet M](#), [Marín C](#), [Pérez-Llamas F](#), [Canteras M](#), [Tebar FJ](#), [Zamora S](#). Adiposity and dietary intake in cardiovascular risk in an obese population from a Mediterranean area. *J Physiol Biochem.* 2004 Mar;60(1):39-49.



1. Torgerson JS: son, Lissner L, Lindroos AK, Kruijjer H, Sjöström L. VLCD plus dietary and behavioural support versus support alone in the treatment of severe obesity. A randomised two-year clinical trial. *Int J Obes* 1997; 21:987-994.
2. Kern PA. A prudent and practical approach to the treatment of obesity. *J Ark Med Soc* 1997;Oct;94(5):191-7.
3. Pekkarinen T, Takala I, Mustajoki P. Weight loss with very-low-calorie diet and cardiovascular risk factors in moderately obese women: one-year follow-up study including ambulatory blood pressure monitoring. *Int J Obes* 1998 Jul;22(7):661-6.
4. Dessanzo V, Ravenna M, Olkies A, Meaglia D. Morbid Obesity. An Integral, Intensive and Ambulatory Approach. Results after 3 years in the Treatment of Extreme Obesity. *Int J Obes. Volume 26. Supplement 1. August 2002;S101:381.*
5. Tschochner R, Keopold K, Hagen H, Funk S, Rattenberger A, Linder W, Kreglinger N, Wechsler JG. Body Weight and Life-style Modification after a Weight Reduction Program. *Int J Obes. Volume 26. Supplement 1. August 2002;S101:384.*
6. Olkies A, Ravenna M, Meaglia D. Obesity and Maintenance Program. Results after 3 years. *Int J Obes. Volume 26. Supplement 1. August 2002; S101:178*
7. Beeson V, Kreitzman S, Blair B. Successful Long Term Management of Obesity in General Medical Practice. *Int J Obes. Volume 22. Supplement 3. August 1998; S290:P742.*
8. Saris Wim H.M. Very-Low-Calorie Diets and Sustained Weight Loss. *Obesity Research Vol. 9. Supplement 4. November 2001;295S-301S.*
9. Anderson James W, Vichitbandra Satit, Qian Wei, Kryscio Richard J. Long-Term Weight Maintenance after an Intensive Weight-Loss Program. *J American College of Nutrition, Vol. 18, No. 6,620-627(1999)*
10. Lidner Peter G., Blackburn George L. Multidisciplinary Approach To Obesity Utilizing Fasting Modified by Protein-Sparing Therapy. *Obesity/Bariatric Med. Vol. 5, No.6,1976.*
11. The National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. *Very Low-Calorie Diets. JAMA, August 25, 1993 – Vol. 270, No. 8;967-974.*
12. George A. Bray, Bouchard Claude, James W.P.T. “Handbook of Obesity”; 878-881. Marcel Dekker, Inc. 270 Madison Avenue, New York 10016.
13. Henry Robert R., Gumbiner Barry. Benefit and Limitations of Very-Low-Calorie Diet Therapy in Obese NIDDM. *Diabetes Care, Vol. 14, No. 9, September 1991.*
14. Björntorp Per, Brodoff Bernard N. “Obesity”; 683- 707. J.B. Lippincott Company, East Washington Square, Philadelphia, Pennsylvania 19105.
15. Henry Robert R., Gumbiner Barry. Benefit and Limitations of Very-Low-Calorie Diet Therapy in Obese NIDDM. *Diabetes Care, Vol. 14, No. 9:810. September 1991.*
16. Klem ML et al. A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss. *Am J Clin Nutr, 1997;66:239-46.*
17. Pekkarinen T., Mustajoki P. Comparison of Behavior therapy with and without very-low-energy diet in the treatment of morbid obesity. A 5 year outcome. *Arch Int Med* 1997,157(july 28):1581-85.
18. Hankey CR, Rumley A, Lowe GDO, Woodward M, Lean MEJ. Moderate weight reduction improves red cell aggregation and factor VII activity in overweight subjects. *Int J Obes (1997)21,644-650.*



19. Rössner S, Van Gaal LF, Williamson DF. Discussion Panel 1: What are the benefits of moderate weight loss ?*Int J Obes* (1997) 21,Suppl. 1, S20-21.
20. Guyton Arthur C. *Traité de physiologie médicale*. Doin éditeurs-Paris 1989. p. 834-38.
21. Black GL, Flatt JP, Cloves GH Jr, Odeonnell TF, Hensle T. Protein sparing therapy during periods of starvation with sepsis and trauma. *Ann Surg* 177:588- 94, 1973.
22. Genuth SM, Castro JH, Vertes V. Weight reduction in obesity by outpatient semistarvation. *JAMA* 230:987-91,1974.
23. Guyton Arthur C. *Traité de physiologie médicale*. Doin éditeurs-Paris 1989. p. 887.
24. Forbes GB, Welle SL: Lean body mass in obesity. *Int J Obes* 7:99-107,1983.
25. Halliday D, Hesp R, Stalley SF, Warwick P, Altman DG, Garrow JS: Resting metabolic rate, weight, surface area and body composition in obese women. *Int J Obes* 3:1-6,1979.
26. Wilson JHP. Lambert SWJ: Nitrogen Balance in obese patients receiving a very low caloric liquid formula diet. *Am J Clin Nutr* 32:1612-16,1979.
27. Brown MR, Klish WJ, Hollander J, Campbell MA, Forbes GB: A high protein, low calorie liquid diet in the treatment of very obese adolescents: long-term effect on lean body mass. *Am J Clin Nutr* 38:20- 31,1983.
28. Burgess NS. Effect of a very low calorie diet on body composition and resting metabolic rate in obese men and women. *J Am Diet Assoc.* 1991;91:430-34.
29. Barrows K, Snook JT. Effect of a high-protein, verylow- calorie diet on body composition and anthropometric parameters of obese middle-aged women. *Am J Clin Nutr.* 1987;45:381-390.
30. Wadden TA, Bartlett SJ. Very low calorie dietsan overview and appraisal. In: Wadden TA, Van Itallie TB, eds. *Treatment of the Seriously Obese Patient*. New York, NY Guilford Press; 1992:44-79.
31. Ballor DL, McCarthy JP, Wilterlink EJ. Exercise intensity does not affect the composition of diet and exercise- induced body mass loss. *Am J Clin Nutr.* 1990; 51:142-46.
32. Dhindsa P, Scott AR, Donnelly R. Metabolic and cardiovascular effects of very-low-calorie diet therapy in obese patients with Type 2 diabetes in secondary failure: outcome after 1 year. *Diabet Med* 2003 Apr; 20(4):319-24.
33. Wing Renar R. *Treatment of Obesity in Patients with Type 2 Diabetes*. In: *Eating Disorders and Obesity*. (eds) Christopher G Fairburn and Kelly D. Brownell pp. 579. The Guilford Press 72 Spring Street, New York, NY 10012.
34. Amatruda JM, Richeson JF, Welle SL, et al. The safety and efficacy of a controlled low-energy diet in the treatment of non-insulin-dependent diabetes and obesity. *Arch Intern Med* 1988;148:873-877.
35. Anderson JW, Hamilton CC, Brinkman-Kaplan V. Benefits and risks of an intensive very-low-calorie diet program for severe obesity. *Am J Gastroenterol* 1992;87:6-15.
36. Wing RR. Use of very-low-calorie diets in the treatment of obese persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc.* 1995;95:569-572.
37. Atkinson RL, Kaiser DL. Effects of calorie Restriction and weight loss on glucose and insulin levels in obese humans. *J Am Coll Nutr* 4:411,1985.
38. Bistrrian BR, Blackburn GL, Flatt JP et al: Nitrogen metabolism and insulin requirements in obese diabetic adults on a protein sparing modified fast. *Diabetes* 25:496,1976.
39. DiBiase G, Mattioli PL, Contaldo F et al: A verylow- calorie formula diet (Cambridge diet) for the treatment of diabetic-obese patients. *Int J Obes* 5:319, 1981.



60. Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD. Very low calorie diets: their efficacy, safety, and future. *Ann Intern Med.* 1983;99:675-684.
61. Genuth Saul M. Perspective on Very Low Calorie Diets in the Treatment of Obesity. In: *Management of Obesity by Severe Caloric Restriction* (eds) George L. Blackburn, George A. Bray. PSG Publishing Company Inc. 545 Great Road, Littleton, Massachusetts 01460. pp 22.
62. Henry Robert R., Gumbiner B. Benefits and Limitations of Very-Low-Calorie Diet Therapy in Obese NIDDM. *Diabetes Care*, Vol. 14, No. 9, September 1991, pp 805.
63. Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD. Very low calorie diets: their efficacy, safety, and future. *Ann Intern Med.* 99:675,1983.
64. Apfelbaum M, Fricker J, Igoin-Apfelbaum L. Low and very-low-calorie diets. *Am J Clin Nutr* 45: 1126,1987.
65. Bogardus C, LaGrange BM, Horton ES, et al. Comparison of carbohydrate-containing and carbohydrate- restricted hypocaloric diets in the treatment of obesity. *J Clin Invest* 68;399,1981.
66. Daivie MWJ, Abraham RR, Hewins B, et al. Changes in bone and muscle constituents during dieting for obesity. *Clin Sci* 70:285,1986.
67. Howard AN, Grant A, Edwards O, et al. The treatment of obesity with a very-low-calorie liquid formula diet: An inpatient/outpatient comparison using skimmed milk as the chief protein source. *Int J Obes* 2:321,1978.
68. McLean Baird I, Howard AN. A double-blind trial of mazindol using a very low-calorie formula diet. *Int J Obes* 1:271,1977.
69. Van Gaal Luc F. Dietary Treatment of Obesity. In: *Handbook of Obesity.* (eds) Bray George A, Bouchard Claude, James WPT. Marcel Dekker, Inc., 270 Madison Avenue, New York, NY 10016, pp 878.
70. Kinwanski S,Chalmers TC. Fat content of verylow- calorie diets and gallstone formation. *JaMA* 40:865, 1992.
71. Sichleri R, Everhart JE, Roth H. A prospective study of hospitalization with gallstone disease among women: Role of dietary factors, fasting period, and dieting. *Am J Pub Health* 81:880,1991.
72. Gebhard RL, Ansel HJ, Peterson FJ, et al. Gallbladder emptying stimuli in obese and normal weight subjects. *Hepatology* 12:898,1990.
73. Foster GD, Wadden TA, Peterson FJ, Letizia Ka, Bartlett SJ, Conill AM. A controlled comparison of three very-low-calorie diets: effects on weight, body composition, and symptoms. *Am J Clin Nutr.* 1992; 55:811-817.
74. HOFFER JC, FROIDEVAUX F, SCHUTZ Y, CHRISTIN L, JEQUIER E. ENERGY EXPENDITURE IN OBESE WOMEN BEFORE AND DURING WEIGHT LOSS, AFTER REFEEDING, AND IN THE WEIGHT-RELAPSE PERIOD. *AM J CLIN NUTR.* 1993;57:35.42.
75. VAN GAAL LUC F. DIETARY TREATMENT OF OBESITY. IN: HANDBOOK OF OBESITY. (EDS) BRAY GEORGE A, BOUCHARD CLAUDE, JAMES WPT. MARCEL DEKKER, INC., 270 MADISON AVENUE, NEW YORK, NY 10016, PP 879,1998.
76. WADDEN TA, BARTLETT SJ. VERY LOW CALORIE DIETS: AN OVERVIEW AND APPRAISAL. IN: WADDENTA, VAN ITALLIE TB, (EDS.) TREATMENT OF THE SERIOUSLY OBESE PATIENT. NEW YORK, NY: GUILFORD PRESS; 1992:44-79.
77. BALLOR DL, MCCARTHY JP, WILTERDINK EJ. EXERCISE INTENSITY DOES NOT AFFECT THE COMPOSITION OF DIET AND EXERCISE-INDUCED BODY MASS LOSS. *AM J CLIN NUTR.* 1990;51:142-146.
78. VanLoan M. Mayclin P. Bioelectrical impedance analysis: Is it a reliable indicator of lean body mass and total body water ? *Hum Biol* 1987;59:299-309.
79. Deurenberg P, Vanderkooy Y Leenan R, Westrate J, Seidell JC. Sex and age specific population prediction formulas for estimating body composition from bioelectrical impedance: a cross-validation study. *Int J Obes* 1991; 15:17-25



80. Segal KR, Gutin B, Presta E et al: Estimation of human composition by electrical impedance methods: A comparative study. *J Appl Physiol* 58:1565,1985.
81. Hodgdon JA, Fitzgerald PI: Validity of impedance predictions at various levels of fatness. *Hum Biol* 59:281,1987.
82. Segal KR, Van Loan M, Fitzgerald PI et al: Lean body mass estimation by bioelectrical impedance analysis: A four-site cross-validation. *Am J Clin Nutr* 47:7,1988.
83. Gray DS. Changes in bioelectrical impedance during fasting. *Am J Clin Nutr* 48:1184,1988.
84. Lukaski HC, Johnson PE, Bolonchuk WW, et al: Assessment of fat-free mass using bioelectrical impedance measurements of the human body. *Am J Nutr* 41:810,1985.
85. Ross R, Leger L, Martin P, et al. Sensitivity of bioelectrical impedance to detect changes in human body composition. *J Appl Physiol* 67:1643,1989
86. Rising R, Swinburn B, Larson K, et al. Body composition in Pima Indians: Validation of bioelectrical resistance. *Am J Clin Nutr* 53:594,1991
87. Deurenberg P, Weststrate JA, Hautvast JGAJ. Changes in fat-free mass during weight loss measured by bioelectrical impedance and by densitometry. *Am J Clin Nutr* 49: 33,1989.
88. Cox-Reijven PL, Soeters PB. Validation of bioimpedance spectroscopy: Effects of degree of obesity and ways of calculating volumes from measured resistance values. *Int J Obes*(2000) 24,271-280.
89. Heymsfield Steven B, Allison David B, Wang Zi-Mian, Baumgartner Richard N, Ross Robert. Evaluation of Total and Regional Body Composition. In: *Handbook of Obesity*, (eds) George A Bray, Claude Bouchard, WPT James. Marcel Dekker, Inc., 270 Madison Avenue, New York, NY 10016. pp 65, 1998.
90. Heymsfield SB, Noel RA. Radiographic analysis of body composition by computerized axial tomography, in: Newell Gr, Ellison NM (eds), *Nutrition and Cancer*. New York. Raven Press, 1981, pp. 161-172.
91. Heymsfield SB. Human body composition: Analysis by computerized axial tomography and nuclear magnetic resonance, In: *AIN Symposium Proceedings*. Bethesda, MD, American Institute of Nutrition, 1987, pp. 92-96.
92. Sjostrom L, Kvist H, Cederblad A et al. Determination of total adipose tissue and body fat in women by computed tomography. K40, and tritium. *Am Physiol Soc* 250:E36,1986.
93. Lewis DS, Rollwitz WL, Bertrand HA, et al. Use of NMR for measurement of total body water and estimation of body fat. *J Appl Physiol* 60:836,1986.
94. Gumbay P. The new wave in medicine: Nuclear magnetic resonance. *JAMA* 247:151,1982.
95. Bryner RW, Ullrich IH, Sauers J, Donley D, Hornsby G, Kolar M. Effects of resistance vs. aerobic training combined with 800 calorie liquid diet on lean body mass and resting metabolic rate. *J Am Coll Nutr*, 18(2): 115.21,1999 Apr.
96. Davis Peter, Phinney Stephen. Use of Exercise for Weight Control. In: *Obesity Pathophysiology Psychology and Treatment*. George L. Blackburn, Beatrice S. Kanders (eds), pp. 225.
97. Donnelly J, Jackson D, Pronk N, et al. Effects of very low calorie diet (VLCD) and exercise on body composition and metabolic rate. *Med Sci Sports Exerc* 21:S32,1989.
98. Segal KR, Gutin B, Albu J, et al. Thermic effects of food and exercise in lean and obese men of similar lean body mass. *Am J Physiol* 252:E110,1987.
99. Dr. Jean-Marie Marineau La Diète Protéinée (*J.Med. Esth. et Chir.Derm.*, Vol. XXXI, N°123 Septembre 2004, 149-155).



¡¡¡GRACIAS POR SU ATENCIÓN!!!



NUTRICION • MEDICINA Y CIRUGIA ESTETICA • LASER • PSICOLOGIA • ANALISIS

 **Clínica**
DOCTOR MARISCAL BUENO
Nutrición y Estética Medica

Avda. Ciudad de Barcelona, 206 - 1.º B
28007 MADRID

Tel. Citas: 91 401 13 09

Tel. Personal: 607 40 67 70

www.doctormariscal.com

info@doctormariscal.com



BEBIDAS

Refrescos sin HC: Coca cola light, Coca cola zero, Pepsi light, Pepsi Max, Tab, Nestea sin azúcar, Gaseosa sin sabores, Agua (con ó sin gas).

Refrescos bajos en HC: Fanta light ni zero, ni Schweepes Spitzrit light, ni Trina light, ni T de trina sin azúcar.



FIBRAS EN CASO DE ESTREÑIMIENTO

Plantago: Plantaben, Metamucil.

Goma de guar: Fibraguar.



SPRAYS O AEROSOLES QUE NO CONTENGAN AZÚCAR

Hala-zon

Elixir Licor del Polo



ANTIEMÉTICOS

Primperán



LECHE DE SOJA CON MUY BAJO CONTENIDO EN H DE C

Batido de soja Provamel Santiveri Natural (**caja naranja**),
tiene solo un 0,1% de Hidratos de Carbono.

También puede utilizarse en caso necesario Batido de Soja
Gerblé (aprox 1 % de H de C).



SUERO MARINO

QUINTON HYPERTONIC (1-1-0)



NUTRICION • MEDICINA Y CIRUGIA ESTETICA • LASER • PSICOLOGIA • ANALISIS

 **Clínica**
DOCTOR MARISCAL BUENO
Nutrición y Estética Medica

Avda. Ciudad de Barcelona, 206 - 1.º B
28007 MADRID

Tel. Citas: 91 401 13 09
Tel. Personal: 607 40 67 70
www.doctormariscal.com

info@doctormariscal.com