

Asesoramiento Dietético y Educación Nutricional en Atención Primaria

Autores y centros de pertenencia

*Luisa María Muñoz Salvador. Dietista.
Residencia de mayores "El Encinar de las Cruces".
Avenida Vegas Altas s/n. Paraje de la Lagunilla.
06400 Don Benito. Badajoz*

*Jesús Antonio Ferrera Picado.
Profesor Técnico de Procedimientos Sanitarios y Asistenciales.
IES Sáenz de Buruaga. Avenida de las Américas s/n.
06800 Mérida*

Localidades de realización de la experiencia

Villanueva de la Serena (Badajoz)

Asesoramiento Dietético y Educación Nutricional en Atención Primaria

■ Fecha de inicio y de finalización de la experiencia

Fecha de inicio: 13-03-2006

Fecha de finalización: 15-05-2006

■ N° de participantes

54. Ámbito Sanitario-Educativo

■ Entidades participantes

Centro de Salud de Villanueva de la Serena y Departamento de Sanidad del IES José Manzano. Don Benito.

■ Temática tratada

El Asesoramiento dietético y educación nutricional en Atención Primaria como medio eficaz de prevención y tratamiento de múltiples patologías asociadas a una incorrecta alimentación.

■ Introducción

El binomio alimentación-nutrición es una constante en la vida del individuo. Su estado nutricional no es sólo fruto de la disponibilidad de alimentos de su entorno. Actualmente los individuos pueden alimentarse de forma incorrecta y perjudicial para su salud, a pesar de encontrarse en un entorno de abundancia, y esto es debido a que juegan un importante papel factores socio-culturales, económicos, geográficos, etc, que influyen y deciden qué alimentos se come, en qué cantidad, a qué horas, etc. Todo ello configura unos hábitos alimentarios que los profesionales sanitarios debemos conocer, e intervenir sobre ellos cuando no sean los adecuados para la salud, con el fin de conseguir una alimentación equilibrada.

El propósito fundamental de este trabajo en Atención Primaria es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población nociones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades, así como elementos para brindar información homogénea y consistente para ayudar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación. La orientación alimentaria es prioritaria y debe proporcionarse a toda la población; es conveniente que atienda a los intereses del ciudadano en general, de los grupos vulnerables en especial y que tome en cuenta a la industria y a otros grupos interesados.

■ Justificación

La investigación epidemiológica ha evidenciado una estrecha y coherente asociación entre diversas patologías muy prevalentes y la alimentación-nutrición de los individuos. Cabe destacar entre ellas la enfermedad cardiovascular y los factores de riesgo que inciden en su aparición (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, dislipemia, obesidad), diversos tipos de cáncer, cálculos biliares, caries dental, patologías digestivas, osteoporosis...

En relación con la ECV, la alimentación-nutrición influye tanto en la génesis como en el control de los factores de riesgo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Más de mil

millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesas.

La preocupación por la prevalencia que la obesidad está adquiriendo a nivel mundial se debe a su asociación con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer. A mayor obesidad, mayores cifras de morbilidad y mortalidad por estas enfermedades.

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la alimentación y el ejercicio físico. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y consumo insuficiente de frutas y verduras.

Un elevado número de patologías atendidas en atención primaria (AP) por los médicos de familia (una de cada seis enfermedades) requieren un consejo o tratamiento nutricional. Otros estudios indican una prevalencia de un 10% de enfermos desnutridos tanto neoplásicos como afectados de enfermedades crónicas no malignas, que puede aumentar hasta el 85% en caso de personas institucionalizadas (residencias).

Por tanto, la alimentación poco saludable y no practicar actividad física con regularidad son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes, y ambas son susceptibles de modificarse con una adecuada intervención por parte de los equipos de salud de Atención Primaria.

■ Objetivos

General:

Reducir la morbimortalidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.

Específicos:

- Promover cambios de conducta hacia una alimentación adecuada.
- Que el paciente sano sea capaz de identificar aquellos factores de riesgo que se relacionan con hábitos alimentarios incorrectos.

- Que el paciente sano sepa prevenir su riesgo nutricional.
- Detectar en atención primaria las personas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, relacionados con la dieta.
- Informar sobre los riesgos para la salud derivados del sedentarismo y del exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad).
- Formar en hábitos de vida saludables: alimentación equilibrada y actividad física y ofertar recursos educativos.
- Realizar seguimiento de las personas incluidas en el Consejo.
- Reforzar los cambios conseguidos.

■ Desarrollo y actividades realizadas

La captación de pacientes se ha hecho desde diferentes consultas del Centro de Salud. Se colaboró de forma conjunta con enfermería y médicos de Atención Primaria, los cuales informaban a sus pacientes de la posibilidad de recibir asesoramiento dietético como complemento al tratamiento que ya tenían por sus diferentes patologías.

El trabajo se realizó con 54 pacientes que presentaban diferentes patologías directamente relacionadas con la alimentación, prestándoles asesoramiento nutricional y consejo dietético personalizado y recomendaciones de ejercicio físico. Se hizo valoración antropométrica y se confeccionó su historia dietética, con cuestionarios de frecuencia de consumo, recordatorios de 24 horas y registro de 3 días para estimar la ingesta. A aquellos a los que les resultaba difícil cuantificar las cantidades de alimentos que ingerían se les mostró fotografías con diferentes raciones para que señalaran la que más se aproximaba a lo que consumían habitualmente. Se hizo un seguimiento durante 8 semanas mediante visitas semanales, reforzando la importancia de hacer ejercicio.

La historia dietética es el método de valoración del consumo alimentario de más fácil aplicación en atención primaria; nos permitirá estimar la ingesta habitual a través de varios registros de 24 horas, un cuestionario de frecuencia de consumo de los alimentos de mayor interés y un registro dietético estimado de 3 días de duración. Es importante realizar una serie

de preguntas que nos podrán indicar si puede existir algún tipo de desequilibrio alimentario.

Para desempeñar de forma eficaz el asesoramiento dietético se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- **Establecer** una alianza educativa con el paciente.
- **Aconsejar** a todos los pacientes.
- **Investigar** los hábitos insanos de los pacientes.
- **Seleccionar** la conducta de salud que se ha de modificar.
- **Diseñar** el plan educativo orientado a lo que los pacientes han de hacer y no sólo a lo que han de saber.
- **Ejecutar** el plan educativo teniendo en cuenta los siguientes puntos:
 - Los mensajes informativos y motivadores.
 - El lenguaje adaptado a la edad, sexo y nivel de instrucción de los pacientes.
 - El mensaje repetido frecuentemente.
 - Combinación de comunicación verbal y escrita.
 - Modificación de los factores ambientales que se oponen al cambio de conducta.
- **Registrar** los progresos del paciente.

■ Materiales

- Medidor de grasa corporal con báscula
- Monitor de grasa corporal manual
- Cintas de medición de perímetros y contornos
- Estadiómetro portátil
- Lipocalibre
- *Software* para la confección de dietas
- Catálogos, folletos, trípticos y recetas

■ Actividades realizadas

Recogida de datos: información sobre la dieta, familia, hábitos, aspectos psicológicos, encuesta de actividad, cuestionarios de frecuencia de consumo, recordatorios de 24 horas, etc.

Valoración de parámetros bioquímicos y antropométricos.

Confección de la dieta personalizada teniendo en cuenta:

Patologías

Requerimientos nutricionales

Proporciones entre los distintos principios inmediatos

Preferencias y aversiones

Educación nutricional: Información sobre el valor calórico de los alimentos, raciones y frecuencia de consumo mediante la asignación de uno de los colores de los semáforos: alimentos “verdes” se pueden comer libremente, alimentos “amarillos” comer sólo lo indicado en la dieta y alimentos “rojos” de manera muy ocasional. Recomendaciones dietéticas por escrito para: el adulto sano, el adulto obeso, obesidad infantil, diabetes *mellitus*, ECV, HTA, hiperuricemia, osteoporosis, embarazo y lactancia.

Plan de seguimiento: Revisiones semanales para evaluar los resultados obtenidos y reforzar la motivación del paciente.

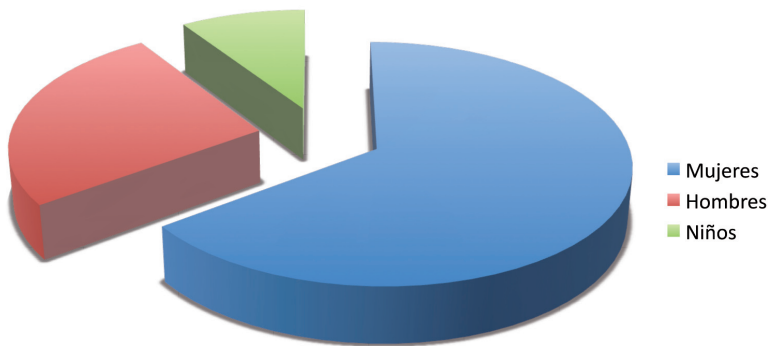
Charlas: “Alimentación saludable durante el embarazo y lactancia”. “Alimentación equilibrada y Dieta Mediterránea”. “Los alimentos tradicionales de Extremadura”.

■ Resultados

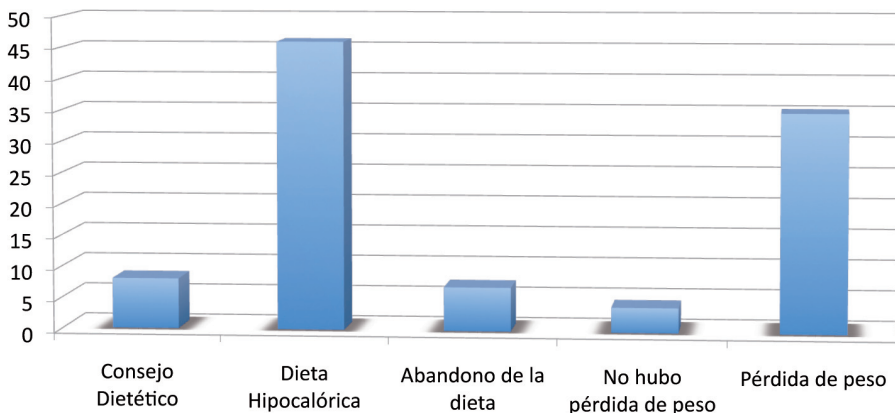
De los 54 pacientes (14 varones, 5 niños y 35 mujeres) a 8 se les dio solamente consejo dietético según sus patologías y a 46 se les recomendó una dieta hipocalórica personalizada. De los niños, a 2 se les dio consejo dietético y a los otros 3 se les recomendó una dieta personalizada ligeramente hipocalórica e instrucciones para incrementar el ejercicio. De los adultos, 7

abandonaron la dieta (5 mujeres y 2 hombres), 4 no perdieron peso (manifestaron frecuentes transgresiones a la dieta y ausencia de actividad física) y 35 perdieron peso (1 – 1,5 Kg. semanales) combinando una dieta hipocalórica y ejercicio físico moderado. Hubo una pérdida de peso más grande en pacientes que nunca habían hecho dieta o que habían seguido alguna vez una dieta hipocalórica, en comparación con los pacientes que previamente habían hecho dieta hiperproteica. Todos manifestaron encontrarse en general mejor y muy satisfechos con el asesoramiento dietético.

Participantes



Total Muestra: 54 personas



■ Conclusiones y consideraciones

Se llega a la conclusión de que la dieta mediterránea no es lo suficientemente conocida por parte del personal sanitario de Atención Primaria, mientras que es necesario mejorar la destreza para la entrevista y el consejo dietético personalizado.

No obstante, hay que tener en cuenta que la falta de tiempo de médicos y enfermería debido al gran número de pacientes que atienden a diario, hace humanamente imposible que puedan dedicarles el tiempo necesario para ofrecerles un adecuado asesoramiento dietético adaptado a sus necesidades de forma individual, por lo que la mayoría de las veces recurren a las denominadas “dietas de cajón”, las cuales, al no respetar los gustos personales y características socioeconómicas y culturales de los pacientes acaban fracasando a corto/medio plazo.

Para mantener los resultados positivos de un tratamiento dietético a largo plazo es fundamental la continuidad en el desarrollo de una serie de consultas de seguimiento para todas las personas que reciben el consejo. Este seguimiento puede efectuarse por teléfono, en los propios centros de salud o en los domicilios de los pacientes que se encuentren inmovilizados, y se suma a los mensajes de refuerzo que se ofrecen a estos usuarios cuando visiten sus centros de salud.