

Consejo Dietético en Atención Primaria



Consejo Dietético en Atención Primaria

CONSEJO dietético en atención primaria /
autores, Mª Luisa Castilla Romero ... [et al.]

. -- 1ª ed., 3ª reimp. -- [Sevilla] :

Consejería de Salud, 2010

98 p. ; 24 cm

ISBN 84-689-7884-1

1. Promoción de la salud 2. Educación

alimentaria y nutricional 3. Ejercicio

4. Atención primaria de salud I. Castilla

Romero, María Luisa II. Andalucía. Consejería

de Salud

WA 590

Autores:

- Mª Luisa CASTILLA ROMERO, Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), enfermera del CS Puerto de Sta Maria (Cádiz)
- Carmen Pilar JIMÉNEZ LORENTE, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Coordinadora del grupo de trabajo de Nutrición y Actividad Física. Medico de Familia del CS Churriana de la Vega (Granada)
- Carmen LAMA HERRERA, Medico de Familia, Servicio Andaluz de Salud.
- Jesús MUÑOZ BELLERIN, Psicólogo, coordinador del Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada. Consejería de Salud.
- Joaquín OBANDO Y DE LA CORTE, Medico de Familia, Zona Basica de Salud Andévalo Occidental (Huelva).
- Juana Mª RABAT RESTREPO, Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD), Medico Endocrinóloga, jefa de la Unidad de Nutrición Clínica del Hosp. Univ. Virgen Macarena (Sevilla).
- Isabel REBOLLO PÉREZ (coord.), Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCyD), Medico Endocrinóloga, jefa de la Unidad de Nutrición Clínica del Hosp. Juan Ramón Jiménez (Huelva).
- Miguel SAGRISTA GONZALEZ, Medico de Familia, Director del Centro de Salud La Campana (Sevilla).

Revisores externos:

- Javier BLANCO AGUILAR, Sociólogo, Asesor Técnico, Dir. Gral de Salud Publica y Participación. Consejería de Salud.
- Eduardo BRIONES PÉREZ DE LA BLANCA, Medico, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Ascensión DELGADO ROMERO, Enfermera de Enlace, Distrito Sanitario Bahía de Cádiz.
- José Manuel MARTÍNEZ NIETO, Enfermero, Universidad de Cádiz.
- Manuel RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Médico de Familia, CS San Juan de Aznalfarache (Sevilla).
- Juan José SÁNCHEZ LUQUE, Coordinador del Grupo de Ejercicio Físico de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), Médico de Familia del C.S. San Andrés-Torcal, Málaga.
- Cristina TORRÓ GARCÍA-MORATO, Médica, Jefa del Sv de Promoción de la Salud, Dir. Gral de Salud Publica y Participación. Consejería de Salud.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España

1ª edición, 2005

1ª reimpresión, 2006

2ª reimpresión, 2009

3ª reimpresión, 2010

7.000 ejemplares

Edita: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

ISBN: 84-689-7884-1

Depósito legal: SE-5063/2010

Diseño y maquetación: Forma Animada S.L.L.

Impresión: Tecnographic, S.L.

Presentación

Tal como se establece en el 3^{er} Plan Andaluz de Salud y el II Plan de Calidad, el Sistema Sanitario Público de Andalucía tiene entre sus líneas prioritarias la mejora de la salud desde los entornos sociales, mediante el fomento de estilos de vida saludables.

Precisamente, las recomendaciones sobre estilos de vida que efectúan los profesionales sanitarios a los usuarios que atienden representan un importante recurso de prevención y tratamiento para los ciudadanos y ciudadanas, ya que se encuentran, especialmente los profesionales de atención primaria, en una posición de privilegio para acometer una relación de asesoramiento que resulte efectiva. Así se ha puesto de manifiesto reiteradamente a través de diversos estudios sociales, que muestran, además, que esta comunicación entre el profesional sanitario y el ciudadano es una de las principales fuentes de información y formación cuando se abordan temas de nutrición y actividad física.

Es una satisfacción, por tanto, presentar este trabajo que ha sido concebido con el fin de facilitar a los profesionales sanitarios de atención primaria los conocimientos y recursos suficientes y adecuados para que puedan obtener los máximos beneficios a través de esta metodología de asesoramiento sobre estilos de vida saludables a sus pacientes.

CONSEJO DIETÉTICO

El presente documento sobre Consejo Dietético en Atención Primaria, en cuya elaboración han participado un amplio grupo de trabajo formado por miembros de las diferentes Asociaciones y Sociedades competentes en la materia así como de técnicos de la Consejería de Salud y el SAS, ha conseguido recoger, tras la rigurosa revisión de la evidencia científica, aquellos aspectos que han demostrado una mayor eficacia en su impartición, y los criterios de la implementación en los centros de atención primaria andaluces.

Quiero, por ello, transmitir mi felicitación al equipo que ha elaborado esta guía de Consejo Dietético que, sin duda alguna, conseguirá convertirse en una eficaz y útil herramienta al servicio de los profesionales de atención primaria y, en definitiva, de los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía y de su mayor capacidad para adoptar estilos y hábitos de vida y consumo saludables que repercutan en la mejora de su salud.

M^a Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud

ÍNDICE

1. Introducción	7
2. Metodología	15
3. Evidencias y recomendaciones	19
4. Objetivos del Consejo Dietético.....	25
5. Organización del Consejo Dietético.....	29
6. Sistema de registro y evaluación.....	41
7. Bibliografía.....	45
Anexos.....	53

1

1. Introducción

1. INTRODUCCION

Actualmente se reconoce el papel de los estilos de vida y en particular de la alimentación y del ejercicio físico* en la salud de la población¹ y en la génesis de enfermedades, como la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad coronaria, o diversos procesos oncológicos, principalmente los de próstata, colon y mama^{2,3,4}.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte prematura asociada a hábitos de vida modificables y la que más incapacidad produce en el mundo occidental. Las neoplasias malignas constituyen en su conjunto la segunda causa de muerte en España, después de las enfermedades del aparato circulatorio⁵. El Informe sobre la Salud en el Mundo realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 considera que el 60% de la mortalidad y el 47% de la morbilidad mundial se deben a enfermedades no transmisibles que se prevé aumentarán hasta el año 2020⁶. La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, la falta de actividad física y el consumo de tabaco son los factores de riesgo más importantes de estas enfermedades no transmisibles⁴. La obesidad está presentando un crecimiento alarmante que hace que se considere como una de las epidemias del siglo XXI, y afecta a edades cada vez más tempranas, de forma que la OMS en su documento "Objetivos Salud XXI" considera la obesidad y el sedentarismo como problemas prioritarios en los países desarrollados⁷.

* En este documento diferenciamos tres niveles:

- Actividad Física: Es todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético, cuando es realizada con la duración, frecuencia e intensidad adecuadas. Podemos incluir por tanto, todas las actividades de la vida diaria y las actividades laborales. El incremento de actividad física constituye el nivel mínimo recomendado en las personas sedentarias, sin por esto excluir el ejercicio o el deporte.
- Ejercicio Físico: Se caracteriza por la repetición deliberada de la contracción muscular para mejorar el rendimiento. La intencionalidad de incrementar la capacidad funcional es la que diferencia el ejercicio de la actividad física. El ejercicio físico es una actividad realizada por el organismo de forma libre y voluntaria que es planificada, estructurada y repetitiva que conlleva un consumo de energía produciendo un mejor funcionamiento del organismo. El ejercicio físico es pues un entrenamiento al que se somete al organismo para que funcione cada vez mejor, tanto si está sano como si tiene algún problema de salud.
- Deporte: Es la realización de ejercicio físico de una forma ordenada y bajo unas reglas. En el deporte se conjugan dos tipos de actividad física: el entrenamiento y la competición.

CONSEJO DIETÉTICO

Se han planteado diferentes propuestas de intervención encaminadas a combatir la epidemia de obesidad y a promocionar la salud, como la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OMS⁸), el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada (Junta de Andalucía⁹) y mas recientemente la Estrategia NAOS (Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰). La escalada ascendente de este tipo de enfermedades en nuestra sociedad, ha llevado a la realización de diferentes estudios epidemiológicos en un intento de conocer los factores desencadenantes implicados y diseñar las estrategias más adecuadas para intervenir sobre ellos con objeto de controlarlas. Hasta la fecha las actuaciones ante estos problemas, han sido asistenciales y es ahora cuando Europa, en su Programa de Salud Publica 2003-2008 hace hincapié en la necesidad de una respuesta integral que aborde sus determinantes directos que son un desequilibrio nutricional y una actividad física inadecuada, mediante medidas de promoción de la salud y prevención de la morbilidad¹¹.

Según los datos del 2003 de la Encuesta Nacional de Salud¹², el 29,08% de la población andaluza entre 2 y 17 años presenta sobrepeso u obesidad, cifra similar a los resultados de estudio enKid, que daba una prevalencia del 29,4% en la población de 2 a 24 años, ocupando el segundo lugar en la prevalencia de sobrepeso y obesidad infanto-juvenil en España¹³.

En Andalucía, el estudio DRECA nos proporciona datos sobre la prevalencia de otros factores asociados a la obesidad: el 4,8% de la población adulta es diabética, el 19,8% hipertensa, el 15% padece hipercolesterolemia y el 6,2% hipertrigliceridemia¹⁴.

De acuerdo con los datos de la Encuesta Andaluza de Salud del año 2003¹⁵ el 87% de los encuestados mayores de 16 años realiza poco o ningún ejercicio físico en su actividad habitual y el 52% no realiza ninguno en su tiempo libre, mostrando además que conforme aumenta la edad se incrementa el sedentarismo. Al 23% de los encuestados su médico le ha recomendado que haga algún tipo de ejercicio físico, siendo este porcen-

1. Introducción

taje en el año 1999 del 20%. La recomendación se dirige más hacia mujeres que hacia hombres, y conforme avanza la edad, también aumenta la proporción de personas que reciben el consejo de incrementar la actividad física, así como el número de veces que se consulta al médico.

Estudios recientes ponen de manifiesto la bondad de la dieta mediterránea en la disminución de la mortalidad por todas las causas^{16,17}. Tradicionalmente el patrón de alimentación de nuestra Comunidad Autónoma ha sido la Dieta Mediterránea, caracterizada por un consumo elevado de verduras, frutas, pescado y aceite de oliva. En el periodo 1960-1968, la alimentación de los españoles se ajustaba bien a una dieta mediterránea típica. Desde los años 70, nos hemos alejado sustancialmente de dicho patrón, evolucionando hacia un modelo menos cardiosaludable, con altos contenidos en grasas saturadas y colesterol¹⁸, siendo Andalucía uno de los lugares donde más han aumentado el consumo de estos nutrientes no recomendados¹⁹.

Según datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación del año 2004 en Andalucía el consumo de carne, pescado, aceite de oliva, verduras y frutas estaba por debajo de la media nacional¹⁹. Esto unido a un aumento del comportamiento sedentario y otros estilos de vida no saludables como consumo de tabaco y alcohol, hace que sea necesario poner en marcha actuaciones que modifiquen estos hábitos que van a provocar un aumento de la morbi-mortalidad de la población¹⁸.

Andalucía en el marco del 3^{er} Plan Andaluz de Salud y del II Plan de Calidad del sistema sanitario público tiene entre sus líneas prioritarias mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de estilos de vida saludables²⁰. El Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008 pretende mejorar la salud de la población adaptando el ejercicio físico y la alimentación a las condiciones personales de cada individuo. Con ello se intenta dar una respuesta a una demanda social sentida por la ciudadanía en su conjunto, con el objetivo no sólo de prevenir la enfermedad, sino también de promocionar la salud.

CONSEJO DIETÉTICO

Es necesario realizar cambios para mejorar los estilos de vida a nivel de toda la población y no sólo sobre los grupos de alto riesgo. Si esto se logra aunque sea en pequeña medida la población obtendrá máximos beneficios acumulativos y sostenibles⁸.

La efectividad del consejo dietético ha sido evaluada por diferentes autores. Como veremos en el siguiente apartado, está demostrada la eficacia del consejo breve en personas con enfermedades crónicas, tales como diabetes, hipertensión u obesidad.

Como los estilos de vida se asocian entre sí, la eficiencia aumenta si se interviene de forma conjunta sobre varios de ellos^{21,22}. Los estilos de vida se pueden entender como la manera habitual de vivir de las personas y de los grupos sociales, y están considerados como uno de los determinantes que más influyen en el estado de salud de una población. Los estilos de vida se refieren no sólo a las prácticas relacionadas con la salud - por ejemplo, rutinas de alimentación, de ejercicio físico o sedentarismo, de consumo o no de tabaco, etc. -, sino a formas de pensar y comportarse de las personas en su relación consigo mismas, en sus relaciones interpersonales y con el entorno, en el control de su proyecto de vida, de sus habilidades, expectativas, etc. Dado que los estilos de vida afectan a ámbitos sociales y personales, no es difícil de entender que las iniciativas de intervención constituyen uno de los aspectos más problemáticos y complejos, puesto que entran en juego tanto espacios condicionados socialmente como los que tienen que ver con la libertad individual. Por otro lado, además, la población no es homogénea (diferentes clases sociales, género, edad, hábitat, expectativas, recursos). Ante un discurso único de consejo sobre estilos de vida saludables, cada grupo poblacional va a hacer una apropiación diferencial de ese discurso, haciendo un uso estratégico del mismo acomodándolo a sus condiciones de posibilidad, según demuestra un estudio reciente realizado en nuestra comunidad autónoma²³.

1. Introducción

En la intervención sobre los estilos de vida -esto es, en la puesta en práctica de un consejo dietético-, las dificultades se incrementan cuando se centra exclusivamente en los aspectos relacionados con el cambio individual, sin intervenir lo suficiente en el contexto social que determinan esas prácticas. El apoyo excesivo en la búsqueda del cambio de conducta de las personas, relega a un segundo plano la consideración de sus condiciones reales para lograrlo. Ante el consejo dietético, por tanto, hay que tener presente los múltiples factores que actúan como determinantes y es imprescindible reparar en las características de los grupos de pacientes e identificar cómo operan en cada uno de ellos esos determinantes sociales e individuales (nivel escolar, accesibilidad a determinados alimentos, preferencias y gustos familiares, disponibilidad de tiempo para cocinar, edad, etc.). El Consejo Dietético tendrá que ajustar sus contenidos y objetivos, teniendo en cuenta las diferencias de oportunidades en salud de los grupos poblacionales y tendrá que adaptar con la mayor precisión sus estrategias de intervención. Si lo logra, podrá configurarse como una herramienta de alta eficacia a la hora de mejorar los estilos de vida de esas poblaciones.

Los profesionales sanitarios en general y en particular los que desempeñan su labor en Atención Primaria, se encuentran en una posición privilegiada para llevar a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades vinculadas a los estilos de vida.

Este documento pretende crear un consenso sobre la evidencia científica disponible acerca del Consejo Dietético y aspira a ser una herramienta útil a los profesionales sanitarios de Atención Primaria, que les permita aplicar esta evidencia científica a la práctica clínica diaria.

2

2. Metodología

Para la elaboración del Consejo Dietético se constituyó un grupo de trabajo formado por representantes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD), y por técnicos del Servicio Andaluz de Salud y de la Consejería de Salud

Los trabajos se iniciaron con la petición a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, de un informe sobre el estado de situación del consejo nutricional y de actividad física, aportándose como resultado de la consulta los documentos elaborados por la U.S Preventive Services Task Force (USPSTF) y la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC).

Como complemento de las anteriores, otras fuentes consultadas fueron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y de sociedades científicas españolas, principalmente las de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), de Endocrinología y Nutrición (SEEN), y de Cardiología (SEC).

Se ha hecho una revisión de la literatura científica mas relevante, a través de diferentes portales y revistas en Internet, así como de artículos que, relacionados con otros problemas de salud (tabaquismo, alcohol²⁴), aportaban información importante sobre el consejo desde el punto de vista técnico, y su organización en centros de atención primaria.

Con estos materiales, el grupo de trabajo ha elaborado una propuesta de Consejo Dietético, basada en las actuales evidencias y recomendaciones, y en la actual organización de los servicios de atención primaria en Andalucía.

Por último, los contenidos de la propuesta de Consejo Dietético fueron sometidos a su revisión por expertos externos al grupo de trabajo, e incorporadas sus aportaciones al documento.

CONSEJO DIETÉTICO

Aunque existen diferentes clasificaciones de los niveles de evidencia y grados de recomendación, la mayoría de los estudios revisados siguen la utilizada por la US Agency for Health Care Policy Research (actual Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ-), por lo que en el texto sobre las evidencias disponibles sólo se especificaran éstos cuando la clasificación sea sustancialmente diferente.

Clasificación del nivel de evidencia científica disponible AHRQ ^{25,26}

Ia: La evidencia procede de metaanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados

Ib: La evidencia procede de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado

Ila: La evidencia procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar

IIb: La evidencia procede de al menos un estudio casi experimental, bien diseñado

III: La evidencia procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles

IV: La evidencia procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio

Grados de recomendación, en función del nivel de evidencia disponible:

A: Recoge los niveles de evidencia científica Ia y Ib.

B: Recoge los niveles de evidencia científica Ila, IIb y III

C: Recoge el nivel de evidencia IV.

X: Existe evidencia de riesgo para esta intervención

3. Evidencia y recomendaciones

Existe un volumen creciente de evidencia que indica que la promoción de la salud en la adquisición de hábitos de vida saludables conduce a ganancias de salud a un coste mucho más bajo que el tratamiento médico de cualquiera de los grupos de alto riesgo y de las enfermedades asociadas.

Aunque existen aún pocos estudios en población general que permitan establecer la eficacia del consejo y las recomendaciones sobre estilos de vida saludables, (ya que ello requiere estudios de intervención, difíciles en su diseño, realización, seguimiento y evaluación), la mayoría de las instituciones consultadas recomiendan la realización del consejo dietético, por lo que podríamos considerar que existe, al menos, un grado de recomendación C.

Sobre los resultados de la evidencia obtenida tras la revisión de la literatura científica realizada (Anexo 1), podemos extraer las siguientes conclusiones comunes:

1. Los organismos e instituciones nacionales e internacionales que expresan su preocupación sobre los hábitos de vida no saludables son numerosos e importantes e inciden en la necesidad de establecer estrategias generales y específicas para abordarlos, con el fin de mejorar la salud de las personas .
2. Existe buena evidencia científica sobre la eficacia de la intervención sobre el tipo de dieta y la realización de ejercicio físico en personas con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y en prevención secundaria en personas en las que ya está presente la enfermedad.
3. En población general, son pocos los estudios disponibles que permiten establecer la eficacia del consejo y las recomendaciones sobre hábitos de vida saludables, relacionados con la dieta. A pesar de ello, la mayoría de las instituciones y organizaciones consultadas recomiendan la realización del consejo dietético, como medida de prevención de enfermedades prevalentes y causantes de una alta

CONSEJO DIETÉTICO

morbilidad y mortalidad, sobre todo en los países desarrollados, por lo que existe, al menos, una evidencia basada en documentos y/o experiencias de autoridades de prestigio. En cuanto a la realización de ejercicio físico, en general la evidencia existente es algo mayor. Por otro lado, también comienzan a publicarse algunos estudios de intervención, con resultados esperanzadores.

4. Como principio general, es importante resaltar que el consejo dietético nunca debe ir separado de la recomendación de la realización de ejercicio físico, adecuado a las características de la población a quien va dirigido y aportando también un consejo mínimo sobre el tema.
5. Las intervenciones más efectivas son las que combinan la educación sobre nutrición y ejercicio físico, y el consejo orientado a la conducta, con el fin de ayudar a los pacientes a adquirir habilidad, motivación y apoyo necesario para modificar los patrones no saludables.
6. Las intervenciones que han demostrado tener una mayor eficacia son aquellas que han sido impartidas por los profesionales sanitarios de Atención Primaria (médicos de familia y personal de enfermería), especialmente entrenados, por la mayor accesibilidad de la población a este nivel de atención.
7. Las intervenciones intensivas individuales o en grupo (múltiples sesiones de 30 o más minutos) presentan mejores resultados a corto y largo plazo que las intervenciones de corta y moderada duración.
8. Estas intervenciones deben establecerse como estrategias de prevención, integradas en programas amplios de Salud Pública.
9. De forma resumida, las intervenciones deben ir dirigidas a conseguir como mínimo:
 - Lograr un equilibrio energético y un peso normal, limitando el

3. Evidencia y recomendaciones

consumo energético que procede de las grasas, aumentando el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos, limitando el consumo de azúcares libres y el consumo de sal (sodio) de toda procedencia.

- Realizar al menos 30 minutos de actividad física regular de intensidad moderada con una frecuencia diaria en población general, y en personas mayores realizar ejercicios que lleven a un fortalecimiento de la musculatura y adiestramiento para mantener el equilibrio.

4. Objetivos del consejo dietético

GENERAL

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

OPERATIVOS

- 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.
- Evaluar las intervenciones.

5. Organización del consejo dietético

Basándonos en la evidencia científica disponible y comentada en el apartado anterior, el consejo dietético se organizaría de la siguiente forma:

1. Población diana

- Personas adultas con sobrepeso u obesidad, sedentarias y/o con factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, entre otras)
- Población general adulta. Debe considerarse la inclusión de toda persona que lo solicite y no sólo por iniciativa de los profesionales sanitarios.

2. Fases de la motivación y estrategias de intervención

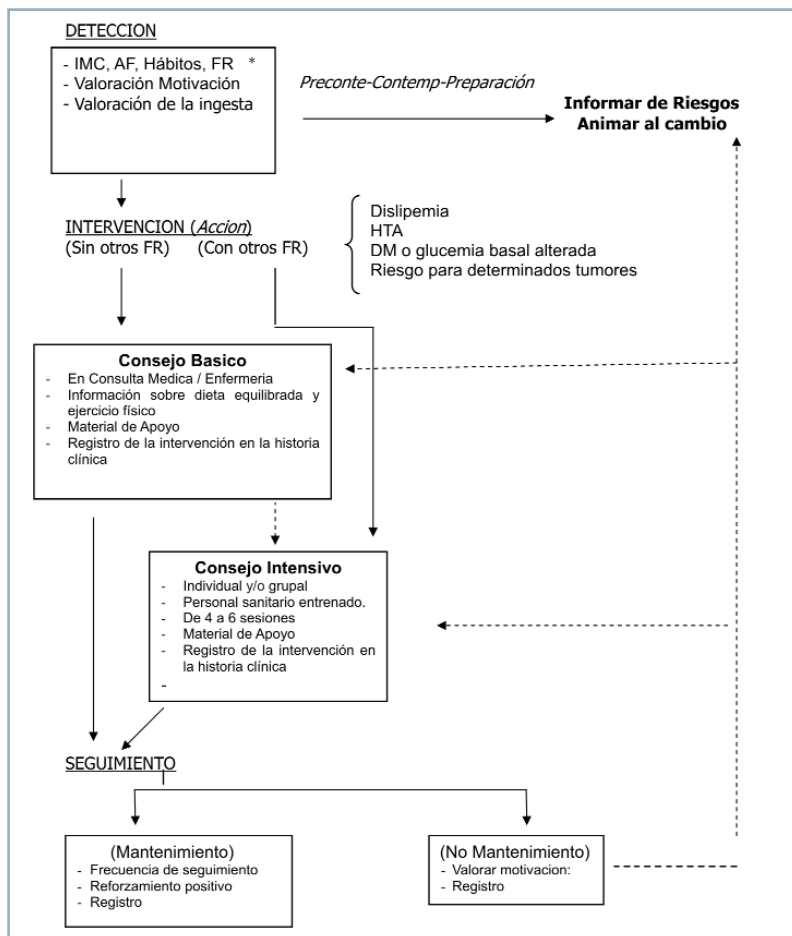
Un aspecto muy importante que debe conocerse antes de la intervención, es la valoración del grado de motivación de la persona para cambiar los factores de riesgo (sobrepeso, sedentarismo y otros), ya que un desacuerdo entre las intervenciones terapéuticas y la fase motivacional del paciente generará resistencia al cambio. Para ello, se recomienda la utilización del modelo transteórico de las etapas de cambio (Prochaska y Diclemente^{28,29} vease Anexo 3), utilizado en el consejo antitabaco, que además de útil, tiene la ventaja añadida de que gran parte de los profesionales sanitarios están familiarizados con él.

Un resumen sobre el tipo de intervención recomendada según la fase de motivación en que se encuentra la persona, e independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo relacionados con un tipo de vida sedentaria, sobrepeso/obesidad o desequilibrio nutricional, sería como sigue:

Precontemplación	Contemplación / Preparación	Acción	Mantenimiento
Informar sobre riesgos	Informar Animar al cambio	Educar	Reforzar comportamiento

CONSEJO DIETÉTICO

Algoritmo del consejo dietético en atención primaria



* HTA: Hipertensión arterial
DM: Diabetes Mellitus
AF: Actividad física
FR: Factor/es de riesgo
IMC: Índice de Masa Corporal

5. Organización del consejo dietético

3. Fases

DETECCIÓN

La detección será realizada por los profesionales sanitarios de Atención Primaria, mediante las siguientes actuaciones:

- En la población diana y de forma oportunista, se realizará medición de peso y talla para calcular el Índice de Masa Corpórea (IMC), se valorarán los hábitos de vida, la ingesta habitual, y la actividad física, mediante entrevista semiestructurada, utilizando un cuestionario validado (cuestionario de adherencia a dieta mediterránea y de actividad física, incluidos en anexos 4 y 5) y la presencia de otros factores de riesgo.
- Informar sobre los riesgos de continuar con hábitos de vida no saludables y explicar la importancia de la modificación de los mismos, para mejorar el estado de salud y para prevenir enfermedades.
- Valoración del grado de motivación de las personas para el cambio de sus hábitos de vida, según el modelo de Prochaska y Diclemente.
- Dependiendo de la motivación y la presencia o no de otros factores de riesgo, se ofrecerá Consejo Básico o Intensivo.
- Ofrecer material educativo de apoyo.

Algunos ejemplos de actividad física, según grado de esfuerzo

Actividad física muy ligera <ul style="list-style-type: none">- Sentarse y permanecer de pie- Conducir automóvil o camión- Trabajo de laboratorio- Escribir a máquina- Tocar instrumentos musicales- Coser, planchar	Actividad física moderada <ul style="list-style-type: none">- Caminar 5,5-6,5 km/hora- Trabajos de argamasa y yeso- Deshierbar- Cargar y apilar fardos- Fregar pisos- Comprar y cargar muchas cosas- Pasear en bicicleta- Esquiar, tenis, baile
Actividad física ligera <ul style="list-style-type: none">- Caminar en terreno llano 4-5 km/hora- Trabajos de sastrería- Reparaciones caseras- Carpintería, tareas eléctricas.- Trabajo de cocina- Lavar ropa a mano- Ir de compras y traer poca mercancía- Golf, navegación a vela- Tenis de mesa, voleibol	Actividad física pesada <ul style="list-style-type: none">- Trepar con carga- Talar árboles- Trabajar con pala y pico- Baloncesto, natación, alpinismo, fútbol

CONSEJO DIETÉTICO

Valoración del Índice de Masa Corporal

IMC	
< 18,5 Kg/m ²	Bajopeso
18,5 - 24,9 Kg/m ²	Normopeso
25,0 - 26,9 Kg/m ²	Sobrepeso Grado I
27,0 - 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso Grado II
30,0 - 34,9 Kg/m ²	Obesidad Grado I
35,0 - 39,9 Kg/m ²	Obesidad Grado II
40,0 - 49,9 Kg/m ²	Obesidad Grado III
≥ 50,0 Kg/m ²	Obesidad Extrema

ACCIÓN

CONSEJO BÁSICO:

Ofrecer consejo breve (de 5 minutos aproximadamente de duración) sobre actividad física y alimentación equilibrada.

Con respecto a la alimentación:

- Equilibrar la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable o permitir la pérdida en caso de sobrepeso/obesidad.
- Limitar el consumo energético que procede de las grasas mediante:
 - Limitación del consumo de alimentos fritos y salsas,
 - Limitación del consumo de las grasas contenidas en alimentos de origen animal: lácteos enteros, fiambre y charcutería, carnes grasas como cerdo, cordero, mantecas y mantequillas.
 - Utilizar para cocinar preferentemente aceite de oliva y con moderación.
 - Limitar o evitar el consumo de alimentos precocinados y salsas comerciales (pueden contener cantidades importantes de ácidos grasos trans).
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos (estos últimos no recomendables en caso de sobrepeso/obesidad).

5. Organización del consejo dietético

- Fomentar el consumo de pescado al menos 3 -5 veces por semana.
- Limitar el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes como: refrescos, zumos comerciales, chocolates, helados o productos de repostería.
- Limitar el consumo de sal y consumir preferentemente sal yodada.
- Hacer 3 comidas principales y 2 pequeñas colaciones al día. Evitar el "picoteo".
- Recordar que los "productos dietéticos", "de régimen" o "lights" no siempre tienen bajo aporte calórico.

Con respecto a la actividad física:

En particular para aquellas personas cuya actividad ocupacional no suponga un esfuerzo físico, se recomienda:

- Aprovechar las oportunidades que se presentan a lo largo del día para incrementar la actividad física (subir y bajar escaleras en vez de tomar el ascensor, caminar cuando sea posible para realizar los desplazamientos, etc).
- Reducir al máximo el sedentarismo durante el tiempo libre (por ejemplo, disminuyendo el tiempo de ver televisión, o de permanecer sentado) y fomentar el ocio activo (salir a pasear con la familia o amigos, realizar las tareas de mantenimiento del hogar, colaborar en las tareas domésticas).
- Para aquellas personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico, recomendar al menos 30 minutos de ejercicio físico regular, de intensidad moderada (preferentemente caminar) con una frecuencia de al menos 5 veces por semana. Posteriormente recomendar el incremento de ejercicio físico de carácter aeróbico (marchas, carreras, natación, ciclismo, etc).

CONSEJO DIETÉTICO

CONSEJO INTENSIVO:

Pretende ofrecer consejo de mayor intensidad como segunda línea de actuación tras el consejo básico, y en aquellos pacientes con factores de riesgo. Se llevará a cabo preferentemente por enfermeras siguiendo el modelo de proceso enfermero adaptado a Consejo Dietético (Anexo 6), con la colaboración de otros profesionales sanitarios en caso necesario.

Se plantea el consejo dietético intensivo en Atención Primaria como un servicio encaminado a la consecución de los siguientes objetivos

- Objetivo General:
 - Reducir la morbilidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo.
- Objetivo Intermedios:
 - Instaurar hábitos alimentarios saludables.
 - Instaurar un ejercicio físico adecuado y disminuir los hábitos sedentarios.
- Objetivos Específicos (Cognitivos, Afectivos y Psicomotores):
 - Conocer la importancia de la alimentación y sus efectos sobre la salud.
 - Conocer las bases de una alimentación saludable.
 - Conocer la importancia de la actividad física y las consecuencias para la salud de la falta de ejercicio físico y de los hábitos sedentarios.
 - Conocer el ejercicio y el nivel de actividad física adecuados a las características de cada persona.
 - Estar dispuesto/a (querer/desear) a mantener una alimentación saludable.
 - Estar dispuesto/a (querer/desear) a mantener un nivel adecuado de actividad física y a disminuir las conductas sedentarias.

5. Organización del consejo dietético

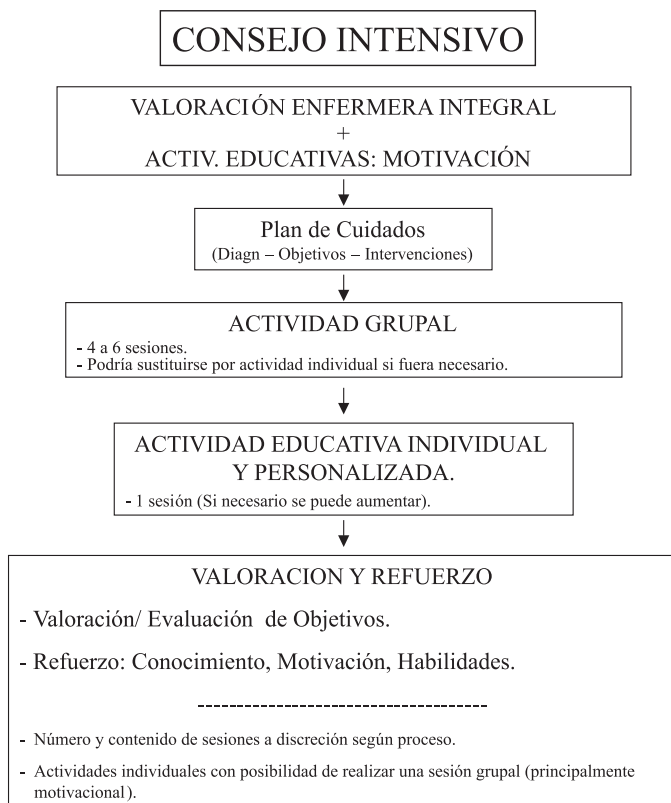
- Tener la capacidad de elaborar y/o elegir "dietas" adecuadas a las características de cada persona.
- Tener la capacidad de adecuar la alimentación cotidiana al entorno familiar y social.
- Tener la capacidad de establecer un plan de actividad física adaptado a sus características personales y ambientales (tiempo, recursos, limitaciones...).

Esta actuación puede ser individual y/o grupal, y debe constar como mínimo de:

- Entrevista motivacional dirigida a identificar barreras y detectar problemas y fuentes de dificultad.
- Establecer objetivos de cambio, consensuados, abordaje de manera priorizada y seguimiento de los mismos
- Ofrecer consejos, intervenir con asesoramiento nutricional, fomento del ejercicio, modificación de conducta y ayuda para disminuir peso.
- Al final de las sesiones , individuales o grupales se hará una evaluación de los progresos obtenidos y de resultados esperados
- La duración mínima de las sesiones será de 30 minutos las individuales y de 60 minutos las grupales.
- El número de sesiones será, de forma orientativa, de 4-6 sesiones ajustándose según las características de las personas y del proceso.
- Seguimiento hasta los 6-12 meses.

CONSEJO DIETÉTICO

Para la realización del Consejo Intensivo, véase en los Anexos 6 la Valoración enfocada a problemas relacionados con la nutrición y el ejercicio físico, Diagnósticos de Enfermería, principales Resultados Esperados (NOC) y las principales Intervenciones (NIC).



SEGUIMIENTO:

Se programaran consultas de seguimiento a todas las personas incluidas en el Consejo.

5. Organización del consejo dietético

Éste se podrá realizar telefónicamente, en el centro de salud y/o en domicilio (personas inmovilizadas y /o confinadas).

- Se programará una sesión de seguimiento al menos cada 3 meses.
- En cualquier caso se aprovechara cualquier visita al centro, para refuerzo positivo.
- Se valorarán cambios de estilo de vida (actividad física y alimentación), IMC, pérdida de peso y determinados parámetros (circunferencia de cintura, tensión arterial, glucemia, perfil lipídico).
- Aquellas personas que han recibido Consejo Básico y no han presentado resultados favorables, pero con alta motivación, serán derivadas a Consejo Intensivo.
- El periodo de seguimiento tendrá una duración de 12 meses, salvo que cuestiones específicas aconsejen otra duración.

6. Sistema de registro y evaluación

Se establecerán procedimientos de registro, con soporte en la Historia del Paciente, considerando la posibilidad de explotar dicha información para la evaluación del programa.

Registro del Consejo en la Historia Clínica

Deberá anotarse que se da consejo en la Historia Clínica del ciudadano/a.

La realización del consejo se registrara en la Historia Digital (aplicación Diraya), se anotará en la Hoja de Seguimiento de Consultas, en Plan de Actuación (por ejemplo "Doy consejo dietético, etc"). También podría anotarse en Lista de Problemas, por ser más fácil de visualizar al abrir la Historia y también más fácil de buscar a la hora de construir un indicador.

Se utilizará la aplicación para anotar Talla, Peso, IMC (en hoja de Constantes), así como cualquier otra anotación clínica.

Transitoriamente, en los Centros de Salud que todavía tienen la aplicación TASS, se podrá anotar la intervención como se indicó en el epígrafe anterior (en la Hoja de Seguimiento de Consultas, apartado Plan de Actuación y en la Lista de Problemas).

Sistema de Información para Seguimiento y Evaluación de la Intervención Educativa

Se plantea la creación de un sistema de información que permitiera el seguimiento del consejo, así como un sistema de indicadores que permita conocer la eficacia del mismo. Se proponen los siguientes indicadores de cobertura de la actividad:

CONSEJO DIETÉTICO

- Porcentaje de personas que han recibido consejo dietético/ población de la ZB Salud.
- Porcentaje de personas con sobrepeso y/o obesidad que han recibido consejo nutricional y/o de ejercicio.

Soporte de recogida de datos: aplicación Diraya, a través del Módulo de Explotación de Datos. En tanto no se disponga del Módulo de Explotación de Datos, deberá recogerse manualmente la Información.

Sistema de Información de Resultados de la intervención.

En una fase posterior podría analizarse los resultados del Consejo en términos de impacto de la intervención sobre la salud. En un futuro y sobre todo si se generaliza la Historia Clínica Digital y fuera factible la explotación de datos, podrían llevarse a cabo explotaciones muy interesantes (Análisis de IMC pre y post intervención en series temporales, vinculada a intervenciones en grupos de riesgo, etc,).

7. Bibliografía

1. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, 1974.
2. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud (ESPS). Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPs, 1ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2000: 63-84.
3. Varo Cenarruzabeitia JJ, Martínez Hernández JA, Martínez González A. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Med Clin 2003; 121: 665-672.
4. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2002. WHO technical report series 916.
5. Ciurana R, Brotons C, Forés MD. Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto. En: Martín A, Cano JF. (Eds.) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999. p. 469-504.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS, 2002. WHO/WHR/02.1.
7. World Health Organization (WHO). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1999. European health for all series; nº 6.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra: OMS. 22 de mayo de 2004. WHA57.17

CONSEJO DIETÉTICO

9. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada 2004-2008. Sevilla: Consejería de Salud, 2004.
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
11. Decisión 1786/2002/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de septiembre de 2002, por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008). Diario Oficial L 271 de 9.10.2002.
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud 2003 [Internet]. Madrid: INE, 2005 [consultado 30/11/2005]. URL: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=/t15/p419&O=inebase&N=&L>
13. Serra-Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin 2003; 121: 725-732.
14. Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía. Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, 1999.
15. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Encuesta Andaluza de Salud, 2003. Sevilla: Consejería de Salud (en prensa).
16. Knoop KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, *et al.* Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: The HALE project. JAMA 2004; 292: 1433-9
17. Trichopoulou A, Orfano P, Norat T, Bueno-de-Mesquita B, Ocké M, Peeters P H, *et al.* Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. BMJ 2005; 330: 1329-1330.

7. Bibliografía

18. Rodríguez Artalejo F, Banegas Banegas JR, de Oya Otero M. Dieta y enfermedad cardiovascular. *Med Clin* 2002; 119:180-188.
19. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Estudios sobre la Comercialización Agroalimentaria en España. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2004.
20. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Consejería de Salud, 2003.
21. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) Recomendaciones PAPPS. Actividades preventivas en los adultos [Internet]. Barcelona: PAPPS-semFYC, 2003 (consultado 30/11/2005). URL: <http://www.papps.org/>.
22. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Behavioral counselling in primary care to promote a healthy diet: Recommendations and rationales.. *Am J Prev Med* 2003; 24: 93-100.
23. Martín Criado E., Moreno Pestaña JL. Conflicto sobre lo sano: Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, 2005.
24. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit.* 2003; 17: 116-122.
25. Marzo Castillejo M, Viana Zulaica C. Síntesis de la evidencia [Internet]. Guías Clínicas [en línea]. 2005; 5 (Supl 1) [consultado 30/11/2005].URL: <http://www.fisterra.com/guias2/FMC/sintesis.asp>
26. Guerra JA, Martín Muñoz P, Santos Lozano JM. Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación [Internet]. La Coruña: Casitérides SL 24/10/2003 [consultado 30/11/2005]. URL: http://www.fisterra.com/mbe/mbe_temas/19/revis_sist.htm

CONSEJO DIETÉTICO

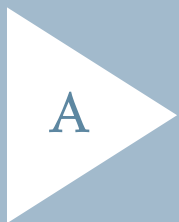
27. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: configurando la salud pública en una nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2000.
28. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and process of self-change smoking: toward an integrative model of change: *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
29. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 3rd edition. San Francisco: Wiley-JosseyBass, 2002.
30. Patterson C.. Nutritional Counselling for Undesirable Dietary Patterns and Screening for Protein/Calorie Malnutrition Disorders in Adults [Internet]. Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care, Jan 1994 [citado 01/12/2005]. URL: http://www.ctfphc.org/Full_Text/Ch49full.htm
31. Beaulieu MD.. Physical Activity Counselling. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). Ottawa: Canadian Task Force on Preventive Health Care, Mar 1994 [citado 01/12/2005]. URL: http://www.ctfphc.org/Full_Text/Ch47full.htm
32. Boyle P, Autier P, Bartelink H, Baselga J, Boffette P, Burn J, *et al*. European Code Against Cancer and Scientific Justification: third version (2003). *Ann Oncol* 2003; 14: 973-1005.
33. Martín Moreno JM. El Código Europeo contra el Cáncer. Tercera revisión (2003): Insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. *Rev Esp Salud Pub* 2003; 77: 673-679.
34. R. Córdoba, R. Ortega, C. Cabezas, D. Forés, M. Nebot y T. Robledo y Grupos de Expertos del PAPPs. Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y de Prevención Cardiovascular. Recomendaciones sobre estilo de vida. Recomendaciones sobre actividad física. *Aten Primaria*. 2001; 28 (Supl 2): 30-32.

7. Bibliografía

35. Arrizabalaga JJ, Masmiquel L, Vidal J, Calañas-Continente A, Díaz-Fernández MJ, García-Luna PP *et al.* Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Med Clin* 2004; 122: 104-110.
36. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO' 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin* 2000; 115: 587-597.
37. Arbones G, Carvajal A, Gonzalvo B, González-Gross M, Joyanes M, Marqués-Lopes I, Martín ML, *et al.* por el Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición Nutrición y recomendaciones dietéticos para personas mayores. *Nutr Hosp.* 2003; 18: 109-137.
38. Recomendaciones PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC. Prevención de la incapacidad en el anciano. Barcelona. 2003.
39. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. *N Engl J Med* 2003; 348: 2.599-2.608
40. Baecke, JAH, Burema J, Frijters JER. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr* 1982; 36: 936-942.
41. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2003-2004. Madrid: Elsevier es, 2003.
42. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC). Madrid: Harcourt-Mosby, 2002.
43. Johnson M, Bulechek GM, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt-Mosby, 2002.

CONSEJO DIETÉTICO

44. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) Nursing Outcomes Classification (NOC). Madrid: Elsevier-Mosby, 2004.
45. Aranceta J, Pérez Rodrigo C, Serra Majem Li, Ribas Barba L, Quiles Izquierdo J, Vioque J, *et al.* Prevalencia de la obesidad en España: Resultados del estudio SEEDO 2000. *Med Clin* 2003; 120 (16): 608-12.
46. Aldana SG, Greenlaw RL, Diehl HA, Salberg A, Merrill RM, Ohmine S, Thomas S. Effects of an Intensive Diet and Physical Activity Modification Program on the Health Risks of Adults. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 371-381.



ANEXO 1: Resumen de la bibliografía

1. ***Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Geneve, 2002¹.***

En este documento, los criterios usados para definir la fuerza de la evidencia están basados en los criterios de la World Cancer Research Fund, modificados por la Expert Consultation:

- a. Consistente. Evidencia basada en estudios epidemiológicos que demuestran asociación entre exposición y enfermedad, con pequeña o ninguna evidencia de lo contrario. Está basada en estudios que incluyen diseños observacionales prospectivos relevantes y ensayos controlados y randomizados con suficiente muestra, duración y calidad para demostrar efectos consistentes.
- b. Probable. Evidencia basada en estudios epidemiológicos que demuestran de forma imparcial asociación entre exposición y enfermedad, pero en los que se perciben deficiencias o existe alguna evidencia contraria, lo cual imposibilita un juicio definitivo. Los defectos pueden ser por seguimiento con insuficiente duración de los ensayos o estudios; insuficientes ensayos o estudios disponibles; muestra inadecuada; seguimiento incompleto. La evidencia de los datos de laboratorio normalmente apoya la evidencia.
- c. Posible. Evidencia basada fundamentalmente en hallazgos de estudios casos-control y transversales. No están disponibles suficientes ensayos controlados y randomizados, estudios observacionales o ensayos controlados no randomizados. Evidencia basada en estudios no epidemiológicos, como investigaciones clínicas y de laboratorio. Son necesarios más ensayos clínicos para apoyar la asociación.

CONSEJO DIETÉTICO

- d. Insuficiente. Evidencia basada en hallazgos de pocos estudios, los cuales son sugestivos, pero insuficientes para establecer la asociación entre exposición y enfermedad. Existe una evidencia limitada o no existe evidencia disponible procedentes de ensayos clínicos controlados y randomizados.

Presentan los resultados de las distintas evidencias, basándose en las actuales evaluaciones del rango sobre la cantidad de nutrientes recomendados para población general, orientados no sólo a satisfacer las necesidades diarias de los nutrientes, sino también incluye, por primera vez, una nueva vertiente sobre la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Evidencia de los factores que protegen y previenen el sobrepeso y la obesidad

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Consistente	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física regular • Dieta rica en fibra 		<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo • Ingesta elevada de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes
Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta saludable para niños: medio escolar y en la casa • Lactancia materna 		<ul style="list-style-type: none"> • Publicidad excesiva: alimentos muy calóricos y comidas rápidas • Alto consumo de bebidas azucaradas (refrescos) y zumos de frutas envasados • Nivel socio-económico bajo
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos con bajo índice glucémico 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido proteico de la dieta 	<ul style="list-style-type: none"> • Raciones muy abundantes • Comidas fuera de casa o para llevar • Patrón dietético: alternancia de periodo restrictivos con periodos de ingesta compulsiva
Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento frecuencia tomas 		<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol

Anexos

Evidencia de los factores que protegen y previenen la diabetes mellitus

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Consistente	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso en personas con sobrepeso y obesidad • Actividad física 		<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso y obesidad • Obesidad abdominal • Inactividad física • Diabetes materna
Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta rica en fibra 		<ul style="list-style-type: none"> • Ácidos grasos saturados • Retraso crecimiento intrauterino
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Ácidos grasos n-3 • Alimentos pobres en azúcares • Lactancia materna 		<ul style="list-style-type: none"> • Total de grasa ingerida • Ácidos grasos trans
Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamina E • Cromo • Magnesio • Alcohol en cantidad moderada 		<ul style="list-style-type: none"> • Exceso de alcohol

Evidencia de los factores que protegen y previenen las enfermedades cardiovasculares

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Consistente	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física regular • Ácido linoleico • Pescado y aceites de pescado (EPA y DHA) • Vegetales y frutas • Potasio • Ingesta baja-moderada de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementos vitamina E 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácidos mirístico y palmítico • Ácidos grasos trans • Ingesta elevada de sodio • Sobrepeso • Alcoholismo(AVC)
Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido linolénico a • Ácido oleico • Fibra vegetal • Cereales integrales • Nueces • Esteroles vegetales • Folato 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido estearico 	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol de la dieta • Café no filtrado
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Flavonoides • Soja (isoflavonas) 		<ul style="list-style-type: none"> • Grasas ricas en ácido láurico • Nutrición fetal deteriorada • Suplementos β carotenos
Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Calcio • Magnesio • Vitamina C 		<ul style="list-style-type: none"> • Carbohidratos • Hierro

CONSEJO DIETÉTICO

Evidencia de los factores que protegen y previenen el cáncer

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Consistente	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad física (colon) 		<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso y obesidad (esófago, colorrectal, mama en mujer menopáusica, riñón) • Alcohol (cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, mama) • Aflatoxina (hígado) • Salazones de pescado al estilo chino (nasofaringe)
Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas y vegetales (cavidad oral, esófago, estómago, colorrectal) • Actividad física (mama) 		<ul style="list-style-type: none"> • Conservas de carne (colorrectal) • Conserva salada y sal (estómago) • Bebidas y comidas muy calientes (cavidad oral, faringe, esófago)
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Fibra 		<ul style="list-style-type: none"> • Grasa de origen animal
Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> • Soja • Pescado • Ácidos grasos n-3 • Carotenoides • Vitaminas B2, B6, folato, B12, C, D, E • Calcio, zinc y selenio • Constituyentes no nutrientes de las plantas (p.e. flavonoides, isoflavonas) 		<ul style="list-style-type: none"> • Aminas heterocíclicas • Hidrocarburo policíclico aromático • Nitrosaminas

Evidencia de los factores que protegen y previenen la osteoporosis

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Consistente ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Vitamina D • Calcio • Actividad física 		<ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo • Bajo peso
Probable ^a		<ul style="list-style-type: none"> • Flúor 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo elevado de sal
Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Frutas y vegetales • Consumo moderado alcohol • Soja 	<ul style="list-style-type: none"> • Fósforo 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo disminuido de proteínas^a • Consumo elevado de proteínas
Insuficiente			

a. Población con alta incidencia de fracturas: hombres y mujeres de 50 a 60 años de edad, con ingesta disminuida de calcio y/o vitamina D

Anexos

Evidencia de los factores que protegen y previenen las enfermedades bucodentales

EVIDENCIA	DISMINUYE RIESGO	SIN RELACIÓN	AUMENTA RIESGO
Caries Consistente Probable Posible Insuficiente	Exposición Flúor Queso curado Chicles sin azúcar Xilitol Leche Fibra Fruta fresca	Azúcares (féculas) Fruta fresca	Consumo de azúcares libres Desnutrición Frutos secos
Erosión dental Consistente Probable Posible Insuficiente	 Queso curado Flúor		Bebidas sin alcohol y zumo frutas Fruta fresca
Defectos desarrollo Consistente Probable Posible Insuficiente	Vitamina D		Exceso de flúor
Enf. periodontal Consistente Probable Posible Insuficiente	Buena higiene oral Antioxidantes		Hipocalcemia Deficit vitamina C Desnutrición Sucrosa

CONSEJO DIETÉTICO

2. 57ª Asamblea Mundial de la Salud

Punto 12.6 del orden del día: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. WHA 57.17. 22 de mayo de 2004⁸.

Unos pocos factores de riesgo (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escaso consumo de frutas y hortalizas, sobrepeso y obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco) muy importantes son los responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad, directamente relacionados con la presencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, determinados tipos de cánceres, caries dental y osteoporosis. A su vez estos factores de riesgo están ocasionados por los denominados factores determinantes (mayor consumo de alimentos con alto contenido calórico, poco nutritivos y con elevada proporción de grasas, azúcares y sal, menor actividad física en diversos ámbitos y consumo de tabaco).

El informe resalta que aunque se necesitan más investigaciones, los conocimientos actuales justifican una urgente acción de salud pública con planteamientos de estrategias de prevención para la reducción de los riesgos en toda la población. Las recomendaciones están dirigidas a poblaciones y personas y son las siguientes:

1. Con respecto a la dieta:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal
- Limitar el consumo energético que procede de las grasas, sustituir las grasas saturadas por insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans
- Aumentar el consumo de frutas, hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos
- Limitar el consumo de azúcares libres
- Limitar el consumo de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada

2. Con respecto a la actividad física.

Se ha demostrado que la práctica de actividad física regular, reduce el riesgo relacionado con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus y, además, presenta ventajas considerables en relación con muchas enfermedades, como es el caso del cáncer de colon y mama, además de las asociadas con la obesidad. Las recomendaciones expresadas en este informe son:

- Al menos 30 minutos de actividad física regular de intensidad moderada con una frecuencia casi diaria.
- Fortalecimiento de la musculatura y adiestramiento para mantener el equilibrio. Permite reducir las caídas y mejorar el estado funcional de las personas de edad.
- Para controlar el peso puede ser necesario un mayor nivel de actividad.

Igualmente, el informe hace hincapié en la prevención como elemento esencial de los servicios de salud, con una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital y deben considerarse como parte de unos esfuerzos de salud pública amplios, integrales y coordinados. Así en cuanto a la alimentación debe abarcar aspectos diferentes de la nutrición (alimentación excesiva, desnutrición, carencia de micronutrientes y consumo excesivo de determinados nutrientes), seguridad alimentaria (accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de alimentos sanos), inocuidad de los alimentos y apoyo y promoción de la práctica de la lactancia natural exclusiva durante 6 meses. En cuanto a las medidas a adoptar deben considerarse los aspectos de educación, comunicación y concienciación de la población; programas de alfabetización y educación para adultos; comercialización, publicidad, patrocinio y promoción de los alimentos y etiquetado y declaración de propiedades relacionadas con la salud.

CONSEJO DIETÉTICO

3. National Guideline Clearinghouse. Behavioral counselling in primary care to promote a healthy diet: Recommendations and rationales. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Am J Prev Med. 2003; 24: 93-100²².

Esta institución recoge las evidencias que existen sobre la eficacia de las intervenciones y actividades en consejo dietético existentes en la literatura hasta la fecha de su publicación dirigidas a la población general de personas adultas en el ámbito de Atención Primaria, que de forma resumida son las siguientes:

- Existe poca evidencia sobre el efecto positivo de intervenciones de corta duración (5 minutos o menos) sobre dieta saludable dirigida a población general.
- El consejo dietético de duración moderada, en 2-3 sesiones individuales o en grupos, dado por dietistas, nutricionistas, médicos de familia o personal de enfermería especialmente entrenados, produce pequeños cambios en la ingesta media de los principales componentes de una dieta saludable (grasa saturada, frutas y verduras).
- Intervenciones de corta duración (aproximadamente 5 minutos), en las que se realizaría consejo dietético, apoyado con materiales didácticos para el paciente, refuerzo telefónico y otros tipos de comunicaciones interactivas en salud son más eficaces, sin embargo, son necesarias más investigaciones para poder valorar la eficacia de estos tratamientos a largo plazo y el balance entre los beneficios y los perjuicios.
- El mayor efecto del consejo dietético se consigue en adultos asintomáticos con factores de riesgo para enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, con intervenciones intensivas (múltiples sesiones de 30 minutos o más), individuales o en grupos, dado por nutricionistas, dietistas o, especialmente, profesionales sanitarios de Atención Primaria cualificados o educadores para la salud. Muchos de estos estudios incluyen pacientes muy seleccionados, que cono-

Anexos

cen bien los factores de riesgo relacionados con la dieta. Intervenciones similares parecen ser eficaces en pacientes adultos no seleccionados, aunque con menores adherencia al consejo y beneficios sobre la salud.

- Aunque las intervenciones para modificar hábitos no saludables tengan una eficacia moderada, su impacto en la población, cuando se realizan desde la Atención Primaria, suele ser considerable. Simplemente, una evaluación inicial amplia comporta ya elementos de concienciación y motivación para el cambio y ha demostrado mayor efecto que la no intervención.
- Nada se conoce sobre este tipo de intervenciones en población infantil o adolescente.
- Las intervenciones más efectivas combinan la educación sobre nutrición y el consejo orientado a la conducta, para ayudar a los pacientes a adquirir habilidad, motivación y apoyo necesario para modificar los patrones dietéticos habituales y el modo de preparar los alimentos. En general, las intervenciones pueden resumirse en el marco de las 5 "A" del consejo orientado a la modificación de la conducta:
 - Valorar ("assess") las prácticas dietéticas e informar sobre los factores de riesgo relacionados.
 - Aconsejar ("advise") sobre los cambios que debe realizar en los hábitos dietéticos.
 - Acordar ("agree") objetivos individuales.
 - Ayudar ("assist") al cambio o a la eliminación de barreras.
 - Organizar ("arrange") el seguimiento o remitir para actuaciones más intensivas, cuando sea necesario.
- Los efectos adversos de estas intervenciones no han sido bien definidos o medidos, aunque algunos autores muestran su preocupación sobre si el consejo dietético hace que el paciente se centre sólo en reducir la toma de grasa total, sin reducción del total de calorí-

CONSEJO DIETÉTICO

as, lo que podría producir un aumento de peso, a expensas de los hidratos de carbono. Esta preocupación está basada en la prevalencia global de la obesidad, que ha aumentado a pesar de la disminución del consumo total de grasas saturadas.

4. C. Patterson. Nutritional Counselling for Undesirable Dietary Patterns and Screening for Protein/Calorie Malnutrition Disorders in Adults. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)³⁰.

MD. Beaulieu. Physical Activity Counselling. Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)³¹.

- No existe suficiente evidencia científica de la influencia que el consejo general o específico dado por médicos de familia tiene sobre los individuos sedentarios para la práctica de ejercicio físico. Sin embargo, la primera razón para aumentar los niveles de ejercicio físico de los adultos que intervinieron en la Encuesta Canadiense de Promoción de la Salud fue el conocimiento del riesgo para la salud de una vida sedentaria.
- Los médicos son la mejor fuente de información sobre la salud y serían capaces de reforzar las iniciativas de la Salud Pública.
- Es importante resaltar, como norma general, la recomendación favorable de la realización de una variada actividad física moderada y no dirigida (jardinería, caminar hasta el trabajo, subir escaleras), de fácil incorporación en la rutina habitual de los individuos.
- Los ejercicios esporádicos, especialmente si son muy intensos en personas sedentarias, pueden estar desaconsejados.

5. P Boyle, P Autier, H Bartelink, J Baselga, P Boffette, J Burn, HJG Burns, L Christensen, L Denis, M Dicato, V Diehl, R Doll, S Franceschi, CR Gillis, N Gray, L Griciute, A Hackshaw, M Kaster, M Kogevinas, S Kvinnsland, C La Vecchia, F Levi, JG McVie, P Maisonneuve, JM Martín-Moreno, J Newton Bishop, F Oleari, P

Anexos

Persin, M Quinn, M Richards, V Ringborg, C Scully, E Siracka, H Storm, M Tubiana, T Tursz, U Veronesi, N Wald, W Webwe, DG Zaridze, W Zatonski y H zur Hausen. European Code Against Cancer and Scientific Justification: third version (2.003). Annals of Oncology. 2003; 14: 973-1.005³².

José M^a Martín Moreno. El Código Europeo contra el Cáncer. Tercera revisión (2003): Insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. Rev Esp Salud Pública. 2003; 77: 673-679³³.

Uno de los mensajes más relevantes de este nuevo código es que muchos aspectos de la salud pueden ser mejorados y muchas muertes provocadas por el cáncer prevenidas si se adoptan estilos de vida saludables. Las recomendaciones relacionadas con la dieta y la actividad física para prevenir el cáncer se pueden resumir en los siguientes aspectos.

- Evitar la obesidad
- Realizar algún ejercicio físico de intensidad moderada todos los días.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: comer al menos 5 raciones al día. Limitar el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal

6. Grupos de Expertos del PAPPS. R. Córdoba, R. Ortega, C. Cabezas, D. Forés, M. Nebot y T. Robledo. Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y de Prevención Cardiovascular. Recomendaciones sobre estilo de vida. Recomendaciones sobre obesidad. Aten Primaria. 2001: 28 (supl 2): 32-36. Recomendaciones sobre actividad física. Aten Primaria. 2001: 28 (supl 2): 30-32³⁴.

Recomendaciones PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC. Programa del Adulto. Prevención cardiovascular y hábitos de vida. Barcelona. 2003.

- Recomienda una primera medición del peso a los 20 años de edad y repetir posteriormente cada 4 años, con una medición de la talla

CONSEJO DIETÉTICO

de referencia también a los 20 años (o en la primera visita en la que se registre el peso). Se calculará el IMC y se considerarán individuos obesos, independientemente del sexo, los que superen 30 kg/m^2 y con sobrepeso aquellos cuyo IMC sea de $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$. El tratamiento se fundamenta, siguiendo la opinión generalizada de sociedades científicas en los tres aspectos básicos: Dieta, ejercicio físico y apoyo psicológico.

- En temas de actividad física, los pasos que deben seguirse por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria para la intervención son:

1º paso: Preguntar a los pacientes acerca de sus hábitos de actividad física, con preguntas sencillas y específicas o con algún cuestionario estandarizado.

2º paso: Valorar el hábito de actividad física del paciente, clasificándolo en:

- Activo. Hace ejercicio o deporte con los requisitos mínimos de duración (de 40 a 60 minutos al día), frecuencia (mínimo de tres veces no consecutivas por semana) e intensidad (que produzca una frecuencia cardiaca del 60-85% de la máxima teórica) o alcanza un gasto calórico diario = 3.000 Kcal.
- Parcialmente activo. Realiza algún tipo de ejercicio o deporte pero sin los requerimientos mínimos de duración, frecuencia e intensidad;
- Inactivo. No realiza ningún tipo de ejercicio o deporte y su gasto calórico diario es $< 3.000 \text{ Kcal}$.

3º paso: Aconsejar que inicie, aumente o mantenga la práctica de algún ejercicio físico o deporte con los requisitos de duración, frecuencia e intensidad anteriores.

Anexos

4º paso: Repetir los pasos anteriores en nuevos contactos con el paciente, siempre que sea posible, con una periodicidad no inferior a tres meses ni superior a 2 años.

7. JJ Arrizabalaga, L Masmiquel, J Vidal, A Calañas-Continente, MJ Díaz-Fernández, PP García-Luna, S Monereo, J Moreira, B Moreno, W Ricart y F Cordido. Recomendaciones y algoritmo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Med Clin, 2004; 122:104-110³⁵.

Las recomendaciones de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas, de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) consisten en:

- Reducción de peso. Conseguir una reducción del 10% del peso corporal o de 0,5-1 kg semanal, durante 6 meses. Establecer un balance energético negativo de 500-1.000 kilocalorías diarias, con ello se puede conseguir la pérdida propuesta a los 6 meses.
- Un contacto continuado con el personal sanitario puede ayudar a conseguir la reducción de peso de una manera más eficaz.
- Para mantener el peso conseguido es muy importante el contacto con el personal sanitario, una combinación de ejercicio físico y terapia conductual a través de una programa indefinido.
- La estrategia consiste en lograr una disminución del contenido en grasas de la dieta y realización de actividad física (de 30 a 45 minutos al día de 3 a 5 días a la semana o 30 minutos diarios todos los días de la semana).

8. Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Med Clin. 2000; 115: 587-597³⁶.

El tratamiento de la obesidad es difícil y los resultados a largo plazo escasos, con recuperación del peso perdido en una gran mayoría de

CONSEJO DIETÉTICO

pacientes, pero según la mayor parte de expertos, esta debe ser siempre tratada después de una evaluación clínica del paciente.

A favor de la intervención terapéutica en la obesidad se encuentra, sobre todo, el hecho de que una pérdida moderada de peso corporal (5-10%) consigue una notable mejoría en la comorbilidad asociada y en la calidad de vida del paciente. Es necesario establecer unos objetivos razonables y realistas, intentando en todos los casos mantener la pérdida de peso conseguida a largo plazo.

Es importante establecer unos criterios de intervención aceptados por la comunidad científica, por los pacientes obesos y por la población en general. Según la SEEDO, los criterios para la intervención más adecuados en población adulta entre 18 y 65 años son:

Población con IMC < 22 Kg/m²

No está justificada ninguna intervención para disminuir el peso. Se podrán dar los consejos de salud apropiados para la población general relativos a una alimentación variada y a una actividad física adecuada.

Población con IMC entre 22 y 24,9 Kg/m².

La única intervención justificada es en aquellas personas con peso inestable, con un aumento progresivo e importante en un periodo de tiempo relativamente corto (>5Kg en un tiempo inferior a un año).

Sobrepeso grado I con IMC entre 25 y 26,9 Kg/m² y sobrepeso grado II (preobesidad) con un IMC entre 27 y 29,9 Kg/m²

Valorar el grado de estabilidad del peso corporal, la distribución topográfica de la grasa y la existencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular asociados. Si existe inestabilidad en el peso, distribución central de la grasa corporal o existe algún factor de riesgo asociado, la intervención es adecuada, limitándose a los oportunos con-

Anexos

sejos relativos a la alimentación, al ejercicio físico y a la realización de controles clínicos periódicos en el grado I y establecer el objetivo de perder un 5-10% de su peso corporal y mantener estable en el futuro este nuevo peso en el grado II. Se utilizarán medidas dietéticas, aumento de actividad física y modificación conductual adecuadas a cada paciente.

Obesidad grado I (IMC 30-34,9 Kg/m²).

De común acuerdo con el paciente y familiares debe establecerse el objetivo de una disminución estable del 10% del peso corporal, en un plazo de tiempo razonable (aproximadamente 6 meses) para lo que es necesario utilizar conjuntamente los distintos medios disponibles

Obesidad grado II (IMC 35-39,9 Kg/m²).

Debe intentarse superar la pérdida del 10% del peso corporal.

Obesidad grado III y IV (IMC = 40 Kg/m², obesidades mórbida y extrema).

Estos pacientes deben ser remitidos siempre a unidades especializadas donde se puedan emplear medidas terapéuticas excepcionales.

Los objetivos, según esta sociedad y siempre pactados con el paciente, son mejorar los hábitos alimentarios y de ejercicio físico; disminuir la masa grasa, mantener el peso perdido, disminuir las complicaciones, mejorar los hábitos de vida y aumentar la calidad de vida del individuo. Para ello preconizan que el plan de alimentación y de ejercicio físico sea con la recomendación de dietas variadas y no muy estrictas (disminuir 500-600 kcal al día de la ingesta total previa), que mantengan el equilibrio en la proporción de los nutrientes y respeten las necesidades diarias recomendadas de vitaminas y minerales. La intensidad del ejercicio físico debe adaptarse a la edad y a la forma física del individuo.

CONSEJO DIETÉTICO

9. G Arbones, A Carbajal, B Gonzalvo, M González-Gross, M Joyanes, I Marqués-Lopes, ML Martín, A Martínez, P Montero, C Nuñez, I Puigdueta, J Quer, M Rivero, MA Roset, FJ Sánchez-Muniz, MP Vaquero. *Nutrición y recomendaciones dietéticos para personas mayores. Grupo de trabajo "Salud Pública" de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). Nutr Hosp. 2003; 18: 109-137*³⁷.

Este documento y el siguiente se refieren a un grupo de población más específico, que son las personas mayores.

En este documento se expresan los resultados de la muestra de población española que participó en el Estudio SENECA. Estos resultados revelan que al menos un tercio de la población mayor de 60 años presenta deficiencias de uno o más nutrientes, tanto en el medio rural como en el medio urbano y ello está asociado a diferentes y numerosos factores. La malnutrición se asocia con una extensa gama de enfermedades degenerativas.

Este grupo de trabajo recomienda una valoración del estado nutricional de la persona mayor (dietética, antropométrica, bioquímica, inmunológica y clínica) y refiere que una dieta equilibrada y una actividad física moderada, junto con la suplementación de algunos nutrientes, es una medida preventiva con una buena relación coste-beneficio.

10. Recomendaciones PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFYC. *Prevención de la incapacidad en el anciano. Barcelona. 2003*³⁸.

Las recomendaciones resumidas sobre ejercicio físico y alimentación en este grupo de personas son las siguientes:

Ejercicio físico.

- La evidencia que existe sobre la efectividad de la actividad física sobre la salud es la siguiente: Disminuye la morbilidad y mortalidad coro-

Anexos

naria, por HTA, diabetes y caídas; enlentece y atenúa los cambios músculo-esqueléticos y neurológicos asociados al envejecimiento y mejora el bienestar psicológico.

- No está suficientemente demostrado el tipo, frecuencia e intensidad de ejercicio, pero el ejercicio practicado 30 minutos, tres veces por semana es suficiente para mejorar el estado físico del paciente.
- La evidencia del consejo en Atención Primaria no está bien establecida. El PAPPS recomienda preguntar y valorar sobre hábitos de ejercicio y recomendar que mantenga o inicie algún ejercicio físico. Caminar una hora diaria como ejercicio aeróbico de resistencia y ejercicios de equilibrio con una evidencia tipo I para la prevención de caídas (recomendación B).

Nutrición.

- El consejo dietético ha sido evaluado en Atención Primaria relacionado con patologías crónicas, pero no hay estudios adecuados que determinen su eficacia en el anciano sano, aunque expertos de organismos nacionales e internacionales la apoyan.
- Se recomienda el uso de suplementos de calcio y vitamina D (evidencia Ib).

CONSEJO DIETÉTICO

ANEXO 2: Cantidad de nutrientes recomendados para la población general, para satisfacer las necesidades diarias de los nutrientes y la prevención de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Componente dietético	Objetivo
	(% total de energía, salvo otras indicaciones)
Total grasas:	15-30%
• Ácidos grasos saturados	<10%
• Ácidos grasos poliinsaturados	6-10%
• Ácidos grasos poliinsaturados n-6	5-8%
• Ácidos grasos poliinsaturados n-3	1-2%
• Ácidos grasos tran	<1%
• Ácidos grasos monoinsaturados	El resto
Total hidratos de carbono	55-75%
- Azúcares libres (mono y disacáridos)	<10%
Proteínas	10-15%
Colesterol	< 300 mg/día
Cloruro sódico (sal)	< 5 gr/día (< 2 gr/día)
Frutas y vegetales	= 400 gr/día
Total fibra de la dieta	> 25 gr/día
Polisacáridos complejos	> 20 gr/día

ANEXO 3. Fases de motivación para el cambio y estrategias de intervención.

Fase	Características de la persona	Intervención del profesional
Pre-Contemplativa	No reconoce tener un problema. No considera cambiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar información general sobre la problemática (en forma neutral). • No aconsejar aún medidas de acción a tomar.
Contemplativa	Puede reconocer los problemas que acarrea su situación. Puede examinar las implicaciones de cambiar. No comienza aún el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los aspectos positivos, lo que el paciente considera logros en su situación. • Reconocer la ambivalencia. • Trabajar balances beneficios / costos • Desarrollar la discrepancia, contradicciones entre la conducta actual y las metas más amplias, y el concepto de sí mismo. • Facilitar una reevaluación , reconsideración cognitiva y emocional del comportamiento alimentario/ actividad física.
Preparación / determinación	Preparado y dispuesto para el cambio, con deseo de recibir ayuda y puede enfrentar las pérdidas que el cambio obliga.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase habrá que considerar con el paciente estrategias y alternativas realistas para su situación actual.
Acción	La persona manifiesta su compromiso de cambiar, busca activamente el modo. Comienza la implantación del nuevo comportamiento alimentario/ actividad. pero no ha llegado a un cambio estable. Pueden darse recaídas que forman parte del proceso normal.	<ul style="list-style-type: none"> • En este periodo hay que ofrecer apoyo, reforzar los logros y prever las dificultades que los cambios pueden presentar (físicos, emocionales, sociales).
Mantenimiento	La persona esta consiguiendo el objetivo inicial y trabaja por mantenerlo.	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase hay que prevenir las recaídas y considerarlas como parte del proceso de recuperación, aprendiendo de ellas para planificar los siguientes pasos.
Recaída	La persona ha vuelto a sus hábitos anteriores (alimentación inadecuada, falta de actividad y ejercicio físico...) y ahora debe volver a afrontar la nueva situación y que hacer en el futuro.	

CONSEJO DIETÉTICO

ANEXO 4. Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea

Evidencia de los factores que protegen y previenen las enfermedades cardiovasculares			
Nº	Pregunta	Modo de Valoración	Puntos
1	• ¿ Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar ?	• Sí = 1 punto	
2	• ¿ Cuanto aceite de oliva consume en total al día (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...) ?	• 2 ó mas cucharadas = 1 punto	
3	• ¿ Cuantas raciones de verduras u hortalizas consume al día (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = 1/2 ración) ?	• 2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	
4	• ¿ Cuantas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día ?	• 3 ó más = 1 punto	
5	• ¿ Cuantas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración = 100-150 g) ?	• Menos de 1 = 1 punto	
6	• ¿ Cuantas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual = 12 g) ?	• Menos de 1 = 1 punto	
7	• ¿ Cuantas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día ?	• Menos de 1 = 1 punto	
8	• ¿ Bebe vino ? ¿ Cuanto consume a la semana ?	• 3 ó más vasos = 1 punto	
9	• ¿ Cuantas raciones de legumbres consume a la semana (1 plato o ración = 150 g) ?	• 3 ó más = 1 punto	
10	• ¿ Cuantas raciones de pescado/mariscos consume a la semana (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco) ?	• 3 ó más = 1 punto	
11	• ¿ Cuantas veces consume repostería comercial (no caseira, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles) a la semana ?	• Menos de 3 = 1 punto	
12	• ¿ Cuantas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g) ?	• 1 ó más = 1 punto	
13	• ¿ Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)?	• Sí = 1 punto	
14	• ¿ Cuantas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito) ?	• 2 ó más = 1 punto	
Resultado Final		Puntuación total	

Modificado de: Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D¹⁹

ANEXO 5. Escalas para la valoración de la actividad física

5.1. Cuestionario de actividad física habitual de Baecke⁴⁰

El cuestionario de Baecke consiste en 3 secciones: actividad laboral, deportiva y de tiempo libre (no-deportiva). Cada sección tiene varias preguntas con una puntuación de 5 puntos dependiendo de que se realice siempre, nunca o con mucha frecuencia. Las actividades más frecuentes tienen preguntas adicionales para cuantificar el número de meses por año y las horas por semana. Al realizar los cálculos obtenemos una puntuación que puede ser comparada con la puntuación obtenida tras realizar una actuación terapéutica sobre el individuo (puntuación antes vs después del programa de ejercicios físicos).

CUESTIONARIO:

- 1.Cuál es su ocupación laboral? _____ 1 -3-5
2. En el trabajo me siento nunca / raras veces/ a veces /con frecuencia / siempre _____ 1-2-3-4-5-6
3. En el trabajo estoy de pie nunca / raras veces/ a veces/con frecuencia / siempre _____ 1-2-3-4-5-6
4. En el trabajo camino nunca / raras veces/ a veces/con frecuencia / siempre _____ 1-2-3-4-5-6
5. En el trabajo levanto cargas pesadas nunca / raras veces/ a veces/con frecuencia / siempre _____ 1-2-3-4-5-6
6. Después de trabajar me siento cansado muy frecuentemente / con frecuencia / a veces / rara vez / nunca _____ 5-4-3-2-1
7. En el trabajo sudo muy frecuentemente / con frecuencia / a veces / rara vez / nunca _____ 5-4-3-2-1
8. En comparación con otros de mi edad, creo que mi trabajo es físicamente mucho más duro, más duro, tan duro como, ligero, muy ligero _____ 5-4-3-2-1
9. ¿Juegas algún deporte? si/no
Si ha contestado Sí:
- ¿Qué deporte juegas con más frecuencia? _____ Intensidad

CONSEJO DIETÉTICO

0.76 - 1.26 - 1.76

- ¿Cuántas horas a la semana? ____ <1 / 1-3 / 4-6 / 7-9 / >9
Tiempo 0.5 - 1.5 - 2.5 - 3.5 - 4.5
- ¿Cuántos meses al año? ____ <1 / 1-3 / 4-6 / 7-9 / >9
Proporción 0.04 - 0.17 - 0.42 - 0.67 - 0.92

Si juegas un segundo deporte:

- ¿Qué deporte juegas con más frecuencia? ____ Intensidad
0.76 - 1.26 - 1.76
- ¿Cuántas horas a la semana? ____ <1 / 1-3 / 4-6 / 7-9 / >9
Tiempo 0.5 - 1.5 - 2.5 - 3.5 - 4.5
- ¿Cuántos meses al año? ____ <1 / 1-3 / 4-6 / 7-9 / >9
Proporción 0.04 - 0.17 - 0.42 - 0.67 - 0.92

10. En comparación con otros de mi edad, creo que mi trabajo es físicamente mucho más duro, más duro, tan duro como, ligero, muy ligero ____ 5-4-3-2-1
11. Durante el tiempo libre suda con mucha frecuencia / con frecuencia / a veces / rara vez / muy frecuentemente ____ 5-4-3-2-1
12. Durante el tiempo libre realizó un deporte nunca/rara vez / a veces / frecuentemente / muy frecuentemente ____ 1-2-3-4-5
13. Durante el tiempo libre veo la televisión nunca/rara vez / a veces / frecuentemente / muy frecuentemente ____ 1-2-3-4-5
14. Durante el tiempo libre paseo nunca/rara vez / a veces / frecuentemente / muy frecuentemente ____ 1-2-3-4-5
15. Durante el tiempo libre monto en bicicleta nunca/rara vez / a veces / frecuentemente / muy frecuentemente ____ 1-2-3-4-5
16. Cuántos minutos camina o monta en bicicleta al día en dirección a o hacia el trabajo, escuela o para ir de compra? <5 / 5-15 / 15- 30 / 30-45 / >45 ____ 1-2-3-4-5

INSTRUCCIONES. CALCULOS

- a) Puntuación de la actividad laboral: puntuación media en la escala ocupacional de Likert desde la pregunta 1 hasta la 8.

Nota: Puntuaciones para la pregunta 1:

1 = Ocupaciones de "bajo nivel" como trabajo de oficina, conducir, enseñar, estudiar...

Anexos

2 = Ocupaciones de "nivel medio" como carpintero

3 = Ocupaciones de "alto nivel" como albañil.

- b)** Puntuación de actividades deportivas = Puntuación media de las preguntas desde la 9 hasta la 12

Nota: Puntuación para la pregunta 9 = Suma de [años de realización x índice de intensidad x duración] para todas las actividades. La intensidad, duración y proporción de puntuación se encuentran en el cuestionario.

- c)** Puntuación en actividades no deportivas = Puntuación media para las preguntas 13 hasta la 16.

- d)** Puntuación Total = índice de actividad laboral + actividad deportiva + actividad no deportiva.

EJEMPLO:

Respuestas hipotéticas al Cuestionario de Baecke: 1. (3); 2. (4); 3. (3); 4. (4); 5. (2); 6. (2); 7. (1); 8. (3); 9. (ciclismo, 3-4 h/sem, 4-6 meses/año, and volleyball, 1-2 h/sem, 1-3 meses/año); 10. (4); 11. (4); 12. (4); 13. (3); 14. (3); 15. (5); 16. (1);

- a)** Índice Laboral (preguntas desde la 1 hasta 8) = $[3 + (6-4) + 3 + 4 + 2 + 2 + 1 + 3] \div 8 = 2.5$

- b)** Índice Deportivo (preguntas 9 hasta 12) = $(2.0* + 4 + 4 + 4) \div 4 = 3.5$

Calculo para la pregunta 9: $(0.42 \times 1.76 \times 3.5) + (0.17 \times 1.26 \times 1.5) = 2.9$

El valor de 2.9 se puntúa como un 2.0 de acuerdo con la siguiente escala:

0 (no sport reported) = 1; 0.01-<4 = 2; 4-<8 = 3; 8-<12 = 4; >=12 = 5

- c)** Índice de actividades no deportivas (preguntas 13 hasta 16) = $[(6-3) + 3 + 5 + 1] \div 4 = 3.0$

- d)** Puntación final = $2.5 + 3.5 + 3.0 = 9.0$

CONSEJO DIETÉTICO

5.2. Escala de Borg para clasificar el esfuerzo percibido

1	
6	
7	Muy, muy leve
8	Muy leve
9	
10	Bastante leve
11	
12	Un poco fuerte
13	
14	Fuerte
15	
16	Muy fuerte
17	
18	
19	Muy, muy fuerte
20	

Las equivalencias entre la sensación subjetiva de esfuerzo (Borg) y la intensidad de ejercicio podrían resumirse en: < 12: leve = 40-60% del máximo; 12-14: moderado, un poco fuerte = 60-75% del máximo; > 14: fuerte intenso = 75-90% del máximo.

ANEXO 6. Consejo Dietetico Intensivo (Enfermería)^{41, 42, 43, 44,}

6.A. Valoración enfocada a problemas relacionados con la nutrición y el ejercicio físico.

- RESPIRACIÓN:
 - Fumador e historia de fumador.
 - Algún proceso respiratorio que le impida o dificulte su actividad diaria.
- ALIMENTACIÓN:
 - Hábitos nutricionales.
 - Números de comidas al día y horarios.
 - Comidas fuera de casa.
 - Registros de ingesta cuantitativa y cualitativa.
 - Limitaciones dietéticas.
 - Gustos y preferencias.
 - Para cuantos cocina.
 - Hidratación, cantidad de líquidos que toma al día.
- ELIMINACIÓN:
 - Poliuria o retención de líquidos.
 - Hábitos intestinales (estreñimiento , diarreas).
 - Eliminación urinaria.
- MOVILIZACIÓN:
 - Actividad física diaria.
 - Tipo de ejercicio extra.
 - Limitaciones para hacer ejercicio.
 - Actividades de ocio.
- REPOSO SUEÑO:
 - Duerme bien.
 - Dificultad para descansar.

CONSEJO DIETÉTICO

- HIGIENE:
 - Aspecto físico, imagen corporal, acicalamiento (observación).
- SEGURIDAD:
 - Confía en que podamos ayudarle.
 - Tiene sentimientos de desvalorización en si mismo.
 - Siente ansiedad, temor, impotencia...
 - Capacidad de afrontamiento.
 - Autoestima, autoconcepto.
- COMUNICACIÓN:
 - Capacidad para expresar emociones.
 - Relaciones familiares y sociales
 - Entiende el idioma.
 - Dificultad para expresarse, escuchar entender...
- VALORES Y CREENCIAS:
 - Concepto de salud y enfermedad.
 - Barreras que impiden alcanzar su salud.
 - Autoaceptación de su estado físico.
- REALIZACIÓN PERSONAL:
 - Trabajo actividad.
 - Modificación de hábitos nutricionales y actividades recreativas.
- CAPACIDAD DE APRENDER:
 - Conocimientos en hábitos de vida saludables.
 - Dificultades y limitaciones en el aprendizaje.
 - Disposición a querer aprender.
- PARÁMETROS FÍSICOS A VALORAR:
 - Edad, sexo, Peso, talla, IMC, Perímetro de Cintura (PC), nivel cultural, actividad física, perfil glucémico, si se precisa. Tensión Arterial (TA), Frecuencia Cardíaca (FC).

Anexos

6.B. Principales diagnósticos de enfermería

00001 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

Definición: Aporte de nutrientes que excede de las necesidades metabólicas

Relacionado con (R/C):

- Aporte excesivo de nutrientes en relación con el gasto energético, desconocimiento de la alimentación adecuada, comer en respuestas a situaciones sicosociales, cultural, ansiedad,...

Manifestado por (M/P):

- IMC > 25, patrones alimentarios inadecuados.
- Se desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando la causa sea un trastorno patológico, la toma de ciertos medicamentos,.....En estos casos habría que abordar el problema desde otro punto de vista necesitando probablemente la colaboración conjunta de otro profesional.

00002 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Relacionado con (R/C):

- Aporte insuficiente de nutrientes en relación con el gasto, desconocimiento de la alimentación adecuada, valores y creencias.

Manifestado por (M/P)

- IMC < 18,5.
- Se desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando la causa sea un trastorno patológico, la toma de ciertos medicamentos o trastornos psíquicos.

CONSEJO DIETÉTICO

00120 - BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Relacionado con (R/C):

- Alteración de la imagen corporal, deterioro funcional.

Manifestado por M/P:

- Verbalizaciones autonegativas, conductas indecisas y expresiones de inutilidad.

00163 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN

Definición: Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado (alimentación y nutrición adecuadas y que pueden mejorar).

00168 SEDENTARISMO

Definición: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Relacionado con (R/C):

- Desconocimiento de los beneficios para la salud que conlleva el ejercicio físico.
- Carencia de motivación / interés.
- Carencia de recursos (tiempo, dinero, compañero, facilidades).

Manifestado por (M/P):

- Elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física.
- Verbaliza la preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física.

Anexos

6.C. Principales resultados esperados (objetivos) (NOC)

NOC 1006 PESO: Masa corporal						
Indicador	1 desviación grave	2 desviación sustancial	3 desviación moderada	4 desviación leve	5 sin desviación	
100606 IMC* IMC Inicial Objetivo CAT Ponderal ** Inicial Objetivo						
100604 PC *** PC Inicial Objetivo						

* Registrar valor del IMC, tanto en el momento inicial como el resultado esperado.

** Registrar la Categoría Ponderal tanto en el momento inicial como el resultado esperado.

*** Registrar valor del Perímetro de Cintura tanto en el momento inicial como el resultado esperado. Tener en cuenta los siguientes valores de riesgo de complicaciones metabólicas del PC:

Varones: Riesgo aumentado: PC = 94 cm
 Riesgo muy aumentado: PC = 102 cm
 Mujeres: Riesgo aumentado: PC = 80 cm
 Riesgo muy aumentado: PC = 88 cm.

CONSEJO DIETÉTICO

NOC 1612

CONTROL DE PESO

Indicador (escala Likert)

1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado

161207 mantiene patrón alimentación adecuado:

161201 supervisa el peso:

161203 equilibrio ejercicio-ingesta:

NOC 1802

CONOCIMIENTO: DIETA

Indicador (escala Likert)

1 ninguno; 2 escaso; 3 moderado; 4 sustancial; 5 extenso

180201 descripción dieta:

180211 planifica menús adaptados:

180213 adapta la alimentación a situaciones sociales:

NOC 1014

APETITO

Indicador (escala Likert)

1 gravemente comprometido; 2 sustancialmente comprometido; 3 moderadamente comprometido; 4 levemente comprometido; 5 no comprometido

101402 ansia por la comida:

101409 estímulos para comer:

NOC 1405

AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

Indicador (escala Likert)

1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado

140205 planea estrategias para superar las situaciones estresantes:

140207 utiliza técnicas de relajación para disminuir la ansiedad:

NOC 1200

IMAGEN CORPORAL

Indicadores (Escala Likert)

1 = nunca positivo; 2 raramente positivo; 3 a veces positivo; 4 frecuentemente positivo; 5 siempre positivo

12005 satisfacción con el aspecto corporal

NOC 1305

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA

Indicadores (Escala Likert)

1 nunca demostrado; 2 raramente demostrado; 3 a veces demostrado; 4 frecuentemente demostrado; 5 siempre demostrado

130505 Expresiones de optimismo sobre el presente

130501 Establecimiento de objetivos realistas

130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro

Anexos

NOC 1811

CONOCIMIENTO:

ACTIVIDAD PRESCRITA

Indicadores (Escala Likert)

1 ninguno; 2 escaso; 3 moderado; 4 sustancial; 5 extenso

181101 Descripción de la actividad prescrita

181103 Descripción de los efectos esperados de la actividad

181107 Descripción de estrategias para el incremento gradual de la actividad

181110 Descripción de los obstáculos que presenta para la aplicación de la actividad física habitual

NOC 1805

CONOCIMIENTO:

CONDUCTA DE SALUD

Indicadores (Escala Likert)

1 ninguno; 2 escaso; 3 moderado; 4 sustancial; 5 extenso

180501 Descripción de prácticas nutricionales saludables

180502 Descripción de los beneficios de la actividad y ejercicio

180503 Descripción de las técnicas efectivas de control del estrés

180507 Descripción de los efectos sobre la salud del consumo de alcohol

NOC 1701

CREENCIAS SOBRE LA

SALUD: CAPACIDAD

PERCIBIDA PARA ACTUAR

Indicadores (Escala Likert)

1 ninguno; 2 escaso; 3 moderado; 4 sustancial; 5 extenso

170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable.

170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro.

170108 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud.

CONSEJO DIETÉTICO

6.D. Principales intervenciones

5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

Definición: proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

- Determinar actitudes y creencias de los pacientes/ cuidadores acerca de la comida y el cambio nutricional del paciente.
- Identificar las situaciones en que se utiliza la comida como recompensa/ consuelo y buscar una respuesta conductual adecuada.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Desaconsejar las comidas abundantes 3 veces/ día; programar ingesta frecuente (5 al día) y de poca cantidad.

0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

Definición: facilitar ejercicios a realizar diariamente para mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Instruir al paciente acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud.
- Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad del ejercicio.
- Incluir a la familia / cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del ejercicio.

5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO

Definición: Preparar a la persona para que consiga / mantenga el nivel de actividad prescrito.

Anexos

Actividades:

- Informar del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.
- Enseñar a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.
- Advertir al paciente del peligro de sobrestimar sus posibilidades.
- Ayudarle a incorporar actividad / ejercicio en la rutina diaria.
- Proporcionar información acerca de los recursos / grupos de apoyo comunitario para aumentar el cumplimiento de actividad física / ejercicio, si procede.

1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO

Definición: facilitar la pérdida de peso corporal y/ o grasa corporal.

Actividades:

- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.
- Establecer una meta de pérdida semanal/ quincenal.
- Registro y control del peso.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por deseables.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Planificar un programa de ejercicio.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso.

4360 MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Definición: promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación al cambio.
- Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por deseables.
- Identificar la conducta que ha de cambiar.

CONSEJO DIETÉTICO

- Utilizar periodos de tiempo específicos.
- Establecer objetivos de conducta de forma escrita.
- Registrar la conducta y sus cambios.
- Facilitar la implicación familiar.
- Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos.
- Realizar seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

Definición: Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de alimentos sólidos y líquidos.

Actividades:

- Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.
- Determinar las preferencias de comidas.
- Determinar el nº de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede.
- Ofrecer tentempiés (bebidas, fruta fresca, zumo de frutas), cuando sea preciso.
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Realizar una selección de comidas.
- Enseñar al paciente a que lleve un diario de comidas, si es necesario.
- Pesar al paciente a intervalos adecuados.
- Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.

5604 ENSEÑANZA: GRUPO

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de alimentación para personas que experimentan el mismo estado de salud: TALLER DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO

- Incluir a la familia si es necesario.
- 4 ó 6 sesiones.
- Facilitar organización y desarrollo de grupos de Promoción de la Salud.

5820- DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Enseñar a reconocer y/o detectar las manifestaciones físicas y psicológicas de la ansiedad.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Crear ambiente de confianza.
- Animar a que exprese sus temores, sentimientos y percepciones.
- Establecer actividades recreativas para disminuir la tensión, (baile, paseo,...).
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Controlar los estímulos.

1460. RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a la diferencia de sensibilidad resultante.

Actividades:

- Elegir ambiente tranquilo, cómodo y libre de interrupciones.

CONSEJO DIETÉTICO

- Indicar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión (ejercicios de respiración).
- Realizar la comprobación con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.
- Realizar ejercicios de tensión -distensión como fase de preparación para el aprendizaje de la técnica según edad.
- Hacer que el paciente tense, durante 5-10", cada uno de los grupos musculares seleccionados y adaptados a su programa. Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.
- Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.
- Realizar alguna comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.
- Dar tiempo para que la niña/o exprese sus sentimientos acerca de la intervención.

5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Ayudarle a establecer objetivos realistas, alcanzables.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.

Anexos

5220 POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes de la persona hacia su cuerpo.

Actividades:

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Ayudar a los pacientes a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debido a estados congénitos, lesiones, enfermedades.
- Utilizar dibujos de si mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal.

5270 APOYO EMOCIONAL

Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimos en momentos de tensión.

Actividades:

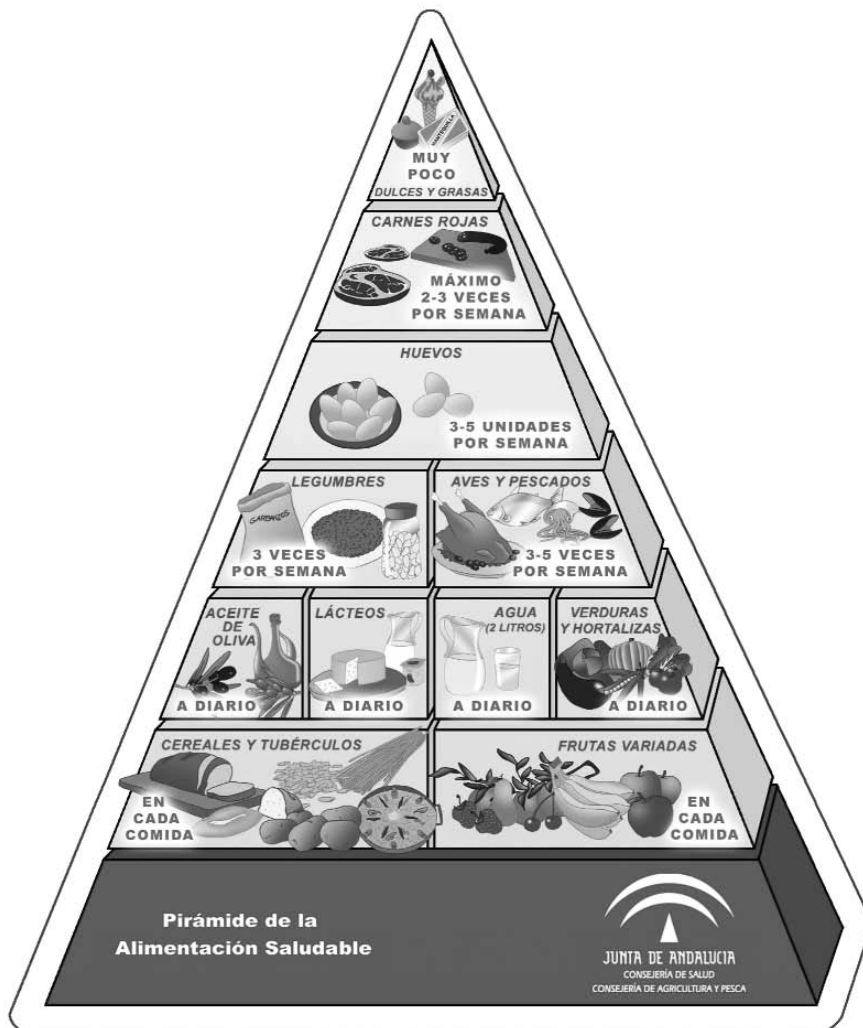
- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Ayudar a reconocer sentimientos de ansiedad, ira, tristeza, culpa o vergüenza.
- Escuchar la expresión de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

CONSEJO DIETÉTICO

Esquema de los principales diagnósticos de enfermería (NANDA), Resultados esperados (NOC) e Intervenciones (NIC)

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
00001 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO	1006 - Peso: Masa Corporal. 1612 - Control de Peso. 1802 - Conocimiento: Dieta. 1014 - Apetito. 1402 -Autocontrol de la Ansiedad. 1701- Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	5246 - Asesoramiento Nutricional. 0200 - Fomento del ejercicio. 1280 - Ayuda para disminuir el peso. 4360 - Modificación de conducta. 5604 - Enseñanza grupo. 5820 - Disminución de la ansiedad. 1460 - Relajación muscular progresiva.
00002 - DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	1006 - Peso: Masa Corporal. 1612 - Control de Peso. 1802 - Conocimiento: Dieta. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	1100 - Manejo de la Nutrición. 4360 - Modificación de conducta.
00120 - BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	1205 - Autoestima. 1200 - Imagen Corporal. 1305 - Adaptación Psico-Social: Cambio de Vida.	5400 - Potenciación de la autoestima. 5220 - Potenciación de la imagen corporal. 5270 - Apoyo emocional.
00163 - DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN	1802 - Conocimiento: Dieta. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	5246 - Asesoramiento Nutricional. 0200 - Fomento del ejercicio. 5604 - Enseñanza grupo.
00168 SEDENTARISMO	1701 - Creencias sobre la salud: Capacidad percibida para actuar. 1811 - Conocimiento: Actividad prescrita. 1805 - Conocimiento: Conducta de salud.	0200 - Fomento del ejercicio. 4360 - Modificación de conducta. 5612 - Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito.

ANEXO 7. Pirámide de la alimentación saludable



CONSEJO DIETÉTICO

Pirámide de alimentación saludable

La pirámide de alimentación saludable se organiza en diferentes niveles, agrupándose el primero y segundo nivel en categorías de consumo diario. El tercero, cuarto y quinto nivel se refiere a consumo semanal, y el vértice o último nivel se define como de consumo ocasional.

Esta representación gráfica es la mejor guía cualitativa y en ella queda patente que la base de la alimentación son los cereales, tubérculos, frutas, hortalizas y legumbres, leche y derivados, junto con el aceite de oliva para la preparación y condimentación de los guisos y ensaladas.

Las proteínas animales, además de las lácteas, se recomiendan las procedentes del pescado, carnes blancas y huevos. Las carnes rojas deben estar presentes sólo con frecuencia semanal/quincenal. Es recomendable alternar las fuentes de proteínas animales con las fuentes vegetales, especialmente las legumbres (3 veces por semana).

Dentro del grupo de alimentos recomendados ocasionalmente, se encuentran los dulces, pasteles, snacks, bollería, helados, embutidos, mantequillas, margarinas, etc.

Número y tamaños de las raciones

La ingesta de alimentos recomendada, en cuanto a número de raciones y tamaño de las mismas, viene determinada por las necesidades de nutrientes que, a su vez vienen condicionados por la edad y las circunstancias fisiológicas y sociales de cada individuo. En las siguientes tablas se muestran las frecuencias y número de raciones recomendadas de forma orientativa así como el tamaño de las raciones consideradas como habituales dentro de cada grupo de alimentos.

Anexos

Categoría	Grupos de Alimentos incluidos en cada nivel	Raciones recomendadas	Alimentos de cada grupo	Cantidad por ración
Consumo diario	Primer nivel	4-6 raciones	Pan, cereales; diariamente. Dar preferencia a los integrales. Pastas (macarrones, espaguetis, fideos, etc.): dos veces por semana, alternando con arroz, legumbres, etc. Arroz: una o dos veces por semana, alternando con pastas, legumbres y tubérculos. Patatas; diariamente. Cocidas, asadas, en guisos. Evitar las fritas.	40-60 g pan; 3-4 rebanadas o un panecillo 60-80 g pasta; arroz: 1 plato normal 150-200 g patatas; 1 patata grande o 2 pequeñas
	Frutas variadas	3-5 raciones	Una ración de fruta de tipo cítrico y las otras, cualquier otra fruta de la estación. Incluir una fruta en cada comida	120-200 g: 1 pieza de fruta mediana, 200 ml de zumo 150 g - 175 g de sandía o melón, 12 uvas (100 g) 1 taza de fruta fresca picada; ¼ taza de frutas secas
	Segundo Nivel			
	Verduras y hortalizas	2-4 raciones	Mínimo dos raciones. Incluir siempre una ración en forma de ensalada y muy variada	150-200 g: 1 plato de ensalada variada. 1 plato de verdura cocida Las guarniciones pueden representar media ración.
	Agua	2 litros	Agua de red, aguas embotelladas, infusiones, bebidas con poco azúcar y sin alcohol	200-250 ml de leche; 1 taza de leche 200-250 ml yogur : 2 unidades
	Lácteos	2-4 raciones	Leche, yogur, queso, etc. Incluir en el desayuno, merienda, postre o como parte integrante de algunas recetas	125 g de queso fresco; 40-60 g de queso curado 10 ml : 1 cucharada sopera
	Aceite de oliva	3-5 raciones	Preferentemente aceite de oliva virgen y/o semilla	
Consumo semanal	Tercer Nivel			
	Aves y Pescados	3-4 veces	Alternando pescados azules y blancos, carnes blancas (pollo, pavo)	125-150 g (peso neto) de pescado 100-125 g (peso neto) carne:
	Legumbres/frutos secos	2-3 raciones	Incluir 2 veces por semana legumbres: lentejas, garbanzos, alubias, habas, etc.	1 filete pequeño de pollo, pavo o conejo, 60-80 g legumbres; 1 plato normal individual (150-200 g cocido) 20-30 frutos secos o semillas girasol
	Cuarto Nivel			
	Huevos	3-5 unidades	Alternando con pescados, carnes, legumbres. (Es importante recordar que los huevos forman parte de salsas y postres).	1-2 huevos
	Quinto Nivel			
	Carnes Rojas	Máximo 2 raciones semanal/quincenal	Evitar carnes grasas y vísceras	100- 125 g (peso neto) carne 1 filete pequeño de ternera, cerdo, cordero
	Sexto Nivel			

CONSEJO DIETÉTICO

ANEXO 8: Guía de alimentación equilibrada para adultos

Esta guía le ayudará a mejorar su estado de nutrición, mediante la elección de alimentos saludables. Encontrará consejos generales que pueden seguir todos los adultos. Consulte con su médico o enfermera para pautas dietéticas específicas.

Equilibre la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable. Favorezca la ganancia o pérdida según su situación

Consuma una amplia variedad de alimentos. Evite restricciones innecesarias.

Elija una dieta baja en grasa:

Reduzca el consumo de grasa saturada contenida en alimentos procedentes de animales terrestres y derivados: fiambre y charcutería, manteca, tocino, patés.

Limite el consumo de grasa láctea, consumiendo variedades descremadas o semidesnatadas de leche y otros productos como leches fermentadas, reduciendo asimismo el consumo de mantequillas.

Disminuya el consumo de alimentos ricos en colesterol: vísceras, grasa de la carne, yema de huevo, mantequilla, calamar, sepia y pulpo, productos de bollería y pastelería, crustáceos, quesos curados, mantecas, moluscos, embutidos.

Limite el consumo de todos aquellos productos de pastelería, bollería y heladería que contienen grasa saturada del tipo de aceites tropicales (coco y palma),

Evite o reduzca el consumo de ácidos grasos trans contenidos en grasas hidrogenadas: margarinas, algunas salsas comerciales, precocinados.

Limite el consumo de alimentos fritos.

Utilice para cocinar preferentemente aceite de oliva virgen extra y con moderación.

Consuma suficiente cantidad de proteínas, manteniendo un razonable equilibrio entre las fuentes alimentarias animales y vegetales de proteínas:

Limite el consumo de carnes rojas a 1-2 veces por semana seleccionando preferentemente las porciones más magras

Asegure el consumo de pescado al menos 3-4 veces por semana (una como mínimo pescado azul)

Incrementa el consumo de legumbres a 2-3 veces por semana.

Consuma de 3-4 huevos por semana.

Tome frutos secos o semillas una vez por semana (no es en caso de sobrepeso/obesidad)

Anexos

Aumente el consumo de fibra:

Consuma más de 3 raciones al día de frutas, una de ellas un cítrico.

Consuma más de 2 raciones de verduras y hortalizas, al menos una de ellas en forma de ensalada.

Tome de 4-6 raciones de cereales al día preferentemente integrales

Recuerde que las legumbres y los frutos secos contienen cantidades importantes de fibra.

Mantenga una ingesta de calcio adecuada:

Consuma de 2-4 raciones al día de lácteos y derivados: leche, yogur, queso, preferentemente variedades bajas en grasa

Consuma menos calorías, pero suficientes cantidades de vitaminas y minerales

Limite el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes:

- Alimentos procesados ricos en grasa y, almidón y/o azúcares como chocolates, helados o productos de repostería.
- Bebidas azucaradas :refrescos y zumos de frutas comerciales
- Azúcares simples: azúcar, miel, siropes, caramelos, golosinas
- Snacks salados

Limitar el consumo de sal y consumir preferentemente sal yodada.

Hacer 3 comidas principales y 2 pequeños colaciones al día.

Tome suficiente cantidad de líquidos: de 6 a 8 vasos al día de agua

Modere el consumo de alcohol

CONSEJO DIETÉTICO

¿A que equivale una ración de cada grupo de alimentos?

CEREALES: 4-6 RACIONES/día

1 ración equivale a:

- 1 rebanada de pan
- 1 taza de cereales
- ½ taza de arroz, pasta cocida
- 4 galletas

VERDURAS Y HORTALIZAS: 2 o mas raciones /día

1 ración equivale:

- 1 taza de verduras de hojas verdes crudos
- ½ taza de otros vegetales cocidos o crudos troceados

FRUTAS: 3 o mas raciones/día

1 ración equivale:

- 1 pieza mediana de naranja, melocotón, plátano, manzana, pera
- 1 tajada de melón o sandía
- ½ taza de frutas pequeñas o troceadas
- ¼ de taza de frutas desecadas
- ¾ taza de zumo natural

CARNE/PESCADO/HUEVOS / LEGUMBRES/FRUTOS SECOS: 2 raciones/día

1 ración equivale a:

- 60-90 gramos carne roja magra/aves/ pescado
- 1/2 taza* de legumbres cocidas, 1 huevo
- 1/3 de taza de frutos secos equivale a 30 gramos de carne

LACTEOS: 2-4 raciones/día

1 ración equivale:

- 1 vaso (250ml) de leche
- 2 yogures de 125ml
- 45 gramos de queso curado o gramos de queso fresco, requesón

*la taza se refiere a un volumen de 240 ml



**Plan para la promoción de la Actividad Física
y la Alimentación Equilibrada
2004-2008**

www.juntadeandalucia.es/salud/