

Consejo y prescripción dietética en atención primaria: un largo camino por recorrer

Muchas enfermedades altamente prevalentes y atendidas en las consultas de atención primaria (AP) son subsidiarias de un consejo dietético. En otros casos, como la obesidad y diabetes mellitus (DM), la intervención se convierte en una estrategia básica del tratamiento.

La DM, la dislipidemia, la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo y la obesidad son considerados actualmente importantes factores que es necesario controlar para disminuir el riesgo cardiovascular de la población. La hiperuricemia y la gota, las enfermedades óseas como la osteoporosis o la osteomalacia, y otras como la anemia, se benefician también de una intervención nutricional¹, tanto en el ámbito de la prevención en los individuos predispuestos como aplicada como coadyuvante terapéutico tras el diagnóstico. Determinados tipos de cáncer, en especial el de colon, podrían prevenirse con una alimentación que garantice una ingesta adecuada de fibra. Enfermedades de tipo degenerativo (Alzheimer, Parkinson y otras) se han relacionado también con factores dietéticos.

Al margen de la innegable y cada vez mayor relación entre dieta y enfermedad, en este momento, la disponibilidad de alimentos no es el único factor condicionante de la alimentación, de forma que podemos observar que un individuo de una sociedad industrializada puede alimentarse de forma incorrecta y perjudicial para la salud a pesar de encontrarse en una zona de abundancia. Esto es más evidente si carece de criterios sobre la alimentación equilibrada, lo que convierte en fundamental la educación nutricional a la población.

Intervención dietética en atención primaria

Desde las consultas de AP podemos participar en el abordaje, el control y el seguimiento de las principales enfermedades relacionadas con la nutrición, tanto en el ámbito individual como en el grupal, en el centro de salud, en el medio escolar o en la comunidad. Podemos definir 2 tipos de actuaciones:

– En primer lugar, el consejo dietético dirigido al individuo sano (prevención primaria) sin factores de riesgo con el objetivo de promover la adquisición de hábitos alimentarios correctos, tanto individuales como grupales. Aunque hasta el momento se dispone de pocos datos sobre la eficiencia

TABLA 1 **Características de la dieta mediterránea**

Consumo abundante de alimentos de origen vegetal: frutas, verduras, patatas, cereales, pan, legumbres, hortalizas, frutos secos y semillas
Alimentos mínimamente procesados, a ser posible frescos, de temporada, de cultivo local
Aceite de oliva como fuente de grasa principal, sustituyendo a otros aceites vegetales y grasas como la mantequilla y margarina.
Aporte total de grasa en la dieta del 25% del total energético, grasas saturadas, menos del 7-8%
Consumo diario de cantidades bajas/moderadas de queso/yogur, en especial en forma desnatada
Consumo diario de cantidades bajas/moderadas de pescado, marisco y aves de corral y hasta 4 o 5 huevos a la semana
Fruta fresca como postre diario, con limitación de los pasteles y dulces a unas pocas veces a la semana
Consumo de carnes rojas (raciones máximas 350-450 g a la semana)
Consumo moderado de vino tinto como acompañamiento de las comidas; 1-2 vasos/día en varones y un vaso/día en mujeres

acia del consejo dietético en la población, los diferentes consensos de expertos recomiendan una alimentación abundante en frutas y verduras, frutos secos, cereales y legumbres y otras características que se corresponden con un patrón de dieta identificado como dieta mediterránea (tabla 1). En cantidades apropiadas para mantener un normopeso y acompañada de ejercicio físico habitual, en las condiciones adecuadas de frecuencia, duración e intensidad, parece una opción razonable para mantener el estado de salud de este grupo de población². La pirámide de alimentación saludable para adultos sanos resulta una herramienta útil para realizar el consejo dietético a la población³.

– En segundo lugar, la prescripción dietética en pacientes con enfermedad establecida como parte del tratamiento integral del paciente (prevención secundaria). Se plantea fundamentalmente en el ámbito individual. La enfermedad cardiovascular (ECV) por su elevada morbimortalidad y los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) por su alta prevalencia son los ejes principales de atención en este apartado y una preocupación evidente de todos los grupos de expertos. Entre todos los FRCV, el más importante es la obesidad, debido a su asociación con una mayor mortalidad y a su relación con aumento en la incidencia de DM de tipo 2, HTA y ECV, entre otros problemas de salud. La

TABLA
2Registro mínimo para la investigación de hábitos alimentarios.
Errores detectados

1. ¿Hace usted alguna dieta especial?
2. ¿Come usted de todo?
3. ¿Toma leche todos los días?
4. ¿Toma frutas y/o verduras a diario?
5. ¿Alterna carne, pescado y huevos?
6. ¿Toma legumbres y/o arroz alguna vez a la semana?
7. ¿Cuántas comidas hace al día?
8. ¿Pica usted entre horas?
9. ¿Consumo bollería industrial con excesiva frecuencia?

dieta mediterránea se ha mostrado efectiva frente a otras opciones, en términos de prevención cardiovascular^{3,4}. Otro tipo de dieta que ha mostrado beneficios, específicamente en pacientes con HTA, es la dieta DASH⁵, similar a la anterior, en la que se potencia el consumo de fruta y verduras, alimentos naturales en general y un escaso aporte de sal.

Hasta este momento, los datos disponibles acerca de la intervención nutricional son escasos, lo que se debe a los diferentes defectos metodológicos utilizados en los estudios realizados. Esto plantea dificultades a la hora de generalizar las recomendaciones nutricionales, tal y como se recoge en la revisión sobre la obesidad en adultos de la USPSTF⁶. En ella se considera que las intervenciones nutricionales más efectivas son las que combinan educación nutricional, consejo dietético y ejercicio físico, junto con estrategias dirigidas a favorecer el cambio de conducta. Asimismo, se sugiere el modelo organizativo de las 5 «A», conocido por su utilización para el abandono del hábito tabáquico:

- Averiguar los hábitos dietéticos y los factores de riesgo relacionados.
- Aconsejar el cambio de las prácticas dietéticas no saludables.
- Acordar los objetivos individuales del cambio dietético.
- Ayudar a cambiar las prácticas dietéticas o a afrontar las barreras motivadoras.
- Asegurar un seguimiento y apoyo regular o remitir a un recurso más intensivo.

Valoración del paciente

Una adecuada valoración del paciente forma parte de la intervención nutricional y, aunque será diferente en los individuos o las poblaciones sanos, o en los pacientes con enfermedad establecida, la evaluación mínima debe incluir las siguientes determinaciones:

1. Peso, talla e índice de masa corporal (IMC). Si el IMC ≥ 25 se recomienda medir el perímetro de la cintura, pará-

metro fundamental que define la obesidad abdominal, componente principal del síndrome metabólico, considerado hoy día por algunos autores como el eje fisiopatológico central causante de la enfermedad cardiovascular. Se considera patológico cuando es ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres.

2. Investigación de los hábitos alimentarios. Para la detección de hábitos alimentarios erróneos es muy probable que sea suficiente un registro mínimo (tabla 2) que permita descubrir algunos de los errores más frecuentes en la alimentación del adulto: no tomar leche ni otros lácteos, comer pocas/muchas frutas, comer poca carne o alimentos proteínicos en general, no comer legumbres, picar continuamente, etc. En la mayoría de los casos será necesario completar una historia dietética con un registro más exhaustivo a través de una encuesta alimentaria (frecuencia de consumo o recordatorios de 24 h).

3. Clasificar al paciente, según la actividad física realizada, como activo (si realiza ejercicio durante más de 30 min diarios, más de 3 días a la semana, con una intensidad capaz de mantener las pulsaciones entre el 65 y el 85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica), parcialmente activo (si realiza ejercicio físico sin cumplir los requisitos mínimos descritos) o inactivo (si no realiza ejercicio físico de forma habitual).

4. Completar la valoración de otros factores de riesgo.

A partir de aquí es más complicado «aconsejar, acordar, ayudar». A pesar de tener claro el tipo de consejo que precisa nuestro paciente, incluso con los escasos datos disponibles, se añaden las dificultades para llegar a acuerdos individuales o ayudar a afrontar las barreras motivadoras, así como para asegurar un seguimiento a largo plazo, aceptar y ayudar a afrontar los fracasos, las recaídas, etc. El campo de actuación es inmenso y quedan aún muchas cosas por aclarar, como el papel de ciertos antioxidantes en la dieta, los beneficios de los alimentos probióticos, los flavonoides, la nutrigenómica, etc. La intervención nutricional desde las consultas de AP se ha convertido en una de las herramientas más útiles en el intento de disminuir las enfermedades con una alta prevalencia y morbilidad en nuestra población. La formación y la investigación en este campo son áreas clave para garantizar el progreso. Estamos casi al principio de un largo camino.

Desde las consultas de AP disfrutamos de una situación privilegiada para desarrollar programas adecuados que permitan abordar de una manera efectiva los problemas relacionados con los malos hábitos alimentarios y su negativa repercusión en el estado de salud de la población.

Lourdes Carrillo Fernández^a
y Alberto Sacristán Rubio^b

^aGfT semFYC Alimentación y Nutrición. Centro de Salud La Victoria de Acentejo. Santa Cruz de Tenerife. España.

^bGfT semFYC Alimentación y Nutrición. CS Ibiza. Madrid. España.

Bibliografía

1. Royo MA. Recomendaciones nutricionales y alimentarias para una dieta cardiosaludable. *Rec Esp Nutr Comunitaria*. 2004;10:122-43.
2. Serra L, Aranceta J. Objetivos nutricionales para la población española. En: Serra L, Aranceta J, Mataix J, editores. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías alimentarias para la población española. Recomendaciones para una dieta saludable. Madrid: IM&C; 2001. p. 345-51.
3. Dapich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Batrina J, Serra Majem L. Guía de la alimentación saludable. Madrid: SENC; 2004.
4. De Lorgeril M, Salen P, Martín JL, Monjaud I, Delaye J, Mammelle N, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. Final Report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*. 1999;99:779-85.
5. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001;344:3-1.
6. US Preventive Services Task Force. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med*. 2003;139:930-2.