

---

# Consejo dietético en Atención primaria

---

Juana María Rabat Restrepo  
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
Sevilla

**Málaga 27-6-2006**

CONSEJERÍA DE SALUD



PLAN PARA  
LA PROMOCIÓN DE  
LA ACTIVIDAD FÍSICA Y  
LA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

2004-2008

---

# Consejo Dietético en Atención Primaria

- ✍ **JUSTIFICACIÓN**
  - ✍ **METODOLOGÍA**
  - ✍ **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**
  - ✍ **OBJETIVOS**
  - ✍ **ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETETICO**
    - ✍ **A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO**
    - ✍ **FASES DE LA MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN**
    - ✍ **DETECCIÓN**
    - ✍ **ACCIÓN:**
      - ✍ **CONSEJO BÁSICO**
      - ✍ **CONSEJO INTENSIVO**
  - ✍ **SISTEMA DE REGISTRO Y EVALUACIÓN**
-

## **JUSTIFICACIÓN**

Correlaciones entre algunas patologías y ciertos factores de riesgo de origen alimentario

<b>Patología</b>	<b>Factores de riesgo de origen alimentario</b>
<b>Hipertensión arterial</b>	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal
<b>Enfermedades cerebrales y cardiovasculares</b>	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de ácidos grasos saturados Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
<b>Cánceres (especialmente de colon, mama próstata y estómago)</b>	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras Actividad física inadecuada o exceso ponderal
<b>Obesidad</b>	Aporte energético excesivo Actividad física inadecuada
<b>Diabetes no insulino dependientes (tipo 2)</b>	Obesidad Actividad física inadecuada
<b>Osteoporosis</b>	Aporte inadecuado de calcio Aporte inadecuado de vitamina D Actividad física inadecuada
<b>Caries</b>	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables /alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
<b>Erosión dental</b>	Consumo de alimentos, frutas o bebidas de contenido ácido
<b>Trastornos debidos a una deficiencia de yodo</b>	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo

## JUSTIFICACIÓN

<b>Patología</b>	<b>Factores de riesgo de origen alimentario</b>
<b>Nacimientos prematuros e insuficiencia ponderal al nacer</b>	Aporte inadecuado de nutrientes
<b>Anemia ferropénica</b>	Aporte inadecuado o inexistente de hierro Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
<b>Malformaciones del tubo neural (Espina bífida)</b>	Aporte inadecuado de folato y ácido fólico
	Consumo inadecuado de frutas y verduras
<b>Menor resistencia a las infecciones</b>	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo inadecuado de micronutrientes Lactancia materna inadecuada
<b>Alergias alimentarias</b>	Presencia de alérgenos en los alimentos
<b>Intoxicación alimentaria infecciosa</b>	Presencia de microorganismos patógenos en los alimentos
<b>Intoxicaciones alimentarias no infecciosas</b>	Presencia de sustancias patógenas en los alimentos, por ejemplo dioxinas, mercurio, plomo y otros metales pesados, residuos agroquímicos y otros contaminantes.

Fuente: Comisión Europea: Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión europea en el campo de la Nutrición en Europa, 2003.

## **JUSTIFICACIÓN**

### **obesidad**

#### **Clasificación actual de los IMC**

Desnutrición severa:	< 16 kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición moderada:	16-16.9 kg/m <sup>2</sup>
Desnutrición leve:	17-18.5 kg/m <sup>2</sup>
Normal:	18.5 - 24.9 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso grado I:	25-26.9 kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso grado II (preobesidad):	27-29.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad tipo I:	30-34.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad tipo II:	35-39.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad tipo III (mórbida):	40-49.9 kg/m <sup>2</sup>
Obesidad tipo IV (extrema):	> 50 kg/m <sup>2</sup>

Fuente: SENC: Guías alimentarias para la población española, recomendaciones para una dieta saludable, 2001.

## JUSTIFICACIÓN

### obesidad

#### Porcentaje de población andaluza de 25 a 60 años, con sobrepeso y obesidad

Edad	Sobrepeso (IMC 25-29.9 Kg/m <sup>2</sup> )		Obesidad (IMC ≥30 Kg/m <sup>2</sup> )	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
25-39	24	43.5	7.6	11.9
40-49	36.1	48	23.7	21.4
50-60	40	47.6	38.7	26.6
Total	31	45.9	23.3	19.9
Total	39		21.6	

Fuente: Consejería de Salud: Valoración del estado nutricional de la Comunidad Autónoma de Andalucía, 2000.

---

## **JUSTIFICACIÓN**

### **Factores de riesgo cardiovascular**

#### **Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adultos con IMC > 30**

Hipertensión	43,6 %
Tabaco	28,1 %
Diabetes	11,6 %
Hipercolesterolemia	19.8 %
Hipertrigliceridemia	10.5 %

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Estudio DRECA, dieta y riesgo de enfermedades cardiovasculares en Andalucía, 1999.

---



## **JUSTIFICACIÓN**

### **sedentarismo**

#### **Tipo de ejercicio físico realizado en tiempo libre, por sexo (%)**

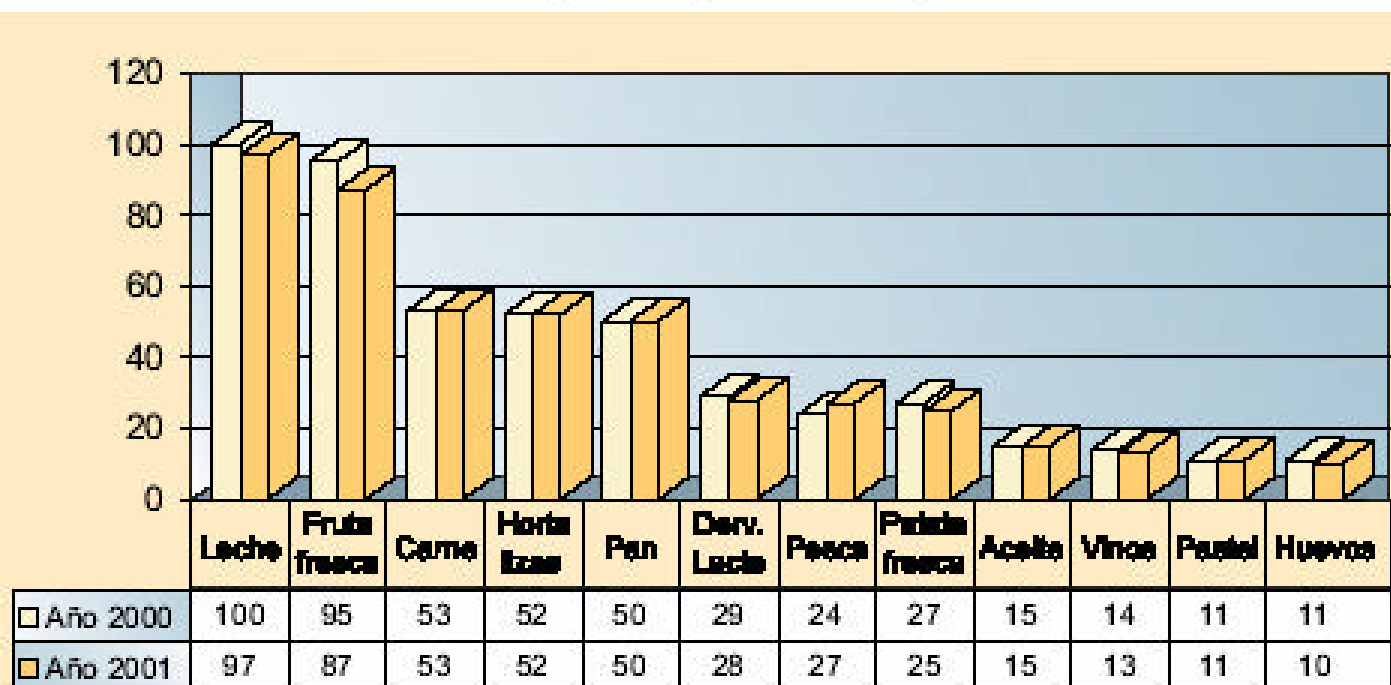
	Hombre	Mujer	Total
Sedentario, no hago ejercicio físico en tiempo libre	48.04	58.90	53.47
Alguna actividad física o deportiva ocasional	35.68	34.65	35.16
Actividad física regular, varias veces al mes	10.14	4.01	7.08
Entrenamiento físico varias veces a la semana	5.86	1.94	3.90

Fuente: Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud, 1999.

## JUSTIFICACIÓN

### Dieta no equilibrada

**Consumo alimentario en el hogar,  
Consumo per cápita 2001 y 2002**



Fuente: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Panel de Consumo Alimentario, 2001.

---

## JUSTIFICACIÓN

### **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)**
- ✍ **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)**
- ✍ **La Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC).**

Otras fuentes consultadas fueron las recomendaciones de la

- ✍ **Organización Mundial de la Salud**
  - ✍ **Sociedades científicas españolas, principalmente las de**
  - ✍ **Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)**
  - ✍ **Sociedad de Endocrinología y Nutrición (SEEN)**
  - ✍ **Sociedad Española de Cardiología (SEC).**
-

## **EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

### **Clasificación del nivel de evidencia científica disponible AHRQ**

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

IIa: 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 IIa, IIb y III**

**C: Recoge el nivel de evidencia IV.**

**X: Existe evidencia de riesgo para esta intervención**

---

## EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

**Sobre los resultados sobre la evidencia científica obtenida de la revisión de la literatura científica realizada, 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 el 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 morbilidad y mortalidad, sobre todo en los países desarrollados.**

## EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

4. Como principio general, es importante resaltar que **el consejo dietético nunca debe ir separado de la recomendación de la realización de ejercicio físico**, según 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.

## EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

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 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 casi diaria en población general** y en personas mayores realizar ejercicios que lleven a un fortalecimiento de la musculatura y adiestramiento para mantener el equilibrio.
-

---

## **CONSEJO DIETETICO: EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES**

Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease. Geneva, 2002

- ✍ **Consistente.** Evidencia basada en estudios epidemiológicos que demuestran asociación entre exposición y enfermedad, con ninguna evidencia de lo contrario. La asociación debe ser, además, biológicamente plausible.
  - ✍ **Probable.** Evidencia basada en estudios epidemiológicos que demuestran de forma imparcial asociación entre exposición y enfermedad, pero se perciben deficiencias o existe alguna evidencia contraria, lo cual imposibilita un juicio definitivo. De nuevo, la asociación debe ser biológicamente plausible.
  - ✍ **Posible.** Evidencia basada fundamentalmente en hallazgos de estudios casos-control y transversales. Se necesitan más ensayos clínicos para apoyar la asociación, los cuales deberán ser biológicamente plausibles.
  - ✍ **Insuficiente.** Evidencia basada en hallazgos de pocos estudios sugestivos, pero insuficientes, para establecer la asociación entre exposición y enfermedad.
-



## ***Evidencia de factores que protegen y previenen el sobrepeso y la obesidad***

<b><i>EVIDENCIA</i></b>	<b><i>DISMINUYE RIESGO</i></b>	<b><i>SIN RELACIÓN</i></b>	<b><i>AUMENTA RIESGO</i></b>
<b>Consistente</b>	Actividad física regular Dieta rica en fibra		<b>Sedentarismo</b> Ingesta elevada de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes.
<b>Probable</b>	Dieta saludable para niños: medio escolar y en la casa Lactancia materna		<b>Publicidad excesiva: alimentos muy calóricos y comidas rápidas</b> <b>Alto consumo de bebidas azucaradas (refrescos) y zumos de frutas envasados</b> <b>Nivel socio-económico bajo</b>
<b>Posible</b>	<b>Alimentos con bajo índice glucémico</b>	<b>Contenido proteico de la dieta</b>	<b>Raciones muy abundantes</b> <b>Comidas fuera de casa o para llevar</b> <b>Patrón dietético: alternancia de periodo restrictivos con periodos de ingesta compulsiva</b>
<b>Insuficiente</b>	Incremento frecuencia tomas		<b>Alcohol</b>

## **Evidencia de factores que protegen y previenen la diabetes mellitus**

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

## ***Evidencia de factores que protegen y previenen las enfermedades cardiovasculares***

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

## ***Evidencia de los factores que protegen y previenen la osteoporosis***

<b><i>EVIDENCIA</i></b>	<b><i>DISMINUYE RIESGO</i></b>	<b><i>SIN RELACIÓN</i></b>	<b><i>AUMENTA RIESGO</i></b>
<b>Consistente<sup>a</sup></b>	Vitamina D Calcio Actividad física		Alcoholismo Bajo peso
<b>Probable<sup>a</sup></b>		Flúor	
<b>Posible</b>	Frutas y vegetales Consumo moderado alcohol Soja	Fósforo	Consumo elevado de sal Consumo disminuido de prote ínas <sup>a</sup> Consumo elevado de prote ínas
<b>Insuficiente</b>			

<sup>a</sup>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

# “estilo de vida”

- ✍ se puede entender como la manera habitual de vivir de las personas y de los grupos sociales, y está considerado 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.
- ✍ 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 en nuestra comunidad autónoma<sup>[i]</sup>.

---

[i] Martín Criado E., Moreno Pestaña JL. Conflicto sobre lo sano: Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Sevilla, 2005.

---

# Intervención sobre estilos de vida

**(puesta en marcha del consejo dietético)  
cambio individual / contexto social**

- ✍ Factores que actúan como determinantes sociales e individuales:
    - ✍ Nivel escolar
    - ✍ Accesibilidad a determinados alimentos
    - ✍ Preferencias y gustos familiares
    - ✍ Disponibilidad y tiempo para cocinar
    - ✍ Edad
    - ✍ ...etc.
-

---

JUSTIFICACIÓN  
METODOLOGÍA  
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES  
**OBJETIVOS**

## GENERAL

**Reducir la morbilidad 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** el impacto de las intervenciones.
-

---

JUSTIFICACIÓN

METODOLOGÍA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

OBJETIVOS

ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO

## **A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO**

✍ 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.

---



---

JUSTIFICACIÓN

METODOLOGÍA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

OBJETIVOS

ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO

A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO

## **FASES DE LA MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN**

Valoración del grado de motivación de la persona para cambiar los factores de riesgo (sobrepeso, sedentarismo y otros)

Se recomienda la utilización del modelo transteórico de las etapas de cambio (Prochaska y Diclemente),

---

Fase	Características de la persona	Intervención del profesional
Pre-Contemplativa	No reconoce tener un problema No considera cambiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar información general sobre la problemática ( en forma neutral)</li> <li>• No aconsejar aún medidas de acción a tomar</li> </ul>
Contemplativa	Puede reconocer los problemas que acarea su situación Puede examinar las implicaciones de cambiar. No comienza aún el cambio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los aspectos positivos, lo que el paciente considera logros en su situación.</li> <li>• Reconocer la ambivalencia</li> <li>• Trabajar balances beneficios / costos</li> <li>• Desarrollar la discrepancia, contradicciones entre la conducta actual y las metas más amplias, y el concepto de sí mismo.</li> <li>• Facilitar una reevaluación , reconsideración cognitiva y emocional del comportamiento alimentario/ actividad física.</li> </ul>
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"> <li>• En esta fase habrá que considerar con el paciente estrategias y alternativas realistas para su situación actual.</li> </ul>
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"> <li>• En este periodo hay que ofrecer apoyo, reforzar los logros y prever las dificultades que los cambios pueden presentar (físicos, emocionales, sociales).</li> </ul>
Mantenimiento	La persona esta consiguiendo el objetivo inicial y trabaja por mantenerlo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta fase hay que prevenir las recaídas y considerarlas como parte del proceso de recuperación, aprendiendo de ellas para planificar los siguientes pasos.</li> </ul>
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.	

---

JUSTIFICACIÓN  
METODOLOGÍA  
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES  
OBJETIVOS  
ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO  
A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO

## FASES DE LA MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN

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

---

---

JUSTIFICACIÓN  
METODOLOGÍA  
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES  
OBJETIVOS  
ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO  
A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO  
FASES DE LA MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN

## **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 IMC
    - ✍ Se valorarán hábitos de vida: valorar la ingesta habitual y actividad física
    - ✍ Otros factores de riesgo.
  
  - ✍ Informar sobre los riesgos de continuar con hábitos de vida no saludables y recomendación de la importancia de la modificación de los mismos.
  
  - ✍ Valoración de la fase de motivación para el cambio, 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.
-

---

JUSTIFICACIÓN  
METODOLOGÍA  
EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES  
OBJETIVOS  
ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO  
A QUIEN VA DIRIGIDO EL CONSEJO  
FASES DE LA MOTIVACIÓN E INTERVENCIÓN  
DETECCIÓN

## **ACCIÓN:**

### **CONSEJO BÁSICO**

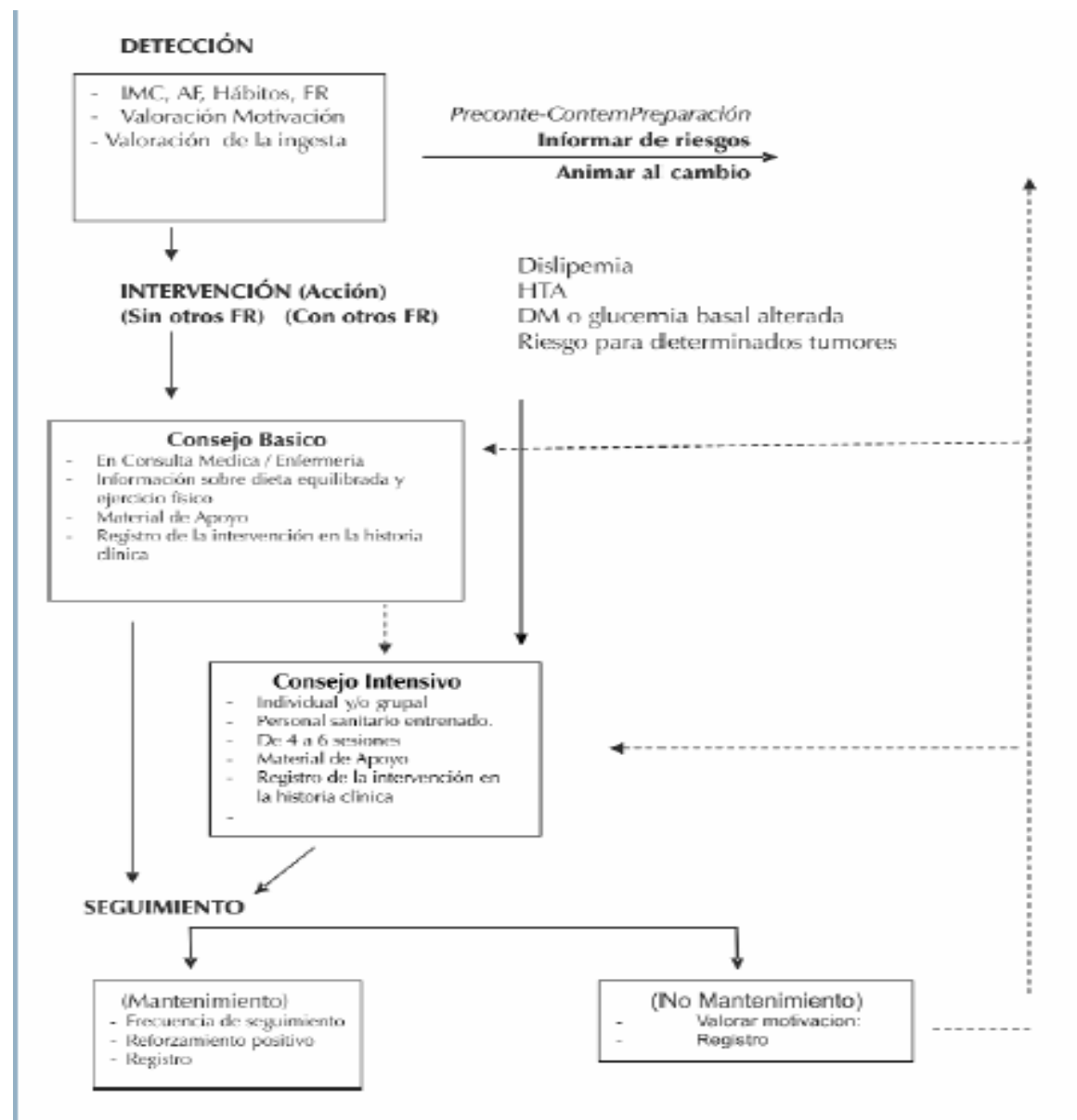
Ofrecer consejo breve sobre actividad física y alimentación equilibrada.

### **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, con la colaboración de otros profesionales sanitarios en caso necesario.

---



---

### ***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 aquellos 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 física de carácter aeróbico (marchas, carreras, natación, ciclismo, etc).

---

---

JUSTIFICACIÓN

METODOLOGÍA

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

OBJETIVOS

ORGANIZACIÓN DEL CONSEJO DIETÉTICO

•**SISTEMA DE REGISTRO Y EVALUACIÓN**

### **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)

### **Sistema de Información para Seguimiento y Evaluación de la Intervención Educativa**

---