

EDUCACIÓN NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OBESO

Podemos definir la obesidad como el acumulo excesivo de grasa corporal, y esto es la consecuencia de un ingreso calórico superior al gasto energético del individuo. Este exceso por tanto comporta un riesgo sobreañadido para la salud.

La obesidad puede considerarse como un síndrome de etiología multifactorial. Es un trastorno crónico que puede en ocasiones limitar considerablemente la vida de quien la padece.

Las pérdidas de peso moderadas, pero mantenidas en el tiempo, aportan beneficios sobre las complicaciones metabólicas asociadas. Habrá por tanto que conceder especial preponderancia a los programas de educación alimentaría y modificación de hábitos encaminados a la prevención de esta patología.

Son mucho los factores que influyen en la aparición del sobrepeso en la población y a la vez explican las diferencias existentes entre los distintos países.

Entre los **factores demográficos** como: La edad, el sobrepeso aumenta generalmente a partir de los 55 años en el hombre y de los 50 años en la mujer. También La Etnia, pues existen diferencias de peso inexplicables entre distintos colectivos étnicos.

Otros como **los factores socioculturales**. Teniendo en cuenta el nivel de educación vemos que existe una mayor prevalencia de obesidad en colectivos con un nivel cultural más bajo.

Otro factor a tener en cuenta es el Nivel Económico/ Profesional, ya que es frecuente una mayor prevalencia de obesidad entre aquellos colectivos con ingresos más bajos.

Y como no el estado civil, un buen ejemplo en este caso es el aumento de peso que normalmente experimentamos tras el matrimonio.

También **los factores biológicos** como la Paridad ya que el I.M.C. suele aumentar con el número de hijos.

Y finalmente **los factores de conducta y ambientales**. Como la nutrición sobre todo cuando aumentamos el porcentaje de grasas en la dieta.

El abandono del tabaco que facilita el aumento de peso (aunque suele ser temporal).

El consumo moderado - elevado de alcohol que también se puede asociar con un mayor I.M.C.

Las personas físicamente activas son más delgadas que las inactivas o que aquellas que han abandonado la actividad física que previamente realizaban.

La obesidad es por tanto un problema de Salud Pública y en consecuencia, resulta importante tener un conocimiento exacto de los factores que inciden en un aumento de su prevalencia para poder solucionarlo.

En base a estos conocimientos nos planteamos la necesidad de desarrollar programas de educación nutricional.

EDUCACIÓN NUTRICIONAL

La educación nutricional del paciente obeso comienza a partir de la primera consulta individualizada.

1. El paciente deberá realizar durante seis días seguidos un diario dietético con:
 - ✓ Registro de comidas
 - ✓ Cantidades aproximadas
 - ✓ Preparaciones culinarias
 - ✓ Y horarios en que se realizan cada una de las ingestas

Para ello seguirá las instrucciones del patrón de muestra del registro entregado en la consulta.

2. Finalizado el diario dietético personal, el paciente lo entrega en la consulta de Dietética (momento decisivo para ver el grado de participación futura) y tras realizar el cálculo, se planifica una dieta personalizada por el sistema de U.I.; a esta dieta se le restarán entre un 20 - 40 % del VCT que obtenemos del registro personal dietético.

Hemos de tener en cuenta que la reducción energética al inicio del tratamiento en obesidades, no debe exceder en cada caso del 40 % de VCT. Se debe realizar un descenso progresivo de las calorías de la dieta para que esta sea aceptable y flexible.

Por otra parte es fundamental fraccionar la dieta en 4 - 6 tomas diarias incluyendo colaciones poco calóricas entre horas con el fin de:

- ✓ Evitar el tiempo excesivo entre ingestas.
 - ✓ Disminuir la sensación de estómago vacío y la ansiedad entre las comidas principales.
 - ✓ Tener en cuenta la distribución energética a lo largo del día, pues debe seguir un ritmo similar al de la dieta habitual normocalórica, adaptándolo al número de ingestas.
3. Una vez realizada la dieta, se explica al paciente (y al familiar que cocine para él, si es el caso) de forma detallada el sistema de UI, y se hace entrega de todo el proceso planificado y por escrito.

4. El siguiente paso es el seguimiento personal por medio de una consulta semanal durante más o menos un mes, para corregir los posibles errores o dudas en el diario de registro dietético, generalmente, tras este corto período de tiempo vemos el grado de participación y motivación; si es adecuado, se le oferta formar parte del "grupo para educación nutricional" explicándole en que consiste y dándole a firmar una aceptación de condiciones y compromiso.

5. Fomentamos por último la aceptación y seguimiento del plan de alimentación personalizado y la realización del ejercicio físico recomendado con constancia.

Nuestro objetivo principal es:

Dar información suficiente y aplicada con metodología participativa, dentro de un diálogo constructivo sobre la enfermedad, el abordaje dietético y los planes de alimentación individuales.

Se trata en concreto de:

- ✓ Fundamentar, ampliar y aclarar en caso necesario los conocimientos básicos sobre la propia enfermedad y su tratamiento a través de la dieta.

- ✓ Modificar hábitos alimentarios erróneos para evitar recidivas una vez finalizado el tratamiento.

- ✓ Capacitar al paciente mediante formación, a confeccionar su propia dieta, adquiriendo mayor autonomía a la hora de adecuarla a las distintas situaciones de su vida.

- ✓ Alcanzar y/o mantener un peso estable y adecuado.

- ✓ Aportar el máximo apoyo al paciente para promover "la autoayuda" en beneficio de su salud y bienestar.

LOS PUNTOS BÁSICOS

El buen funcionamiento futuro de nuestro trabajo van a depender en gran medida de la presentación; por esta razón y conociendo de antemano a los pacientes que van a consolidar el grupo, es fundamental favorecer la presentación relajada y participativa.

Cuidaremos de manera especial la técnica a utilizar, eligiendo la más adecuada, que dependerá fundamentalmente del tipo de grupo; el principio debe de ser impactante y efectivo y debe de tener:

- ✓ Una breve introducción.
- ✓ Contener algún antecedente histórico.
- ✓ Es aconsejable agregar un par de anécdotas.
- ✓ Adaptar el lenguaje al público.
- ✓ Y sobre todo es FUNDAMENTAL, definir y marcar los OBJETIVOS.

Aunque todos los participantes del grupo conocen al profesional que va a impartir el programa de Educación Nutricional, este ha de ser el primero en presentarse, debe hacerlo de manera cordial y distendida, cuidando especialmente el mirar a todos los participantes para conseguir una mayor escucha, esto facilitará la comprensión y la persuasión, además de romper el hielo inicial, conseguiremos una mayor control del grupo.

La presentación debe ser:

- ✓ Breve y realista.
- ✓ Las improvisaciones deben estar planificadas.
- ✓ Imprescindible cuidar el lenguaje no verbal.
- ✓ Una vez finalizada la presentación personal del profesional, este invita a dar comienzo a la presentación de los participantes, estableciendo un orden.

FASES DEL PROGRAMA

1. Conceptos básicos de nutrición, grupos de alimentos y su composición.
2. Características de la dieta hipocalórica equilibrada, como elaborarla, cantidades diarias que se deben consumir de los diferentes alimentos expresados en gramos y U.I.
3. Como modificar la conducta alimentaria: pautas psicológicas, estrategias dietéticas, técnicas culinarias aconsejadas.
4. Confección de dieta hipocalórica y diseño de programa de ejercicio físico.
5. Dieta y vida social, que hacer en:
 - ✓ Celebraciones familiares.
 - ✓ Comidas de trabajo.
 - ✓ Vacaciones, etc...
6. Dieta y patologías asociadas más comunes:
 - ✓ HIPERTENSIÓN
 - ✓ DIABETES
 - ✓ HIPERLIPEMIAS
 - ✓ GOTA
 - ✓ GASTROENTERITIS etc..

PLANIFICACIÓN DE UNA DIETA POR SISTEMA UI

Recordamos que cada paciente que acude al programa de Educación Nutricional, tiene pautado de antemano por la Unidad de Dietética un plan de alimentación personalizado por sistema de UI, esto facilita al paciente la programación y confección de menús y al profesional le permite una mejor gestión del tiempo, pues no tiene que utilizar tablas de composición de alimentos.

La mayor ventaja del sistema consiste en hacer posible la realización por parte del paciente de su dieta, según sus hábitos y preferencias.

Hemos de reconocer que las dietas por UI son menos exactas que las que se preparan por gramajes y posterior cálculo con tablas de composición de alimentos, sin embargo, este sistema suele tener **mayor y mejor seguimiento** por parte del paciente, ya que permite un gran margen de creatividad, un mayor y mejor control sobre su presupuesto económico y sobre todo la casi conciliación con la comida del resto de la familia.

Las listas de UI se establecen en base a los seis grupos básicos de alimentos. Los intercambios se plantean en función del nutriente característico en cada grupo y su valor calórico. Para el grupo de alimentos proteicos, como tienen muy distinto contenido graso, se crean subgrupos para establecer los diferentes intercambios en función de las calorías.

Las listas se presentan expresadas en gramos de alimentos en crudo.

A cada nutriente **se le asocia un color** para facilitar la visualización en planillas

GRUPO 1

ALIMENTOS PROTEICOS

Magros	2 "I" P 1,5 "I" G	170 Kcal
Grasos	2 "I" P 2 "I" G	250 Kcal
Muy Grasos	2 "I" P 2,5 "I" G	400 Kcal

GRUPO 2

Leches y derivados	1 "I" CH 0,5 "I" P 0,5 "I" G	80 -100 Kcal
--------------------	------------------------------------	--------------

GRUPO 3

Verduras	1 "I" CH	60 Kcal
----------	----------	---------

Grupo 4

Frutas	1 "I" CH	40 Kcal
--------	----------	---------

Grupo 5

Cereales y Féculas	1 "I" CH	50 Kcal
--------------------	----------	---------

Grupo 6

Aceites y grasas	1 "I" G	90 - 100 Kcal
------------------	---------	---------------

ENSEÑANZA PARA PLANIFICACIÓN DE DIETAS

FASE 1

Se comienza con una charla multidireccional sobre conceptos básicos de nutrición. Factores que hacen posible una alimentación variada, equilibrada y completa.

Se dan pautas psicológicas para modificar la conducta alimentaria.

- ✓ Aprender a distinguir entre hambre y sensación de ansiedad.
- ✓ Respetar los horarios de las infestas y no saltarse ninguna.
- ✓ Retrasar unos minutos la comida a partir del momento de sensación de hambre.
- ✓ Comer sentados en la mesa, de forma tranquila y ordenada y a ser posible acompañado.
- ✓ Retirar las fuentes de la mesa tras haberse servido.
- ✓ Dejar siempre algo en el plato.
- ✓ Levantarse de la mesa al terminar de comer.
- ✓ Planificar los menús con tiempo para poder prepararlos adecuadamente.
- ✓ Hacer la lista de la compra y evitar lo prohibido.
- ✓ No comprar ni cocinar con hambre.
- ✓ Separar o esconder los "alimentos peligrosos"
- ✓ Preparar una lista de actividades que sean incompatibles con comer fuera de hora. Realizar estas actividades cuando entre el ansia de comer y no sea la hora.
- ✓ Aprender técnicas de relajación para evitar tensiones que crean primero ansiedad y conducen luego a sobreingesta.
- ✓ Llevar registro dietético (especialmente las personas con tendencia al "picoteo").

ESTRATEGIAS DIETÉTICAS

Para reducir calorías

- ✓ Eliminar o limitar fuentes calóricas concentradas.
- ✓ Evitar cocciones en grasas.
- ✓ Disminuir las grasa animales.
- ✓ Evitar el alcohol.
- ✓ Emplear edulcorantes acalóricos.

Para aumentar el valor de saciedad

- ✓ Distribuir la dieta en 5 - 6 tomas al día.
- ✓ Incluir alimentos ricos en fibra.
- ✓ Masticar concienzudamente los alimentos.
- ✓ Elegir alimentos que requieran larga masticación.
- ✓ Iniciar las comidas con caldos desgrasados bien caliente o ensaladas.
- ✓ Filetear fino los alimentos de alto contenido calórico que han de servirse en pequeñas cantidades, para mejorar la apariencia del plato. Servir en plato de postre los alimentos muy calóricos que no puedan ser fileteados.
- ✓ Combinar las verduras con pequeñas cantidades de cereales y féculas para confeccionar platos más variados y de mayor volumen.
- ✓ Emplear salsas hipocalóricas, purés bajos en grasa y guarniciones vegetales. Aportan saciedad y variedad.
- ✓ Tener a mano recursos hipocalóricos para picar en caso de salidas o sensación de ansiedad.
- ✓ Beber agua suficiente (2 - 2,5 litros / día)

FASE 2

Repasar las características de la dieta hipocalórica.

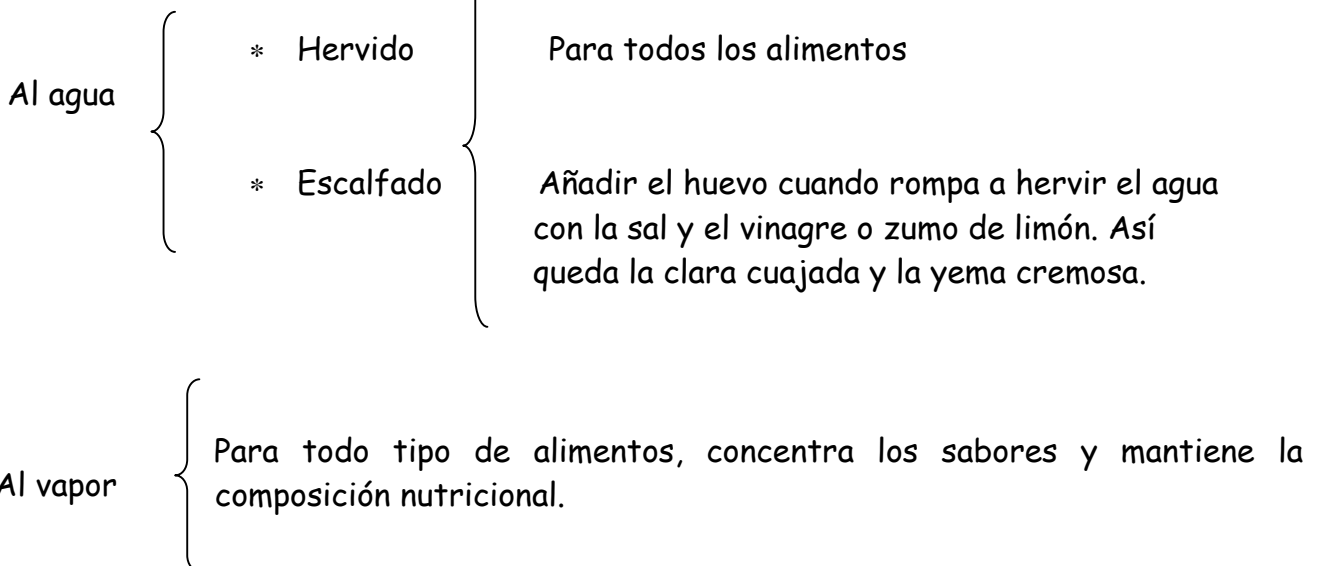
ASPECTOS CULINARIOS

TÉCNICAS

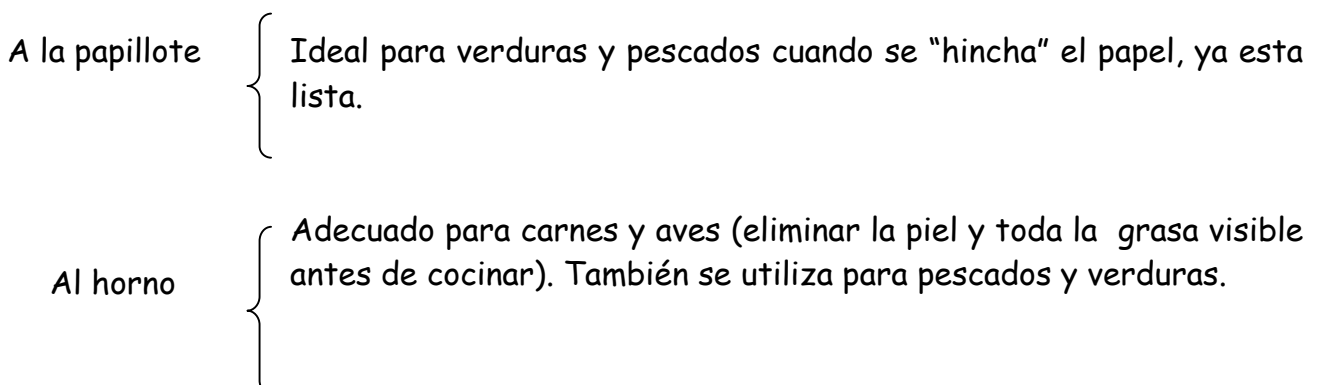
Utilizar sobre todo las que aporten menos grasa al alimento

Aconsejar

TÉCNICAS DE COCCIÓN



A la plancha o parrilla \Rightarrow Para ciertas verduras, carnes y pescados



Usar moderadamente

Técnicas de cocción en grasa como:

- Rehogados {
- Para verdura de guarnición o primer plato
 - Realizar en sartén o wok, mínimo aceite.
 - Fuego lento

- Salteados {
- Pasar el alimento por sartén, mínimo aceite.
 - Fuego vivo.

Guisar \longrightarrow Cocción mixta con agua y grasa (moderar cantidad)

- Estofar {
- Cocción con un poco de agua, a veces, se añade agua o caldo.
 - Fuego lento

Evitar

- ✓ Freír
- ✓ Rebozar
- ✓ Empanar.

Condimentación

- ✓ Se pueden utilizar todos los condimentos habituales (preferir los suaves y aromáticos que no son excitantes del apetito)
- ✓ Moderar la sal
- ✓ Evitar los muy grasos.
- ✓ Preferir el aceite de oliva virgen, especialmente par frituras y aliños en crudo, respetar la cantidad establecida en la dieta.
- ✓ Evitar los azúcares.

FASE 3

Confección de menús

- ✓ Variar al máximo posible los alimentos de la dieta.
- ✓ Aplicar color al menú.
- ✓ Cocinar menús apetecibles y bien preparados, esto evitará la atracción de platos desaconsejados (envidia).
- ✓ Controlar el consumo de fuentes calóricas concentradas
 - Frutos secos y snacks.
 - Repostería y caramelos.
 - Bebidas azucaradas y zumos.
 - Salsas y grasas etc
- ✓ Disminuir las grasas
 - Sacar toda la grasa visible antes de cocinar.
 - Utilizar productos desnatados o bajos en MG.
 - Usar spray para aliñar ensaladas.
 - Fomentar el consumo de clara de huevo.
- ✓ Evitar azúcares simples.
- ✓ Incluir alimentos ricos en fibra.
 - Verduras.
 - Frutas con piel.
 - Cereales enteros.
 - Productos integrales.
 - Leguminosas.

Trabajos en equipo

1. PARA TODOS

Realizar ejercicios de "I" con estos materiales y las listas de "UI" entregadas.

- Con los alimentos de plástico.
- Con alimentos reales.
- Con platos fotografiados.
- Con menús establecidos.

2. PARA TODOS

Diseño conjunto de un "plan de alimentación por UI" de acuerdo con las necesidades nutricionales fijadas (se entrega por escrito y detallado).

- N° de ingestas.
- Horarios.
- Distribución energética %
- N° de "UI" a consumir de cada grupo, etc.

3. EQUIPOS

- Planificación de listas de compra semanal.
- Realización planning semanal de ingredientes para cada ingesta.
- Elección de menús siguiendo las recomendaciones de rotación, utilizando las listas de "UI" y las planillas de ingredientes.

4. INDIVIDUAL

Programación de menús por "UI" según preferencias personales y hábitos alimentarios con diferentes contenidos energéticos.

5. EQUIPOS

Programación de menús Navidad, según recomendaciones.

6. TODOS

Práctica: pasar de una dieta modelo, expresada en gr. A "U.I."

7. INDIVIDUAL

Práctica: pasar una dieta modelo individualizada expresada en gr. a "U.I"

RESUMEN

Hemos de tener en cuenta que la población adopta estilos de vida cada vez más sedentarios. Esta tendencia es debida al descenso de la actividad física requerida en la mayoría de los trabajos, a una mayor disponibilidad de medios de transporte y al aumento de la popularidad del ocio que sólo exige una actitud pasiva.

En la población infanto-juvenil se observa una disminución de la actividad física, directamente relacionada con la obesidad y el tiempo dedicado al uso del ordenador y la TV.

Esta enfermedad multifactorial, disminuye gravemente la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Además es un factor de riesgo que da lugar a otras enfermedades en numerosos sistemas del organismo y disminuye significativamente la esperanza de vida.

El tratamiento más efectivo de la obesidad es la modificación del estilo de vida mediante el aumento de la actividad física y la disminución de la ingesta energética. Este cambio de hábitos debe ser prolongado en el tiempo, por lo que es preciso dar una alta motivación y ayuda multidisciplinar al paciente, durante todo el proceso educativo.

Tras este periodo de aprendizaje, hemos proporcionado los conocimientos dietéticos adecuados, favoreciendo la sistemática que ayude a pensar en una programación de menús que se adapte lo más posible a las necesidades y preferencias del enfermo.

Facilitamos información sobre las técnicas de cocción permitidas y el mejor modo de realizarlas.

Incentivamos la competitividad creativa fomentando la búsqueda de recetas y presentaciones creadas por equipos, lo que mejora considerablemente la autoestima y confianza en si mismos y en el grupo.

Conseguimos que los pacientes sean capaces de elegir adecuadamente su menú en salidas sociales o familiares, pero sobre todo logramos que obtengan los beneficios de apoyo del grupo una vez finalizada la formación.