

Programa de prevención de enfermedades crónicas y dieta mediterránea en la comarca de Pamplona.



Pencyd

Programa de prevención de enfermedades crónicas
y dieta mediterránea

TRABAJO FIN DE MÁSTER
Autor: Zenaida Vázquez Ruiz
Director : M^a Jose Lasanta Sáez

Máster Universitario en Salud Pública
Universidad Pública de Navarra

ÍNDICE GENERAL

1.INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.2 ANTECEDENTES	6
1.2.1 SITUACIÓN EN EL MUNDO	6
1.2.2 SITUACIÓN EN ESPAÑA.....	8
1.2.3 SITUACIÓN EN NAVARRA	11
1.3 ALIMENTACION Y ENFERMEDAD CRÓNICAS	12
1.3.1 DIETA MEDITERRÁNEA	13
1.3.2 VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL PATRÓN DIETÉTICO.	15
1.3.3 CRITERIOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	17
1.3.4 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.....	18
1.3.5 CÁNCER.....	19
1.3.6 DIABETES	21
1.3.7 SÍNDROME METABÓLICO	22
1.3.8 OBESIDAD Y SOBREPESO	23
1.3.9 OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	29
2.JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	29
3.OBJETIVOS DEL PROGRAMA	35
3.1 OBJETIVOS GENERALES.....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4.DESCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	35
4.1. POBLACION DIANA.....	35
4.2 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	40
4.2.1 SELECCIÓN DE USUARIOS.....	40
4.2.2 ENTREVISTA INDIVIDUAL INICIAL E INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA.....	41
4.2.3 PLAN DE SESIONES GRUPALES SEMANALES (8 SESIONES).....	42
4.2.4 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO	59
4.2.5 ENTREVISTA INDIVIDUAL FINAL Y OBJETIVOS.....	59
4.3. CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN.....	61
4.4 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	62
4.5 PRESUPUESTO ESTIMADO	63
5.DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN	64
6.INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN	64
7. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA.....	66
8.BIBLIOGRAFÍA.....	66
9.ANEXOS	69
9.1 ANEXO I. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS CLÍNICOS GENERALES.....	69
9.2 ANEXO II. CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS, BIOQUÍMICOS Y TENSIÓN ARTERIAL.....	70
9.3 ANEXO III. MATERIALES SESIONES GRUPALES.	71
9.4 ANEXO IV. ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LA SESIÓN GRUPAL	79
ESCALA DE VALORACIÓN.....	79
9.5 ANEXO V. ENCUESTA DE VALORACIÓN GENERAL DE LAS SESIONES GRUPALES.....	80
ESCALA DE VALORACIÓN.....	80
9.6 ANEXO VI. SOLICITUD DE REUNIÓN CON DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA.	81
9.7 ANEXO VII. SOLICITUD DE REUNIÓN CON LOS DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA.....	82
.....	82
10.RESUMEN PARA PUBLICACIÓN.	83

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 . DEFUNCIONES SEGÚN LAS CAUSAS DE MUERTE MÁS FRECUENTES. AÑO 2018.	9
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES SEGÚN CAUSA DE MUERTE POR EDAD Y SEXO (EN %). PROMEDIO 2016-2018.	11
TABLA 3. TEST DE ADHERENCIA AL PATRÓN DE DIETA MEDITERRÁNEA.	16
TABLA 4. PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN ADULTOS EN ESPAÑA.	25
TABLA 5. DIETA MEDITERRÁNEA Y CAMBIO DE PESO EN COHORTES PROSPECTIVAS OBSERVACIONALES	28
TABLA 6. PREVALENCIA (%) DE SÍNDROME METABÓLICO (ATP III) POR GRUPOS DE EDAD Y TOTAL EN HOMBRES Y MUJERES.	36
TABLA 7. POBLACIÓN ENTRE 35-64 AÑOS EN EL ÁREA DE SALUD DE PAMPLONA Y TODAS LAS ÁREAS DE NAVARRA.	37
TABLA 8. POBLACIÓN ENTRE 35-64 AÑOS POR ZONAS BÁSICAS SALUD EN LA COMARCA DE PAMPLONA.	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. 10 PRINCIPALES MUERTES EN EL AÑO 2016.	7
GRÁFICO 2. 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL AÑO 2000.	7
GRÁFICO 3. PORCENTAJE DE CAUSA MÚLTIPLE Y CAUSA SOBRE EL TOTAL DE FALLECIDOS. AÑO 2018... ..	10
GRÁFICO 4. ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN POBLACIÓN ADULTA (%) EN 2017.	24
GRÁFICO 5. VALORES MEDIOS DE CAMBIO DE PESO DURANTE DOS AÑOS SEGÚN EL TIPO DE DIETA ASIGNADA.	28

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.	14
FIGURA 2. TRÍPTICO INFORMATIVO- CARA1.	65
FIGURA 3. TRÍPTICO INFORMATIVO- CARA2.	65

LISTADO DE ABREVIATURAS POR ORDEN ALFABÉTICO

Término	Abreviatura
ATP III	Adult treatment Panel III
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad.
DM	Diabetes Mellitus.
ECV	Enfermedad cardiovascular.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GG	Grupo grande
GP	Grupo pequeño
HDL	High density lipoprotein (lipoproteína de alta densidad)
HTA	Hipertensión arterial.
IMC	Índice de masa corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud
PREDIMED	Prevención con Dieta Mediterránea
QALY	años de vida ajustados por calidad
SEEDO	Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SM	Síndrome metabólico
TAD	Tensión arterial diastólica
TAS	Tensión arterial sistólica
TI	Trabajo individual

1.INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO CONCEPTUAL

En los últimos años se han acelerado los cambios experimentados tanto en regímenes alimentarios como en estilos de vida en respuesta al desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esta tendencia está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Por un lado se ha mejorado la calidad de vida y también se ha ampliado la disponibilidad de alimentos pero por desgracia esta nueva situación ha puesto en relieve repercusiones negativas como son entre otras, hábitos alimentarios poco saludables, el aumento del sedentarismo y el correspondiente incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. Esto además, es más acuciante entre las población más desfavorecidas. Debido a estos cambios en los hábitos alimentarios y el estilo de vida, las enfermedades no transmisibles crónicas como son la obesidad, la diabetes mellitus (DM), enfermedades cardiovasculares (ECV), hipertensión arterial (HTA), accidentes cerebrovasculares y algunos tipos de cáncer son causas cada vez más importantes de discapacidad y muerte prematura en los países de todo el mundo y suponen una carga adicional para unos presupuestos sanitarios en muchos casos ya muy sobrecargados.

En febrero de 2002 se celebró en Ginebra una Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas (1). Esta Consulta reconoció la existencia de una creciente epidemia de enfermedades crónicas tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo la cual estaría relacionada con los cambios en los hábitos alimentarios y el modo de vida. En esa consulta se comprobó que los mecanismos que conducen a las enfermedades crónicas cada vez están más claros y que las intervenciones dietéticas sobre los hábitos alimentarios de la población reducen el riesgo de padecerlas. La Consulta de expertos puso de manifiesto que la nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo al criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa, en la salud a lo largo de la vida.

Según la consulta de expertos citada, los cambios en hábitos alimentarios no sólo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, ECV y DM en etapas

posteriores de la vida. Sin embargo, estas ideas no siempre han llegado a modificar las políticas o se han trasladado a la práctica, a pesar de ello en las últimas décadas cada vez existe una mayor concienciación e implicación por parte de los gobiernos en políticas de prevención entorno a la alimentación, sobre todo en países con mayor desarrollo. En algunos países en vías de desarrollo todavía las políticas alimentarias siguen centrándose entorno a la desnutrición y no se considera la prevención de enfermedades crónicas. Para lograr mejores resultados en la prevención de estas enfermedades, las estrategias y las políticas que se apliquen deben reconocer plenamente la importancia de la dieta, la nutrición y la actividad física. La OMS insta a través de su informe publicado en 2002 a desarrollar estrategias de acción y situar la nutrición junto con otros factores de riesgo importantes de enfermedad crónica (consumo de tabaco y alcohol) al frente de las políticas y programas de salud pública.

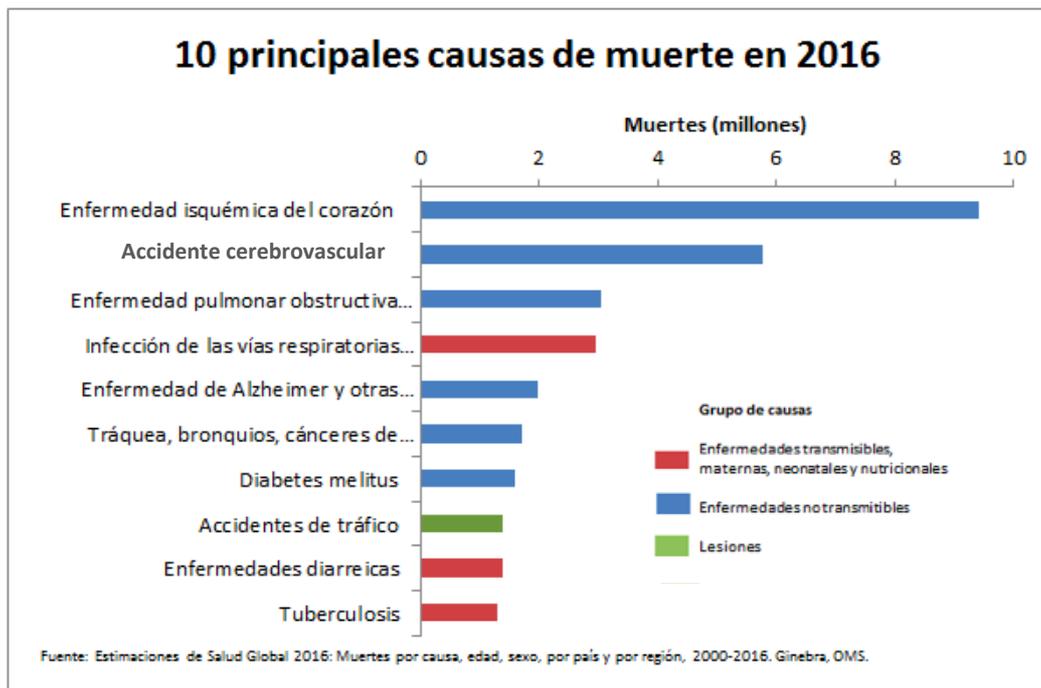
1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 SITUACIÓN EN EL MUNDO

MORTALIDAD

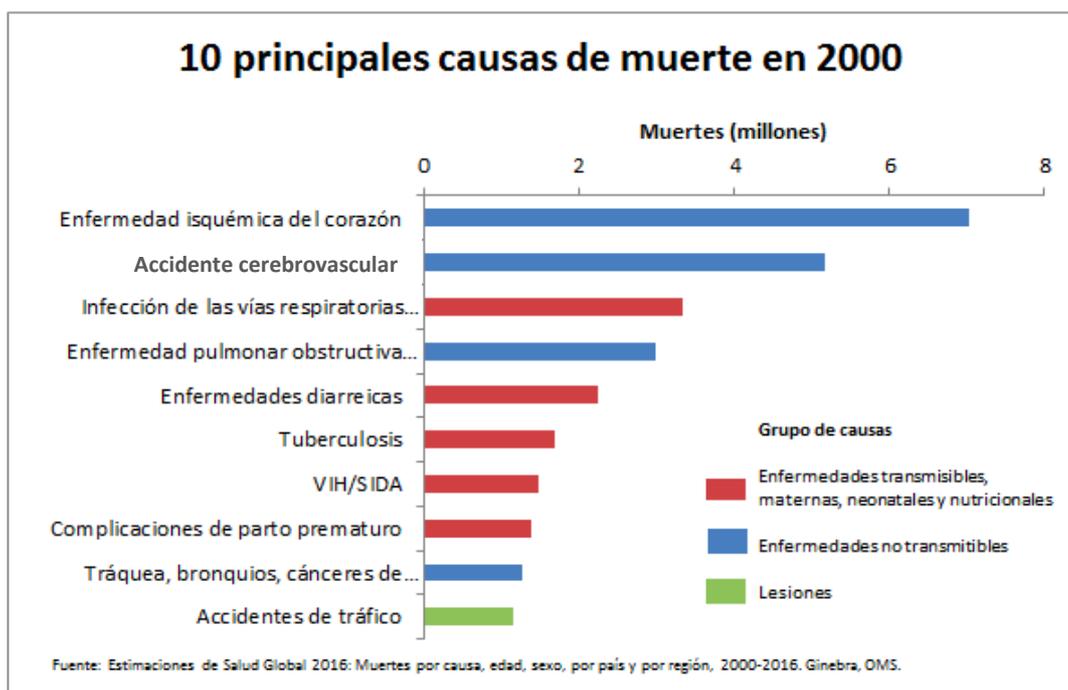
Según el artículo publicado en The Lancet en 2017, llevado a cabo por el Global Burden of Diseases (2) con datos relativos a 2016, de los 56,4 millones de defunciones registradas en el mundo en 2016, más de la mitad (el 54%) fueron consecuencia de 10 causas, las cuales se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 1. 10 Principales muertes en el año 2016.



En el siguiente gráfico podemos ver los mismos datos para el año 2000, la comparativa pone en relieve el aumento de muertes entre las principales causas.

Gráfico 2. 10 Principales causas de muerte en el año 2000.



Las principales causas de mortalidad en el mundo según este informe de 2016 son la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, que ocasionaron 15,2 millones de defunciones en ese año y han sido las principales causas de mortalidad en estos últimos 15 años. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica causó tres millones de fallecimientos en 2016, mientras que el cáncer de pulmón, junto con los de tráquea y de bronquios, cobró 1,7 millones muertes en el mundo. La cifra de muertes por DM, inferior a un millón en 2000, alcanzó los 1,6 millones en 2016. Las muertes atribuibles a la demencia se duplicaron entre 2000 y 2016. La infección por el VIH/sida ya no figura entre las 10 primeras causas en 2016, año en el que fallecieron 1,1 millones de personas por esta causa mientras que en el año 2000 se llegaba hasta los 1,5 millones.

FACTORES DE RIESGO

Otro estudio del Global Burden of Disease y publicado en The Lancet en 2016 (3), llevo a cabo una evaluación comparativa mediante un análisis sistemático de 79 conductas de riesgo, ambientales, ocupacionales, metabólicas y riesgos agrupados desde hasta 1990-2015. De este estudio se extrae que los 5 factores de riesgo que más contribuyeron en la pérdida de años de vida debido a enfermedades, discapacidad o muerte temprana fueron por este orden, riesgos dietéticos, presión sistólica alta, malnutrición infantil y maternal, consumo de tabaco y polución del aire. Considerandose riesgo dietético en dicho estudio como una dieta con un bajo consumo de frutas, vegetales, cereales integrales, frutos secos, fibra, leche, calcio, ácidos grasos poliinsaturados y omega 3 de animales marinos, así como con un alto consumo de carne roja (ganado vacuno, porcino, bovino, caprino y caza mayor), carnes procesadas, bebidas azucaradas, ácidos grasos saturados tipo trans y sodio.

1.2.2 SITUACIÓN EN ESPAÑA

MORTALIDAD

Según la nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística (INE) “Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2018” publicada el 19 de diciembre de 2019, durante el año 2018 se produjeron en España un 0,8% más de muertes que en 2017 y el grupo de enfermedades del sistema circulatorio volvió a ser la primera causa de muerte, con el 28,3% del total, seguida de tumores, con el 26,4% del total, y de las enfermedades del sistema respiratorio, con el 12,6% del total. Respecto al año anterior, los fallecimientos debidos a enfermedades del sistema

respiratorio aumentaron un 4,0%. Por el contrario, los debidos a enfermedades del sistema circulatorio y los originados por tumores disminuyeron un 1,3% y un 0,5%, respectivamente.

Tabla 1 . Defunciones según las causas de muerte más frecuentes. Año 2018.

Defunciones según las causas de muerte más frecuentes¹. Año 2018

	Total	Hombres	Mujeres
Total enfermedades	427.721	216.442	211.279
Enfermedades isquémicas del corazón	31.152	18.423	12.729
Enfermedades cerebrovasculares	26.420	11.435	14.985
Cáncer de bronquios y pulmón	22.133	17.181	4.952
Demencia	21.629	7.144	14.485
Insuficiencia cardiaca	19.142	7.266	11.876
Enfermedad de Alzheimer	14.929	4.454	10.475
Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	14.607	10.594	4.013
Enfermedad hipertensiva	12.496	4.108	8.388
Cáncer de colon	11.265	6.690	4.575
Neumonía	10.415	5.430	4.985
Diabetes mellitus	9.921	4.407	5.514
Cáncer de páncreas	7.132	3.299	3.833
Insuficiencia renal	7.120	3.745	3.375
Cáncer de mama	6.621	87	6.534
Cáncer de próstata	5.841	5.841	0

¹ Causas con peso relativo superior al 1,4%.

Fuente: Nota de prensa publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) "Defunciones según la Causa de Muerte Año 2018".

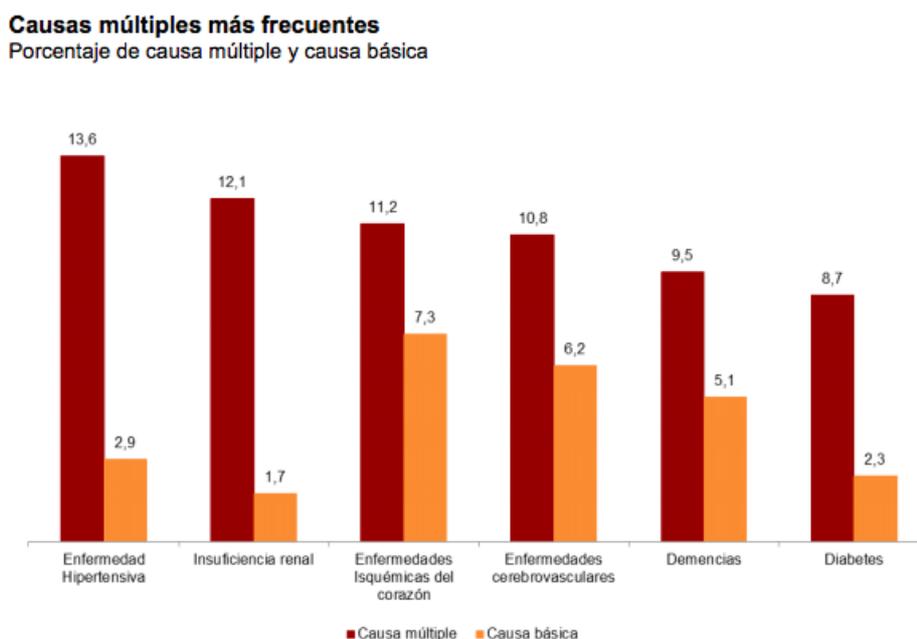
CAUSAS MÚLTIPLES

En relación a los datos citados anteriormente es importante hablar también de las causas múltiples de defunción. Para interpretar los resultados sobre causas múltiples se debe tomar en consideración la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte. Estos acontecimientos patológicos se refieren al conjunto de enfermedades que se describen en el certificado médico de defunción y que contribuyen o están asociadas al fallecimiento.

Según la misma nota de prensa del INE tratada anteriormente "Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2018" durante el año 2018 la causa múltiple más frecuente fue la enfermedad hipertensiva, que contribuyó en el 13,6% de las defunciones, aunque solamente en el 2,9% de los casos fue la causa desencadenante, es decir, la causa básica. Por detrás se situaron la insuficiencia

renal y las enfermedades isquémicas del corazón como causas múltiples más frecuentes. La DM aparece informada como causa múltiple en un 8,7% de las defunciones y como causa básica en un 2,3%.

Gráfico 3. Porcentaje de causa múltiple y causa sobre el total de fallecidos. Año 2018.



Fuente: Nota de prensa publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) "Defunciones según la Causa de Muerte Año 2018".

Además de enfermedades crónicas bien conocidas como la ECV y el cáncer, otras enfermedades crónicas como la HTA o la DM tienen gran peso en el desenlace fatal.

FACTORES DE RIESGO

El estudio de Carga Global de las Enfermedad 2016 con resultados para España (4) muestra que cinco de los diez primeros factores de riesgo, según el impacto en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), están relacionados con la alimentación (presión arterial alta, sobrepeso u obesidad, riesgos relacionados con la dieta, glucemia alta en ayunas y colesterol total alto). Tal y como se indica en el artículo publicado estos factores riesgo son

modificables y pueden mejorarse a través de campañas de salud pública y educación con el fin de disminuir los AVAD lo cual resultaría clave para intervenir positivamente en la carga futura de enfermedades en España.

1.2.3 SITUACIÓN EN NAVARRA

Según la nota estadística publicada el 19 de diciembre de 2019 por el Instituto de Estadística de Navarra “Defunciones según la Causa de Muerte. Comunidad Foral de Navarra. Año 2018. Promedios. Datos definitivos”, los datos de mortalidad para el promedio de años 2016-2018, según causa de muerte en Navarra muestran que la mortalidad debida a tumores fue de un 27,4% del total y las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa en un 26,7%. Tal y como muestra la siguiente tabla, estas dos causas de muerte mencionadas continúan siendo las principales en la Comunidad Foral de Navarra. Las enfermedades del sistema respiratorio se situaron como la tercera causa de muerte en Navarra para ese periodo con un 11,1% del total. En población entre 15 y 39 años la principal causa de muerte fue debida a causas externas como accidentes de tráfico, caídas o agresiones.

Tabla 2. Distribución de las defunciones según causa de muerte por edad y sexo (en %). Promedio 2016-2018.

	TOTAL					HOMBRES				MUJERES			
	Total	0 a 14	15 a 39	40 a 64	65 y MAS	0 a 14	15 a 39	40 a 64	65 y MAS	0 a 14	15 a 39	40 a 64	65 y MAS
Tumores	27,4	14,3	28,2	52,7	24,4	13,3	26,6	46,5	31,1	15,2	32,6	65,2	18,1
Trastornos mentales y del comportamiento	6,6	0,0	0,6	0,7	7,4	0,0	0,0	1,0	5,5	0,0	2,2	0,2	9,2
Enf. Sist. nervioso y de los órganos de los sentidos	9,1	4,8	7,1	3,8	9,8	3,3	4,8	3,6	7,1	6,1	13,0	4,3	12,3
Enf. Sist. circulatorio	26,7	3,2	9,4	17,2	28,1	0,0	9,7	20,7	25,9	6,1	8,7	10,1	30,2
Enf. Sist. respiratorio	11,1	6,3	1,8	4,6	12,0	10,0	1,6	4,6	13,3	3,0	2,2	4,5	10,8
Enf. Sist. digestivo	4,6	1,6	0,0	4,9	4,6	3,3	0,0	5,8	4,5	0,0	0,0	3,3	4,8
Causas externas	4,3	9,5	44,1	9,7	3,2	10,0	47,6	11,3	3,6	9,1	34,8	6,6	2,7
Resto de causas	10,2	60,3	8,8	6,3	10,5	60,0	9,7	6,5	9,1	60,6	6,5	5,9	11,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) En la tabla sólo se muestran las más frecuentes y el resto están englobadas en 'Resto de causas'.

Fuente: Estadística de defunciones.

Primera causa en el tramo de edad.

Fuente: Nota estadística publicada por el Instituto de Estadística de Navarra. “Defunciones según la Causa de Muerte Año 2018”

1.3 ALIMENTACION Y ENFERMEDAD CRÓNICAS

La alimentación está considerada como un factor determinante en el desarrollo de enfermedades no transmisibles crónicas según las conclusiones de la consulta de expertos OMS/FAO realizada en Ginebra en 2002 (1), esto convierte a la dieta en un factor fundamental para las actividades de prevención. Las enfermedades crónicas que están relacionadas con la nutrición representan la mayor carga en la salud pública, ya sea por su coste directo para la sociedad o para sus gobiernos o por su impacto en AVAD. Las enfermedades crónicas son en gran medida prevenibles según los expertos de la OMS y aunque son necesarias más investigaciones básicas sobre ciertos aspectos en los mecanismos biológicos que relacionan dieta y salud, la evidencia científica disponible proporciona a día de hoy una base sólida para justificar la adopción de medidas preventivas, añaden que un enfoque desde la prevención primaria es la acción más económica y sostenible para hacer frente a la epidemia de enfermedades crónicas en todo el mundo según estos expertos (1).

Tal y como explican los autores Hu et al. (5) el análisis de patrones de alimentos ha reemplazado al análisis tradicional de un solo nutriente debido a su enfoque reduccionista de atribuir efectos sobre la salud a un solo nutriente o alimento. El enfoque de patrón de alimentos puede ser la opción más útil porque va más allá nutrientes o los alimentos en su forma individual a la par que examina los efectos de la dieta general. Los patrones alimentarios capturan adecuadamente las sinergias entre alimentos y el efecto aditivo de pequeños cambios en muchos nutrientes, que tienen más probabilidades de mostrar un efecto y superan los problemas de confusión por otros aspectos de la dieta. En este contexto, una acumulación sustancial de evidencia actual sostiene los beneficios de la dieta tradicional de estilo mediterráneo para la salud (6). La dieta mediterránea tradicional, en su definición, es un patrón alimenticio caracterizado por un alto consumo de alimentos a base de vegetales (verduras, frutas, frutos secos, legumbres y cereales sin procesar) y le caracteriza un bajo consumo de carne y productos cárnicos (con especial evitación de carnes rojas y procesadas), un consumo moderado-alto de pescados y mariscos y bajo consumo de productos lácteos (con la excepción del yogur). El consumo de alcohol en las comidas, en concreto en forma de vino, se incluye con moderación en este patrón (2-3 copas de 100ml en hombres y 1-2 copas en mujeres) aunque este aspecto del patrón ha generado controversia en los últimos años sobre todo cuando se pretende aplicar a ciertas enfermedades crónicas como podría ser el cáncer.

Según Pelin et al.(7) la nutrición de tipo mediterráneo se ha introducido como modelo para una nutrición más saludable en todo el mundo. Una alta ingesta de ácidos grasos poliinsaturados, vitaminas, antioxidantes y otros nutrientes útiles para la prevención de enfermedades crónicas se ha asociado con una mejor calidad de vida y un mejor estado de salud. En dicha revisión los autores sugieren que la dieta mediterránea puede estar asociada con un menor riesgo de cáncer de mama, DM tipo 2 y eventos cardiovasculares. La alta adhesión a la dieta mediterránea se asoció fuertemente con un mejor perfil cardiometabólico después de 2 años de seguimiento. En otro estudio realizado por Stefler et al. (8) donde se examinó la puntuación de la dieta mediterránea y las tasas de mortalidad total y cardiovascular en Europa del Este, concluyó que la incidencia de muertes relacionadas por ECV y muertes totales en poblaciones urbanas disminuyeron con el aumento del cumplimiento del patrón de dieta mediterránea.

1.3.1 DIETA MEDITERRÁNEA

Se conoce como dieta mediterránea al modo de alimentarse basado en algunos patrones dietéticos de los países mediterráneos, especialmente en España, Portugal, Italia, Grecia, Marruecos, Chipre y Croacia. Las primeras referencias científicas a una dieta mediterránea son del año 1948, a través del epidemiólogo Leland G. Allbaugh que estudió el modo de vida de los habitantes de la isla de Creta. Por otra parte, el fisiólogo norteamericano Ancel Keys, encabezó un estudio sobre las enfermedades coronarias y el estilo de vida tras la Segunda Guerra Mundial que contribuyó a su difusión. El 16 de noviembre de 2013 fue declarada Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad en una denominación conjunta de España, Grecia, Italia y Marruecos.

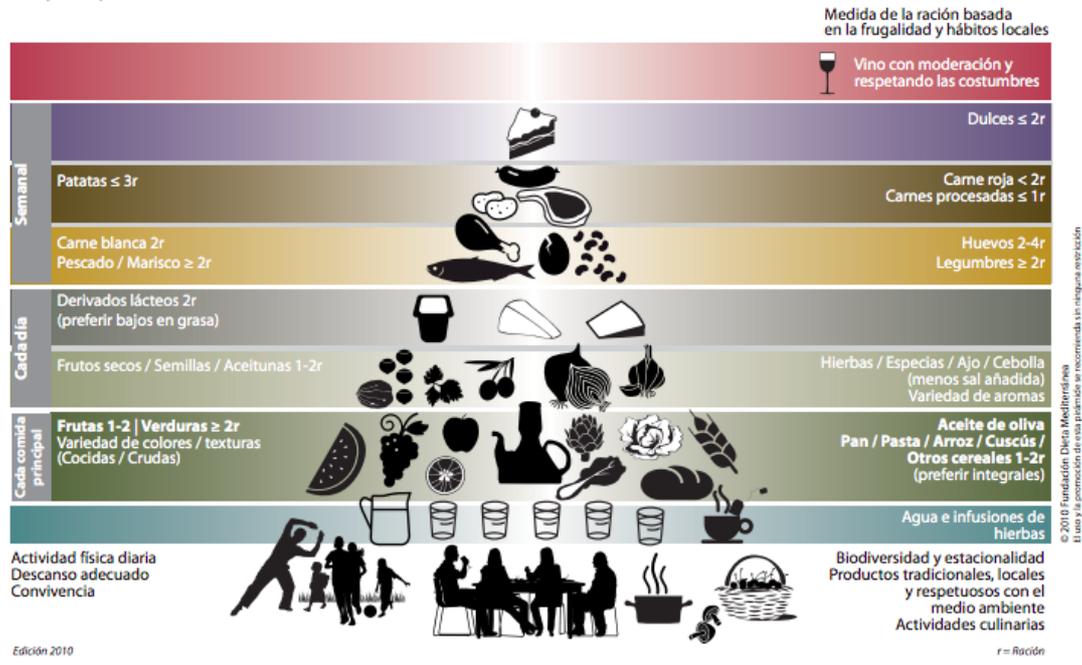
Pirámide alimentaria basada en la dieta mediterránea.

En los países mediterráneos la pirámide de la dieta mediterránea se ha actualizado para adaptarse al estilo de vida actual. En la nueva pirámide de la dieta mediterránea se recomiendan las proporciones de los distintos grupos de alimentos, la composición de las comidas principales y además se incorpora la manera de seleccionar, cocinar y consumir dichos alimentos.

Figura 1. Pirámide de la dieta Mediterránea.

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



Fuente: Fundación Dieta mediterránea. Última edición 2010.

Este tipo de dieta tradicional en España es un modelo alimentario fácil de introducir ya que se basa en alimentos de proximidad. Este patrón alimentario está compuesto principalmente por un consumo abundante de alimentos de origen vegetal (frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos) productos del mar, carnes blancas y la utilización del aceite de oliva como principal grasa, con una baja presencia de carnes rojas y de alimentos procesados. Además, sostiene un consumo de productos frescos, locales y de temporada, métodos culinarios tradicionales e incluye el carácter social y cultural de la realización de comidas en compañía. Por todas estas razones, se plantea este programa de educación nutricional basado en dieta mediterránea.

1.3.2 VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL PATRÓN DIETÉTICO.

En epidemiología nutricional, el enfoque metodológico que aborda los patrones alimentarios es actualmente el más avanzado, el análisis de los patrones generales de alimentos captura diferentes combinaciones de ingesta de alimentos y refleja mejor la complejidad de la dieta y sus relaciones con el riesgo de enfermedad (1). Estimar la calidad general de la dieta y determinar su asociación con los resultados de salud es un desafío. En la evidencia científica disponible, la valoración de la adherencia al patrón de dieta mediterráneo se define a través de puntajes que estiman la conformidad con el patrón dietético mediterráneo tradicional. Una mayor adherencia a la dieta mediterránea se asocia con resultados favorables para la salud por lo que en entornos epidemiológicos, se ha creado una escala compuesta de alimentos considerados característicos de la dieta mediterránea para estimar la adhesión de un individuo a este patrón de alimentación saludable (9). Existen otras herramientas de valoración dietética como el ampliamente usado cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos que consta de 136 alimentos, razón por la cual a pesar de su exhaustividad no puede usarse como una herramienta rápida de valoración dietética ya que el tiempo estimado de cumplimentación por parte del personal entrenado es de 30-45 minutos. El cuestionario de adhesión de 14 puntos es un instrumento breve acerca de la frecuencia de consumo de alimentos concretos y es capaz de estimar correctamente la adherencia a la dieta mediterránea siendo útil tanto en investigación como en la práctica clínica.

Test de adherencia al patrón de dieta mediterránea de 14 puntos.

Está formado por un conjunto de 14 preguntas cortas y evalúa la adecuación al patrón alimentario mediante la suma de los valores del test clasificando el resultado en tres niveles, alta adherencia a la dieta (11-14 puntos), moderada (7-10 puntos) y baja (0-6 puntos). Este test es ampliamente usado en estudios de epidemiología nutricional y está validado para población española (10).

Tabla 3. Test de adherencia al patrón de dieta mediterránea.

PREGUNTA	VALORACIÓN
1. ¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2. ¿Cuánto 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. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)	2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 ó más = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día? (1 ración = 100-150 g)	Menos de 1 = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual = 12 g)	Menos de 1 = 1 Punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? (refrescos, colas, tónicas, bitter)	Menos de 1 = 1 Punto
8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	3 ó más vasos = 1 Punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana? (1 plato o ración = 150 g)	3 ó más = 1 punto
10. ¿Cuántas 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. ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana? (no casera, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles)	Menos de 3 = 1 punto
12. ¿Cuántas 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. ¿Cuántas 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

Fuente: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)

Esta valoración incluye el consumo de vino en las comidas como componente del patrón de dieta mediterránea, en los últimos años esta recomendación ha generado diversa controversia. En el caso del presente trabajo el objetivo es prevenir enfermedades crónicas en su conjunto, entre ellas se encuentra el cáncer, para la cual hay evidencia suficiente que considera el consumo de alcohol como un factor de riesgo. Al no encontrarse una herramienta validada de valoración de adherencia a la dieta mediterránea que excluya este ítem se optará por usar este test validado de 14 puntos.

1.3.3 CRITERIOS DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la búsqueda de evidencia científica en relación a la dieta mediterránea y las enfermedades crónicas incidentes se realizó una búsqueda bibliográfica a través de dos bases de datos distintas, MEDLINE y Web of Science.

La estrategia de se realizó mediante términos Mesh que incluían enfermedad crónica y dieta mediterránea, se acotó el año de publicación en los 10 años precedentes a la fecha de búsqueda (11/02/2020) y se seleccionaron todos los artículos de acceso libre en inglés y/o castellano realizados en humanos. El algoritmo de búsqueda en cada caso fue el siguiente.

MEDLINE - mediante buscador Pubmed y términos Mesh:

((((chronic disease[MeSH Terms]) AND chronic disease[MeSH Terms]) AND diet, mediterranean[MeSH Terms]) AND diets, mediterranean[MeSH Terms] Filters: Free full text; published in the last 10 years; Humans

WEB OF SCIENCE-Colección principal.

TEMA ("chronic disease*") AND TEMA: ("mediterranean diet*")

Refinado por: Acceso Abierto: (OPEN ACCESS) AND IDIOMAS: (ENGLISH OR SPANISH) AND TIPOS DE DOCUMENTOS: (ARTICLE).

Período de tiempo: 2010-2020. Bases de datos: WOS.

1.3.4 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Las ECV considerada como la causa predominante de mortalidad en todo el mundo tal y como se ha expuesto en apartados anteriores. La evidencia hasta ahora sugiere que las ECV se pueden prevenir en gran medida al abordar sus factores de riesgo conocidos, como el aumento de la presión arterial, los niveles de colesterol en plasma, el control de la diabetes, la obesidad y los estilos de vida poco saludable (11). Respecto a ello los ensayos clínicos aleatorios han demostrado que deben promoverse cambios en los estilos de vida, incluyéndose un patrón dietético saludable. Según Salas-Salvadó et al, la denominada Dieta Mediterránea es uno de los patrones dietéticos que más ha estado en el centro de atención de la investigación en este aspecto durante las últimas décadas debido a sus amplios beneficios reportados (12). Este estudio concluye que el patrón de dieta mediterránea es probablemente uno de los patrones dietéticos mejor estudiados en relación con la prevención de las ECV ya que varios meta-análisis han demostrado que este patrón desempeña un papel beneficioso en su prevención. Por otro lado sugiere que a pesar de ser el patrón dietético con más evidencia científica disponible en términos de prevención de ECV, deben llevarse a cabo futuros ensayos clínicos en países no mediterráneos que garanticen la transferibilidad de las recomendaciones.

Según otra revisión publicada en noviembre de 2016 (13), una mejor puntuación en el test de adherencia al patrón dietético mediterráneo se asocia con una disminución del riesgo de eventos clínicos fatales y no fatales de ECV, incluida la enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, reducción total mortalidad o discapacidad reducida en sujetos inicialmente sanos. Según este trabajo, los resultados obtenidos están de acuerdo con revisiones sistemáticas previas y con la serie de revisiones sistemáticas sobre la relación entre los patrones dietéticos y de salud realizados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América. La disminución del riesgo de ECV cambió del 9% al 52%, y la disminución del riesgo de mortalidad total varió del 7% al 47% para una mayor adherencia a un patrón dietético mediterráneo (en general, los estudios estimaron esta disminución del riesgo para el aumento de 2 puntos en una escala con puntuación total de 0 a 9 puntos).

Por otro lado el estudio PREDIMED (Prevención con Dieta Mediterránea), el mayor ensayo nutricional llevado a cabo en España, mostró tras casi 5 años de seguimiento medio en 7447 participantes, una reducción del riesgo de padecer ECV de un 33% en los pacientes que seguían una dieta mediterránea frente al grupo control que seguía una dieta baja en grasa (14). Fue un ensayo aleatorio

multicéntrico que puso a prueba el patrón de dieta mediterránea para la prevención primaria de eventos cardiovasculares (infarto, angina de pecho, accidente cerebrovascular y muerte súbita) donde se asignó al azar a cada participante con alto riesgo cardiovascular y sin ECV previa, en tres grupos distintos, dos grupos a los que se les asignó una dieta mediterránea y donde recibieron gratuitamente aceite de oliva virgen extra y frutos secos respectivamente y el grupo control que recibía consejos de dieta baja en grasa. Los participantes recibieron sesiones grupales educativas de forma trimestrales.

1.3.5 CÁNCER

El cáncer es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial y solo en 2018 se registraron alrededor de 9.6 millones de muertes según datos de la OMS. Según el Fondo Mundial de Investigación del Cáncer en referencia a 2018, se diagnosticaron 18 millones de casos nuevos: a nivel mundial, se registró una mayor incidencia de cáncer de pulmón y de mama, seguida de una alta incidencia de cáncer colorrectal, cáncer de próstata, cáncer de estómago y cáncer de hígado. Aunque el cáncer se desarrolla con una distribución homogénea entre hombres (9,5 millones de diagnósticos nuevos en 2018) y mujeres (8,5 millones de casos nuevos en 2018) cada tipo de neoplasia tiene una incidencia diferente entre hombres y mujeres. Los factores de riesgo en la incidencia de cáncer están principalmente relacionados con las características individuales, ambientales, y con el estilo de vida de las personas. La actividad física, el estilo de vida sedentario y la dieta juegan un papel crucial. La World Cancer Research Foundation y el American Institute for Cancer Research insiste en que, a pesar de que algunos factores de riesgo del cáncer no son modificables el estilo de vida o las condiciones ambientales afectan el riesgo de cáncer, de manera que al menos entre un 30 % y un 50 % de los cánceres podrían prevenirse modificando dichos factores de riesgo.

En relación al cáncer la evidencia científica acumulada hasta hoy muestra la importancia de diferentes alimentos y nutrientes en el desarrollo de los distintos tipos de cáncer, aunque hay todavía muchas asociaciones para las que no hay conclusiones definitivas y se necesitan más y mejores estudios epidemiológicos. A pesar de ello hay una base científica suficiente como para promover una dieta más saludable y desarrollar actividades preventivas que mejore la dieta de la población. A la luz de diversos estudios dietas ricas en verduras y frutas protegen frente a los cánceres de la cavidad oral y la faringe, el esófago, el pulmón, el

estómago, el colon y recto, la laringe, el páncreas, la mama y la vejiga (15). Por otro lado un alto índice de masa corporal (IMC, peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros) también relacionado con una baja calidad de la dieta, incrementa el riesgo de cáncer de endometrio. La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de mama en mujeres en etapa posmenopáusica, cáncer de endometrio, colon, recto, riñón y esófago. El nivel de evidencia disponible en ese sentido parece ser convincente (1,16).

Según una revisión publicada por Mentella et al. en 2019 acerca de la relación entre dieta mediterránea y el cáncer; un alto IMC, una baja ingesta de frutas y verduras, la falta de actividad física, el uso de alcohol y fumar representan los cinco factores de riesgo más importantes en la aparición de varias neoplasias (17). Según dicha revisión patrones dietéticos basados en la ingesta regular de frutas, verduras (especialmente ajo y verduras crucíferas, como coles, brócoli y coles de Bruselas) y, en consecuencia, la ingesta de alimentos ricos en selenio, ácido fólico y vitaminas (B12 o D), y antioxidantes (p. ej., carotenoides y licopeno) juegan un papel protector en la aparición del cáncer reduciendo el riesgo de padecer cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de próstata de un 60%-70% y de cáncer de pulmón de un 40%-50%. Una ingesta alta de productos ricos en fibra (por ejemplo, cereales no refinados) y una ingesta moderada de leche y otros lácteos pueden reducir la incidencia de diferentes tipos de cáncer (por ejemplo, cáncer colorrectal, cáncer de pulmón, cáncer de estómago, cáncer de mama, cáncer colorrectal, cáncer de esófago y cáncer oral). Al contrario ocurre con los productos cárnicos y animales, ricos en grasas animales que además, son cocinados a menudo a altas temperaturas y pueden aumentar la incidencia de cáncer, especialmente colorrectal, de estómago y de próstata. Esta revisión narrativa sugiere claramente que la dieta mediterránea puede contribuir a la reducción de la aparición de cáncer en la población mundial, ya que se caracteriza por una serie de alimentos que debido a sus propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, pueden prevenir y contrarrestar los daños en el ADN y ralentizar el desarrollo de diversas formas de cáncer, lo cual afectaría negativamente en la proliferación celular.

Otra revisión sistemática de estudios de observacionales en 2014 (18) establece que ciertos componentes de la dieta como frutas, verduras, legumbres y nueces, representan ingredientes regulares en el patrón de dieta mediterránea y son buenas fuentes de fibra dietética y antioxidantes lo cual parece estar asociado con un menor riesgo de diferentes tipos de cáncer. En 2008, un meta análisis de estudios de cohortes (19) proporcionó evidencia convincente de que un aumento

de 2 puntos en el cumplimiento de un test validado de 14 puntos que valoraba la adherencia a la dieta mediterránea otorgó una protección significativa contra la mortalidad, las enfermedades cardiovasculares y las principales enfermedades degenerativas crónicas como el cáncer. Una versión más actualizada de este meta-análisis (20) podría confirmar los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea sobre la incidencia general del cáncer y la mortalidad por cáncer. Sin embargo según dicho estudio ningún meta-análisis previo ha analizado los efectos de este patrón de dieta en diferentes tipos de cáncer.

Como conclusión en relación al cáncer, varios estudios sugirieron que un patrón de alimentación regular en el consumo de frutas y verduras ricas en fibra y vitaminas, una ingesta baja de carne y una ingesta moderada de leche, lácteos y alcohol pueden considerarse una combinación óptima en la prevención del cáncer. Combinando estas evidencias con los patrones dietéticos más saludables, según Mentella et al. (17) la dieta mediterránea aparece como el mejor patrón de dieta capaz de reflejar muchas características de una dieta saludable ideal.

1.3.6 DIABETES

En el plan de salud de Navarra existe un Programa de Atención en la Diabetes por lo que los pacientes con DM diagnosticada son candidatos a incluirse en dicho programa. A pesar de ello este trabajo aborda la implicación de la alimentación en las enfermedades crónicas y por tanto es importante poner en relevancia el papel fundamental que tiene una adecuada alimentación en el tratamiento de la diabetes. El tratamiento dietético en DM no solo se limita a una regulación y control en la ingesta de hidratos de carbono y la glucemia sino que comprende otros aspectos nutricionales como la ingesta calórica adecuada al gasto energético, la posible necesidad de cambio de peso, el reparto adecuado de macronutrientes en las diferentes tomas del día, la calidad de los hidratos de carbono consumidos y el control de micronutrientes, evitando así posibles déficits o desequilibrios.

Se ha comprobado que dos de cada tres individuos con DM tipo 2 tienen un IMC > 27 kg/m² lo cual indica que padecen sobrepeso u obesidad (según la OMS valores de IMC entre 25 y 29.9 corresponden a sobrepeso e IMC mayor o igual a 30 corresponden a obesidad). Según los datos de la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud 2012 (21), en una muestra representativa de los diabéticos españoles entre 2008-2010, sólo la mitad seguía una dieta acorde con

las recomendaciones de las principales sociedades científicas para el manejo nutricional de la DM. Además la ganancia de peso, incluso en valores de IMC normales (según la OMS valores de IMC entre 18,5-25 kg/m²) es un factor de riesgo para la aparición de DM en el adulto. La DM es una enfermedad que causa un aumento muy importante del riesgo de padecer y morir por ECV. El padecimiento de DM mal controlada produce daños en múltiples órganos y sistemas por lo que un control metabólico de la enfermedad es crucial

1.3.7 SÍNDROME METABÓLICO

Se denomina síndrome metabólico (SM) a un grupo de factores de riesgo de ECV y DM, que ocurren juntos con más frecuencia que la debida al azar. Los factores de riesgo incluyen presión arterial elevada, dislipemia, triglicéridos elevados y colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) reducido, glucosa en ayunas elevada y obesidad central. El incremento en la prevalencia del SM a nivel mundial le ha otorgado una gran importancia en la prevención y control del riesgo de la ECV y la DM. Se han propuesto varios criterios de diagnóstico por diferentes organizaciones durante la última década y los componentes del SM se han definido según diferentes guías y consensos. Las definiciones propuestas por el National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (ATP III) y la International Diabetes Federation (IDF) son las más utilizadas en las diferentes publicaciones. El diagnóstico precoz de SM permite de una forma rápida identificar un conjunto de factores de riesgos relacionados a la aparición de ECV y DM.

Criterios diagnósticos del Adult treatment Panel III (ATP-III) (22)

- Perímetro abdominal aumentado (puntos de corte para España):
 - ≥ 102 cm en varones
 - ≥ 88 cm en mujeres.
- Hipertrigliceridemia (o tratamiento farmacológico para ello): ≥ 150 mg/dl.
- Disminución HDL (o tratamiento farmacológico para ello):
 - < 40 mg/dl varones
 - < 50 mg/dl en mujeres
- Hipertensión arterial: Tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 130 mmHg y/o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 85 mmHg.
- Glucosa alterada en ayunas (o tratamiento farmacológico para ello): ≥ 100 mg/dl.

Aunque los efectos beneficiosos de una dieta saludable se han relacionado con los criterios individuales del SM, el papel de la dieta en la propia etiología del síndrome es poco conocida. Las recomendaciones del ATP-III para pacientes con el SM son consistentes con las recomendaciones dietéticas generales de dieta saludable y dieta en prevención cardiovascular. A pesar de ello ya en 2001 el comité asesor científico de la American Heart Association afirmó en un artículo publicado en la revista *Circulation* que una dieta de estilo mediterráneo tiene efectos impresionantes en el enlentecimiento de la progresión de la ECV (23). Un trabajo publicado en 2004 por Esposito et al. demostró en un ensayo clínico aleatorizado que el consumo de una dieta de estilo mediterráneo por parte de pacientes con SM redujo la prevalencia del mismo aproximadamente la mitad (24). En conjunto, estos hallazgos sugieren que una dieta de estilo mediterráneo es una estrategia segura para el tratamiento del SM y para ayudar a reducir el riesgo cardiovascular asociado como apuntan sus autores.

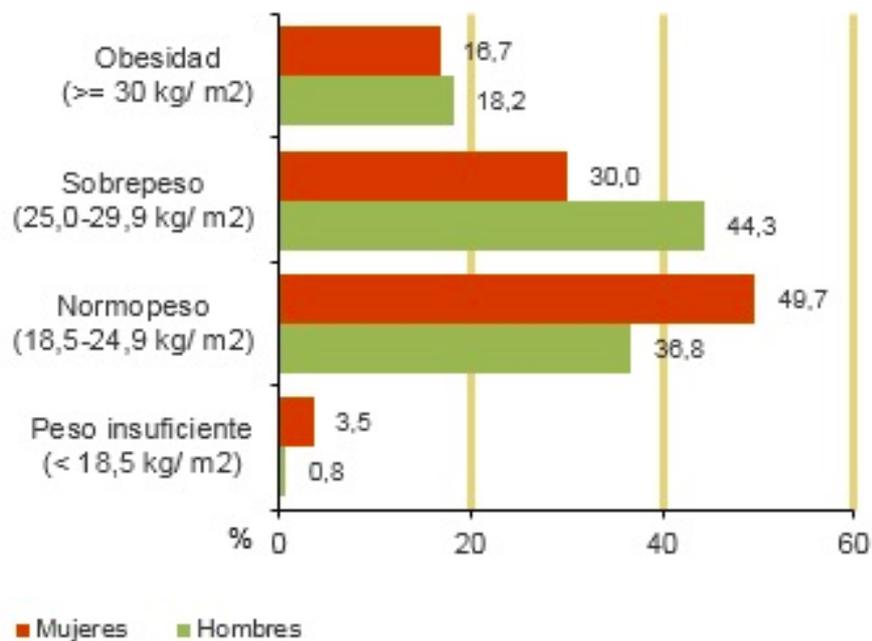
1.3.8 OBESIDAD Y SOBREPESO

El sobrepeso y la obesidad corresponde a una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que presenta un riesgo para la salud, el IMC es un indicador sencillo y ampliamente usado para evaluar y medir el grado de exceso de peso. El sobrepeso se define como un IMC con valores entre 25 a 29.9 kg/m² y la obesidad como un IMC con valor de 30 kg/m² o mayor. En 2013, aproximadamente 4.5 millones de muertes en todo el mundo fueron causadas por sobrepeso y obesidad y según estimaciones recientes, la carga de cáncer relacionada con la obesidad representa hasta el 9% de la carga total de cáncer entre las mujeres de América del Norte, Europa y Oriente Medio.

Según datos de INE a través de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, un 18,2% de hombres y un 16,7% de mujeres de 18 años o más años padecen obesidad. La prevalencia de sobrepeso se dispara sobre todo en hombres situándose en un 44,3 % y en mujeres en un 30% en población de 18 años o más.

Gráfico 4. Índice de masa corporal en población adulta (%) en 2017.

Índice de masa corporal. 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE

Estos datos tan alarmantes son autoreferidos en el caso de la Encuesta Nacional de Salud 2017 pero medidos por personal entrenado en el caso de otras tres encuestas presentadas en la tabla 4. El trabajo “Estudio Nutricional de la Población Española” midió también la obesidad en la región abdominal (perímetro abdominal superior a 102cm en hombres y 88cm en mujeres) también llamada obesidad central o visceral y observó que el 33,4% de la población estudiada presentaba esta condición, cuya valoración implica gran importancia en la detección del SM.

Tabla 4. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos en España.

Estudio	Año	Edad (años)	Metodología	Resultados	Mujeres	Hombres
Encuesta Nacional Salud en España (MSCBS) ⁴	2017	≥18	Datos auto-referidos	IMC: 54,5% de exceso de peso • 37,07% sobrepeso • 17,43% obesidad	EP: 46,8 % SP: 30,1 % OB:16,7 %	EP: 62,5 % SP: 44,3 % OB:18,2 %
Observatorio OMS ²	2016	≥18	Datos medidos	IMC: 61,6 % de exceso de peso • 37,8 % de sobrepeso • 23,8 % % obesidad	EP: 54,1 % SP: 31,3 % OB:22,8 %	EP: 68,9 % SP: 44,3 % OB: 24,6 %
ENALIA 2 (AESAN) ¹³	2013-2015	18-74	Datos medidos	IMC: 52,7 % de exceso de peso • 35,4 % sobrepeso • 17,3 % obesidad	EP: 45,0 % SP: 30,7 % OB: 14,3 %	EP: 60,5 % SP: 40,2 % OB: 20,3 %
Estudio Nutricional de la Población Española (Aranceta) ¹⁴	2014-2015	25-64	Datos medidos	IMC: 60,9% de exceso de peso • 39,3 % sobrepeso • 21,6 % obesidad 33,4 % obesidad abdominal	EP: 52,6 % SP: 32,1 % OB: 20,5 % OA: 43,3 %	EP: 69,3 % SP: 46,5 % OB: 22,8 % OA: 23,3 %

IMC: Índice de Masa Corporal; ICA: Índice cintura altura; p: percentil; EP: exceso de peso; SP: sobrepeso; OB: obesidad; OA: obesidad abdominal.

Los datos de sobrepeso y obesidad son bajo los criterios internacionales de la OMS. ICA: Índice cintura altura; p: percentil; EP: exceso de peso; SP: sobrepeso; OB: obesidad. Fuente: Prevalencia de sobrepeso y obesidad en España en el informe “The heavy burden of obesity” (OCDE 2019) y en otras fuentes de datos (12/11/2019)

La prevalencia de obesidad y sobrepeso es un indicador del exceso de grasa corporal acumulado y del posible desajuste metabólico que este lleva consigo. Son muchos estudios los que investigan a largo plazo los efectos de la inflamación crónica de grado bajo producida por este exceso de grasa corporal. El tejido graso es ya considerado un órgano endocrino por su poder en la modulación de procesos bioquímicos involucrados en los desencadenantes de enfermedades crónicas. Los efectos más visibles se dan en cuanto a dislipemias, hipertensión o resistencia a la insulina, pero también tiene un efecto perjudicial en el riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas con peor pronóstico como puede ser el cáncer.

Exceso de peso y cáncer

En abril de 2016, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, convocó a un grupo de trabajo para reevaluar los efectos preventivos del control de peso sobre el riesgo de padecer cáncer. En este trabajo se comprobaron más de 1000 estudios epidemiológicos sobre el riesgo de cáncer y el exceso de peso, en su mayoría observacionales ya que los estudios de intervención para perder peso o controlarlo eran escasos. Sobre la base de estos datos, se reafirmó que la ausencia de exceso de grasa corporal reduce el riesgo de cáncer en distintos

órganos identificados y además, se identificaron ocho cánceres adicionales para los cuales ahora también hay evidencia suficiente de que la ausencia de exceso de grasa corporal reduce el riesgo de cáncer de cardias gástricos, hígado, vesícula biliar, páncreas, ovario y tiroides, así como mieloma múltiple y meningioma (25).

Exceso de peso y diabetes

Muchos estudios transversales y prospectivos han confirmado la asociación entre la obesidad y la DM tipo 2. La mayoría de las personas con DM tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad, según un estudio publicado por Wild SH et al la evidencia reciente indica que la circunferencia de cintura alta puede ser un indicador mejor que el IMC para un mayor riesgo de DM tipo 2 (26). Además, el inicio temprano de la DM tipo 2 se asocia con un IMC más alto. El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad es uno de los factores más importante en el creciente número de personas jóvenes diagnosticadas con DM tipo 2.

Según otro estudio publicado en 2005 con datos de la cohorte española SUN, se muestra la asociación entre el IMC y la DM tipo 2, encontrando que un $IMC > 35$ comportó un aumento de 64 veces en la incidencia de DM en comparación con un $IMC < 22$, los incrementos fueron mayores para las mujeres. El aumento del riesgo de DM fue continuo a medida que aumentaba el IMC.

Exceso de peso e hipertensión

Según Wild SH et al, la presión arterial aumenta con el aumento del IMC y fue la afección más común relacionada con el sobrepeso y la obesidad. Según este estudio, el aumento de peso se asocia con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión. Se han logrado reducciones a largo plazo en la presión arterial con una pérdida de peso moderada en personas de entre 30 a 54 años que tenían sobrepeso y niveles de presión arterial normal-alto al inicio, también se demostró que la cantidad de medicamentos necesarios para controlar la presión arterial es menor entre las personas en intervención para pérdida de peso. Incluso señala que algunos de los efectos perjudiciales que tiene la obesidad sobre la presión arterial pueden ser permanentes. La evidencia de las poblaciones a estudio (estadounidense y británica) sugiere una relación más fuerte entre la presión

arterial y la obesidad central que entre la presión arterial y la distribución de grasa periférica o general (26).

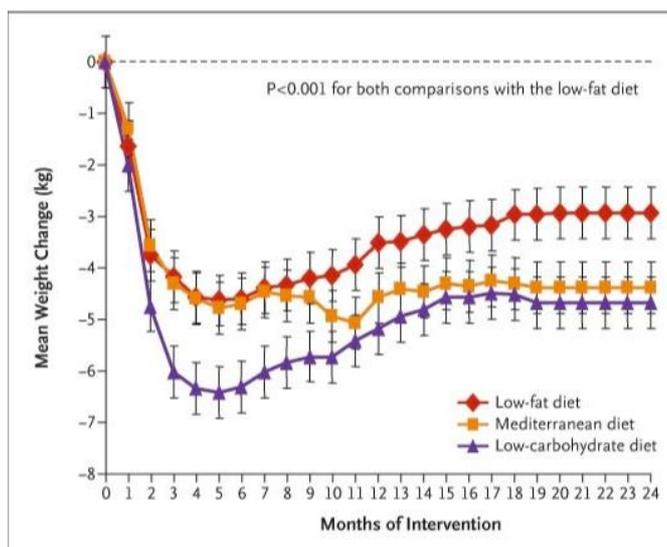
Exceso de peso y dislipemia

La obesidad se asocia con niveles más altos de colesterol total y un patrón lipídico desfavorable, con bajas concentraciones de colesterol HDL y altas concentraciones de triglicéridos. Este patrón dislipidémico es particularmente marcado en personas con obesidad central (26).

Pérdida de peso y dieta mediterránea

Los resultados acerca de la efectividad de la dieta mediterránea y la pérdida de peso son controvertidos. Un ensayo clínico publicado en 2008 (27) que comparaba la efectividad de la dieta mediterránea, una dieta baja en carbohidratos y una dieta baja en grasa en la pérdida de peso observó que la dieta mediterránea y la baja en carbohidratos tuvieron algunos efectos metabólicos beneficiosos. Además del logro de conseguir la máxima pérdida de peso en 6 meses, este estudio sugiere que una dieta con una composición y distribución de macronutrientes adecuada tiene beneficios más allá de la pérdida de peso ya que se comprobó una mejora creciente en los niveles de algunos biomarcadores hasta los 24 meses de seguimiento. El siguiente gráfico que muestra resultados del estudio en cambio de peso refleja como la dieta mediterránea y la dieta baja en carbohidratos son las que mejor mantienen la pérdida de peso a largo plazo.

Gráfico 5. Valores medios de cambio de peso durante dos años según el tipo de dieta asignada.



Fuente: Tomado de Shai I et al, Weight Loss with a Low-Carbohydrate, Mediterranean, or Low-Fat Diet. N Engl J Med 2008; 359:229-241

En diversos estudios observacionales prospectivos, se hallan trabajos publicados donde se relaciona la dieta mediterránea con un IMC más bajo y con una ganancia de peso menor como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5. Dieta mediterránea y cambio de peso en cohortes prospectivas observacionales .

Cohortes prospectivas observacionales: MedDiet & weight loss					
Author (yr)	Country	n	Age (y)	Score	Results
Schröder 2004 J Nutr	Spain	1547 ♂ 1615 ♀	25-74	MD score	MD adherence associated with lower BMI gain and lower obesity risk
Mendez 2006 J Nutr	EPIC-Spain	10589 ♂ 17238 ♀	29-65	MD score	MD adherence associated with lower obesity incidence only in overweight individuals
Schröder 2010 Int J Pediatr Obes	Spain Representative sample	2513 ♂♀	10-24	16-item KIDMED score	MD adherence associated with lower WC gain
Romaguera 2010 Am J Clin Nutr	EPIC-Panacea 10 European countries	103455 ♂ 270348 ♀	25-70	18-item rMED score	MD adherence associated with lower weight gain and lower obesity risk
Beunza 2010 Am J Clin Nutr	SUN study Spain	10376 ♂♀	Mean 38 y	Trichopoulou MD score	MD adherence associated with lower weight gain
Roswall 2014 Am J Clin Nutr	5 European countries	11048 ♂♀	< 65 y	MD score	MD adherence associated with lower WC gain
Funtikova 2014 Br J Nutr	Spain	3058 ♂♀	25-74 y	Regicor MD score	MD adherence associated with lower WC gain but not with 10 year abdominal obesity incidence

Fuente : Martínez González MA. Reunión SEEDO.11-12 Noviembre 2016. Madrid

La pérdida de peso implica distintos condicionantes más allá de la dieta, pero sabemos a través de la evidencia científica que la dieta mediterránea puede dar buenos resultados en pérdida de peso y en el mantenimiento de esa pérdida. La dieta baja en carbohidratos como se ha indicado ha demostrado ser efectiva en la pérdida de peso pero el componente cultural que tiene la dieta mediterránea en nuestro país hace que el seguimiento y la adherencia al patrón a largo plazo sea más sencillo, aumentando así las probabilidades de éxito de su seguimiento y por tanto en la obtención de los beneficios asociados a ella.

1.3.9 OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Parece ser que la dieta mediterránea está asociada con un menor riesgo de deterioro cognitivo leve, tanto durante el envejecimiento, como durante la etapa de transición entre la demencia o deterioro leve hasta la enfermedad de Alzheimer. También se la ha relacionado con una menor incidencia de depresión (28,29).

Otros campos como la mejora en el desarrollo embrionario y fetal y mejora de problemas disovulatorios están en estudio y surgen como campos a estudio con resultados interesantes.

2.JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La OMS a través de su informe de 2002 (1), indica que el avance en las estrategias de prevención de las enfermedades crónicas a través de la dieta se han visto en ocasiones limitado por distintos factores, entre los cuales se encuentra la infravaloración de la eficacia de las intervenciones, creencia de que se tarda mucho en conseguir un impacto medible, presiones comerciales, inercia institucional e insuficiencia de recursos. La SEMFYC, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, a través del grupo de trabajo PAPPS, Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, lleva cabo desde el año 1998 estrategias de promoción de la salud a través de un enfoque basado en la

detección de los factores de riesgo comunes. Este programa, que fomenta la alimentación saludable a través de la dieta mediterránea en población con riesgo de padecer enfermedades crónicas, es un añadido más a esta tarea que se viene haciendo desde hace más de 30 años.

Además de promover hábitos alimentarios saludables este programa fomenta un patrón de dieta con una base cultural y tradicional. Se ha observado que la adherencia a este patrón a lo largo de los años ha ido disminuyendo, esto se comprobó que sucedía en España desde la década de 1980 hasta finales de la década de 1990, a lo que le siguió una estabilización en el seguimiento de esta dieta y una reciente leve recuperación (30). Las transformaciones sociales pueden haber contribuido a esta disminución en la adherencia además de los cambios en la producción agraria y ganadera. Las estrategias de marketing y publicidad agresivas hacen que el consumidor muchas veces se vea confundido y encuentre serias dificultades a la hora de tomar decisiones adecuadas en cuanto a su alimentación. En este sentido la población con niveles educativos más bajos, que frecuentemente se encuentran entre los sectores más desfavorecidos y que presentan mayores tasas de enfermedades crónicas, se encuentran más desprotegidas frente a la desinformación y la publicidad engañosa. Al actuar sobre este factor educativo se podría ayudar a mejorar la salud de este colectivo y añadir otro instrumento para fomentar el empoderamiento del paciente y el autocuidado. La adherencia a este patrón no solo tiene efectos positivos en las principales enfermedades crónicas prevalentes en Navarra, tal y como muestra la evidencia citada, sino que promueve el consumo de productos locales y de temporada aportando un valor de sostenibilidad medioambiental a la conducta alimentaria.

En conjunto el principal valor que este programa pretende aportar es ser una herramienta de refuerzo del consejo dietético-nutricional a población general por parte del Sistema Sanitario de Navarra.

Adecuación al Plan de Salud de Navarra.

Tal y como indica el Plan de Salud de Navarra 2014-2020, un sistema sanitario para ser realmente efectivo necesita mejorar sus estrategias de promoción de la salud dirigidas a lograr que los ciudadanos se responsabilicen e impliquen más activamente en el cuidado de su propia salud. Este plan dedica unas palabras alertando de lo siguiente “El sedentarismo y la alimentación inadecuada está provocando un aumento explosivo de la prevalencia de obesidad tanto en adultos como en niños con el consiguiente incremento de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc.”

Los siguientes valores y principios contemplados en el Plan de Salud de Navarra son compartidos en esta propuesta y a través de este programa se aspira a promoverlos.

- Orientación al paciente
- Compromiso con su autonomía
- Corresponsabilidad en el cuidado de la salud
- Compromiso con la sostenibilidad del Sistema
- Orientación a resultados
- Atención integrada
- Práctica clínica basada en datos
- Compromiso e implicación profesional en la mejora continua

Respecto a sus objetivos este programa también estaría alineado con los siguientes que se reflejan en Plan de Salud de Navarra 2014-2020.

- Disminuir la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminuir la morbilidad y reducir la severidad de las patologías priorizadas.
- Disminuir la discapacidad y promover la autonomía personal.
- Mejorar la salud percibida y la calidad de vida relacionada con la salud.
- Promover estilos de vida saludables y reducir riesgos para la salud.
- Fomentar el empoderamiento y el autocuidado de la salud.
- Reducir las desigualdades en los resultados de salud.

- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

Este programa trata de educar en el patrón de dieta mediterránea de forma general, esto podría verse como una característica limitante sin embargo puede ser una de sus fortalezas ya que además podría servir como programa accesorio o complemento a otros programas ya existentes más específicos en el tratamiento y mejora de enfermedades crónicas y factores de riesgo. Este programa podría tener cabida de forma transversal dentro de tres de las doce estrategias del Plan, línea estratégica “Promoción de la salud y autocuidados en adultos”, “Prevención y atención al cáncer” y “Prevención y atención a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes”. Por su objetivo principal que es el de prevenir las enfermedades crónicas a través de la promoción de hábitos dietéticos la línea más adecuada en la que debe incluirse sería la estrategia de “Promoción de la salud y autocuidados en adultos”. Este programa también estaría en línea con las estrategias del Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad enmarcado dentro de la estrategia de “Salud y hábitos de vida “.

Adecuación al Plan de Salud Pública 2016-2020-Navarra

Además de la adecuación de al Plan de Salud de Navarra 2014-2020, este programa podría incluirse en el Plan de Salud Pública 2016-2020-Navarra. Los ejes sobre los que se sustenta este Plan son en primer lugar la promoción y la protección de la salud y en segundo lugar orientar el sistema sanitario a la prevención, el planteamiento de este programa sería un añadido más que refuerce esos dos ejes. Este trabajo encajaría dentro de la línea estratégica de “Promoción de la salud” y los proyectos a los que podría adherirse podrían ser “Promoción del Ejercicio Físico/Estilos de vida saludable” y “Autocuidados y Promoción de la Salud de las personas adultas. Escuela de pacientes”. Este programa podía ser un refuerzo al ya existente “Taller de alimentación en enfermedades crónicas” de “Escuela de Pacientes”.

Coste-efectividad de programas de intervención dietético nutricionales

Para determinar la relación coste/beneficio en un programa de nutrición dirigido a la prevención de enfermedades crónicas, se requiere que la intervención cambie el comportamiento y que la reducción del riesgo haga descender la morbilidad, la mortalidad y que disminuyan los costes médicos.

Los estudios económicos que se han realizado hasta el momento son realizados a partir de la obesidad como patología principal causada por la alimentación poco saludable, y analiza la fracción atribuible a las principales enfermedades asociadas a la misma. Los costes en España asociados a la obesidad superan los 2.500 millones de euros anuales según el libro blanco «Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas» de la Asociación de economía de la salud y la SEEDO (31) . Según este documento los costes son debidos, en su mayoría a la relación existente entre la obesidad y otras patologías tales como la DM, ECV, dislipemia, etc. Este coste podría mitigarse mediante intervenciones que propicien una alimentación adecuada y reduciendo la prevalencia de las enfermedades asociadas. Los costes de la obesidad corresponderían en más del 35% a las enfermedades con las que está relacionada.

Al distribuir el coste atribuible a la obesidad entre las principales enfermedades con las que está asociada, según este estudio la DM tipo 2 es responsable del 9% del coste, las enfermedades cardiovasculares refieren el 22,6% y la dislipemia el 2,4% del total de gastos. El 65% restante se debería a la obesidad en sí misma y a otras patologías, como diferentes tipos de cáncer, alteraciones renales y hepáticas, apnea del sueño o incluso incontinencia urinaria, que también están relacionadas con esta patología. En cuanto a la distribución de costes en directos e indirectos, es importante señalar que las dos terceras partes de los costes de la obesidad son indirectos. Estos costes están constituidos por todos aquellos que tienen lugar a causa de las bajas e incapacidades laborales así como la mortalidad prematura, entre otros. La obesidad en sí misma y

muchas de las patologías asociadas tienen un importante papel como causas de discapacidad.

El documento científico-técnico publicado por el Colegio oficial de Dietistas-Nutricionistas de Cataluña “Disminución del gasto sanitario asociado a la incorporación del dietista-nutricionista en la atención primaria de salud” dedica un capítulo a evidencias científicas sobre el efecto del tratamiento dietético-nutricional en la atención primaria y sus beneficios clínicos en enfermedades crónicas frecuentes. A fin de estudiar el coste-efectividad del tratamiento dietético-nutricional en la atención primaria, se realizó revisión bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas disponibles en estudios económicos del tratamiento nutricional en exceso de peso, DM , riesgo cardiovascular y tratamiento nutricional en personas sanas. En todos ellos se encontraron resultados positivos en distinto grado. En el mismo documento también se referencia a otro análisis realizado por la Asociación de Dietistas de los Países Bajos donde se analizaba el coste-beneficio del tratamiento nutricional con un dietista-nutricionista en personas con sobrepeso y obesidad, teniendo en cuenta que dicho perfil de pacientes habitualmente no solo presentan exceso de peso, sino también otras comorbilidades relacionadas. El documento demuestra que el tratamiento dietético-nutricional genera unos beneficios de entre 400 a 1.900 millones de euros en ese país en un período de cinco años, de manera que, por cada euro invertido en consejo dietético en estos pacientes, la sociedad recibe a cambio entre 14€ y 63€, de ellos hasta 56€ en términos de mejora de la salud (medidos en años de vida ajustados por calidad, QALY), 3 € en forma de ahorros en costes sanitarios (ahorros en medicación e ingresos hospitalarios) y 4€ en ganancias de productividad (un menor absentismo laboral y mejora de la productividad). A pesar de estos datos a favor en Países Bajos, el propio documento expone la necesidad de más estudios en esta línea con metodología comparable y población heterogénea y suficiente.

3.OBJETIVOS DEL PROGRAMA

3.1 OBJETIVOS GENERALES

1. Reducir la incidencia de enfermedades crónicas.
2. Reducir los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónicas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar el patrón de dieta mediterránea en adultos de 35-64 años que cumplan los criterios de SM (ATP-III) e IMC mayor de 25 en 6 meses.
2. Mejorar parámetros antropométricos (peso, perímetro de cintura e IMC) y presión arterial en pacientes de 35-64 años con síndrome metabólico (ATP-III) e IMC mayor de 25, en 6 meses.
3. Mejorar parámetros bioquímicos (glucosa, colesterol LDL y HDL, triglicéridos) en pacientes de 35-64 años con SM (ATP-III) e IMC mayor de 25 , en 12 meses.
4. Desarrollar conocimientos y fomentar habilidades en los usuarios del programa para conseguir una alta adhesión al patrón de dieta mediterránea, en 6 meses.

4.DESCRIPCIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Este programa pretende, a través de la dieta mediterránea, la promoción de hábitos alimentarios saludables para disminuir los factores de riesgo y prevenir las principales enfermedades crónicas a ellos asociadas

4.1. POBLACION DIANA

El programa va dirigido a las personas entre los 35 y 64 años, usuarias de los Centros de Salud de la Comarca de Pamplona que cumplan con los criterios de SM establecidos por la ATP-III y además presenten un IMC superior a 25 kg/m².

Criterios para la inclusión en el programa:

Para incluirse como candidato debe cumplir los dos criterios siguientes.

1. IMC > 25 kg/m²
2. Adult Treatment Panel III (ATP III):
Reunir al menos 3 de los siguientes parámetros:
 - Circunferencia abdominal >102 cm en varón y > 88 cm en mujer.
 - Hipertrigliceridemia: ≥150 mg/dl (1,69 mmol/l).
 - HDL-Colesterol: <40 mg/dl (1,04 mmol/l) en varones y <50 mg/dl (1,29 mmol/l) en mujeres.
 - Presión arterial: ≥130/85 mmHg.
 - Glucemia basal en ayunas: ≥110, mg/dl (6,1 mmol/l).

Según un estudio publicado por Viñes et al. que examina la prevalencia de SM en Navarra (32), la mayor incidencia de esta condición, según los criterios ATP-III, se da en los segmentos de población de 65-74 años y 75-84 años tanto en hombres como en mujeres, el objetivo de este programa es prevenir y reducir estos factores de riesgo por lo que los segmentos de edad candidatos serían hombres y mujeres de 35-64 años a fin de que la intervención sea más eficaz y con mayor margen de mejora en los pacientes a futuro.

Tabla 6. Prevalencia (%) de síndrome metabólico (ATP III) por grupos de edad y total en hombres y mujeres.

Tabla 5. Prevalencia por 100 del SM (ATP III) por grupos de edad y total en hombres y mujeres.

Hombres	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	35-84 años IC 95%
n	541	506	422	298	119	1886
SM	12,8	21,3	27,5	30,9	30,3	22,1
IC 95%	(9,9-15,7)	(17,7-25,0)	(23,1-31,9)	(25,5-36,3)	(21,6-38,9)	(20,5-23,7)
Mujeres						
n	661	615	457	365	170	2268
SM	4,4	11,2	19,7	31,8	38,2	17,2
IC 95%	(2,8-6,0)	(8,6-13,8)	(15,9-23,4)	(26,9-36,7)	(30,6-45,8)	(15,8-18,5)

Fuente: Tomado de Viñes JJ et al. VIÑES, J. J., et al. Estudio de riesgo vascular en Navarra: objetivos y diseño. Prevalencia del síndrome metabólico y de los factores mayores de riesgo vascular. Anales Sis San de Navarra.p. 113-124.

El área de salud de Pamplona es la más adecuada para llevar a cabo el programa ya que acapara al 75,69 % de población de este rango de edad según datos de zonificación sanitaria del gobierno de Navarra.

Tabla 7. Población entre 35-64 años en el área de salud de Pamplona y todas las áreas de Navarra.

Áreas de Salud	Grupos de edad	Total
TODAS LAS AREAS	35-64 años	281.511
PAMPLONA	35-64 años	213.081

Fuente: Zonificación sanitaria de Navarra. Gobierno de Navarra. Padrón a 1 de enero de 2016. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Informacion+tecnica/Sanidad/zonificacion+sanitaria+navarra.htm

Inicialmente este programa se centrará en los centros de salud de la comarca de Pamplona, reduciendo los desplazamientos del personal implicado y reduciendo costes. Según los resultados de los indicadores de evaluación se prevé que se pueda ampliar el programa al resto de zonas básicas del Área de Pamplona así como a las de Estella y Tudela. Los centros de salud de la comarca de pamplona en los que se iniciará el programa suman un total de 23.

La población total en los rangos de edad establecidos para la comarca de Pamplona sería de 162.738 habitantes, lo que corresponde a un 57,80% del total de la población Navarra de estos mismos rangos de edad. En la siguiente tabla se detallan estos datos según la zona básica de salud con los últimos datos oficiales del Gobierno de Navarra de los 23 centros de salud seleccionados.

Tabla 8. Población entre 35-64 años por zonas básicas salud en la comarca de Pamplona.

Zona Básica de Salud	Total de población: 35-64 años
TOTAL NAVARRA	281.511
TOTAL COMARCA PAMPLONA	162.738
HUARTE	7.387
VILLAVA	5.779
BURLADA	7.999
BERRIOZAR	6.610
ORCOYEN	3.780
SAN JORGE	5.064
ROTXAPEA	11.627
TXANTREA	8.342
CASCO VIEJO/I ENSANCHE	6.876
II ENSANCHE	7.793
MILAGROSA	6.066
ITURRAMA	7.506
SAN JUAN	8.101
ERMITAGAÑA	6.370
CIZUR	9.554
BARAÑAIN	9.161
NOÁIN	7.446
AZPILAGAÑA	5.419
MENDILLORII	11.197
ANSOÁIN	5.094
ETXABACOIZ	2.329
BUZTINTXURI	5.716
SARRIGUREN	7.522

Fuente: Zonificación sanitaria de Navarra. Gobierno de Navarra. Padrón a 1 de enero de 2016. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Informacion+ecnica/Sanidad/zonificacion+sanitaria+navarra.htm

Gracias al estudio de Viñes et al. sobre SM en Navarra que fue publicado en 2007, es posible hacer una estimación de la población con SM en población dentro tramos de edad propuestos. El porcentaje medio de SM en hombres sería de 20,5% y para mujeres de 11, 76%. Según los datos de zonificación sanitaria de Navarra, en el área de pamplona el porcentaje hombres en las edades seleccionadas es de un 50,99 %, es decir 19.983 usuarios hombres con esta condición podrían ser seleccionados. El porcentaje de mujeres en el tramo

de edad para equivaldría a un 49 %, 9377 usuarias podrían ser seleccionadas. Un total de 29.360 podrían cumplirían el criterio de SM.

Respecto a la cuantificación de posibles candidatos con un IMC mayor de 25, según los datos del Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social en Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud la población navarra adulta en 2017 presenta sobrepeso en un 35,56% (IMC de 25 a 29.9) y un 15,37% presenta obesidad (IMC mayor de 30). De nuestra población objetivo 56.958 presentarían sobrepeso y 25.012 obesidad.

Es probable que el dato de SM prevalente en nuestra población objetivo (29.630 usuarios) sea una buena estimación del número de posibles candidatos al programa ya esta condición habitualmente está asociada a un exceso de peso. El número máximo de sujetos a incluir en el programa sería de 345 (15 personas por cada uno de los 23 centros de salud).

Criterios de exclusión

Los sujetos que cumplan las siguientes condiciones no serán considerados para su inclusión en el programa dada la baja probabilidad de éxito en el cambio de hábitos tras la finalización del programa y por tanto en la reducción de factores de riesgo

- Rechazo a participar en dicho programa.
- Incapacidad de comunicarse con el personal del programa.
- Incapacidad para asistir y seguir las visitas programadas.
- Imposibilidad de seguir la dieta recomendada (por razones religiosas, problemas de deglución, patologías digestivas, alergias o intolerancias alimentarias o cualquier otra condición médica que requiera de una intervención dietética específica) .
- Padecer ECV grave o cáncer activo.
- Padecer un trastorno psiquiátrico grave no compensado.
- Dependencia de sustancias tóxicas.
- Padecer patologías graves con un pronóstico vital corto.
- Estar embarazada.

- Estar asistiendo o haber sido incluido en otro programa de consejo de alimentario.
- Cualquier otra condición que pueda interferir con la asistencia y aprovechamiento del programa.

4.2 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

El desarrollo de las actividades se llevará a cabo en los distintos centros de salud de la comarca de pamplona siguiendo la siguiente dinámica en 5 frases.



Este programa se desarrollará a cabo por un profesional externo contratado para este programa. Se solicitará financiación a través de subvenciones de las administraciones públicas y de becas convocadas por entidades públicas y privadas.

4.2.1 SELECCIÓN DE USUARIOS

La selección de usuarios del programa se realizaría a través de la detección de pacientes que tengan dificultades con el seguimiento de la dieta, se llevará a cabo gracias al seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular u obesidad que ya se realiza en los centros de salud, se les podrá ofrecer la posibilidad de entrar en el programa a través de la entrega del tríptico informativo . Se concertará cita para la entrevista inicial con aquellos usuarios interesados. Este tríptico también estará a disposición de los profesionales de medicina y enfermería para su entrega en el momento de la consulta en los casos que puedan considerar oportunos.

4.2.2 ENTREVISTA INDIVIDUAL INICIAL E INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

Presentación del programa al candidato, recogida de datos clínicos, antropométricos y bioquímicos (Anexo I, II)

Esta entrevista será el primer contacto presencial entre el profesional a cargo del programa y el usuario candidato, en ella además de explorar los criterios de inclusión y exclusión, se realizará la recogida de datos antropométricos, bioquímicos presión arterial y datos clínicos generales que pudieran ser clave a la hora de ajustar el objetivo de alimentación que se propone debido a condicionantes individuales.

ENTREVISTA INDIVIDUAL INICIAL . 30 min.	
OBJETIVO Y CONTENIDO	Técnicas
Expresar su experiencia respecto la alimentación Revisión de criterios de inclusión	Encuentro Información Expresión
Que conozco en relación a la alimentación la relación con enfermedades crónicas. Cómo percibe su alimentación y cambios a conseguir. Reflexiono sobre mi situación actual. Revisión de criterios de exclusión	Expresión Análisis Cuestionario
Explicación de programa Contrato educativo.	Información Expresión
Recogida de datos antropométricos y clínicos Conozco la importancia de la educación sobre autocuidados en centro de salud. Despedida	Expresión Análisis Despedida

4.2.3 PLAN DE SESIONES GRUPALES SEMANALES (8 SESIONES)

Las sesiones grupales se realizarán una vez por semana en grupos de máximo 15 personas. Todas ellas tendrán una duración de 3 horas con 30 minutos de descanso. El momento del descanso será acordado entre el profesional a cargo de la sesión y el grupo. Tras cada sesión se les hará entrega de un breve cuestionario de valoración de la sesión y así como un cuestionario de valoración general en la última sesión.

OBJETIVOS Y CONTENIDOS A TRABAJAR CON EL GRUPO

Objetivo general de las sesiones educativas grupales:

- Contribuir al desarrollo de capacidades para alcanzar una alimentación sana y equilibrada en base al patrón de dieta mediterránea.

Objetivos específicos educativos de aprendizaje:

Que las personas usuarias del programa:

- Expresen sus vivencias y experiencias respecto a la alimentación.
- Reorganicen sus conocimientos respecto a la alimentación, los grupos de alimentos, su calidad y frecuencia de consumo recomendada.
- Reflexionen acerca del impacto de la alimentación en su salud y en el desarrollo de enfermedades.
- Analicen dificultades y busque alternativas para alimentarse mejor.
- Sean críticos en las elecciones en su cesta de la compra.
- Elaboren su propio plan de alimentación.
- Aprendan a identificar información fiable acerca de alimentación y salud.

CONTENIDOS

Área cognitiva:

- Dieta mediterránea.
- Grupos de alimentos y frecuencia de consumo recomendada (frutas, verduras y legumbres)

- Grasas saludables.
- Raciones de alimentos.
- Etiquetado de alimentos.
- Planificación de menús.
- Fuentes de información.

Área emocional:

- Vivencias y experiencias respecto a su alimentación.
- Valoración del control de la propia vida.
- Actitud de autocuidado.
- Sentimiento de empoderamiento para afrontar el cambio de hábitos.
- Actitud crítica ante publicidad e información acerca de dieta saludable.

Área habilidades:

- Habilidades para el autocuidado: selección adecuada de alimentos y consumo de raciones recomendadas.
- Autocontrol, dieta adecuada, planificación de compra y menús
- Habilidades de análisis de situación y toma de decisiones: interpretación del etiquetado de alimentos, planificación de menús, cálculo de raciones y listado de la compra.
- Búsqueda de información fiable sobre alimentación.

DISEÑO DE LAS SESIONES

El conjunto de las sesiones se englobarán bajo el nombre de “Taller de dieta mediterránea. Pécyd”

Las sesiones estarán divididas en 4 bloques

- I. ¿Qué es la dieta mediterránea?. Sesión 1.
- II. Alimentos que nos benefician. Sesiones 2,3 y 4.
- III. Raciones y etiquetado. Sesiones 5 y 6.
- IV. Afianzando conceptos y puesta en práctica. Sesiones 7 y 8.

BLOQUE I. DIETA MEDITERRÁNEA. CONCEPTOS GENERALES.

Este bloque constará de una sola sesión y ella se enmarca el resto de plan de sesiones del programa.

Sesión 1: La Dieta Mediterránea: qué es y cuáles son sus beneficios.

Presentación y contrato educativo. Recibir y saludar: “Estamos aquí para aprender como alimentarnos de forma saludable”.

Nos presentamos para conocernos mejor. Se realiza una ronda en la que cada cual cuenta quién es y qué espera del curso.

Se presenta y acuerda el programa con sus 4 bloques:

- I. ¿Qué es la dieta mediterránea?
- II. Alimentos que nos benefician.
- III. Raciones y etiquetado.
- IV. Afianzando conceptos y puesta en práctica.

Experiencias respecto a su alimentación: Expresar, reorganizar y compartir las vivencias y experiencias personales. Se trabaja en grupos pequeños y lo ponemos en común. Devolvemos al grupo lo trabajado: “En el grupo estamos personas con múltiples y diversas experiencias y también dificultades”

Relación entre dieta y salud: Se explica la relación entre dieta y enfermedad y como puede beneficiarnos, se investiga en el grupo las creencias acerca de esta relación.

La dieta mediterránea. Conocer cuáles son los grupos característicos. Exposición apoyada en la pirámide de la dieta mediterránea (Anexo III- Material 1A) descripción y análisis. Se analiza en grupos las frecuencias de consumo señaladas y aspectos culturales de la dieta mediterránea. Lo ponemos en común.

Cuestionario: Se entrega a los asistentes el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea. Individualmente se completa y calcula la puntuación obtenida. Se promueven preguntas y se reflexiona si las creencias acerca de nuestra alimentación se corresponden con el resultado del test. Se recogen los cuestionarios. Se insiste al grupo “Estamos aquí para aprender y ayudaros a mejorar nuestros hábitos”

Sesión 1: La Dieta Mediterránea: qué es y cuáles son sus beneficios. Duración: 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.			
Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Recepción y contrato	Acogida	GG	10 min
Presentación	Encuentro	GG	10 min
Expresar su experiencia respecto la alimentación y dificultades.	Expresión Investigación en el aula.	GP/GG	30 min
Aumentar conocimientos respecto a relación dieta-enfermedad Beneficios de una dieta saludable.	Exposición Expresión Discusión	GG	30 min
Grupos de alimentos característicos de la dieta mediterránea y clasificación	Exposición Análisis Discusión	GG/GP	30 min
Adherencia a la dieta mediterránea y test 14 puntos.	Cuestionario	TI/GG	30 min
	Promover preguntas	GG	10 min
Recursos de la sesión: pirámide de la dieta mediterránea y cuestionario de adhesión a la dieta mediterránea de 14 puntos.			

GG: Grupo grande, GP: Grupo pequeño

BLOQUE II. ALIMENTOS QUE NOS BENEFICIAN.

En este bloque se trabajarán los grupos de alimentos del patrón de dieta mediterránea cuyo consumo es característico y que frecuentemente plantea dificultades a la hora de alcanzar el consumo recomendado en la población disminuyéndose así el impacto positivo en la salud.

Sesión 2: Frutas y verduras: 5 raciones al día.

Presentación. Recordamos lo trabajado en la sesión anterior y presentamos ésta colocándola en el conjunto del curso.

Experiencias respecto al consumo de frutas y verduras: Expresar, reorganizar y compartir las vivencias y experiencias personales. Compartir gustos y dificultades. Se trabaja en grupos pequeños y después se pone en común.

Beneficios de consumo y raciones que se recomienda. Exposición apoyada en material de la campaña “5 al día” (Anexo III- Material 2A), análisis y reflexión sobre las recomendación mínima de frutas y verduras para obtener sus beneficios y el consumo que realiza el usuario.

Propuestas para aumentar el consumo: enlazar las dificultades expresadas al inicio de la sesión e incentivar la búsqueda de soluciones. Tratar formas de cocinado, productos de temporada, crear distintos platos con los mismos ingredientes. Se trabaja en grupos pequeños y puesta en común al resto del grupo.

Sesión 2: Frutas y verduras: 5 raciones al día.

Duración 2h y 30 minutos +30 minutos de descanso.

Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GG	15 min
Expresar su experiencia y dificultades en el consumo de frutas y verduras	Encuentro y análisis Investigación en el aula	GP/GG	30 min
Beneficios de frutas y verduras y raciones recomendadas	Exposición Discusión Promover preguntas	GG	45 min
Ideas para su consumo Propuestas de platos y recetas.	Análisis Discusión Desarrollo de habilidades	GP/GG	45 min
	Promover preguntas	GG	15 min

Recursos de la sesión: Material impreso de la campaña “5 al día”.

Sesión 3: Legumbres, un aliado beneficioso

Presentación. Recordamos lo trabajado en la primera sesión de dieta mediterránea y presentamos ésta colocándola en el conjunto del curso.

Experiencias respecto al consumo de legumbres: Expresar, reorganizar y compartir las vivencias y experiencias personales. Compartir gustos y dificultades. Se trabaja en grupos pequeños y después se pone en común.

Beneficios del su consumo y raciones recomendadas. Exposición apoyada en el material de las campañas “Día Mundial de las Legumbres” (Anexo III- Material 3A) y “Cucharadas de salud” (Anexo III- Material 3B), análisis y reflexión sobre sus beneficios. Dificultades para llegar al consumo recomendado.

Propuestas para aumentar el consumo: enlazar las dificultades expresadas al inicio de la sesión e incentivar la búsqueda de soluciones. Tratar formas de cocinado y trucos para su digestibilidad. Idear distintos platos a partir de un solo tipo de legumbre. Se trabaja en grupos pequeños y puesta en común al resto del grupo.

Sesión 3: Legumbres, un aliado beneficioso.			
Duración 2h y 30 minutos +30 minutos de descanso.			
Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GP	15 min
Expresar su experiencia y dificultades en el consumo de legumbres.	Encuentro Análisis	GP/GG	30 min
Beneficios del su consumo y raciones recomendadas.	Exposición Promover preguntas	GG	30 min
	Investigación en el aula	GG	30 min
Ideas para su consumo Propuestas de platos y recetas.	Desarrollo de habilidades Expresión Discusión	GP/GG	45 min
Recursos de la sesión: Material impreso, campañas “Día Mundial de las Legumbres” y “Cucharadas de salud”.			

Sesión 4: Grasas saludables: Aceite de oliva, pescado azul y frutos secos.

Presentación. Recordamos lo trabajado en la primera sesión de conceptos de dieta mediterránea y presentamos ésta colocándola en el conjunto del curso.

Experiencias respecto al consumo: Expresar percepción del grupo acerca de estos grupos de alimentos.

Dificultades para llegar al consumo recomendado. Compartir gustos y dificultades. Tratar dificultades en el consumo de aceite de oliva (picor en la garganta, sabor fuerte, etc.), digestibilidad del pescado azul y problemas con la masticación y/o digestión de los frutos secos. Identificar si existen mitos asociados a este tipo de grasas o reticencia al consumo por el posible aumento de peso. Se trabaja en grupos pequeños y después se pone en común.

Beneficios de su consumo y raciones recomendadas. Exposición apoyada en el material del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación sobre el pescado azul (Anexo III- Material 4A) y sobre frutos secos del Instituto Tomas Pascual (Anexo III- Material 4B), análisis y reflexión sobre sus beneficios. Recoger impresiones acerca del consumo de grasas en una dieta saludable.

Identificación adecuada: Tratar la identificación de aceite de oliva y diferenciación en los distintos tipos, identificación de especies de pescado azul y la presentación de frutos secos adecuada para el consumo habitual. Tratar formas de cocinado y trucos para su digestibilidad. Idear distintos platos y a partir de un solo tipo de legumbre. Se trabaja en grupos pequeños y puesta en común al resto del grupo.

Sesión 4: Grasas saludables: Aceite de oliva, pescado azul y frutos secos.

Duración 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.

Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GG	15 min
Expresar su experiencia, percepción	Encuentro Análisis	GG	15 min
Dificultades el su consumo: Aceite oliva virgen Pescado azul Frutos secos	Investigación en el aula	GP/GG	30 min
Beneficios y raciones recomendadas	Exposición Investigación en el aula	GG	15 min
Identificación de: Tipo de aceite de oliva Pescado azul. ¿Qué frutos secos elegir?	Exposición	GG	30 min
Ideas para su consumo	Desarrollo de habilidades	GP/GG	30 min
	Promover preguntas	GP/GG	15 min
Recursos de la sesión: Material impreso del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación sobre el pescado azul y material sobre frutos secos de Instituto Tomas Pascual.			

BLOQUE III. RACIONES Y ETIQUETADO.

En este bloque se realizan dos sesiones prácticas con el fin de identificar adecuadamente a que cantidad equivalen las raciones propuestas en el patrón de dieta mediterránea y fomentar las elecciones saludables a través de la lectura y comprensión del etiquetado de alimentos.

Sesión 5: Raciones de alimentos.

Presentación. Recordamos lo trabajado en la primera sesión de conceptos de dieta mediterránea y las raciones recomendadas de cada grupo de alimentos.

Experiencias respecto al control de raciones: Expresar percepción del grupo acerca de las raciones recomendadas. Análisis y percepción acerca del control de raciones.

Conocer pesos y raciones de alimentos consumidos habitualmente. Se repartirán laminas para que los usuarios en grupos pequeños identifiquen la ración que normalmente consumen, se hará una puesta en común y se confrontará con las raciones recomendadas. Se utiliza material impreso del Atlas de raciones de ENALIA (ANEXO III– 5ª) y el “Plato de Harvard” (Anexo III-Material 5B).

Conocer la cantidad recomendada de un alimento: En grupos pequeños se repartirán alimentos frescos y no perecederos, se identificará la ración recomendada y se comprobará la misma con el uso de una balanza de alimentos. Se hará una puesta en común y se confrontará con la percepción individual de la cantidad de alimento que supone esa ración recomendada, se promoverán preguntas.

Sesión 6: Raciones de alimentos. Duración 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.			
Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GG	15 min
Expresar su experiencia y dificultades en el control de raciones	Encuentro Análisis Investigación en el aula	GG	30 min
Conocer pesos y raciones de alimentos consumidos habitualmente	Análisis Investigación en el aula	GP/GG	30 min
		GP/GG	30 min
Conocer pesos y raciones de alimentos recomendadas	Exposición Desarrollo de habilidades Análisis Promover preguntas	GP/GG	30 min
		GP/GG	15 min
Recursos de la sesión: Material impreso, láminas impresas de raciones alimentarias del "Atlas Enalia". Material impreso del "Plato de Harvard". Alimentos frescos y no perecederos y báscula de alimentos.			

Sesión 6: Etiquetado de alimentos.

Presentación. Recordamos lo trabajado en anterior taller e introducimos el concepto de etiqueta de alimentos y su utilidad la hora de seleccionar opciones saludables.

Experiencias. Expresar la percepción del grupo acerca del conocimiento y la comprensión de las etiquetas. Dificultades que se presentan en el supermercado en la elección adecuada de alimentos. Análisis de la situación y percepción.

Conocer información de los envases. Se repartirá material de la campaña “El etiquetado cuenta mucho” del Ministerio de Consumo (Anexo III- 6A) acerca de la información presente en el etiquetado nutricional y cada usuario comprobará su ubicación en el envase. Se hará hincapié en la normativa y etiquetado de productos light y los distintos reclamos publicitarios e interpretación.

Valoración de la información presente en los envases. En grupos pequeños se repartirán envases y etiquetas de alimentos, serán aportados por los participantes (se habrá acordado previamente que cada usuario traiga dos envases de grupos alimentarios distintos). Se trabajará en grupos pequeños y se hará una puesta en común de la valoración de las etiquetas. Se compararán las valoraciones de las etiquetas entre los distintos grupos. Tras la puesta en común se confrontará con la percepción individual acerca de la idoneidad de los alimentos valorados.

Sesión 6: Etiquetado de alimentos.

Duración: 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.

Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GG	15 min
Expresar su experiencia y dificultades al leer etiquetas	Encuentro y análisis Investigación en el aula	GG/GP	15 min
Conocer información de los envases	Exposición Análisis	GG	30 min
	Promover preguntas y desarrollo de habilidades	GG/GP	30 min
Valoración de la información de la etiqueta	Análisis y toma de decisiones	GG	30 min
	Promover preguntas y desarrollo de habilidades	GP/GG	30 min

Recursos de la sesión: material impreso, envases de alimentos traídos por los propios usuarios.

BLOQUE IV. AFIANZANDO CONCEPTOS Y PUESTA EN PRÁCTICA.

En este bloque se pretende aunar los bloques anteriores donde se ha aprendido qué significa la dieta mediterránea en la práctica, se han identificado los alimentos más relevantes de la dieta mediterránea y los beneficios que aporta su consumo, se han aumentado los conocimientos acerca de las frecuencias de consumo y las raciones recomendadas y se ha aprendido a identificar e

interpretar etiquetas de alimentos para realizar mejores elecciones en la compra. En este bloque se propone que los usuarios planifiquen su propia alimentación y creen sus propios menús. Por último, afianzarán conceptos en una sesión final que recogerá dudas y/o falsas creencias que pudieran quedar por aclarar.

Sesión 7: Planificación de nuestra compra y menú semanal saludable.

Presentación. Recordamos lo trabajado la sesión inicial de dieta mediterránea, y el taller de raciones.

Experiencias. Expresar percepción del grupo acerca de la planificación del menú semanal, y si esta existe.

Reorganizar conocimientos y desarrollar habilidades: Dificultades que se presentan a la hora de organizar los platos o confeccionar la lista de la compra. Repaso de conceptos anteriores y reparto de los grupos de alimentos en la semana.

Creación de un menú semanal. Reparto de fichas de menús en blanco (Anexo III-7A) para completar. Se trabajará en grupos pequeños y después se pondrán en común las dificultades encontradas a la hora de confeccionarlo. A partir de ese menú, se propondrán recetas y se confeccionará el listado de ingredientes necesarios y lista de la compra. Se analizarán las dificultades encontradas y se promoverán preguntas.

En esta sesión se propondrá al grupo que cada participante elabore un aperitivo saludable que se degustará en al final de la siguiente sesión como despedida.

Sesión 7: Planificación de nuestra compra y menú semanal saludable.

Duración: 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.

Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesión anterior	Encuentro	GP	15 min
Expresar su experiencia en la organización del menú de la semana	Encuentro y análisis Investigación en el aula	GG	15 min
Reorganizar conocimientos y desarrollar habilidades	Investigación en el aula Exposición Discusión	GG	30 min
Crear un menú que incluya los alimentos de la dieta mediterránea y frecuencias recomendadas	Desarrollo de habilidades + ejercicio	GP/GG	30 min
Confección de lista de la compra y recetas de menús propuestos.	Desarrollo de habilidades + ejercicio	GP	30 min
	Análisis	GG	15 min
	Promover preguntas	GG	15 min
Recursos de la sesión: Material impreso, fichas de menú semanal en blanco			

Sesión 8: Dudas y mitos sobre alimentación.

Presentación. Recordamos lo trabajado en sesiones anteriores

Experiencias. Expresar percepción del grupo después de las sesiones de cómo era su alimentación y si se correspondía con el concepto de alimentación saludable. Reflexión acerca de la información y conceptos sobre alimentación sana que se tenían y las que se tienen tras el plan de sesiones grupales.

Fuentes de información y desarrollo de habilidades: Dificultades que se presentan a la hora de informarnos sobre alimentación sana. Investigar acerca de cuáles son las fuentes de información que el grupo utiliza para resolver sus dudas o informarse acerca del tema. Ejemplos de búsquedas a través de internet y visionado mediante proyector. Se realizarán distintas búsquedas de temática diferente junto con el grupo y se fomentará el análisis de los resultados visionados. Se investigará acerca de mitos o falsas creencias en el grupo. Se lanzarán algunas de ellas y se discutirán en el grupo.

Despedida del grupo. Aperitivo saludable aportado por el grupo.

SESION 8: Dudas y mitos sobre alimentación.
Duración: 2h y 30 minutos + 30 minutos de descanso.

Objetivos y contenidos	Técnicas	Agrupación	Tiempo
Retomar sesiones anteriores	Encuentro	GG	15 min
Expresar su experiencia en cuanto a la información que reciben sobre alimentación	Encuentro y análisis Investigación en el aula Análisis	GG	15 min
Fuentes de información fiables en alimentación.	Investigación en el aula Exposición	GG	15 min
	Desarrollo de habilidades Análisis Discusión	GP/GG	15 min
	Promover preguntas	GG	15 min
Cuestionario de valoración del conjunto de sesiones.	Cuestionario	TI	15 min
Aperitivo saludable aportado por el grupo	Encuentro	GG	60
Recursos de la sesión: material impreso y audiovisual			

VALORACIÓN DE LAS SESIONES GRUPALES

Tras finalizar cada sesión se realizará una evaluación por del usuario donde evaluará tanto los contenidos de cada sesión como la metodología, los medios utilizados, el profesorado y aportar sugerencias. (Anexo IV). Al finalizar la ultima sesión se entregará además un cuestionario de valoración de todo el programa de sesiones grupales (Anexo V).

4.2.4 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Primera llamada

Se realizará 4 semanas después de finalizar la programación de las sesiones de grupo.

- Recordatorio de objetivos individuales.
- Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea a través del test de 14 puntos (Tabla 3).
- Reafirmación de puntos fuertes y detección de puntos débiles.
- Establecimiento de nuevos objetivos y plan de acción individual.

Segunda llamada

Se realizará 8 semanas después de finalizar la programación de las sesiones de grupo.

- Recordatorio de objetivos individuales.
- Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea a través del test de 14 puntos (Tabla 3).
- Reafirmación de puntos fuertes y en detección de puntos débiles.
- Establecimiento de nuevos objetivos y plan de acción individual.

4.2.5 ENTREVISTA INDIVIDUAL FINAL Y OBJETIVOS

Tras las sesiones educativas grupales y los seguimientos telefónicos se realizará una sesión individual final (tras 6 meses desde la inclusión en el programa) con el profesional encargado y en ella se valorarán las respuestas al test de 14 puntos de adhesión a la dieta mediterránea que se realizó al inicio del programa y en los seguimientos telefónicos y se valorarán los cambios adquiridos. Se propondrán objetivos de mejora si los hubiese y se felicitará por los cambios conseguidos además de afianzar el mantenimiento de esas mejoras. Se recogerán datos antropométricos y bioquímicos (Anexo II)

ENTREVISTA INDIVIDUAL FINAL. 30 min.	
OBJETIVO Y CONTENIDO	Técnicas
<p>Repaso, ¿cómo lo llevo y en que he mejorado la alimentación?</p> <p>Reflexión sobre situación actual.</p>	<p>Expresión</p> <p>Análisis</p>
<p>Cómo percibe su alimentación y cambios conseguidos</p> <p>Test adherencia al score de 14 puntos de dieta mediterránea.</p> <p>Contrastar resultado del test al inicio y percepción subjetiva de cambio.</p> <p>Propuesta de mejora si la hubiera y felicitación por lo conseguido.</p>	<p>Expresión</p> <p>Cuestionario</p> <p>Evaluación</p>
<p>Recogida de datos antropométricos.</p> <p>Conozco la importancia de continuar con el autocuidado en alimentación.</p> <p>Promover el cambio de hábitos a largo plazo y autocuidados.</p> <p>Despedida.</p>	<p>Expresión</p> <p>Análisis</p> <p>Despedida</p>

4.3. CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN

Se prevé la implantación para septiembre de 2020, debido a la crisis actual por Covid-19 y la incertidumbre en dicha fecha prevista, el siguiente cronograma muestra los meses numerados para que pudiese aplicarse el inicio en el momento adecuado y seguro para los usuarios. Este ciclo se realizaría dos veces por año cubriendo de esta manera los 12 meses del año y permitiendo escalonar el trabajo en los distintos centros de salud. Es decir, se cubrirían en una primera tanda doce de los veintitrés centros de salud asignados y en una segunda tanda los 11 restantes.

	MES 0	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4	MES 5	MES 6
SEMANA	1-4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	4	4	2-4
Presentación en Centros de salud																
Selección de usuarios																
Entrevista previa individual																
Sesión 1																
Sesión 2																
Sesión 3																
Sesión 4																
Sesión 5																
Sesión 6																
Sesión 7																
Sesión 8																
Seguimiento telefónico 1																
Seguimiento telefónico 2																
Entrevista final individual																

4.4 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Equipo que desarrolla el proyecto.

Para llevar a cabo un proyecto de educación nutricional se necesita personal formado en nutrición y educación para la salud. El personal de enfermería es el que tiene competencias para promoción de la salud pero por otro lado la formación en nutrición en el grado de enfermería es de 6 créditos en el grado impartido por la Universidad Pública de Navarra y de 3 créditos en el grado impartido en la Universidad de Navarra frente a los 185 créditos (4650 horas) en el grado de nutrición humana y dietética tras excluir materias comunes. Las intervenciones nutricionales dirigidas por dietistas-nutricionistas en ensayos clínicos han demostrado ser más efectivas que cuando son realizadas por otros profesionales sanitarios (33).

Por estas razones se entiende que el profesional adecuado que debe llevar a cabo el programa debe ser un profesional de enfermería graduado en nutrición humana y dietética. Además de ello deberá tener formación en educación para la salud. Este profesional estará en estrecho contacto con los centros de salud a los que acudirá y con sus profesionales.

Recursos materiales necesarios.

Los recursos materiales necesarios son los siguientes:

- Trípticos informativos.
- Báscula, tallímetro y cinta métrica (centro de salud).
- Teléfono (centro de salud).
- Sala de usos múltiples (centro de salud). Ocupación 3 horas/16 semanas al año.
- Cañón y ordenador portátil (centro de salud).
- Impresión (centro de salud).
- Folios DIN-A4, bolígrafos y pen drive 64gb.
- Envases de alimentos.
- Báscula de alimentos.

4.5 PRESUPUESTO ESTIMADO

PRESUPUESTO			
Recursos Humanos		Personas	Precio
Salario graduado en enfermería + grado en nutrición humana y dietética. Jornada completa 1600h, durante un año.		1	23.080,40€*
Coste de seguridad social.			7.009,33€**
Total coste de contratación			30.089,73€
Recursos materiales			
Actividad	Recurso	Cantidad	Precio
Difusión	Diseño e impresión de trípticos- Estucado brillante	500 u.	149,06€***
Entrevista	Báscula Tallímetro Cinta métrica	--	--
Llamadas telefónicas	Teléfonos centro de salud		--
Reuniones grupales	Sala de usos múltiples Ocupación de la sala 3 horas semanales	1	--
	Cañón Disponible en centros	1	--
	Ordenador portátil Disponible en los centros	1	--
	Impresión material (centros de salud)		--
	Folios DIN-A4 Paquete 500 hojas (3,75€/u.)	28 u	105€
	Bolígrafos (bic cristal azul 0,20 €/u.)	20	4€
	Pen drive 64gb	1	10,99€
	Envases de alimentos	20	--
	Báscula de alimentos	1	15€
	TOTAL		

* Fuente: SATSE tabla de retribuciones salariales 2020.

** Fuente: Autónomos y pymes.

***Fuente: Presupuesto Pixartprinting.es.

5.DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN

El programa diseñado con los criterios mencionados está diseñado para implementarse en centros de atención primaria de la comarca de Pamplona. Para llevarse a cabo requiere de la autorización previa de la Dirección de Atención Primaria de Navarra. Para ello se contactará por correo electrónico con la Gerencia de Atención Primaria (Anexo VI) con el objetivo de solicitar una reunión con la directiva y exponer el objetivo, contenido y beneficios de la implementación de éste programa. En dicha reunión se entregarán dos copias del programa en formato impreso.

Una vez obtenida la autorización por parte de la Dirección de Atención Primaria, se solicitará una cita de reunión con los centros de salud en los que se realizará el programa para exponer el contenido, objetivo, desarrollo y cronograma de actividades planteado (Anexo VII). Se hará una petición de espacio de sala multiusos donde se realizarán las sesiones grupales, la ocupación será de tres horas por semana durante dos meses. Estas sesiones deben ser en horarios en que no solape la ocupación de la sala con los programas ya en marcha en cada centro. Se intentará en lo posible que los horarios no coincidan con las horas de mayor afluencia del centro de salud y las llamadas y citas siempre se llevarán a cabo a través del profesional responsable del programa para no sobrecargar al personal administrativo. Se solicitará un espacio para la consulta inicial y final con cada usuario previa reserva con el centro en las horas y espacios donde sea factible. Este espacio debe tener una báscula y un tallímetro.

6.INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN

Se repartirá el siguiente tríptico informativo en cada uno de los centros de salud participantes en el programa y serán entregados a los usuarios candidatos a decisión del profesional de medicina de familia o enfermería y estarán disponibles en las áreas de espera.

Figura 2. Tríptico informativo- Cara1.



Figura 3. Tríptico informativo- Cara2.



7. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA

La evaluación del programa se establece en función de los objetivos específicos establecidos y de los resultados individuales de cada usuario. La evaluación se realizará a través de dos fuentes de datos.

- **Indicadores primarios para la evaluación del programa:**
 - Cambios en parámetros antropométricos y tensión arterial (ANEXO II).
 - Cambios reportados a través de los cuestionarios de adherencia a la dieta mediterránea en la entrevista inicial, llamadas telefónicas 1 y 2 y entrevista final. Se considera una alta adhesión a la dieta mediterránea al cumplir entre 11 -14 puntos del test y por tanto consideraríamos la intervención como efectiva.

- **Indicadores de evaluación secundarios.** Se comprobarán variaciones en los datos recogidos al inicio a través de su última analítica y la siguiente en el periodo comprendido de 6-12 meses tras la finalización del programa.
 - Indicadores bioquímicos: (ANEXO II)

Se comprobarán si estas variaciones son estadísticamente significativas y si la prevalencia de sobrepeso/obesidad y de SM ha disminuido por cada centro de salud participante en el programa en los tramos de edad seleccionados en el programa tras 12 meses.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Joint WHO/FAO Expert Consultation. DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION OF CHRONIC DISEASES. Geneva; 2002.
2. Naghavi M, Alemu Abajobir A, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, Ferde Abera S, et al. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Internet]. Vol. 390, The Lancet. 2017 [cited 2020 Apr 22]. Available

- from: <https://vizhub.healthdata.org/>
3. Forouzanfar MH, Afshin A, Alexander LT, Biryukov S, Brauer M, Cercy K, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* [Internet]. 2016 Oct 8 [cited 2020 Apr 22];388(10053):1659–724. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616316798>
 4. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018 Sep 14;151(5):171–90.
 5. Hu FB. Dietary pattern analysis: A new direction in nutritional epidemiology. Vol. 13, *Current Opinion in Lipidology*. 2002. p. 3–9.
 6. Martínez-González MA, Salas-Salvadó J, Estruch R, Corella D, Fitó M, Ros E. Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015 Jul 1;58(1):50–60.
 7. Meryem P, Havva S. Mediterranean Diet in Prevention of Chronic Diseases. *Int J Med Res Heal Sci* [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr 23];6(7):36–9. Available from: www.ijmrhs.com
 8. Stefler D, Malyutina S, Kubinova R, Pajak A, Peasey A, Pikhart H, et al. Mediterranean diet score and total and cardiovascular mortality in Eastern Europe: the HAPIEE study. *Eur J Nutr* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2020 Feb 12];56(1):421–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26578528>
 9. Bach A, Serra-Majem L, Carrasco JL, Roman B, Ngo J, Bertomeu I, et al. The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review. *Public Health Nutr* [Internet]. 2006 Feb [cited 2020 May 1];9(1a):132–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16512961>
 10. Schröder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. A Short Screener Is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *J Nutr*. 2011 Jun 1;141(6):1140–5.
 11. Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalm J-D, Teo K, et al. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1. *Circ Res* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Apr 23];121(6):677–94. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.117.308903>
 12. Salas-Salvadó J, Becerra-Tomás N, García-Gavilán JF, Bulló M, Barrubés L. Mediterranean Diet and Cardiovascular Disease Prevention: What Do We Know? Vol. 61, *Progress in Cardiovascular Diseases*. W.B. Saunders; 2018. p. 62–7.
 13. Martínez-González MA, Martín-Calvo N. Mediterranean diet and life expectancy; Beyond olive oil, fruits, and vegetables. Vol. 19, *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. Lippincott Williams and Wilkins; 2016. p. 401–7.
 14. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med*. 2018 Jun 21;378(25).
 15. Aparicio Azcárraga P, Campos Esteban P. La estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. *Med Prev*. 2019;24(1):5–14.
 16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. *Minist Sanid y Política Soc*. 2010;1–172.
 17. Mentella, Scaldaferrri, Ricci, Gasbarrini, Miggiano. Cancer and Mediterranean Diet: A Review. *Nutrients* [Internet]. 2019 Sep 2 [cited 2020 Apr 23];11(9):2059. Available from: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/9/2059>
 18. Schwingshackl L, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Cancer* [Internet]. 2014 Oct 15 [cited 2020 Apr 23];135(8):1884–97. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.28824>
 19. Sofi F, Cesari F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Adherence to Mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *BMJ*. 2008 Sep 20;337(7671):673–5.
 20. Sofi F, Macchi C, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Mediterranean diet and health

- status: An updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score [Internet]. Vol. 17, Public Health Nutrition. Cambridge University Press; 2013 [cited 2020 Apr 18]. p. 2769–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24476641>
21. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. 2012.
 22. Rubio MA, Moreno C, Cabrerizo L. Guidelines for dyslipemias treatment: Adult Treatment Panel III (ATP-III). *Endocrinol y Nutr.* 2004 May 1;51(5):254–65.
 23. Robertson RM, Smaha L. Can a Mediterranean-Style Diet Reduce Heart Disease? *Circulation* [Internet]. 2001 Apr 3 [cited 2020 Apr 24];103(13):1821–2. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.103.13.1821>
 24. Esposito K, Marfella R, Ciotola M, Di Palo C, Giugliano F, Giugliano G, et al. Effect of a Mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: A randomized trial. *J Am Med Assoc.* 2004 Sep 22;292(12):1440–6.
 25. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body fatness and cancer - Viewpoint of the IARC working group. Vol. 375, *New England Journal of Medicine.* Massachusetts Medical Society; 2016. p. 794–8.
 26. Wild SH, Byrne CD. Risk factors for diabetes and coronary heart disease. *BMJ.* 2006 Nov 11;333(7576):1009.
 27. Shai I, Schwarzfuchs D, Henkin Y, Shahar DR, Witkow S, Greenberg I, et al. Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *N Engl J Med.* 2008 Jul 17;359(3):229–41.
 28. Martínez-Lapiscina EH, Clavero P, Toledo E, Estruch R, Salas-Salvadó J, San Julián B, et al. Mediterranean diet improves cognition: The PREDIMED-NAVARRA randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2013 Dec 1;84(12):1318–25.
 29. Hernandez-Galiot A, Goni I. Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population. *Nutr Hosp.* 2017 Mar;34(2):338–44.
 30. Bach-Faig A, Fuentes-Bol C, Ramos D, Carrasco JL, Roman B, Bertomeu IF, et al. The Mediterranean diet in Spain: Adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index. *Public Health Nutr.* 2011 Apr;14(4):622–8.
 31. Omar SA, Webb AJ, Lundberg JO, Weitzberg E. Therapeutic effects of inorganic nitrate and nitrite in cardiovascular and metabolic diseases. Vol. 279, *Journal of Internal Medicine.* Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 315–36.
 32. Viñes JJ, Díez J, Guembe MJ, González P, Amézqueta C, Barba J, et al. Estudio de riesgo vascular en Navarra: Objetivos y diseño. Prevalencia del síndrome metabólico y de los factores mayores de riesgo vascular. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2007 [cited 2020 Apr 28];30(1):113–24. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000100011
 33. Zazpe I, Sanchez-Tainta A, Estruch R, Lamuela-Raventos RM, Schroder H, Salas-Salvado J, et al. A large randomized individual and group intervention conducted by registered dietitians increased adherence to Mediterranean-type diets: the PREDIMED study. *J Am Diet Assoc.* 2008 Jul;108(7):1134–44; discussion 1145.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO I. Cuestionario de recogida de datos clínicos generales.

DATOS CLÍNICOS		
GENERALES	Sobrepeso/obesidad	
	Diabetes tipo 1	
	Diabetes tipo 2	
	HTA	
	Hipercolesterolemia	
	Hipertrigliceridemia	
	Hiperuricemia	
	Cardiopatías	
	Anticoagulantes	
	Hipotiroidismo	
	Hipertiroidismo	
	Depresión	
	Ansiedad	
	DIGESTIVO	ERGE
Hernia hiato		
Distensión abdominal		
Vómitos		
Gases		
Flatulencias		
Celiaquía		
Helicobacter p.		

9.2 ANEXO II. Cuestionario de recogida de parámetros antropométricos, bioquímicos y tensión arterial.

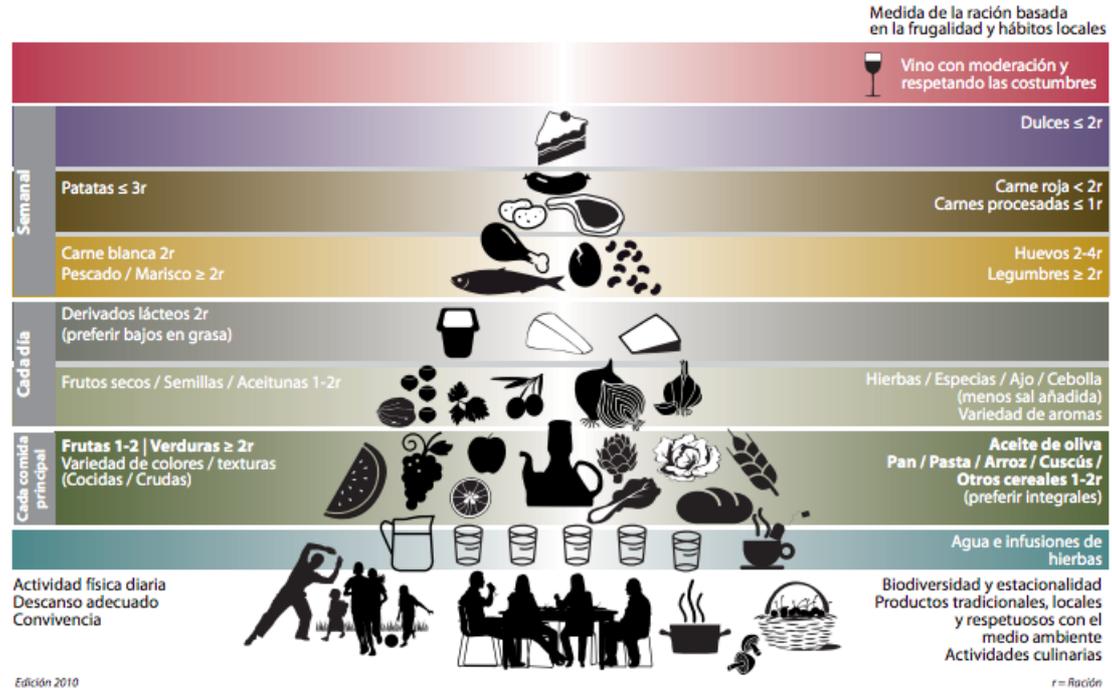
NOMBRE Y APELLIDOS: Edad: Centro de salud:		
	ENTREVISTA INICIAL	ENTREVISTA FINAL
DATOS ANTROPOMÉTRICOS	Fecha y hora	Fecha y hora.
Peso (kg)		
Altura(cm)		
IMC		
C. Cintura (cm)		
C. Cadera (cm)		
PRESIÓN ARTERIAL		
	DATOS PREVIOS	DATOS POSTERIORES
PARÁMETROS BIOQUÍMICOS	Fecha	Fecha
Glucosa (mg/dL)		
HbA1c (%)		
Colesterol total (mg/dL)		
HDL (mg/dL)		
LDL (mg/dL)		
Triglicéridos (mg/dL)		

9.3 ANEXO III. Materiales sesiones grupales.

1A) Material de la Fundación Dieta Mediterránea.

Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual

Guía para la población adulta



2A) Materiales campaña 5 al día : Consejos , temporalidad frutas y hortalizas, tiempos de cocinado y recetas



Toma HORTALIZAS de temporada

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Acelga												
Ajo												
Akashofa												
Apio												
Berenjena												
Brócoli												
Calabacín												
Calabaza												
Carolo												
Cebolla												
Coliflor												
Endivia												
Escarola												
Espárrago												
Espinaca												
Guisante												
Haba												
Judía Verde												
Lchuga												
Naba												
Pegino												
Pimiento												
Puerro												
Rábano												
Remolacha												
Repollo												
Tomate												
Zanahoria												

Toma FRUTAS de temporada

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Aguaate												
Albaricoque												
Caqui												
Cereza												
Chirimoya												
Cruela												
Fresa												
Granada												
Higo												
Kiwi Amarillo												
Kiwi Verde												
Limón												
Mandarina												
Mango												
Manzana												
Melocotón												
Melón												
Naranja												
Neotarina												
Pera												
Plátano												
Pomelo												
Sandía												
Uva												



3A) Material “Día Mundial de las Legumbres.” Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. FAO.

1 Etimología
Legumbre
 La palabra legumbre procede directamente del latín *legumen*, *leguminis*, que designaba a semillas comestibles como habas, guisantes, lentejas, alubias, etc.

2 Legumbres y leguminosas
Leguminosa
 hace referencia a aquellas plantas cuyo fruto se encuentra dentro de una vaina.
Legumbre
 Subgrupo de la familia de las leguminosas; hace referencia únicamente a la semilla seca.

3 Un antiguo cultivo
 Las legumbres han sido una parte esencial de la dieta humana durante siglos.
 La producción agrícola de frijoles, garbanzos y lentejas se remonta al 7000 - 8000 a.C.

4 Un ingrediente versátil de larga duración
 Las legumbres se pueden almacenar durante meses sin que pierdan su elevado valor nutricional, aumentando la disponibilidad de alimentos entre cosecha y cosecha.
Un ingrediente clave en numerosos platos nacionales y regionales como:
 • Frijoles cocidos
 • Falafel • Daal

5 Parte de la red vital de la biodiversidad
 El cultivo intercalado con las legumbres incrementa la biodiversidad vegetal y crea un paisaje más variado para animales e insectos.

6 Fomentan la agricultura sostenible y la protección del suelo
 Como fijadoras de nitrógeno, las legumbres pueden mejorar la fertilidad del suelo, mejorando y alargando la productividad de las tierras agrícolas.

7 Necesitan poca agua
Consumo de agua para producir legumbres en comparación con otras fuentes de proteínas:

1 kg de lentejas	1 kg de pollo	1 kg de cordero	1 kg de ternera
1 250 litros	4 325 litros	5 520 litros	13 000 litros

8 Un aliado inesperado frente al cambio climático
 La amplia diversidad genética de las legumbres permite seleccionar variedades adaptadas al cambio climático.
 Al tener una menor huella de carbono, las legumbres reducen de forma indirecta las emisiones de gases de efecto invernadero.

9 Asequibles y polivalentes
Legumbres como el guandú y el bambara se pueden cultivar en suelos muy pobres y ambientes semiáridos.
 Los agricultores que cultivan legumbres tienen la opción de consumir y/o vender su cosecha.
 Los residuos de cultivos de leguminosas de grano también pueden utilizarse como forraje animal.

10 Un poderoso súper alimento
 Cero colesterol
 Alto contenido en hierro y zinc
 Ricas en nutrientes
 Sin gluten
 Fuente de proteínas
 Bajo índice glicémico
 Bajo contenido en grasa
 Ricas en minerales y vitaminas del grupo B
 Fuente de fibra

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
 #IYP2016
 fao.org/pulses-2016/es
 © FAO, 2016
 BC435s/1/01.16

3B) Material campaña “Cucharas de salud” . Día Mundial del Dietista-Nutricionista.



¿Qué aporta la legumbre?



Contienen vitaminas del grupo B

Aportan minerales tan importantes como el hierro, calcio, magnesio, potasio o fósforo.

NO contienen colesterol

NO contienen gluten, por lo que pueden ser tomadas por personas con celiaquía

¿Qué se considera una ración de legumbre?

Con el cocinado aumentan su volumen y peso.



	EN CRUDO	COCINADO
ADULTOS	60-90 g 	150-125 g 
EDAD INFANTO-JUVENIL	30-60 g 	75-150g 

4A) Material Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación.

	PESCADOS		
	Clasificación del pescado		
	Desde del punto de vista nutricional la manera más útil de clasificación del pescado es la que considera el contenido porcentual de grasa corporal. De acuerdo con esto existen:		
	TIPO	PORCENTAJE DE GRASA	ESPECIES
	Pescados magros o blancos	< 2,5%	Acedia, bacaladilla, bacalao, dorada, lubina, lenguado, rodaballo, etc.
	Pescados semigrasos	2,5%-6%	Emperador, trucha, merluza, salmonete, rape, besugo, etc.
	Pescados grasos o azules	>6%	Sardina, caballa, arenque, anchoa, bóquerón, atún, verdel, esturión, jurel, etc.

4B) Material frutos secos. Instituto Tomás Pascual.

ORIGEN Y PROPIEDADES DE LOS FRUTOS SECOS

¿Sabías qué...?

Se recomienda tomar **entre 3 y 7 raciones a la semana** de frutos secos.³
 El **cacahuete** es en realidad una **legumbre**.⁷
 En España se consumen **al año 3,13 kg** de frutos secos por persona.⁸
Estados Unidos es el **mayor productor** de frutos secos a nivel mundial.²

De acuerdo al Código Alimentario Español, los **frutos secos** son aquellas frutas que tienen **menos de un 50% de agua** en su parte comestible¹. Entre los más consumidos, se encuentran la **almendra, anacardo, nuez, pistacho, avellana y piñones**².



5A) Material Atlas ENALIA de raciones de alimentos. Aecosan.



5B) Material “Plato para comer saludable”. Escuela de Salud Pública de Harvard.



6A) Material campaña “El etiquetado cuenta mucho” . Aecosan.

el etiquetado cuenta mucho

Información alimentaria
Ahora más completo, claro y útil de consultar

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO
aecosan
agencia española de consumo, seguridad alimentaria y nutrición

¿Cuántos nutrientes aportó?

Una parte muy importante de los alimentos es su ETIQUETADO con la información nutricional

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

Ventajas del etiquetado

Información obligatoria

Información nutricional

Alergias e intolerancias alimentarias

7A) Planificador de menú semanal.

.....  *Menú semanal* 



	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO							
COMIDA							
MERIENDA							
CENA							

9.4 ANEXO IV. Encuesta de valoración de la sesión grupal.

Encuesta de valoración de la sesión						
Sesión: _____						
Fecha: __/__/____						
En cada una de las siguientes preguntas, rodee con un círculo el número que mejor refleje su opinión sobre el asunto que se plantea.						
		ESCALA DE VALORACIÓN				
		En absoluto	No mucho	NS/NC	En cierto modo	Mucho
CONTENIDO	¿El tema tratado ha cubierto sus expectativas?	1	2	3	4	5
	¿Se ha profundizado el tema tratado lo suficiente?	1	2	3	4	5
	¿La organización de la sesión ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
METODOLOGÍA	¿Los contenidos son de utilidad?	1	2	3	4	5
	¿Los medios audiovisuales utilizados son adecuados?	1	2	3	4	5
	¿La dinámica del grupo ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
	¿La duración de la sesión es adecuada?	1	2	3	4	5
	¿Es suficiente la documentación entregada?	1	2	3	4	5
	Las condiciones de la sala (sillas, mobiliario, recursos utilizados) ¿han sido adecuadas para facilitar el proceso formativo?	1	2	3	4	5
PROFESORADO	¿El profesor domina la materia?	1	2	3	4	5
	¿Los contenidos se han expuesto con la debida claridad?	1	2	3	4	5
	¿Motiva y despierta interés en los asistentes?	1	2	3	4	5
VALORACIÓN Y SUGERENCIAS	¿En general, la sesión le ha gustado?	1	2	3	4	5
	Señale aspectos para mejorar la calidad de esta sesión:					

9.5 ANEXO V. Encuesta de valoración general de las sesiones grupales.

Encuesta final de valoración de las sesiones						
Fecha: __/__/____						
En cada una de las siguientes preguntas, rodee con un círculo el número que mejor refleje su opinión sobre el asunto que se plantea.						
		ESCALA DE VALORACIÓN				
		En absoluto	No mucho	NS/NC	En cierto modo	Mucho
CONTENIDO	¿Los temas tratados en las sesiones han cubierto sus expectativas?	1	2	3	4	5
	¿Se ha profundizado en los temas tratados lo suficiente?	1	2	3	4	5
	¿La organización de las sesiones ha sido adecuada?	1	2	3	4	5
METODOLOGÍA	¿Los contenidos de las sesiones son de utilidad?	1	2	3	4	5
	¿Los medios audiovisuales utilizados han sido adecuados?	1	2	3	4	5
	¿La dinámica del grupo han sido adecuada?	1	2	3	4	5
	¿El numero de sesiones ha sido adecuado?	1	2	3	4	5
	¿Es suficiente la documentación entregada?	1	2	3	4	5
	Las condiciones de la sala (sillas, mobiliario, recursos utilizados) ¿han sido las adecuadas en las 8 sesiones?	1	2	3	4	5
PROFESORADO	¿El profesor domina las materias tratadas?	1	2	3	4	5
	¿Los contenidos se han expuesto con la debida claridad?	1	2	3	4	5
	¿Motiva y despierta interés en los asistentes?	1	2	3	4	5
VALORACIÓN Y SUGERENCIAS	¿En general, la sesión le ha gustado?	1	2	3	4	5
	Señale aspectos para mejorar la calidad de esta sesión:					

9.6 ANEXO VI. Solicitud de reunión con Dirección de Atención Primaria.

Pamplona a ... de de 2020

A la atención de D/Dña.

Gerencia de Atención Primaria

Asunto:

Solicitud de reunión para la presentación del programa “Prevención de enfermedades crónicas y dieta mediterránea en la comarca de Pamplona”

Mediante este escrito me dirijo a usted para solicitar una reunión con la Dirección de Atención Primaria con el objeto de presentarles el programa de prevención de enfermedades crónicas y dieta mediterránea “Pecyd”, este programa se ha diseñado para implantarse de forma inicial en centros de salud de la comarca de Pamplona y con miras a una expansión a todo Navarra . A través de este programa se pretende impulsar la promoción de la salud y el autocuidado del paciente a través de hábitos alimentarios saludables enmarcados en la dieta mediterránea y desde un enfoque de mejora de factores de riesgo comunes.

Le adjunto el tríptico informativo que se ha diseñado para este programa esperando que le resulte atractivo. Quedo a la espera de su respuesta y espero encarecidamente que podamos acordar fecha y así poder presentarle el programa con mas detalle así como aportarle una copia completa del programa para su valoración mas detallada.

Reciba un cordial saludo
Zenaida Vázquez Ruiz

9.7 ANEXO VII. Solicitud de reunión con los directores de centros de salud participantes en el programa.

Pamplona a ... de de 2020

A la atención de D./Dña.

Director/a del Centro de salud de.....

Asunto:

Solicitud de reunión y presentación del programa “Prevención de enfermedades crónicas y dieta mediterránea en la comarca de Pamplona”.

Mediante este escrito me dirijo a usted para solicitar una reunión con el Director/a del Centro de Salud X con el objeto de presentar el programa de prevención de enfermedades crónicas y dieta mediterránea “Pecyd” autorizado por la Dirección de Atención Primaria y para el que se pide colaboración para implantarse en dicho centro de salud. A través de este programa se pretende impulsar la promoción de la salud y el autocuidado del paciente a través de hábitos alimentarios saludables enmarcados en la dieta mediterránea y desde un enfoque de prevención y mejora de factores de riesgo comunes.

Se adjunta el tríptico informativo que se ha diseñado para este programa. Quedo a la espera de su respuesta y espero encarecidamente que podamos acordar fecha para poder presentarle el programa con mas detalle así como entregarle una copia completa del programa para su estudio mas detallado.

Reciba un cordial saludo

Zenaida Vázquez Ruiz

10.RESUMEN PARA PUBLICACIÓN.

Según expertos de la OMS los cambios en hábitos alimentarios no sólo influyen en la salud actual sino que pueden ayudar a determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida.

Ese programa pretende contribuir a la prevención de enfermedades crónicas a través de la mejora de factores de riesgo asociados a su desarrollo, mediante la promoción del patrón de dieta mediterránea y a través de seguimiento individual y educación nutricional .

El programa será ejecutado pacientes de entre 35-64 años en centros de salud de la comarca de Pamplona que cumplan los criterios de síndrome metabólico y además presenten sobrepeso u obesidad. El programa constará de entrevistas individuales al inicio y al final del programa, además de seguimiento telefónico y sesiones grupales de educación nutricional.

Los resultados esperados son un mejor cumplimiento del patrón alimentario mediterráneo, el cual dispone de evidencia suficiente para ser recomendado en la prevención algunas enfermedades crónicas. Tras el cumplimiento del programa por parte del usuario se esperan mejorías en los factores de riesgo detectados.

Palabras clave: enfermedad crónica, factores de riesgo, dieta mediterránea, prevención.