



**UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA**
SANTA FE CIUDAD DE MEXICO

**DEPARTAMENTO DE SALUD
COORDINACIÓN DE NUTRICIÓN CLÍNICA
CLÍNICA DE NUTRICIÓN**

HISTORIA CLÍNICO-NUTRIOLÓGICA

Lic. Nut. Araceli Suverza Fernández NC.

Lic. Nut. Adriana Salinas Deffis NC.

M.C. Otilia Perichart Perera RD.

Enero 2004

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el manejo o atención clínico nutricional, definido como “una serie lógica de actividades realizadas para conocer y resolver problemas nutricios, basada en la metodología científica y que se lleva a cabo entre nutriólogo y pacientes”, ha representado uno de los principales retos en el trabajo del Nutriólogo, ya que a pesar de su preparación profesional no se encuentran delimitados de manera específica los procedimientos que se deben seguir para lograr un manejo nutricional de alta calidad que resulte exitoso para el paciente y por ende para el Nutriólogo.

El Departamento de Salud de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, a través de su Clínica de Nutrición y de la Coordinación de la Licenciatura en Nutrición y Ciencias de los Alimentos (LNCA), en su afán de lograr la excelencia académica y apoyar las actividades profesionales futuras de sus alumnos, publican el presente documento normativo que tiene como objetivo primordial proporcionar los procedimientos y herramientas necesarias que deben utilizarse para el primer contacto con los pacientes y lograr así homogeneizar la atención mínima indispensable que los alumnos de la LNCA deberán otorgar a las personas que los consulten.

El documento presenta un conjunto de datos científicos con sustento bibliográfico así como la experiencia en la práctica clínica, resultado del trabajo que se realiza en la Clínica de Nutrición. Todos y cada uno de los aspectos incluidos en el documento han sido aplicados, evaluados, validados y corregidos con base en la atención continua de pacientes adultos que asisten a la Clínica, bajo estrictos protocolos que aseguran la calidad de la atención proporcionada.

El documento será utilizado por los alumnos de la LNCA para el desarrollo de sus prácticas en las materias relacionadas con la atención de pacientes.

EVALUACIÓN NUTRICIA

El primer paso para proporcionar el manejo nutricional, consiste en recolectar todos los datos basales del paciente, seguido por una interpretación y análisis de los mismos con el propósito de identificar los problemas que afectan el estado nutricional del paciente, o en su caso el riesgo que tiene de desarrollarlos, estableciendo un listado de problemas a resolver (1,2,3).

Los métodos que se utilizan para la obtención de los datos necesarios son clasificados en: Antropométricos, Bioquímicos, Clínicos y Dietéticos, los cuáles son referidos como el ABCD de la evaluación nutricional (1,4).

Los datos a obtener incluyen la historia médica del individuo, su historia dietética, historia sociocultural, examen físico, mediciones antropométricas y pruebas de laboratorio. Los anteriores se obtienen a través de una entrevista con el paciente y en caso necesario, con sus familiares (3).

Para iniciar con la obtención de datos del paciente es necesario contar con una historia clínico-nutricional estandarizada, que se refiere a homogeneizar el método de la entrevista con el paciente, así como la obtención de datos y mediciones con la finalidad de contar con los mismos elementos de todos los pacientes atendidos, considerando que cualquier nutricionista que realice la historia, acotará y tomará de forma uniforme los datos de los pacientes. Resulta importante mencionar que la historia clínico-nutricional deberá adaptarse a la situación en que se aplique, esto es al tipo de individuos (sanos, enfermos), a la edad de los mismos y al lugar en donde se proporciona la consulta (hospital, consultorio, etc.).

A continuación se presentan los datos que se deben recolectar así como los procedimientos para realizar el llenado de la misma y en el Anexo 1 se presenta la historia clínico-nutricional que se utiliza en la consulta proporcionada en la Clínica de Nutrición de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

OBTENCIÓN DE DATOS.

Para la obtención de los datos basales, se debe tener una entrevista con el paciente estableciéndose una relación de apertura, respeto y confianza con el objetivo de obtener toda la información necesaria. Esta información incluye los siguientes aspectos:

NOTA IMPORTANTE: Toda la información obtenida con motivo de una consulta clínico-nutriólogica es totalmente confidencial y los datos pueden ser utilizados para motivo de estudio, siempre y cuando sea de manera anónima de acuerdo a los criterios éticos del acuerdo de Helsinki.

Datos personales y motivo de la consulta.

Se deben obtener datos generales del paciente como son nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, dirección, teléfono. Asimismo es importante conocer el motivo por el que el paciente acude a la consulta.

Indicadores clínicos.

La evaluación clínica del paciente permitirá conocer de forma detallada su historia médica, realizar una examinación física y el interpretar los signos y síntomas asociados con problemas de mala nutrición. Para ello se deben incluir aspectos de salud-enfermedad presentes y pasados, medicamentos, así como información de la vida cotidiana del paciente (4).

Antecedentes de salud-enfermedad.

Determinar la presencia de síntomas o problemas gastrointestinales y bucales que puedan afectar el consumo, digestión o absorción de nutrientes como por ejemplo si es edéntulo, si presenta vómito, diarrea o estreñimiento.

Se debe conocer si el paciente padece o ha padecido alguna enfermedad importante, y qué medicamentos toma para dicha enfermedad o padecimiento; ya que, algunos medicamentos pueden interactuar con nutrientes y tener consecuencias nutricias para el paciente. También se debe conocer si el paciente consume laxantes, diuréticos, antiácidos o analgésicos regularmente.

Asimismo, es importante determinar si el paciente tiene antecedentes familiares de problemas metabólicos (diabetes, hipercolesterolemias, etc.) que pudiesen representar un riesgo para él.

Antecedentes ginecológicos.

Se debe recabar información referente a los ciclos menstruales, embarazos y uso de tratamientos hormonales. Esta información es importante para saber si existe afectación en la absorción de nutrientes o con la dieta que pueda llevar la paciente, así como para detectar cambios en el balance hídrico que afecten el peso corporal de la misma.

Estilo de vida.

Esta sección tiene como objetivo conocer las actividades cotidianas del paciente así como la actividad física y ejercicio rutinario que realiza.

Asimismo, se establece el consumo de alcohol, café y tabaco.

Signos.

Se debe realizar una evaluación de la apariencia o aspecto general del paciente, sus actitudes, y observar tejidos superficiales (piel, cabello, etc) con el objeto de relacionar estos últimos con algún tipo de problema nutricio específico. Como parte de la identificación de los signos, se deberá medir la presión arterial del paciente.

Indicadores Dietéticos.

Esta sección tiene como finalidad obtener información acerca del consumo de alimentos, los hábitos alimentarios, las condiciones de vida y otros factores psico-

sociales que pudieran afectar la selección, la preparación y el consumo de alimentos del paciente.

Resulta importante considerar, que la evaluación dietética representa un indicador con un rango de error alto. Esto se debe a varios factores: a) depende de la memoria del paciente, b) a la dificultad que representa para el paciente estimar las porciones consumidas, c) a la sub o sobreestimación de los alimentos, d) al sesgo del nutriólogo que entrevista al paciente, e) a la estimación nutrimental del consumo, así como a la utilización de tablas de valores nutrimentales de los alimentos. Sin embargo, existen estrategias que permiten disminuir el error implícito en la evaluación dietética.

En la Clínica de Nutrición se llevan a cabo las siguientes estrategias para disminuir la fuente de error:

- 1) Utilización de combinación de métodos cuantitativos y cualitativos (historia dietética, recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo de alimentos).
- 2) Manejo de métodos y técnicas que ayudan al paciente a recordar, de una manera mas detallada, todos los alimentos consumidos en un día para disminuir el error (recordatorio de 24 horas de pasos múltiples).
- 3) Uso de replicas o modelos de alimentos (Nasco) que ayudan al paciente a estimar las porciones consumidas.
- 4) Entrenamiento de los entrevistadores.
- 5) Cálculo nutrimental estandarizado, utilizando programas de computo para el análisis.

La evaluación dietética, la iniciamos con la historia dietética, cuestionando sobre algunos aspectos generales relacionados con el consumo de alimentos del paciente como son: el número de comidas que realiza, en dónde las realiza, quién prepara los alimentos que consume, modificaciones en el consumo, presencia de hambre-saciedad y su relación con sentimientos, sus preferencias y desagradados por alimentos, alergias y malestares causados por alimentos, el tipo de grasa utilizada para la preparación de alimentos, y el consumo de complementos o suplementos nutrimentales.

Se debe cuestionar al paciente sobre antecedentes de tratamientos con dietas especiales. Esto permite establecer el apego del paciente a otros tratamientos dietéticos o dietoterapéuticos así como evaluar el riesgo metabólico del paciente. También se pregunta el número de dietas realizadas, el tipo, la duración, el motivo por el que realizó las dietas anteriores, cual fue su apego a ellas y si obtuvo los resultados que esperaba.

Como parte de la historia dietética se cuestiona al paciente sobre su dieta habitual, este instrumento cualitativo pretende tener una visión general sobre los hábitos de consumo del paciente en relación al número de comidas que realiza y los horarios habituales de las mismas, así como los alimentos que normalmente consume en cada tiempo de comida, en días rutinarios (normalmente de lunes a viernes) y en fines de semana.

No recolecta información sobre cantidad de alimentos consumidos ni la forma de preparación de los mismos.

Posterior a la obtención de los datos dietéticos generales, se utilizan instrumentos de evaluación dietética tanto cuantitativos como cualitativos para conocer datos específicos del consumo de alimentos y de nutrimentos.

Recordatorio de 24 horas.

Este instrumento cuantitativo presenta una excelente alternativa para evaluar el consumo actual del paciente. Consiste en registrar todos los alimentos y bebidas que el paciente consumió durante las 24 horas previas a la entrevista. Si es aplicado en dos o más ocasiones, puede utilizarse para evaluar el consumo habitual del paciente.

Se ha desarrollado una nueva metodología que pretende evitar errores en su aplicación y por lo tanto en su evaluación. A este tipo de instrumento se le ha denominado "Recordatorio de 24 horas de pasos múltiples" (4,5), el cual integra 3 diferentes listas para ayudar al paciente a recordar los alimentos consumidos en las 24 horas previas a su entrevista. La primera es una lista rápida de alimentos y

bebidas consumidas, seguida de una lista de alimentos comúnmente olvidados, para concluir con una descripción detallada de los alimentos y bebidas consumidos.

Frecuencia de consumo de alimentos.

El instrumento frecuencia de consumo que se utiliza en la Clínica de Nutrición es solamente cualitativo. Consiste en preguntar al paciente la periodicidad con que consume diferentes alimentos de una lista predeterminada. Tiene como objetivo conocer el consumo de diferentes grupos de alimentos en el pasado lejano, lo cual permite conocer los hábitos alimentarios del paciente .

Indicadores Antropométricos.

Los indicadores antropométricos permiten realizar la evaluación de las dimensiones físicas del paciente así como conocer su composición corporal.

Las mediciones antropométricas deben ser tomadas de acuerdo a la técnica de Lohman (6), por personas previamente estandarizadas de acuerdo al método de Habitch (7) y con el equipo que cumpla con las normas de calidad establecidas internacionalmente (6).

Las mediciones que se recomienda tomar a los pacientes adultos son: el peso, la estatura, el ancho de codo, la circunferencia de muñeca, los cuatro pliegues cutáneos o panículos adiposos: tricipital, subescapular, suprailiaco y bicipital, y las circunferencias de cintura, cadera, abdomen y brazo.

Es importante considerar que las mediciones variarán de acuerdo a la edad, estado fisiológico y condición del paciente.

En la actualidad existen una gran cantidad de métodos, técnicas y equipos alternativos a la antropometría para realizar la evaluación de la composición corporal del paciente, los cuales pueden determinar el porcentaje de grasa corporal total, la masa libre de grasa y el agua corporal total.

Indicadores Bioquímicos.

Los indicadores bioquímicos permiten detectar deficiencias de nutrimentos mucho tiempo antes de que los indicadores antropométricos y clínicos se vean alterados. Asimismo, algunas de estas pruebas son útiles para evaluar el consumo reciente de algunos nutrimentos y se pueden aplicar en conjunto con indicadores dietéticos para evaluar el consumo de alimentos y nutrimentos (4,8).

En los casos en que se amerite se deben solicitar las pruebas bioquímicas necesarias para complementar el diagnóstico del paciente de acuerdo al análisis subjetivo o posterior a la interpretación de los datos obtenidos.

Uno de los principales nutrimentos a evaluar lo representa el estado proteico del organismo debido a su correlación con desnutrición energético-proteíca. Para ello, se debe determinar en primera instancia la existencia o sospecha de que se presenta alguna alteración en los indicadores ACD relacionados con este nutrimento, para con base en ello seleccionar evaluaciones de proteína somática (excreción urinaria de creatinina) o visceral (albúmina, transferrina, prealbúmina) o inmunidad específica (cuenta total de linfocitos) (6,8,9).

En caso de encontrar en el paciente riesgo de desarrollar alteraciones metabólicas como Diabetes Mellitus o Hiperlipidemias, se deberán evaluar niveles séricos de glucosa, colesterol, lipoproteínas (4).

En caso de sospechar deficiencia o exceso de nutrimentos inorgánicos o vitaminas, se deben seleccionar indicadores bioquímicos específicos como por ejemplo ferritina sérica, saturación de transferrina o hemoglobina para deficiencia de hierro o vitamina B₆ en orina y plasma o transaminasas eritrocitarias para evaluar vitamina B₆ (9,10).

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICO-NUTRIOLÓGICA

La historia clínico-nutricional, se encuentra dividida en secciones, es importante llenar todas y cada una de ellas (a excepción de antecedentes ginecológicos, solo para mujeres). No se deben dejar espacios en blanco.

La historia presenta opciones abiertas y cerradas. En el primer caso se deben anotar todas las características o aspectos referidos.

Para las opciones cerradas se marcará con en el caso afirmativo y en caso negativo.

Para el interrogatorio con el paciente se debe iniciar con una investigación sobre el o los motivos que el paciente tiene para asistir a consulta nutricional, dejando que el paciente relate sus motivos o problemas libremente. Es importante escuchar atentamente al paciente, mostrando interés, paciencia y simpatía para lograr establecer un vínculo de confianza con el mismo, a este acto se le conoce como tribuna libre; al cuál se le debe dar un tiempo razonable que permita con base en ello organizar cómo se debe desarrollar el interrogatorio posterior, haciendo preguntas específicas y directas, a lo cuál se le denomina interrogatorio dirigido, en donde es importante cuidar no sugerir la respuesta.

INDICADORES CLÍNICOS ANTECEDENTES SALUD/ENFERMEDAD

Preguntar al paciente si presenta alguno de los signos o síntomas que se indican.

Por ejemplo:

Diarrea Estreñimiento: Gastritis: Úlcera:

En el apartado "Observaciones", deberá detallarse la condición que se señalo como presente, incluyendo la frecuencia del problema, duración, etc.

Preguntar al paciente si padece o padeció alguna enfermedad diagnosticada, cuál es, y los medicamentos que toma para dicha enfermedad o para cualquier otro padecimiento. Cirugías que se le han practicado.

En la sección de antecedentes familiares, se cuestionará si algún familiar en línea directa (madre, padre, abuelos, tíos, hermanos, etc.) padece o padeció alguna de las enfermedades indicadas, en caso de que el paciente lo desconozca, se marcará con interrogación (?).

ASPECTOS GINECOLÓGICOS (solo para mujeres).

Embarazo actual: Esta sección se llenará si la paciente se encuentra embarazada mientras acude a consulta, indicando las semanas de gestación (SDG).

Preguntar si toma anticonceptivos orales, contestar con () o (X) ,en caso afirmativo anotar el nombre de la misma así como la dosis.

Climaterio, se contestará si ya lo presento o no y la fecha de inicio de la menopausia. Asimismo se indicará si toma terapia de reemplazo hormonal anotando en caso afirmativo el nombre de la misma y la dosis.

ESTILO DE VIDA Y DIARIO DE ACTIVIDADES

El Diario de Actividades debe incluir TODAS las actividades que el paciente realiza durante el día, desde la hora de levantarse, hasta la hora de acostarse. Estas actividades incluyen el tiempo utilizado para comer, transporte, trabajo, etc. El Diario debe reportarse con los horarios de dichas actividades.

Ejemplo: 6:30 a.m. Bañarse 6:50 a.m. Vestirse 7:00 a.m. Desayuno 8:00 a.m.
Trabajo de escritorio en oficina 9:00 a.m. - 2:00 p.m. Comida 2:00p.m. - 4:00p.m.
Trabajo de escritorio en oficina 4:00 p.m. - 8:00 p.m. ver T.V. en casa, 9:00 p.m.
Cena, 10:00 p.m. Dormir 11:00 p.m.

En la sección de actividad deberá evaluar y catalogar las actividades del paciente y marcar con () el nivel de actividad, considerando las categorías de actividad física recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, con base en los siguientes criterios (11):

Muy ligera: Las personas sedentarias son aquellas que realizan el mínimo de actividad todo el tiempo como ver televisión, leer, etc.

Ligera: La mayoría de las personas que trabajan en oficinas como profesionistas, abogados, médicos, maestros, conductores, técnicos, músicos y amas de casa que no cuenten con útiles de aseo eléctricos. En este nivel de actividad se incluyen 8 horas de sueño y 12 horas de estar sentado o parado, 3 horas de actividad leve (como caminar, lavar ropa, golf, pin pong) y 1 hora de actividad moderada (ejemplo: tennis, bailar, aerobics).

Moderada: Personas que trabajan en la industria eléctrica, carpintería y construcción (excluyendo obreros de construcción pesada), trabajadores del campo, granjas, pescadores comerciales, amas de casa sin útiles de aseo eléctricos, estudiantes, dependientes de almacén, soldados sin servicio activo y mecánicos.

Pesada: Deportistas de tiempo completo, bailarinas de tiempo completo, trabajadores del campo que no cuentan con máquinas, soldados en servicio, herreros y algunos mineros se consideran en esta categoría.

Excepcional: Trabajadores forestales, leñadores, mujeres obreras que se dediquen a la excavación manual, mineros y obreros de la construcción pesada.

Ejercicio: Se pregunta el tipo, la frecuencia (veces por semana) y la duración (horas/semana).

Ejemplo: Tipo: Bicicleta fija Frecuencia 3 veces por semana. Duración 3 horas.

Alcohol, tabaco y café: contestar () o (X) ; de qué tipo, la frecuencia de su consumo, y cantidad en número de copas, cigarros, y tazas.

Ejemplo :Alcohol: vino, ocasional, 2 copas; Tabaco: X; Café: descafeinado, diario, 2 tazas.

SIGNOS.

En este apartado se pretende determinar si el paciente presenta signos de alguna deficiencia o exceso de vitaminas o nutrimentos inorgánicos, o si su aspecto clínico es normal. Se presenta un apartado que dice “aspecto general”, el

nutriólogo deberá revisar la piel, ojos, uñas, etc. del paciente y anotar las observaciones realizadas. En caso de que todo esté normal se escribirá “Apariencia Normal”, es importante no dejar el espacio en blanco.

Presión arterial: marcar con () o (X) si el paciente conoce o no su presión arterial habitual. En caso de que su respuesta sea afirmativa, preguntar cuál es su presión arterial y reportarlo.

En todos los casos se debe medir la presión arterial del paciente en el brazo derecho. Anotando la hora en que se tomó así como la lectura que se obtuvo.

Ejemplo: Hora: 10:30 a.m. Brazo Derecho: 100/130.

INDICADORES BIOQUÍMICOS

Se cuestionará al paciente si presenta alteraciones en algún parámetro bioquímico, en caso afirmativo se le preguntara la fecha del último examen realizado. Solicitándole entregue una copia del mismo para su expediente. En caso necesario se solicitará se realice nuevas pruebas, indicando si se solicitó o no, y en su caso cuáles.

Ejemplo: Datos bioquímicos relevantes Hiperuricemia, 6 años.

Se solicitaron análisis Si, Cuáles Química sanguínea.

INDICADORES DIETÉTICOS

Se deberá preguntar y anotar el número de comidas que realiza el paciente al día, así como el tiempo de comida que representa. Ejemplo cuántas comidas hace al día: 4, desayuno, refrigerio, comida y cena.

Posteriormente se le preguntará si come en casa o fuera y se anotarán las comidas que realiza en casa y fuera de ella por día así como el horario de cada comida.

Ejemplo:

	Comidas en casa	Comidas fuera	Horarios
Entre semana	Desayuno, cena	Refrigerio, comida	8:00, 12:00, 3:00, 9:00
Fin de semana	Desayuno, comida, cena		12:00, 5:00, 10:00

Se preguntará quién prepara los alimentos Ejemplo mi esposa

¿Come entre comidas? ____ ¿Qué? Jícamas con chile, papas fritas.

¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses por el trabajo, estudio, etc.? Se deben contestar todos los alimentos que el paciente ha empezado a consumir y los que dejó.

Ejemplo:

¿Ha modificado su alimentación en los últimos 6 meses por el trabajo, estudio, o actividad etc.? Si No Se responderá con () la respuesta. Porqué acabo de empezar a trabajar ¿Cómo? Dejó las verduras crudas y ahora consume cereales industrializados.

Apetito: Se responderá con () la respuesta Ejemplo: Bueno ().

Se le preguntará al paciente a qué hora tiene más hambre Ejemplo: 2:20 p.m. o justo antes de la hora de la comida

Alimentos preferidos: Ejemplo: frutas, verduras, panes y chocolates.

Alimentos que no le agradan/ no acostumbra: Ejemplo: Vísceras, hígado de pollo y carne de cerdo.

Alimentos que le causan malestar (especificar): Ejemplo: Leche, ya que le provoca distensión abdominal y dolor (probable intolerancia a lactosa).

Es alérgico o intolerante a algún alimento: SI NO Se responderá con () la respuesta según sea el caso, especificar a qué alimentos.

Toma algún suplemento/ complemento: SI NO Se responderá con () la respuesta según sea el caso. También se preguntará cuál, la dosis y porqué.

Ejemplo: Cuál Centrum Dosis 1 pastilla diaria Porqué por recomendación del médico.

Su consumo varía cuando está triste, nervioso o ansioso, se refiere a la relación entre los alimentos y sentimientos como angustia, tristeza, miedo, ansiedad, etc. Contestar sí () o no (X) e indicar si es un aumento o disminución del consumo.

Agrega sal o no a la comida ya preparada, contestar sí () o no (X) .

Qué grasa utilizan en casa para preparar su comida, se marca con () si se utiliza alguna de ellas y con una (X) si no las utiliza.

Existen después varias preguntas acerca de si el paciente ha llevado alguna dieta especial anteriormente. Esta sección es importante, ya que nos habla acerca, de qué tanto apego ha tenido el paciente a otras dietas, y qué tanto conoce de aspectos dietéticos y de nutrición. Por lo que es importante preguntarle cuantas dietas ha hecho, qué tipo de dieta ha llevado, hace cuanto tiempo las llevó y por cuánto tiempo; cuál fue el motivo por el que ha realizado las dietas anteriores, cuál fue su apego y si obtuvo los resultados que esperaba.

La última pregunta de esta sección es si el paciente ha utilizado medicamentos para bajar de peso SI NO Se responderá con () la respuesta según sea el caso. Y se preguntará cuáles.

Ejemplo: Si , ¿Cuáles? Xenical

DIETA HABITUAL

Se pretende conocer los hábitos de consumo del paciente, por lo que se pregunta cómo es su alimentación rutinaria.

Se presenta una tabla en la que el paciente describirá lo que consume normalmente. La tabla tiene dos columnas, en la primera se especifica el tiempo de comida y la hora habitual de consumo. En la segunda se escribirá lo que se consume en cada tiempo. En ésta sección no se escribirá la cantidad de cada alimento.

Por ejemplo: Desayuno 9:00 a.m.: Pan con queso ó cereal con leche.

Es importante preguntar en ésta sección, el consumo de vasos de agua natural al día, aclarando la medida o tamaño del vaso si es que el paciente no sabe exactamente qué cantidad toma al día. . Se toma como referencia los vasos de 240 ml y se reporta el # de vasos de agua al día o litros.

También se debe preguntar la cantidad o vasos de líquido (no agua), que el paciente consume, como leche, jugo, café .

Finalmente en ésta sección, se encuentra un apartado que especifica la dieta en fin de semana del paciente. En ésta se escribirá en qué varía la dieta, si consume

mayor o menor cantidad que entre semana y cuáles alimentos son los que cambian.

Ejemplo:

DIETA EN FIN DE SEMANA

Come en restaurantes y no en su casa, y acostumbra comer postres y refrescos.

FRECUENCIA DE ALIMENTOS

Se pretende conocer con qué frecuencia se consumen los diferentes grupos de alimentos. El cuestionario de frecuencia de alimentos se encuentra en forma de tabla con el alimento en una columna, el consumo en las 5 columnas siguientes, dividido en: diario, semanal, quincenal, mensual, ocasional y la última es para cuando el paciente no consume el alimento.

Por ejemplo: Si un alimento el paciente lo consume 3 veces por semana, en la columna semanal escribirá 3. Si lo consume diario se pregunta las veces al día que lo come y se anota el número en la columna diario.

Ejemplo

Alimento	Diario	Semanal	15 Días	Mensu al	Ocasion al	No
A.- Leche o yogurt descremados		3				
B. Leche o yogurt semidescremados	3					

Es importante recordar que el número reportado representa las veces que el paciente incluye el alimento en su consumo habitual, no representan raciones, ya que se maneja como instrumento cualitativo.

RECORDATORIO DE 24 HORAS DE PASOS MÚLTIPLES.

Se compone de tres cuadros, el primero consta de una lista rápida de alimentos y bebidas, el segundo de una lista de alimentos olvidados como son: café, té, leche, jugo, agua de sabor, refresco, cerveza, vino, galletas, cacahuates, etc. Finalmente

el cuadro de descripción del alimento o bebida, el cual consta de las siguientes columnas:

Hora	Ocasión	Cantidad	Alimento/ Bebida	Cantidad	Ingrediente	Preparación	Qué tanto consumió	Donde consiguió los alimentos	Donde consumió los alimentos

Los pasos para llenar el recordatorio de 24 hrs de pasos múltiples son los siguientes:

1. Lista Rápida. Para la lista rápida de alimentos se debe preguntar al paciente: *“Ahora por favor dígame todo lo que comió y bebió el día de ayer de media noche a media noche, incluyendo todo lo que consumió en casa y fuera de ella, tomando en cuenta colaciones, refrescos y bebidas alcohólicas”*. Llevar a cabo la Lista rápida anotando todos los alimentos que el paciente mencione sin interrupción. Por ejemplo, huevos revueltos, pan, jugo de naranja, etc.
2. Lista de alimentos olvidados. El objetivo de ésta es recolectar aquellos alimentos o bebidas que son fácilmente olvidados, se pregunta *“Además de los alimentos que menciona, ¿tomó café, té o leche...?”*. Se marca con () en los que sí consumió que se habían olvidado, se subraya y se transcriben a la lista rápida. Los que el paciente indique que no consumió se marcan con una (X).
3. Se transfieren los alimentos de la lista rápida a la lista de descripción de alimentos y bebidas completando las columnas correspondientes, que son hora, ocasión, alimento/bebida, cantidad, ingrediente, preparación, etc. De la siguiente manera:
 - a. Se le pregunta a la persona el horario y ocasión de cada uno de los alimentos de la lista rápida: *Aproximadamente ¿a qué hora comenzó a comer su desayuno? ¿Cómo llamaría usted a este tiempo u ocasión que comió?* Se debe proveer al paciente una lista de ocasiones, por ejemplo: desayuno, comida, cena, merienda, refrigerio, almuerzo, etc. Anotar la hora a la que se consumieron dichos alimentos. El tiempo u ocasión de consumo de dichos alimentos se escribe en el renglón correspondiente.

- b. Para llenar la columna de cantidades consumidas es necesario mostrar al paciente réplicas de alimentos, fotografías o ejemplos de medidas caseras para que lo indicado en su consumo se apege lo más posible a la ración consumida.
- c. En la siguiente columna se anotan los ingredientes del alimento lo más detallado posible.
- d. La columna de preparación es muy importante para un buen análisis del recordatorio, ya que en esta se detallan la forma en que estos fueron preparados o en su caso se deberá anotar la marca de los alimentos consumidos.
- e. En las últimas columnas se debe registrar que tanto realmente consumió los alimentos, donde se obtuvieron.
- f. Revisar la ocasión y preguntar dónde se realizó. Hacer la pregunta “*Para el (desayuno) ¿usted consumió y, consumió algo más en el (desayuno)?*” y preguntar “*¿Dónde desayunó?*”, anotando el lugar en donde consumió los mismos.
- g. Revisar entre ocasiones, preguntando “*¿Qué más comió o bebió entre el desayuno y la comida y entre la comida y cena?*”
- h. Revisión final , tratar de que el paciente recuerde si comió o bebió algo más de la media noche de ayer a la media noche a media noche del día anterior. Es importante reforzar que todo tiene que ser reportado, aunque sean cantidades pequeñas y en cualquier lugar como reuniones, en la escuela, mientras cocinaba, limpiaba, veía la televisión.

Ejemplo del llenado del cuadro de descripción:

Hora	Ocasión	Cantidad	Alimento/ Bebida	Cantidad	Ingrediente	Preparación	Qué tanto consumió	Donde consiguió los alimentos	Donde consumió los alimentos
8:00 am	Desayu	1 pieza	Torta	1 pieza 30 g 30 g 1 rebanada 1 rebanada 1 rodaja 1 cuch 1 cuch 1 cuch 1 cuch 1 pieza	Bolillo Jamón Queso amarillo Jitomate Aguacte Cebolla Mayonesa Mostaza Mantequilla Frijoles Chile chipotle	Jamón y queso asados a la plancha. Bolillo caliente en la plancha con la mantequilla indicada.	1 pieza	Torteria	Oficina

Al final del Recordatorio (abajo de la lista de descripción de los alimentos) se pregunta al paciente si dicho consumo es habitual o no (por lo que se debe contestar con o X, según sea el caso), y, en caso de que el paciente conteste que el consumo no fue habitual, se le debe preguntar qué alimentos son los que cambiaron en éste día, o cuáles consumió de más o por el contrario no consume habitualmente y solamente los consumió porque por ejemplo, estaba en una fiesta o algún evento social.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS:

Anotar los datos de las mediciones realizadas al paciente, así como la evaluación en las unidades correspondientes (Kg, cm, mm). Establecer el diagnóstico de cada índice.

INTERPRETACIÓN DE DATOS

INDICADORES CLÍNICOS:

En el primer cuadro, primera columna se indicará si el paciente tiene algún padecimiento y los síntomas que presenta. En la segunda columna se indicarán las implicaciones nutricias.

En el siguiente cuadro se indicará los medicamentos que el paciente consume así como las implicaciones nutricias de los mismos.

INDICADORES DIETÉTICOS:

Calcular las necesidades energéticas y nutrimentales del paciente para el peso teórico y real.

Análisis del Recordatorio de 24 horas:

Anotar en Consumo Actual: la cantidad de kilocalorías y nutrimentos que el paciente consumió, obteniendo los datos como resultado del calculo del recordatorio de 24 horas de pasos múltiples, así como los % de cada nutrimento para el consumo energético total.

Calcular los porcentajes de adecuación de la dieta conforme a las necesidades energéticas y nutrimentales determinadas para el peso teórico y para el peso actual.

Análisis de la Frecuencia de consumo de alimentos: Se presenta una tabla, en la que el nutriólogo debe analizar la frecuencia con la que el paciente consume los diferentes grupos de alimentos, se deberán sumar los alimentos de cada grupo, poniéndolas en las mismas unidades. Por ejemplo: Si el paciente consume tortilla 2 veces al día, pan de caja 1 vez por semana y arroz 6 veces por semana, sumará: 6 (arroz) + 1 (pan de caja) = 7 veces por semana. Tortilla dos veces por día equivale a 14 veces por semana; 7 + 14 = 21 veces por semana entre 7 días, equivale a 3 veces por día.

Este análisis permitirá saber que es lo que el paciente acostumbra comer con mayor frecuencia y poder evaluar si consume los tres grupos de alimentos, es decir si la dieta es completa.

Dieta Correcta: En el cuadro se deberá anotar para cada una de las características, si el paciente cumple o no con cada una de ellas, describiendo (en caso necesario) los aspectos específicos.

INDICADORES BIOQUÍMICOS:

Esta sección pretende que el nutriólogo, interprete los indicadores bioquímicos que se le pidieron al paciente y/o los valores que el paciente refiere como anormales desde su llegada (colesterol alto, ácido úrico elevado, etc.).

En la primera columna se indicará la medición, se registrará la fecha, en la siguiente columna el valor de la medición, así como el valor de referencia y en la última columna la interpretación.

En caso de que no se tengan indicadores bioquímicos, se traza una línea diagonal a lo largo del cuadro.

DX NUTRIOLÓGICO FINAL:

Con base en la evaluación e interpretación de los 4 indicadores (ABCD), se debe establecer un diagnóstico nutricional final. El diagnóstico nutricional se basa en aquella información recolectada en la consulta y que es relevante para poder establecer si existe un estado nutricional normal, riesgo nutricional o si existe un problema de mala nutrición.

Un estado nutricional normal se caracteriza por el equilibrio entre el consumo y la utilización biológica de los nutrientes por el organismo.

La mala nutrición es la condición en donde se presenta deficiencia o exceso de uno o más nutrientes, dentro de los cuales se puede presentar obesidad, desnutrición, y estados específicos de deficiencias, excesos o toxicidad por vitaminas y nutrientes inorgánicos.

En caso de detectar mala nutrición o riesgo nutricional en el paciente, se debe realizar el diagnóstico lo más específico posible indicando todos y cada uno de los aspectos e indicadores que sustentan el diagnóstico.

Resumen diagnóstico y plan a seguir:

Una vez concluida la evaluación del paciente y establecido su diagnóstico nutricional, se deberá resumir la información subjetiva y objetiva de los cuatro indicadores (ABCD), el diagnóstico final y el plan a seguir. Con el objetivo de reunir toda la información de relevancia nutricional que se obtuvo en la entrevista con el paciente, permitiendo así que cualquier persona dentro del equipo de salud pueda acceder a la información más relevante sin necesidad de buscar en toda la historia clínico-nutricional, contando con la información precisa del diagnóstico y las metas que se establecieron para un paciente en particular.

Para ello, la información se documentará en un formato denominado SOAP, —llamado así por sus siglas en inglés Subjective, Objective, Assessment, Plan— (anexo 2). El cual incluirá la siguiente información en cada apartado:

S: Anotar los **datos subjetivos** reportados por el paciente y/o familiares. Puede incluir: nivel de apetito, presencia de síntomas gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, flatulencia), consumo habitual de alimentos, pérdida/ganancia de peso, intolerancias alimentarias y alimentos no consumidos, nivel de actividad física, problemas de masticación/deglución, antecedentes familiares, etc.

O: Anotar los **datos objetivos** más relevantes. En los cuadros correspondientes, se debe anotar la edad, el diagnóstico médico o condición clínica relevante, cirugías recientes. Los medicamentos que tengan alguna implicación nutricional (de acuerdo al cuadro que se realizó anteriormente), los valores de laboratorio relevantes (ej: si la albúmina está baja, el colesterol alto, etc.). La estatura, el peso actual, el peso habitual y el IMC. Se deben incluir otros datos que sean importantes para el diagnóstico nutricional de ese paciente en particular como porcentajes de peso teórico, de peso habitual, de grasa corporal; circunferencia abdominal, ICC, cAMB.

Además, deben incluirse los requerimientos de energía y nutrientes de importancia. Como mínimo, debe anotarse el requerimiento de energía estimado con la fórmula de Harris Benedict y el de FAO-OMS.

Se incluirá el consumo de energía del paciente de acuerdo al recordatorio de 24 horas, y toda información proveniente del mismo instrumento que sea de importancia para la evaluación del paciente, por ejemplo: gramos de nutrientes específicos, porcentajes de adecuación de la dieta, etc.

A: Evaluación, este apartado debe de incluir el diagnóstico nutricional final, incluyendo si el consumo de alimentos y la dieta actual cubren los requerimientos del paciente. Además, se evalúa si existe algún problema de mala nutrición o si existe el riesgo a desarrollar algún problema nutricional. Todo esto debe interpretarse de acuerdo a la condición clínica, evaluación antropométrica, dietética y bioquímica del paciente y deben utilizarse los datos que se reportaron en los apartados **S y O**.

P: En el **plan** se deben incluir las recomendaciones generales en cuanto al tipo de dieta, así como las metas específicas sobre el consumo de alimentos y actividad física. En el recuadro de recomendación energética se debe anotar la recomendación en kilocalorías y cual fue el criterio para esta recomendación. En el apartado de dieta, se deben indicar los aspectos específicos sobre la dieta como distribución de nutrientes y características especiales de la misma (ej: fibra, colesterol, etc.). Así mismo se anotaran las metas establecidas. También se deben anotar las actividades de orientación alimentaria que se realizaron durante la primera consulta, así como lo que se planea realizar en este aspecto en la siguiente visita, incluyendo qué materiales educativos se entregaron o se deben entregar. Por otro lado, si se pide algún estudio, pruebas de laboratorio o visita médica que se consideren necesarias para el tratamiento del paciente, se debe mencionar en este apartado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Coulston A, Rock C, Mosen E. **Nutrition in the prevention and treatment of disease**. Academic Press 2001.
2. The British Dietetic Association. **Manual of Dietetic Practice**. Blackwell. 3th edition. 2002.
3. American Dietetic Association. **Medical Nutrition Therapy Across The Continuum of Care**. Morrison Health Care, Inc. 2002.
4. Lee R, Nieman D. **Nutritional Assessment**. McGraw-Hill. 2003.
5. Moshfegh A, Borrud L, Perloff B, LaComb R. **Improved Method for the 24-hour**
6. **Dietary Recall for use in National Surveys**. FASEB Journal 13(4)A603.
7. Lohman T, Roche A, Martorell R. **Anthropometric Standarization Reference Manual**. Human Kinetic Books. 1988
8. Habitch J P. **Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 76:375-384. 1974.
9. Gibson R. **Principles of Nutritional Assessment**. Oxford University Press. USA. 1990.
10. Shils M, Olson J, Shike M, Ross C. **Modern Nutrition in Health and Disease**. 9th edition, Williams & Wilkins, 1999.
11. Niedert K. **Pocket Resource for Nutritional Assessment**. The American Dietetic Association. 2001.
12. Food and Nutritional Board, National Research Council. **Recommended Dietary Allowances**. 10 th ed 1989.
13. Foster G, Nonas C. **Managing Obesity: A Clinical Guide**. American Dietetic Association. 2003.
14. Mahan K, Escott-Stump S. **Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy**. 10th Edition. USA. 2000.
15. Colegio Mexicano de Nutriólogos, A.C. **Código de ética profesional del nutriólogo**.

ANEXO 1
HISTORIA CLÍNICO-NUTRIOLÓGICA