

Entrevista dietética. Herramientas útiles para la recogida de datos

Gemma Salvador Castell¹, Imma Palma Linares², Anna Puchal Sabartés²,
M.^a Carme Vilà Ormazabal³, Martina Misserachs Blasco³, M. Illan Villanueva²

¹Programa d'Alimentació i Nutrició. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

²Centre d'Ensenyament de Nutrició Humana i Dietètica (CESNID UB). Barcelona

³Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)

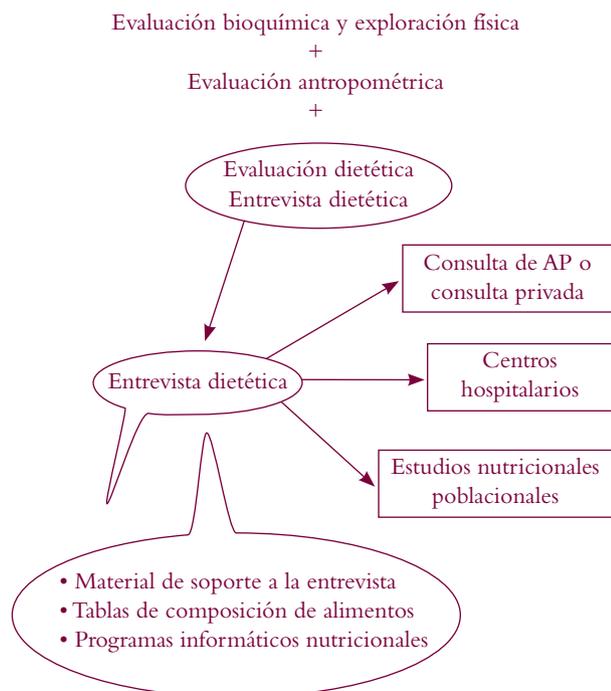
La identificación del consumo de alimentos, así como de los hábitos, frecuencias y preferencias alimentarias, de un individuo es imprescindible frente a cualquier intervención de consejo alimentario, tanto en individuos sanos como en personas previamente diagnosticadas de una patología que requiera tratamiento dietético. Este proceso, llamado **entrevista dietética**, debe proporcionar la información básica que, junto con la obtenida en la evaluación bioquímica, la exploración física y la antropométrica, permita al dietista-nutricionista diseñar una estrategia o plan de alimentación apropiado (figura 1).

La ingesta de alimentos es realmente un proceso muy variable que puede experimentar notables diferencias se-

gún el día de la semana, la estación del año, la actividad realizada, etc. Por otro lado, puede que la persona entrevistada no sea la misma que ha preparado y cocinado los alimentos y además puede incluso que no recuerde con precisión la ingesta realizada. La variabilidad de la ingesta, los muchos errores inherentes a la memoria, la interpretación por parte del entrevistador, así como la idoneidad del método de evaluación utilizado, afectan a la calidad de la información obtenida. Es imprescindible disponer de un cuestionario que reúna tanto la información **cuantitativa** como la **cuantitativa** para garantizar una intervención dietética adaptada a las características y necesidades individuales (tabla 1).

En relación con el método o métodos utilizados en la valoración cuantitativa de la ingesta, existen, en función de la precisión deseada, de los medios disponibles y de las características del paciente, los siguientes:

Figura 1. Evaluación del estado nutricional del individuo



AP: Atención Primaria.

- **Recordatorio dietético de 24 horas:** se trata de un método retrospectivo en el que se solicita al entrevistado que recuerde todos los alimentos y bebidas ingeridos en las 24 horas precedentes o durante el día anterior. El entrevistador utiliza normalmente fotografías o medidas caseras con el fin de ayudar al entrevistado a cuantificar las cantidades físicas de alimentos y los ingredientes de los platos y bebidas.
- **Diario o registro dietético:** este método, a diferencia del anterior, es prospectivo y consiste en pedir al entrevistado que anote diariamente (durante 3 a 7 días) los alimentos y bebidas que va ingiriendo. Requiere que, previamente, se haya instruido al entrevistado. El método de doble pesada (pesada al inicio y al final de la comida) es una variación del diario o registro dietético.
- **Cuestionario de frecuencia de consumo:** consiste en una lista cerrada de alimentos, o grupos de alimentos, sobre la que se solicita la frecuencia (diaria, semanal o mensual) de consumo

Tabla 1. Modelo orientativo de cuestionario. Aspectos que deben considerarse en la historia del paciente

Datos generales del individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad (nombre, edad, sexo, grupo étnico, país de origen y religión, etc.) • Expectativas del paciente en relación con la prescripción • Expectativas de el/la dietista
Motivo de la consulta/procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Causa por la cual solicita consejo dietético (interés propio o derivación de facultativo) • Grado y tipo de motivación para seguir tratamiento dietético • Identificación de la autoimagen
Anamnesis o historia familiar, personal y social	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes patológicos propios y de familiares (enfermedades o trastornos que ha sufrido o padece) • Antecedentes personales no patológicos (hábitos tóxicos, alcohol, tabaco, etc.) • Estilo de vida (horario y tipo de trabajo) • Duración de las comidas
Historia de la situación o enfermedad actual	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la situación o patología • Fecha de inicio • Factores desencadenantes • Tratamientos realizados hasta el momento • Trastornos o patologías asociadas
Datos antropométricos y bioquímicos	<ul style="list-style-type: none"> • Peso (actual, evolución, peso deseado y teórico) • Talla • Índice de masa corporal • Pliegues subcutáneos y circunferencia braquial • Circunferencia de la cintura y de la cadera • Presión arterial • Parámetros bioquímicos • Consumo de fármacos
Comportamiento/hábitos alimentarios Aspectos cualitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Número de comidas que acostumbra a realizar • Lugar y entorno social de las comidas (dónde y con quién) • Horarios • Hábito de «picar» alimentos entre comidas • Responsable de preparar las comidas • Responsable de la compra de los alimentos • Preferencias y aversiones alimentarias • Sensación de apetito • Momento del día de mayor sensación de apetito • ¿Come muy rápido, sin masticar mucho o de forma compulsiva? • Seguimiento anterior de tratamientos dietéticos • ¿Cuántas veces y qué tipo de tratamientos? • Tipos de cocción utilizados con mayor frecuencia
Conocimientos y aptitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos previos sobre la alimentación saludable (los alimentos que más engordan y los que menos, los alimentos más saludables, etc.) o sobre dieta/diabetes/hipertensión, etc. • Conocimientos culinarios del paciente (recursos y posibilidades)
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de actividad cotidiana: tipo de actividad, duración y frecuencia • Horas sentado o en reposo
Valoración cuantitativa de la ingesta	<ul style="list-style-type: none"> • Registro alimentario prospectivo • Recordatorio dietético de 24 horas • Cuestionario de frecuencia de consumo

de cada uno de los ítems. La información que se obtiene es básicamente cualitativa, aunque, si se añade junto a cada alimento la proporción o ración media de consumo, puede obtenerse una valoración semicuantitativa. Este cuestionario puede ser autoadministrado.

¿Cuál es el mejor método de valoración cuantitativa? Es difícil de saber y dependerá en gran medida de los objetivos de la valoración, pero los métodos que ofrezcan mejor **reproducibilidad** o **precisión** (capacidad del instrumento

seleccionado para producir mediciones o resultados similares, cuando se usa repetidamente ante una misma situación; normalmente la precisión se evalúa observando la concordancia de resultados cuando un mismo método de evaluación dietética se administra más de una vez, y en ocasiones distintas, a un mismo individuo o grupo) y mayor **validez** (que se define como el grado en que un instrumento mide lo que realmente quiere medir y está exento de errores sistemáticos; por ejemplo, métodos que sistemáticamente sobreestiman o subestiman la ingesta) se considerarán los más apropiados (tablas 2 y 3).

Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de diversos métodos de estimación de la ingesta dietética en individuos

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Registro dietético	<ul style="list-style-type: none"> • Se registra lo que se come: precisión en la estimación o cálculo de las porciones ingeridas • El procedimiento no depende de la memoria del individuo 	<ul style="list-style-type: none"> • El individuo ha de poder leer, escribir y contar • Requiere tiempo y colaboración por parte del encuestado • El hecho de registrar puede cambiar lo que se ingiere, variando los patrones de ingesta habituales • Es frecuente que el registro sea incompleto • Coste de codificación y análisis elevado
Recordatorio de 24 horas	<ul style="list-style-type: none"> • El procedimiento no altera la ingesta habitual del individuo • Recordatorios seriados pueden estimar la ingesta habitual del individuo • Puede usarse en personas analfabetas y situaciones clínicas • El tiempo de administración es corto • Coste moderado 	<ul style="list-style-type: none"> • La ingesta de un solo día no es representativa • No refleja las diferencias en la ingesta según los días o estaciones del año • Difícil estimar con precisión el tamaño de las porciones • Depende de la memoria del encuestado y su voluntad de facilitar la información verdadera • Puede existir el olvido selectivo de alimentos • Se requiere un entrevistador con experiencia
Cuestionario de frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Puede estimar la ingesta habitual de un individuo • Bueno para describir patrones de ingesta para planeación de dietas y comidas • No altera el patrón de consumo habitual • No requiere entrevistadores entrenados • Rápido de administrar • Coste muy bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Dudosa validez de la estimación de la ingesta de individuos con patrones dietéticos muy diferentes de los alimentos de la lista • Poca precisión en la estimación de las porciones • Poco válido para la mayoría de vitaminas y minerales • Es posible que las respuestas sean incompletas • Difícil obtener el consumo total y, al incluir más alimentos en la lista, se alarga la encuesta • El recordatorio de la dieta en el pasado puede estar sesgado por la dieta actual • No es útil en analfabetos, ancianos y niños
Historia dietética	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción más completa y detallada de la ingesta alimentaria habitual y pasada • Considera las variaciones estacionales • Buena descripción de la ingesta usual • Puede usarse en personas analfabetas 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere mucho tiempo y cooperación por parte del entrevistado • No existe una manera estándar de realizarla • Requiere un entrevistador entrenado • Coste elevado

Tabla 2. Ventajas e inconvenientes de diversos métodos de estimación de la ingesta dietética en individuos (continuación)

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Entrevista telefónica	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene cierto anonimato • La carga para el entrevistado es baja • El alcance es mayor • Más fácil de realizar después de entrevista frente a frente con instrucciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil de estimar con precisión el tamaño de las porciones y si éstas en realidad se ingieren
Observación directa por observadores entrenados	<ul style="list-style-type: none"> • Baja carga para el informante • Posible observación abierta u oculta • Pueden obtenerse mediciones precisas 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere mucho tiempo del observador • Posible alteración de las ingestas, por sentirse observado • Posible pasar por alto ciertos detalles • Método invasivo • Coste muy elevado

Tabla 3. Ventajas e inconvenientes de las encuestas mediante entrevista y autoadministradas

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Mediante entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Se asegura la cumplimentación de todas las preguntas • Permite utilizar preguntas complejas y preguntas múltiples • Se pueden aclarar las preguntas no entendidas (aunque puede introducir sesgos) • Facilita la cooperación del entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesgo del entrevistador • Coste y tiempo elevados
Autoadministrada	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia del sesgo del entrevistador • Coste bajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendencia a la cumplimentación parcial • No se pueden utilizar preguntas complejas ni preguntas múltiples • Dificultad para asegurar la comprensión de la pregunta • Baja tasa de respuesta • Restricción de sujetos (idioma, alfabetización)

Toda la información recogida en la historia dietética, junto con la historia clínica, tendrá que ser analizada y valorada, con el fin de diseñar una propuesta de consejo alimenticio o de tratamiento dietético lo más adaptado posible a las características y necesidades de cada persona. La propuesta alimentaria o el consejo dietético tendrían que adecuarse al máximo a las características individuales: costumbres alimenticias, horarios, nivel económico, preferencias y aversiones, hábitos de ingesta, otras patologías, etc.

La búsqueda de información o entrevista dietética tiene que facilitar la información básica para priorizar los objetivos del tratamiento dietético. Por ejemplo, en el caso de una situación de pluripatología, deberían priorizarse los objetivos en relación con la patología de mayor riesgo, al tiempo que pactar con el paciente los objetivos a corto y medio plazo. Es recomendable establecer objetivos muy concretos

y fáciles de alcanzar, en períodos cortos, con la finalidad de incrementar o mejorar la motivación.

A continuación y en base en la información obtenida mediante la entrevista, y marcados y pactados los objetivos, deberá diseñarse el plan de acción o de actuación dietética (PAD). También en este momento debe planificarse la estrategia educativa, temas y secuencia del proceso educativo, individual o grupal, grupos de ayuda, material educativo, etc.

El siguiente paso es la ejecución del plan según la estrategia diseñada.

Cada visita o sesión requerirá monitorización o evaluación, antes de continuar con el PAD, con el fin de replantear posibles objetivos y estrategias.

Para que sea aceptada y seguida a largo plazo, una intervención dietética (principalmente en enfermedades crónicas, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, etc.) debe facilitar la modificación **voluntaria, progresiva y mantenida** de aquellos hábitos alimentarios (detectados en la entrevista) que predispongan a desequilibrios, así como sugerir alternativas a las restricciones que se planteen.

En los anexos 1 y 2 se facilitan herramientas útiles para la adecuada interpretación nutricional de la información obtenida en la entrevista dietética.

Anexo 1. Tablas de composición de alimentos

- BEDCA. Red española de bases de datos de composición de alimentos. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). www.bedca.es.
- Eurofir. Plataforma europea de bases de datos de composición de alimentos. European food composition databases. www.eurofir.org.
- Farran A, Zamora R, Cervera P. Tablas de composición de alimentos del CESNID. Barcelona: McGraw-Hill-Edicions de la UB; 2004.
- Mataix Verdú J. Tabla de composición de alimentos. 5.ª ed. Granada: Universidad de Granada; 2009.
- Moreiras O, Cabrera L. Tablas de composición de alimentos. Madrid: Pirámide, 2011.
- Palma I, Farran, Cantós D. Tablas de composición de alimentos por medidas caseras de consumo habitual en España. Barcelona: McGraw-Hill-Edicions de la UB; 2008.

Anexo 2. Programas informáticos nutricionales

- **Dial**. Programa de uso general y profesional para valoración de dietas y cálculos de alimentación. Incorpora tabla de composición nutricional de 700 alimentos y permite la gestión de una tabla de datos de platos. El programa trabaja en entorno Windows. Precio del programa: 72 €. <http://www.alceingenieria.net/nutricion.htm>.
- **EasyDiet**. Programa *on-line* diseñado para la gestión de la consulta. Permite realizar dietas por gramajes (Farran A. Tablas de composición de alimentos del CESNID) o por sistema de intercambios® (Russolillo G, Marques I, 2007). También permite planificar menús y calcular recetas. Incorpora un módulo para pacientes deportistas y otro para pacientes en edad pediátrica. Diseñado para los socios de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Precio: 60 €. www.easydiet.es.
- **Sant Pro**. Programa que permite la gestión de la consulta y el cálculo de dietas (USDA Nutrient Database for Standard Reference SR12, 1998. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences, 1989). Diseñado para profesionales. Precio: 480 €. www.club5estrellas.es.
- **Nutriciun 2.1 y Unydiet**. Programas diseñados para la gestión de la consulta y como herramienta en los programas de formación continuada a distancia en Nutrición y Salud del Departamento de Fisiología y Nutrición de la Universidad de Navarra. Nutriciun 2.1 utiliza como fuente de base de datos de composición el Instituto de Nutrición CSIC, y Unydiet las Tablas de Composición de alimentos del CESNID. www.unav.es/fcdns.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Aranceta J, Pérez C. Diario o registro dietético. Métodos de doble pesada. En: Serra Majem L, Aranceta J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 158-67.
- Gibson RS. Principles of nutritional assessment. New York: Oxford University Press; 1990.
- Gorgojo L, Martín-Moreno JM. Cuestionario de frecuencia de consumo alimentario. En: Serra Majem L, Aranceta J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 178-83.
- Patterson R, Pietinen P. Assessment of nutritional status in individuals and populations. En: Gibney MJ, Margetts BM, Kearney JM, Arab L (eds.). Public health nutrition. Oxford: Blackwell Science; 2004. p. 66-82.
- Sabaté J. Estimación de la ingesta dietética: métodos y desafíos. Med Clin (Barc) 1993;100:591-6.
- Serra Majem L, Ribas L. Recordatorio de 24 h. En: Serra Majem L, Aranceta J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 168-77.
- Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J. Evaluación del consumo de alimentos en poblaciones. Encuestas alimentarias. En: Serra Majem L, Aranceta J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 136-45.
- Vioque J. Validez de la evaluación de la ingesta dietética. En: Serra Majem L, Aranceta J (eds.). Nutrición y salud pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 199-207.
- Willett W. Nutritional epidemiology. New York: Oxford University Press; 1998.