

Guía de la Asociación Americana de Dietética para el cuidado y manejo nutricional en países en transición nutricional

Marianella Herrera

Resumen. Para trabajar en el área de la nutrición, es muy importante entender y aplicar estrategias basadas en evidencia, en particular para evaluar el estado nutricional tanto a nivel individual como poblacional y decidir la estrategia de intervención más adecuada y documentarla. Países como Venezuela se encuentran en el proceso de transición nutricional, con la subsiguiente coexistencia característica de casos de sub-nutrición y de sobre-nutrición incluso dentro de una misma familia. Es importante contar con modelos estandarizados que permitan la evaluación de la situación nutricional para obtener cambios que resulten exitosos al implementar intervenciones tanto a nivel individual como a nivel poblacional. En el presente trabajo se describe el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (NCP) de American Dietetic Association (ADA) y comprender la factibilidad de su aplicación como herramienta eficiente y basada en evidencia y la utilidad que pudiese tener en países en vías de desarrollo entendiendo la importancia de sus cuatro fases: Primera fase: Diagnóstico Nutricional se exhorta al análisis con estándares basados en evidencia y se documentan los casos. En la segunda fase: Diagnóstico Nutricional: se identifica y etiqueta el problema, se determinan las posibles causas y factores de riesgo contribuyentes. En la tercera fase: Intervención Nutricional se realiza el plan de intervención nutricional, donde se ejecutarían las acciones con la respectiva documentación del proceso y en la cuarta fase: Monitoreo y Evaluación, se monitorea el éxito de la implementación del NCP, se procede a medir los indicadores establecidos, se evalúan los resultados y se documenta debidamente.

An Venez Nutr 2010;23 (2):108-120.

Palabras clave: Guías ADA, NCP, transición nutricional, intervención nutricional.

Nutrition care process and model from American Dietetic Association, useful tool for nutrition transition countries

Abstract. For health care practitioners working in nutrition is most important to understand evidence based tools in particular to evaluate nutritional status individually and within populations thus they can select the optimal intervention and document it. Countries such as Venezuela are immerse in a process called "nutrition Transition" where the characteristic coexistence of under and over nutrition are frequent even within the same family. It is important to count on standardized models that allow and guide the nutritional evaluation, intervention and monitoring to obtain successful changes in correcting the inadequate nutritional situation at individual level and as population. We aim to introduce and encourage the use of ADA Nutrition Care Process (NCP) by health care practitioners related to nutrition field as well as understand the feasibility of its application as an efficient and based evidence tool in developing countries, and fully describe its four phases: *First Phase Nutrition Assessment*: it is encouraged the use of appropriate methods and tools. *Second Phase, Nutrition Diagnosis* identifies and labels the problem, determining possible causes and contributing risk factors. *Third Phase: Nutrition Intervention*, consist of a purposefully planned actions designed with the intent of changing a nutrition related behavior, risk factor, environmental condition, or aspect of health status. *Fourth Phase: Nutrition Monitoring and Evaluation*: refers to the review and measurement of the success of the intervention. Documenting this information is encouraged because it promotes a way to monitor the outcomes effectively, that can be replicated due to the standardized patterns it follows. **An Venez Nutr 2010;23 (2):108-120.**

Key words: ADA guidelines, NCP, nutrition transition, nutrition intervention.

Introducción

Reportar información nutricional obtenida en la consulta de nutrición o para estudios poblacionales, requieren sistematización estandarizada, con orden y terminología adecuada para obtener un análisis que permita no solo realizar un diagnóstico nutricional correcto y elegir la mejor intervención, sino que asegure el registro de dicha información a fin de realizar el seguimiento, monitoreo y

evaluación de la situación nutricional en cuestión. Para ello es importante utilizar herramientas basadas en evidencia que a su vez orienten los cambios que amerite la intervención nutricional para posteriormente evaluar el éxito o fracaso de dicha intervención. Los profesionales del área de la salud que trabajan en el campo de la nutrición en países en vías de desarrollo que atraviesan el llamado proceso de transición nutricional actualmente confrontan varios retos, algunos de ellos: manejar la paradoja obesidad-desnutrición presente en la población de estos países, tomar en consideración el fenómeno de la inseguridad alimentaria que se reporta frecuentemente dadas las condiciones de cambio que enfrentan estas

Ms. Nutrición.USB. Presidente de la Sociedad Científica Venezolana de Obesología. Representante para Venezuela de Asociación Americana de Dietas Filial Internacional

Solicitar copia a: E-mail: manyma@gmail.com

comunidades, tales como las migraciones en busca de mejoras en la calidad de vida que no siempre se logran, hacen de éstos, entornos peculiares que eventualmente comprometen la alimentación de los individuos (1,2).

Es así como cada vez es más importante la consulta nutricional tanto para la prevención como para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles cuya prevalencia va en aumento, tales como la diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, inflamación endotelial y más recientemente la presencia de esteatosis hepática asociadas todas estas de alguna manera a la obesidad (3). Igualmente importante es el manejo adecuado de la desnutrición todavía presente en algunos sectores de la población de estos países, y es importante pues documentar adecuadamente esta realidad nutricional que afecta al mundo en vías de desarrollo. Por otra parte, de todos es conocida la relación que existe entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y obesidad entre otros en la adultez temprana, por lo que instruir al personal que labora en nutrición a este respecto es importante a fin de sistematizar las evidencias en estos países para poder tomar acciones futuras adecuadamente (4,5).

Sistematizar y organizar la información nutricional obtenida en una entrevista bien sea para análisis individual o para estudios poblacionales ha sido difícil pues los instrumentos para su obtención presentan obstáculos bien descritos por la literatura, un ejemplo de esto es el recordatorio de 24 horas que depende de la memoria del paciente y puede existir la tendencia a la subestimación de la ingesta pudiendo omitirse datos importantes para el diagnóstico nutricional e intervención adecuada (6). Es por esto que proveer herramientas que ayuden a minimizar estos obstáculos es de suma relevancia.

Además en el mundo en vías de desarrollo el fenómeno de la inseguridad alimentaria, concepto que se refiere a "la disponibilidad alterada de alimentos nutricionalmente adecuados y confiables o la capacidad limitada o incierta de adquirir alimentos en vías socialmente aceptadas. (Sin recurrir a centros de acopio de alimentos para emergencias, escarbar la basura, robar u otras medidas extremas para obtener alimentos) (7) está afectando de manera importante la salud de la población al proveer obstáculos para la adecuada alimentación, el consumo de alimentos saludables y favorecer dietas monótonas calóricamente densas. La Organización de las Naciones Unidas, en su declaración de las metas para el nuevo milenio comprende entre otros objetivos, varias metas estrechamente ligadas a la alimentación adecuada de la población mundial, y es por ello que múltiples esfuerzos están siendo realizados en pro de la solución de los problemas relativos al estado nutricional de los diferentes

sectores de la población global (8,9).

Desde el último consenso científico de American Dietetic Association (ADA) en 2003 (10) donde se revisaron las estrategias utilizadas por los profesionales de salud dedicados al área de la nutrición se decidió dar prioridad a la estandarización de un método que pudiese describir, organizar y registrar la recolección de información obtenida en la consulta nutricional utilizando un lenguaje común y acorde con la literatura basada en evidencia (11).

Se ha observado con preocupación como la dificultad para recabar, registrar y documentar la información nutricional por los elementos subjetivos que esta entrevista conlleva, interfiere con los objetivos de realizar intervenciones y monitoreo adecuados que puedan corregir estados negativos de salud o realizar prevención eficiente de enfermedades crónicas no transmisibles donde el estilo de vida y en particular la alimentación juegan un papel fundamental.

Las aproximaciones tradicionales para tratar el sobrepeso y obesidad en adultos que se han focalizado en la pérdida de peso individual han presentado dificultades y han resultado poco exitosas tanto en el mundo desarrollado como en países en vías de desarrollo, donde además la malnutrición infantil tanto por déficit como por exceso es todavía un reto por superar (12,13). Desde la Asociación Americana de Dietética filial internacional (AODA) se unen esfuerzos con la Asociación Americana de Dietética (ADA) para motivar a los nutricionistas/dietistas, médicos, investigadores del área de la nutrición y alimentación de cada país para que implementen de manera rutinaria el Proceso de Cuidado y Manejo Nutricional (NCP por sus siglas en inglés) en un intento por unificar criterios y fomentar estándares apropiados que ayuden a establecer diagnósticos e intervenciones nutricionales adecuadas y mejoren la documentación y faciliten el entendimiento de la información que pueda recopilarse a nivel mundial.

Objetivo general

-Dar a conocer a los profesionales que laboran en el área de la nutrición en países que se encuentran en el proceso de Transición Nutricional de habla hispana, en particular en Venezuela, los elementos básicos del Proceso de Manejo y Cuidado Nutricional de American Dietetic Association (ADA-NCP).

Objetivos específicos

-Revisar el compendio y manual del NCP y seleccionar los cuadros más adecuados para realizar diagnóstico nutricional acorde con las necesidades de estos países.
-Describir en español dichos cuadros para hacerlos accesibles a los profesionales de habla hispana.

Conceptualización del modelo de cuidado y manejo nutricional

En vista de la necesidad de proveer calidad en el servicio prestado por los profesionales que laboran en el área de la nutrición, un servicio que fuese consistente y cuyos resultados medibles es importante diferenciar lo que implica un proceso de manejo y cuidado nutricional estandarizado, de un proceso de cuidado estandarizado al paciente, este último asegura que todos los pacientes reciban el mismo cuidado y atención, mientras que el primero se refiere a una estructura consistente y marco conceptual que permita realizar un cuidado y manejo nutricional adecuado a las condiciones del paciente. El NCP es un modelo suficientemente sólido como para ser utilizado no solamente en casos de manejo individual de pacientes sino también para trabajos en comunidades y estudios poblacionales. Se ha reportado la eficiencia del proceso al recopilar información nutricional cuando se ha instruido a los profesionales de la dietética respecto a esta metodología, siendo estadísticamente significativos y positivos la diferencia entre grupos de profesionales que han recopilado información nutricional. Los grupos instruidos en el NCP recopilaron mayor cantidad de información y fueron capaces de ordenarla con mayor sistematización y orden lo cual facilitará el acceso futuro a dicha información (14). Uno de los problemas más importantes para el desarrollo de políticas relativas al área de salud y en particular en el área de la nutrición es disponer de información accesible y precisa que pueda apoyar tanto un modelo de análisis de políticas como la implementación y el seguimiento con el consiguiente monitoreo y evaluación de los resultados (15,16).

El NCP, contempla cuatro pasos fundamentales que permiten la recopilación sistematizada de la información nutricional bien sea en la consulta nutricional o en estudios poblacionales que involucren la identificación de un determinado problema y enfocar la solución. Estos pasos son:

- 1-Examen nutricional
- 2-Diagnóstico nutricional
- 3-Intervención nutricional
- 4- Monitoreo y evaluación de los resultados

En el Cuadro 1 se encuentran descritos en detalle los cuatro pasos que involucra el NCP:

“La realidad social en el mundo actual, también en la América Latina y en Venezuela, revela la existencia de dos tipos de países. En los países desarrollados los niños tienen condiciones adecuadas para su crecimiento y desarrollo. En los países en vías de desarrollo, por el contrario, hay una proporción importante de niños,

familias y comunidades que no tienen una situación social, económica, cultural y sanitaria para vivir en condiciones humanas aceptables.” Esta declaración tomada del documento: “La Situación Agroalimentaria y La Pobreza. Su impacto en la Nutrición de la familia y el niño en Venezuela” liderizado por el Dr. Hernán Méndez Castellano y publicado a principios de la década de los 90, (17) muestra con preocupación cuán poco se ha evolucionado en este aspecto. En nuestro país y en América Latina en general, todavía las condiciones de salud son precarias y el estado nutricional generalmente asociado a la desnutrición ahora presenta no solamente este aspecto sino que además coexiste con la presencia de sobrepeso y obesidad producida por las dietas monótonas, el sedentarismo y el elevado costo de los alimentos saludables promoviendo el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles en los estratos socioeconómicos bajos de la población (18).

Sería sumamente interesante comenzar a reportar datos del mundo en vías de desarrollo con este formato y estimulamos su uso para así documentar la información de manera congruente y estandarizada.

Después de considerar y estudiar en profundidad este modelo en su totalidad y su aplicación en forma sistemática y estandarizada, se ha considerado que a nuestro juicio, algunos de los elementos más importantes a considerar en la evaluación nutricional para malnutrición tanto por exceso como por déficit en países en vías de desarrollo se encuentran sistematizados de forma ejemplar siguiendo un orden para la recopilación de la información.

Los cuadros que pudiesen resultar cruciales en esta metodología y que resumen, dichos elementos se anexan a continuación, replicados y traducidos con permiso especial de ADA que incluyen la evaluación de las áreas relativas a sobrepeso y obesidad y desnutrición, las cuales se encuentran bajo el campo de la nutrición clínica, las áreas de educación y creencias, que pertenecen al campo de elementos conductuales-ambientales y que incluyen: “no está listo para realizar un cambio de dieta/estilo de vida”, “Elección de comidas inadecuadas”, “Inactividad física”, “nutrición inadecuada/calidad de vida” y “Acceso limitado a los alimentos”, son elementos cruciales que deben ser sistematizados en los países en transición nutricional, expuestos a condiciones de vida vulnerables que afectan definitivamente el estado nutricional y por consiguiente determinan la aparición de ciertas enfermedades relacionadas a la nutrición en particular las enfermedades crónicas no transmisibles.

Un aspecto importante, al menos en Venezuela es la falta

de la sistematización y documentación de la información respecto a diversos problemas de salud lo cual se hace muy evidente al planificar estrategias de intervención en el área de las políticas públicas, (19) es por ello que esta

metodología sería de gran aplicabilidad como ayuda en esta área para sistematizar y organizar información nutricional, en la difícil realidad que vive nuestro país.

Cuadro 1: Proceso de cuidado y manejo nutricional de American Dietetic Association (ADA-NCP).

Paso del NCP	Descripción
1-Examen nutricional	Los profesionales que laboran en el campo de la nutrición deben: a- Revisar: datos recolectados para identificar factores que afecten el estado nutricional y de salud b- Agrupar: datos y elementos individuales que para identificar un diagnóstico nutricional, tal y como se refiere en los cuadros de diagnóstico nutricional c- Identificar: estándares mediante los datos serán comparados
2-Diagnóstico Nutricional	El propósito de establecer un diagnóstico nutricional es identificar y describir un problema nutricional específico que pueda ser resuelto o mejorado a través de una intervención nutricional por un profesional del área. Un diagnóstico nutricional (alteración en la ingesta de Carbohidratos) es diferente de un diagnóstico médico (Diabetes) La documentación del diagnóstico Nutricional requiere una terminología, una organización y una documentación particular. El diagnóstico nutricional se resume en una frase estructurada denominada "Declaración del diagnóstico nutricional" (Nutrition diagnosis statement). También se denomina PES ya que está compuesto por tres elementos: El Problema, la Etiología y los Signos y Síntomas. Estos datos se obtienen mediante el NCP y el profesional llegará a un diagnóstico nutricional acorde con las hojas y cuadros de referencia. En caso de no existir un problema acorde con el examen y evaluación nutricional, se puede decir : "No existe un diagnóstico nutricional en este momento"
3-Intervención Nutricional	Se define como una serie de acciones previamente planificadas para cambiar positivamente una conducta relacionada a la nutrición, condición ambiental o aspecto del estado de salud para un individuo (y su familia o cuidadores), grupo "blanco" o la comunidad en el caso de poblaciones. Un profesional de la nutrición trabaja en conjunción con el paciente y otros profesionales de la salud, programas o agencias durante la fase de intervención.
4-Monitoreo y Evaluación de los resultados	El cuarto paso en el NCP, es un componente crucial del proceso ya que identifica los resultados y sus importantes medidas del cambio en los pacientes o poblaciones relevantes al diagnóstico nutricional e intervención nutricional y describe cómo se pueden evaluar y medir de la mejor manera estos cambios. En la definición de la evaluación y monitoreo se hace evidente la superposición de términos y aspectos entre el examen nutricional y la evaluación y monitoreo, la diferencia está en el uso y el propósito que se da a ésta información. La utilización que se da en el monitoreo y evaluación se utilizan para evaluar los resultados de las intervenciones nutricionales

Cuadro 2. Sobre peso/obesidad (NC-3.1).

Definición	Incremento de adiposidad comparado a las referencias estándares o recomendaciones
Etiología: (Causas/Factores de riesgo predisponentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patofisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales
Signos y Síntomas: (Características definitorias)	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores potenciales para este Diagnóstico nutricional (uno o más deben estar presentes)
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	Tasa Metabólica Basal medida (TMB) menor que la esperada y/o estimada
Medidas antropométricas	-IMC por encima de las normas estándares para edad y sexo -Sobrepeso 25 a 29.9 - Obesidad grado I 30 a 34.9 -Obesidad grado II 35 a 39.9 -Obesidad grado III 40+ - >percentil 95 en pediatría -Circunferencia Abdominal por encima de las normas estándares para edad y sexo -Incremento de los pliegues cutáneos -Peso para la talla por encima de las normas estándares para edad y sexo -Porcentaje de grasa corporal > 25% para hombres y >32% para mujeres
Hallazgos al examen físico con enfoque en nutrición	-Adiposidad corporal aumentada
Historia Nutricional	Reportes u observaciones de: -Sobre consumo de comidas y/o bebidas densas en grasas y/o calorías -Porciones grandes de comidas (porciones mayores que el doble de las recomendaciones) -Ingesta energética excesiva -Actividad física infrecuente, de baja duración y/o de baja intensidad -Grandes cantidades de tiempo realizando actividades sedentarias tales como: ver TV, leer, trabajar en la computadora o en actividades de entretenimiento -Incredulidad acerca de las recomendaciones nutricionales -Incapacidad para aplicar las recomendaciones nutricionales -Incapacidad para mantener el peso o re-ganancia del peso perdido -Desinterés o falta de voluntad para aplicar las recomendaciones nutricionales
Historia Clínica	-Condiciones asociadas con un diagnóstico o tratamiento: hipotiroidismo, síndrome metabólico, desorden de alimentación no específico, depresión -Discapacidad física o limitaciones -Historia de abuso físico, sexual o emocional -Historia familiar de obesidad -Historia de obesidad infantil -Medicaciones que impacten la TMB tales como el midazolam, propanolol, glipizide.

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Cuadro 3. Peso bajo (NC-3.1).

Definición	Bajo peso comparado a las referencias establecidas como estándares o recomendaciones
Etiología: Causa/Factores de Riesgo	Factores recopilados durante el proceso de examen nutricional que contribuyen a la existencia de o el mantenimiento de problemas patofisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Desorden de patrones alimentarios -Actividad física excesiva -Ingesta energética inadecuada -Necesidades energéticas elevadas -Acceso limitado a la comida -Creencias o actitudes negativas respecto a la comida, nutrición y tópicos relacionados con la nutrición -Historia de retardo de crecimiento intrauterino, pequeño para la edad gestacional o falta de ganancia de peso diario apropiado
Signos/Síntomas	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales de este Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	Tasa Metabólica Basal medida (TMB) mayor que la esperada y/o estimada
Medidas antropométricas	-Pliegues cutáneos y circunferencia de brazo media disminuidos -IMC < 18.5 (adultos) -IMC < 23 en adultos mayores (+ 65 años) -Desde el nacimiento hasta los 2 años: -Peso para edad < percentil 5 -Peso para la talla < percentil 5 (Nota: esto es para la talla acostado, toda vez que el niño puede pararse y tomarse la talla de pie debe utilizarse la tabla para IMC de 2 a 20 años) -Edades de 2 a 20 años: -Peso para la talla < percentil 5 (Nota; esto aplica para talla de pie y solo en niños de más de 53 pulgadas, además requiera una tabla de crecimiento diferente ahora disponible, algunos programas WIC la usan) -IMC < percentil 5 (niños de 2 a 20 años) -Peso para edad < percentil 5
Hallazgos al examen físico con enfoque en nutrición	-Masa muscular disminuida, pérdida muscular (gluteal y temporal) -Hambre
Historia Nutricional	Reporte u observaciones de: -Ingesta de alimentos menor que la esperada y/o estimada -Alimentos limitados en el hogar -Restricción de alimentos por dieta -Negativa a comer -Actividad física mayor que la recomendada -Medicaciones que afecten el apetito ej: estimulantes para ADHD
Historia Clínica	-Malnutrición -Enfermedad o discapacidad física -Enfermedad mental, demencia o confusión -Ser atleta, bailarín(a) o gimnasta -Poseer deficiencias vitamínicas o de minerales

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización .

Cuadro 4. No estar listo para hacer dieta/cambiar el estilo de vida (NB-1.3).

Definición	El cambio realizado no es suficiente respecto al costo (consecuencias o esfuerzo requerido para hacer cambios), conflictos con sistemas de valores personales, antecedentes para el cambio de conducta
Etiología: (Causas/Factores de riesgo contribuyentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patofisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Creencias y actitudes negativas respecto a los alimentos, comidas, nutrición y tópicos relativos a la nutrición -Habilidad cognitiva deteriorada, incluyendo dificultad para el aprendizaje, discapacidad neurológica o sensorial y/o demencia -Falta de apoyo social para implementar el cambio -Negación de la necesidad de cambio -Percepción de que la falta de tiempo o dificultades interpersonales o financieras dificultan el cambio -Desinterés o falta de voluntad para aprender y aplicar nueva información -Falta de autosuficiencia para realizar el cambio o desmoralización por fracasos previos
Signos y Síntomas	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales de este Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	
Medidas antropométricas	
Hallazgos al examen físico con enfoque en nutrición	-Lenguaje corporal negativo, ej: falta de contacto visual, postura defensiva, realizar otra actividad (nota: el lenguaje corporal varía con la cultura)
Historia Nutricional	Reportes u observaciones de: -Negación de la necesidad de comida y de los cambios necesarios relativos a la nutrición -Incapacidad para entender los cambios requeridos -Incapacidad para mantener las citas de seguimientos y control o mantener el asesoramiento nutricional -Hostilidad, actitud defensiva o resistencia al cambio -Falta de eficiencia en ejecutar los cambios o en sobreponerse a las dificultades y barreras al mismo
Historia Clínica	

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Cuadro 5. Elección inadecuada de alimentos (NB-1.7).

Definición	Elección de bebidas y alimentos que son inconsistentes con las recomendaciones de ingesta dietaria (RDI), Guías nutricionales de Estados Unidos, MyPyramid o con los objetivos definidos en la prescripción nutricional o en el NCP
Etiología: (Causas/Factores de riesgo contribuyentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patológicos, fisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Falta de exposición a información adecuada relativa a temas nutricionales -Prácticas culturales que afectan la habilidad para aprender/aplicar información -Elevado nivel de fatiga u otros efectos secundarios de terapias médicas, quirúrgicas o radiológicas -Habilidad cognitiva deteriorada, incluyendo dificultad para el aprendizaje, discapacidad neurológica o sensorial y/o demencia -Acceso limitado o falta de acceso a alimentos recomendados -Percepción de que la falta de recursos (ej: tiempo, financiero o interpersonal) afecta la selección de alimentos consistentes con las recomendaciones -Alergia a alimentos y aversiones que impiden la selección de alimentos acorde con las guías nutricionales -Desinterés o falta de voluntad para aprender y aplicar nueva información -Causas psicológicas como depresión y desórdenes de alimentación
Signos y Síntomas:	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales de este Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	-Lípidos séricos elevados
Medidas antropométricas	
Hallazgos al examen físico enfocados hacia la nutrición	-Hallazgos consistentes con deficiencias o exceso de vitaminas y minerales
Historia Nutricional	-Reportes u observaciones de : -Ingesta inconsistente con las RDI, Guías nutricionales para USA, MyPyramid u otros métodos de medida de la calidad dietaria, como el Healthy Eating Index (ej: omisión de grupos de nutrientes, ingesta desproporcionada (ej: jugos para niños pequeños) -Incompleto o inadecuado comprensión de las guías -Discapacidad para aplicar las guías -Inhabilidad
Historia clínica	-condiciones asociadas con algún diagnóstico o tratamiento ej: enferm. mental

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Cuadro 6. Inactividad física (NB-2.1).

Definición	Bajo nivel de actividad física o conducta sedentaria al punto de reducir el gasto energético y tener impacto sobre la salud
Etiología: (Causas/Factores de riesgo contribuyentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patológicos, fisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Falta de exposición previa a información adecuada relativa a temas nutricionales - Falta de información adecuada relativa a temas nutricionales concernientes a la actividad física -Creencias o actitudes negativas de la actividad física -Falta de apoyo social para implementar los cambios -Falta de ejemplo, en el caso de los niños por ejemplo -Lesiones, cambios en el estilo de vida, condiciones específicas de salud (enfermedad cardiovascular avanzada, obesidad, enfermedad renal) discapacidad física o limitación que reduce la actividad física o las actividades de la vida diaria -Acceso limitado o falta de acceso a un ambiente propicio para realizar ejercicios y/o el equipo necesario -Falta de tiempo -No valorar suficiente la necesidad de cambio -Desinterés o falta de voluntad para aprender y aplicar nueva información -Falta de dinero para poder acceder a áreas tales como gimnasios, o equipos necesarios (zapatos adecuados) que pueden afectar la realización de actividad física
Signos y Síntomas	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales de este Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	
Medidas antropométricas	IMC > 30 (adultos), IMC > percentil 95 (pediatría > 3 años)
Hallazgos al examen físico enfocados hacia la nutrición	Exceso de adiposidad subcutánea y baja masa muscular
Historia Nutricional	Reporte u observación de : -Actividad física infrecuente, de corta duración y/o intensidad baja -Gran cantidad de tiempo invertido en actividades sedentarias ej: ver Tv, leer, uso de la computadora en actividades de trabajo o entretenimiento y trabajo/escuela -Bajo nivel de Actividad Termogénica no Dependiente del Ejercicio realizadas en actividades físicas diferentes al ejercicio estructurado: ej: sentarse, estar parado, caminar, etc. -Bajo nivel de entrenamiento cardio respiratorio y/ o baja resistencia muscular -Medicaciones que causen somnolencia y nivel cognitivo deficitario
Historia clínica	-Diagnóstico Médico que pueda estar asociado con o resultar en actividad física disminuida ej: artritis, síndrome de fatiga crónica, obesidad mórbida, cirugía de la rodilla -Diagnóstico psicológico: depresión o desordenes de ansiedad

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Cuadro 7. Disminución de la calidad de vida por nutrición inadecuada.

Definición:	Percepción disminuida del paciente de la calidad de vida, como respuesta a problemas nutricionales y recomendaciones
Etiología : (Causas/Factores de riesgo contribuyentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patofisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Déficit de conocimientos en relación a alimentación y nutrición -No estar listo para cambios en la dieta y/o estilo de vida -Impacto negativo de terapia médico-nutricional en el presente o pasado -Dificultad en la conducta en relación con la alimentación o actividad -Auto suficiencia disminuida -Alteración de la imagen corporal -Inseguridad alimentaria Falta de apoyo social para implementar cambios
Signos y Síntomas:	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales de este Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	
Medidas antropométricas	
Hallazgos al examen físico enfocados hacia la nutrición	
Historia Nutricional	Reportes u observaciones de: -Evaluación desfavorable de calidad de vida -Evaluación desfavorable en la medida de calidad de vida con instrumentos como el SF-36 (survey de salud multipropósito con 36 preguntas) o EORTC QLQ-C30 (herramienta de la calidad de vida desarrollada para pacientes con cáncer) -Inseguridad alimentaria y falta de voluntad para utilizar los servicios comunitarios que están disponibles -Frustración o insatisfacción con las recomendaciones de la terapia médico-nutricional (MNT) -Frustración acerca de la falta de control -Información inadecuada o incompleta en relación a las recomendaciones de la MNT -Incapacidad para cambiar la conducta en relación a la alimentación o actividad -Preocupación acerca de los intentos previos para aprender información -Preocupación acerca de las recomendaciones de MNT afectan la socialización -Desinterés o falta de voluntad para aprender información
Historia clínica	-Diagnóstico médico nuevo o cambios en un diagnóstico o condición existente -Otros cambios recientes en el estilo de vida, ej: dejar de fumar, inicio de programa de ejercicio, cambio de trabajo, reubicación del hogar -Falta de apoyo social y familiar -Tópicos relacionados a las etnias y culturas

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.

© 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Cuadro 8. Acceso limitado a los alimentos y/o agua.

Definición	Disminución de la capacidad de adquirir suficiente cantidad y variedad de alimentos saludables y/o agua potable acorde con las recomendaciones de ingesta dietaria (RDI), Guías nutricionales de Estados Unidos o MyPyramid
Etiología: (Causas/Factores de riesgo contribuyentes)	Se refiere a factores recopilados durante el proceso de entrevista y examen nutricional que contribuyen a la existencia y/o mantenimiento de problemas patofisiológicos, psicosociales, situacionales, de desarrollo, culturales y/o ambientales. -Cuidadores que no proporcionan acceso adecuado a los alimentos y/o al agua potable, intencionalmente o no ej: necesidades no cubiertas para la asistencia en el proceso de alimentación, exceso de comidas poco saludables, abuso/negligencia -Limitaciones geográficas o comunitarias para realizar las compras y transportarlas -Conocimientos deficientes relacionados a la alimentación y nutrición concernientes a la cantidad y variedad de comida y agua suficiente culturalmente aceptable y saludable -Falta de recursos financieros o falta de acceso a recursos financieros para comprar suficiente cantidad y variedad de comida y/o agua culturalmente apropiada y saludable -Falta de planificación de las comidas, compras y estrategias de preparación -Ausencia, limitación o falta de participación en los programas comunitarios de suplemento de alimentos u otros programas ej: comedores, centros de acopio y cocinas de emergencia -Falla en la participación de los programas federales de alimentación tales como el WIC, Programa Nacional de Desayuno/Almuerzo escolar o cupones de alimentación -Escuelas con fallas en las políticas de salud y bienestar o la aplicación de políticas que aseguran comidas convenientes, apetitosas, apropiadas culturalmente, competitivas por su costo y saludables en las comidas, meriendas y actividades promovidas por las escuelas -Limitaciones físicas o psicológicas que disminuyen la capacidad para comprar, ej: caminar, salud mental/emocional, etc -Limitación en la comida por miedo a engordar o envejecer
Signos y Síntomas	Conglomerado típico de signos y síntomas subjetivos y objetivos recopilados durante la entrevista y examen clínico nutricional que evidencian que existe un problema, lo cuantifica y describe su severidad
Categoría de evaluación nutricional	Indicadores Potenciales del Diagnóstico Nutricional
Parámetros de laboratorio, test y procedimientos médicos	-Indicadores del estado de los macronutrientes y de vitaminas y minerales como se indican en los hallazgos bioquímicos -Evidencia de deshidratación, ej: mucosas secas, turgencia de la piel pobre

Medidas antropométricas	-Trastornos en el crecimiento, basado en los estándares del NCHS -Bajo peso IMC < 18.5 (adultos) -Pérdida de peso, adultos de 10% en 6 meses, 5% en 1 mes, cualquier pérdida de peso sin intención en niños -Sobrepeso/Obesidad IMC > 25 (adultos), > percentil 95 (pediatría)
Hallazgos al examen físico enfocados hacia la nutrición	-Hallazgos consistentes con deficiencias de vitaminas/minerales -Hambre y sed
Historia Nutricional	Reporte u observaciones de: -Actitudes y creencias negativas de los padres o cuidadores acerca de la comida, obsesión por la comida -Creencias de que el envejecimiento puede ser enlentecido por limitaciones en la dieta y ejercicio extremo -Estimación inadecuada de alimentos y/o nutrientes específicos -Disponibilidad limitada de alimentos y agua en el hogar -Variedad limitada de alimentos -Falta de recursos para alimentos y agua -Falta de transporte u otras limitaciones comunitarias que puedan restringir la disponibilidad de los alimentos y agua -Falta de conocimientos o técnicas acerca de cómo utilizar los alimentos -Falta de conocimientos o técnicas acerca de cómo aplicar y/o participar en los programas de asistencia de alimentos y agua -Conductas consistentes con inseguridad alimentaria(ej: saltar comidas, comprar alimentos de bajo costo, cambios en el patrón de alimentación, rituales o costumbres)
Historia clínica	-Malnutrición, deficiencia de vitaminas/minerales -Enfermedad o discapacidad física -Condiciones asociadas con un diagnóstico o tratamiento (ej: enfermedad mental, demencia) -Falta de sistemas de apoyo viables

© 2010 American Dietetic Association. Reprinted with permission.
 © 2010 Asociación de Dietética Americana. Reproducido con autorización.

Discusión

En los países que atraviesan el llamado proceso de transición nutricional, donde coexisten elementos de inseguridad alimentaria y condiciones desfavorables de vida características de algunos sectores de la población con el proceso de urbanización y desarrollo, frecuentemente es difícil obtener información precisa acerca de un problema en específico, en particular el interrogatorio nutricional y las preguntas asociadas a la seguridad alimentaria, pueden resultar en sobre o sub estimaciones de la realidad. Esto ocurre bien sea por negación de la realidad, porque no se quiere revelar la verdad pues en ocasiones la vergüenza impide contestar a una pregunta del tipo: ha dejado usted de comprar alimentos en el último mes porque no tenía dinero para

comprarlos? O aceptar la cantidad de alimentos consumidos (muchos o pocos dependiendo del contexto) pudiese resultar vergonzoso, o no se tiene consciencia de lo que se está consumiendo. Para el investigador o para el profesional de la salud puede resultar engorrosa la recopilación de la información, por lo cual los cuadros con las áreas de información que deben ser evaluadas para cada tema específico son una herramienta importante a fin de no omitir ningún detalle.

El tema del desarrollo de la calidad en general, ha venido ganando importancia a nivel mundial de forma impactante. No solo es importante prestar un servicio, sino que ese servicio sea verdaderamente útil y resuelva el problema para el cual fue contratado y de manera eficiente en relación al costo/beneficio. Un NCP estandarizado es

una herramienta necesaria de base para agrupar información válida y datos confiables acerca de cómo puede proveerse un cuidado y manejo nutricional de calidad por parte de los profesionales de la nutrición y dietética calificados que puedan mejorar la calidad total del servicio de salud prestado. Al realizar cada paso del NCP y documentarlo, los profesionales del área estarán cooperando a demostrar por qué el cuidado nutricional mejora los resultados en la salud general debido a lo siguiente: a) Se estará mejorando la salud de individuos, grupos, instituciones o sistemas de salud b) Potencialmente se pudiese reducir los costos de salud al disminuir la necesidad de medicamentos, visitas a clínicas y hospitales, y prevenir o demorar los cuidados de enfermería en casa y c) servir de base para investigaciones documentando el impacto del cuidado nutricional por parte de los profesionales del área (10).

De tal manera que sistematizar y estandarizar el lenguaje nutricional reporta un gran beneficio en las estrategias nutricionales a seguir tanto individualmente como a nivel poblacional, es por ello que estimulamos el uso del NCP en Venezuela tanto en la consulta nutricional, como para la realización de estudios poblacionales y trabajos científicos.

Referencias

1. Popkin BM. The Nutrition Transition and Obesity in the Developing World. *J Nutr* 2001; 131:871S-873S.
2. Seligman HK, Schillinger D. Hunger and Socioeconomic disparities in Chronic Disease. *N Engl J Med* 2010; 363:6-9
3. Pan American Health Organization. Population and Individual Approaches to the Prevention and Management of Diabetes and Obesity. Washington D.C. PAHO, 2010.
4. Gillman MW. Developmental Origins of Health and Disease. *N Engl J Med* 2005;353:1848-1850
5. González DA, Nazmi A, Victora CG. Growth from birth to adulthood and abdominal obesity in a Brazilian birth cohort. *International Obesity* 2010; 34:195-202
6. Bolland J. Estimation of food portion sizes: Effectiveness of training. *J Am Diet Assoc* 1988; 88:817-21
7. FAO. World Food Summit. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Roma, Italia. 1996
8. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Addressing world hunger, malnutrition, and food insecurity. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(8): 1046-1057
9. Olson C. Nutrition and Health outcomes Associated with Food Insecurity and Hunger. *J Nutr* 1999; 129: 521S-524S.
10. Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *JADA* 2003; 103(8): 1061-1072.
11. American Dietetic Association (ADA) International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardized Language for the Nutrition Care Process. ADA-Mc Graw Hill 2010. 832-835
12. Johnson DB, Gerstein D, Evans A, Woodward-Lopez G. Preventing Obesity: A life Cycle Perspective. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:97-102
13. Khohe-Lehman DM, Freeland-Graves J, Anderson E, McDowell T, Clarke K, et al. Nutrition Knowledge Is Associated with Greater Weight Loss in Obese and Overweight Low-Income Mothers. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106:65-75
14. Hakel-Smith N, Lewis N, Eskridge K. Orientation to Nutrition Care Process Standards Improves Nutrition Care Documentation by Nutrition Practitioners. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1582-1589
15. González R, Marino J. Formulación del Sistema de seguimiento y evaluación en áreas prioritarias para el desarrollo social: Sector Salud. Caracas: CIES-Ministerio de la Familia. 1998. Disponible en: www.funindesenlinea/modelosdepoliticaspUBLICASl.org.ve
16. Dunn William N. Public Policy Analysis. An introduction. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall. 4th Edition, 2007
17. Méndez Castellano H. La Situación Agroalimentaria y la Pobreza. Su Impacto en la Nutrición de la Familia y el Niño en Venezuela. Fundacredesa. 1992 Caracas, Venezuela
18. Uauy R. Undernutrition is Undernourished. *Public Health Nut* 11 (6) 647-649
19. González R, Marino J.. Relación entre el Desarrollo Institucional Orientado al Análisis de Políticas Públicas y el Desempeño de Programas Sociales: El Caso del Proyecto de Desarrollo Social (PDS) de Venezuela. Caracas: CIES-Ministerio de la Familia. 1999. Disponible en: www.funindesenlinea/modelosdepoliticaspUBLICASl.org.ve

Recibido: 03-12-2010

Aceptado:03-03-2011