

Revisión

ANAMNESIS ALIMENTARIA EN LA PRACTICA CLINICA

HELVEVIA SCHNEITER de PALACINI
Nutricionista - Dietista

*A cargo del Departamento de Alimentación
y Dietética del Hospital Privado,
Córdoba, Argentina.*

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo fue evaluar la información que puede surgir de una anamnesis alimentaria en nuestro medio.

Datos recogidos de la literatura y de la experiencia personal demuestran que en nuestro país, es frecuente encontrar personas que se alimentan mal, cuantitativa y cualitativamente.

En nuestra práctica profesional, tales deficiencias ocasionalmente están relacionadas con carencia de medios económicos; frecuentemente ocurren por ignorancia acerca de conceptos básicos de nutrición; por fin son prevalentes los malos hábitos alimentarios ocasionados por factores sociales, familiares o personales.

En nuestro país, las clásicas enfermedades carenciales son poco frecuentes. Desgraciadamente no se puede decir lo mismo de otras cuya relación con una alimentación defectuosa está sobradamente demostrada y que son de enorme trascendencia por su elevada prevalencia y su morbimortalidad; entre ellas cabe destacar la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y las del aparato digestivo.

Se puede afirmar sin hesitar que es absolutamente necesario adquirir adecuada información acerca de los hábitos alimentarios antes de emprender campañas de educación sanitaria destinadas a corregirlos.

Es igualmente indispensable conocer los hábitos alimentarios de cada individuo que llega a la consulta, sus preferencias, idiosincrasias o intolerancias, con el fin de: a) Saber si existen razones para sospechar la presencia de una enfermedad relacionada con una alimentación defec-

tuosa. b) Corregir los defectos en un intento de llevar a cabo el tratamiento y la profilaxis de tales enfermedades.

La nutricionista-dietista está en condiciones ideales para recoger tal información, ya que habitualmente realiza una anamnesis alimentaria a los pacientes que le son derivados para la implementación de prescripciones dietéticas.

Por ello se decidió llevar a cabo una evaluación retrospectiva de la experiencia adquirida por el Departamento de Alimentación y Dietética del Hospital Privado de Córdoba, durante el periodo comprendido entre el 1º de junio de 1980 al 30 de julio de 1981.

MATERIAL Y METODOS

1) Se evaluaron los datos recogidos por anamnesis alimentaria practicados a 1245 enfermos que fueron referidos al Departamento de Alimentación y Dietética durante un periodo de 12 meses. Al practicar la anamnesis de cada paciente se procedió de la siguiente manera:

Se dividió los alimentos en cuatro grupos: 1) Alimentos ricos en proteínas de origen animal. 2) Ricos en proteínas de origen vegetal. 3) Ricos en vitaminas y/o minerales. 4) Pobres en elementos como los citados pero útiles por su contenido en lípidos o carbohidratos.

Teniendo en cuenta esta división se interrogó a los pacientes determinando: a) El consumo calórico total. b) Alimentos seleccionados para su consumo y cantidad ingerida de cada uno.

2) Se prestó particular atención a pacientes obesos, seleccionando 50 de ellos al azar para un análisis más detallado. Se consideró obeso a

todo paciente cuyo peso estaba 20% encima del peso teórico.

Sus historias clínicas fueron revisadas en un intento de determinar la prevalencia de enfermedades asociadas con el exceso de peso.

Se pudo dividir así a los obesos en dos categorías: a) Obesidad no complicada. b) Obesidad complicada con enfermedades etiológicamente relacionadas con la misma.

3) Se consideró que: los límites superiores del rango normal eran: 1) Colesterol 250 mgs./dl. 2) Triglicéridos: 150 mgs./dl. 3) Acido úrico: 6,5 mgs./dl. 4) Glucosa: 110 mgs./dl.

COMENTARIOS

De la evaluación de los pacientes obesos se puede deducir que:

- 1) Los obesos con menores recursos económicos consumen un exceso de carbohidratos que llega al 70% del valor calórico total de su alimentación, general como: pan, pastas, azúcares, almidones y gaseosas. En general ignoran los conceptos más elementales acerca de los requisitos mínimos imprescindibles para una buena nutrición. Sus hábitos de larga data y su deficiente poder adquisitivo hacen muy difícil la corrección de tales déficits.
- 2) Entre los obesos con hiperlipidemias, aproximadamente la mitad, come en fábricas realizando almuerzos copiosos, ricos en grasas saturadas, azúcares, fiambres y carnes gordas con un menú poco variado. El personal superior tiene un menú más variado, y consumen fiambres, carnes, pastas, entradas y postres con gran cantidad de azúcar.
- 3) Los obesos con hiperuricemia son amantes de los asados, preferentemente con abundante carnes gordas y pan, azúcar, postres, dulces y abundante vino.

SE PUEDE CONCLUIR QUE...

- 1) Es necesario llevar a cabo una cuidadosa anamnesis alimentaria a todo paciente a quien se haya prescrito una dieta con el fin de detectar carencias o excesos alimentarios que el médico puede no haber reconocido.
- 2) Es imprescindible informar al médico acerca de los datos obtenidos, para que éste adopte medidas correctivas que pueden ser dietéticas y/o farmacológicas.
- 3) Urge llevar a cabo campañas de educación alimentaria destinadas a corregir hábitos tan prevalentes en nuestra población como el excesivo consumo de calorías, de carbohidra-

tos y de grasas saturadas, con déficits de calcio, vitaminas y residuos no absorbibles.

RESULTADOS

PACIENTES INTERROGADOS: 1245

a) EDAD PROMEDIO 43,1 años

b) Clasificación por enfermedad	Número	Porcentaje
Obesos sin complicaciones metabólicas	428	34,40
Hiperlipidemias	142	11,40
Diabetes	128	10,30
Enfermedades intestinales	114	9,16
Hiperuricemias	101	8,10
Enfermedades gástricas	99	7,95
Enfermedades hepáticas	99	7,95
Obesos con hiperlipidemias	41	3,30
Enfermedades renales	23	1,85
Enflaquecimiento	22	1,75
Dismetabolismo cálcico	14	1,12
Esofagitis	13	1,05
Constipación	12	0,95
Intolerancia al gluten	9	0,72

c) PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

1) En el total de pacientes	43,53%
2) En el total de diabéticos	2,91%
3) En los portadores de hepatopatías	2,54%
4) En los hiperuricémicos	7,94%
5) En hiperlipidemias	7,61%
6) Obesos sin complicaciones	79,00%

d) DATOS OBTENIDOS POR ANAMNESIS ALIMENTARIA

CALORIAS: El 43,5% de la población encuestada consumió un exceso calórico, especialmente bajo forma de carnes gordas, pan y pastas.

PROTEINAS: Aceptando que el 15% del requerimiento calórico ideal debe ser cubierto por proteínas, se encontró que el 40% de los pacientes no cubría el requerimiento mínimo. El 60% lo hacía principalmente con proteínas de origen animal.

GLUCIDOS: Eran consumidos generalmente como: pan, galletas, postres, dulces y confituras.

LIPIDOS: Se ingerían principalmente bajo forma de grasas de origen animal: carnes gordas, quesos cremosos, manteca, postres con crema. En menor porcentaje como grasas vegetales.

CALCIO: Un alto porcentaje de pacientes consumía cantidades muy bajas de calcio; no superaban los 400 mgs. diarios, por el escaso consumo de leche.

HIERRO: La ingesta de hierro era generalmente satisfactoria. El 80% de los pacientes, comía carne una vez por día, el 20% lo hacía dos veces diarias.

VITAMINAS: Sólo el 30% de los pacientes satisfacía el requerimiento mínimo de vitaminas.

FIBRAS: Sólo el 25% de los encuestados consumía verduras y frutas en forma normal, el resto no satisfacía las necesidades mínimas de residuos no absorbibles.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Levin B. Horwitz D.: Dietary Fiber. Med. Clin. N. Amer. 63:1043-1055, 1979.
- 2) Darby W.L.: The Rational Use of Vitamins in Medical Practice. Med. Clin. N. Amer. 1213-1217, 1964.
- 3) Espejo Sola J. Manual de Dietoterapia de las Enfermedades del Adulto. El Ateneo Bs. As. 1971.
- 4) Recomendaciones del XL Congreso Internacional de Nutrición. Rio de Janeiro Brasil, 1978.