

Diseño de un servicio de nutrición en una farmacia comunitaria de Sevilla (España) y análisis descriptivo de los resultados del primer año

M^a Antonia Merchán Cornello¹, M^a José de la Matta Martín^{2,3}, Ana M^a Luis Amado²,
Rosa M^a Lorenzo Murillo², M^a José Martín Calero^{2,3}

1. Graduada en Nutrición Humana y Dietética. 2. Farmacéutica comunitaria en Sevilla (España). 3. Doctora en Farmacia. Grupo de Investigación en Farmacoterapia y Atención Farmacéutica, CTS-528, Universidad de Sevilla.

PALABRAS CLAVE

Servicios farmacéuticos, nutrición, dietética, farmacia comunitaria, farmacia asistencial

ABREVIATURAS

DE: desviación estándar
DM2: diabetes mellitus tipo 2
ECV: enfermedad cardiovascular
FC: farmacia comunitaria
HTA: hipertensión arterial
IMC: índice de masa corporal
OMS: Organización Mundial de la Salud
PA: presión arterial
PC: perímetro de cintura
RCV: riesgo cardiovascular
SFT: seguimiento farmacoterapéutico

KEYWORDS

Pharmaceutical services, nutrition, dietetics, community pharmacy, healthcare pharmacy

RESUMEN

Introducción: Un alto porcentaje de pacientes registrados en la base de datos de la farmacia mostraron sobrepeso asociado a malas prácticas alimentarias. Por ello, nos propusimos instaurar un servicio de nutrición para contribuir a mejorar sus hábitos nutricionales.

Material y métodos: Durante noviembre-diciembre 2014, se impartieron charlas explicativas y se publicitó el servicio entre los usuarios. En enero de 2015 se inauguró la consulta. Con los datos registrados durante el primer año, a través de entrevistas personalizadas, se realizó un estudio observacional-descriptivo y longitudinal, analizando los hábitos alimentarios del paciente, sus parámetros antropométricos: índice de masa corporal (IMC) y perímetro de la cintura (PC) y clínicos: presión arterial (PA), así como su evolución en controles sucesivos.

Resultados: La muestra (n=77, 25-64 años), 66 mujeres (85,7%) y 11 varones (14,3%), presentaba un IMC=33,2±5,6 kg/m² y un PC=97,2±13,9 cm. El 24,1% mostró sobrepeso, el 57,5% algún tipo de obesidad (I o II) y el 11,5% obesidad mórbida (IMC>40). Ansiedad, estreñimiento y enfermedades del tiroides predominaron entre las mujeres (56,6%, 38,2% y 19,7%) y la HTA en los varones (54,5% p<0,05); no hubo diferencia en el porcentaje de dislipémicos (27,3% y 27,6%), diabéticos (9,1% y 6,6%) ni fumadores (18,2% y 15,8%), pero sí entre los consumidores de bebidas alcohólicas (63,6% hombres y 36,8% mujeres, p<0,05). Una mayoría de entrevistados reconocieron no realizar ejercicio físico.

Se registraron 8,6±5,5 visitas/paciente consiguiéndose una pérdida de 4,5±3,8 kg de peso, 1,7±1,5 kg/m² de IMC (p<0,05) y 4,8±3,8 cm de PC (p<0,05). El 71,4% de ellos alcanzaron los objetivos de peso propuestos. Algunos aceptaron adherirse a otros servicios de la farmacia: seguimiento farmacoterapéutico (SFT) (5%) y prevención de riesgo cardiovascular (RCV) (6%).

Conclusiones: Después de un año, el servicio está claramente instaurado, ha beneficiado a gran parte de sus usuarios y ha permitido algunas derivaciones a otros servicios farmacéuticos.

Design of a nutritional service at a community pharmacy in Seville (Spain) and descriptive analysis of the results from the first year

ABSTRACT

Introduction: A high percentage of patients registered in the database of a pharmacy in Seville (Spain) were overweight, in association with poor dietary practices. In order to help improving their health status, we undertook the implementation of a nutrition service.

Materials and methods: During the months of November-December 2014, the service was publicized, and explanatory talks were given. The service was inaugurated in January 2015. With the data recorded between January 2015 and January 2016, based on personalized interviews, we made an observational-descriptive and longitudinal study, analyzing the nutritional habits of the patient, their anthropometric parameters (Body Mass Index, BMI and waist circumference, WC) and clinical parameters (Blood Pressure, BP), controlling them in successive visits.

Parte del contenido de este trabajo se presentó previamente como comunicación en el IX Congreso Nacional de Atención Farmacéutica en octubre 2015 en Toledo, y en el VII Congreso Nacional de Farmacéuticos Comunitarios en mayo de 2016 en Zaragoza.

Recibido: 9/1/2017

Aceptado: 28/3/2017

Disponible *online*: 20-6-2017

Financiación: ninguna.

Conflicto de intereses: ninguno.

Contribución a la autoría: MAMC participó en el diseño del estudio, el desarrollo de la investigación, el análisis de los resultados y la redacción del manuscrito. MJMM en el diseño del estudio, el desarrollo de la investigación, el análisis y el tratamiento estadístico de los resultados. AMLA y RMLM en el desarrollo de la investigación. MJMC en el diseño del estudio, el desarrollo de la investigación, el análisis y tratamiento estadístico de los resultados y la redacción del manuscrito. Todos ellos revisaron y aprobaron el contenido final.

Cite este artículo como: Merchán MA, De la Matta MJ, Luis AM, Lorenzo RM, Martín MJ. Diseño de un servicio de nutrición en una farmacia comunitaria de Sevilla (España) y análisis descriptivo de los resultados del primer año. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2017 Jun 30; 9(2):24-38. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).002.03

Correspondencia: M^a José Martín Calero (calero@us.es)

ISSN 1885-8619 ©SEFAC (Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria). Todos los derechos reservados.

Results: The sample (n = 77, 25-64 years), 66 women (85.7%) and 11 men (14.3%) had a BMI = 33.2 ± 5.6 kg/m² and a BW = 97.2 ± 13.9 cm. 24.1% were overweight, 57.5% presented some type of obesity (I or II), and 11.5% were morbidly obese (BMI > 40). Anxiety, constipation and thyroid diseases predominated among women (56.6%, 38.2% and 19.7%) and HTA in males (54.5% p < 0.05); there were no differences in the percentage of dyslipemics (27.3% and 27.6%), diabetics (9.1% and 6.6%) or smokers (18.2% and 15.8%), but there was in the percentage of consumers of alcoholic beverages (63.6% men and 36.8% women, p < 0.05). A majority of interviewees admitted not to do exercise.

We registered 8.6 ± 5.5 visits/year/patient, achieving a loss of 4.5 ± 3.8 kg of weight, 1.7 ± 1.5 kg/m² of BMI (p < 0.05) and 4.8 ± 3.8 cm WC (p < 0.05). 71.4% of the patients reached the proposed weight goals. Some of them agreed to join other pharmacy services: pharmacotherapeutic follow-up (PF) (5%) and cardiovascular risk (CVR) prevention (6%).

Conclusions: After a year, the service is clearly established, has benefited a large part of its users and has allowed some referrals to other pharmaceutical services.

Introducción

En la actualidad y con el objetivo de potenciar su actuación profesional, las instituciones farmacéuticas apuestan por ofertar nuevos servicios desde la farmacia comunitaria (FC) [1-4]. Para adecuar la oferta, es esencial que el farmacéutico conozca las características y necesidades reales de sus pacientes/usuarios, con el fin de poder ofrecer lo que estos demandan. Los estudios descriptivos, que caracterizan la población sobre la que posteriormente se hará la intervención, son muy útiles para poder aplicar estrategias adecuadas que ayuden a mejorar su situación [5,6]. En el ámbito de la FC esto implica analizar los aspectos socioeconómicos y familiares de los pacientes, sus patologías y tratamientos, estilo de vida, hábitos alimentarios, así como algunos parámetros bioquímicos y antropométricos [7,8].

La caracterización previa de los pacientes registrados en la base de datos de nuestra farmacia [9] puso de manifiesto que una gran parte de ellos estaban en situación de riesgo cardiovascular (RCV) asociado a malas prácticas alimentarias y escasos conocimientos dietéticos e higiénico-sanitarios, elementales para minimizar dicho riesgo. El 82% de los pacientes presentaba exceso de peso y no seguía dietas adecuadas a su situación clínica.

Son numerosos los estudios que correlacionan una alimentación saludable con un menor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (ECV) o de otro tipo [10,11]. Un reciente informe del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (2016) [12] pone de manifiesto que más de un 50% de la población mundial sufre problemas de malnutrición. La mitad de ellos por carencia de micronutrientes y la otra mitad, por todo lo contrario, presen-

tan sobrepeso o clara obesidad y, de ellos, 1 de cada 12 ha desarrollado diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Para la consecución del ambicioso objetivo común, terminar con la malnutrición en el año 2030, el informe plantea la necesidad de implicar seriamente a gobiernos e instituciones sanitarias de todos los países, así como a empresas alimenticias y profesionales de la salud [12].

Con el fin de mejorar la atención a los usuarios, nos planteamos la implantación de un servicio, novedoso en nuestra farmacia, de evaluación y asesoramiento nutricional y dietético individualizado y personalizado, a fin de poder ayudarles a corregir su sobrepeso u obesidad, mediante un protocolo de educación nutricional basado en alimentación saludable y ejercicio físico [10,11]. Experiencias previas llevadas a cabo desde la farmacia comunitaria avalan el beneficio que, para los usuarios, aporta este servicio [13,14].

El objetivo fundamental de este trabajo ha sido diseñar e implementar el servicio de nutrición en la farmacia con el fin de contribuir a mejorar el estado de salud de los pacientes/usuarios y describir los resultados más relevantes obtenidos tras el primer año de funcionamiento. Para ello, nos propusimos contar con una persona especializada para desarrollar el servicio, difundir entre los pacientes hábitos nutricionales saludables adecuados a sus patologías y mostrarles la importancia de realizar ejercicio físico acorde a sus posibilidades.

Material y métodos

Fase I. Implementación de la consulta de nutrición

Antes de iniciar el proceso, en la farmacia se valoraron los siguientes parámetros [15,16]:

- Estudio de la zona para determinar la existencia de otros centros dietéticos cercanos que pudieran limitar las opciones de lanzar con éxito el nuestro.
- Inversión en personal especializado, tiempo y espacio.
- Infraestructura necesaria, incluyendo un área rea de consulta claramente separada y aislada, material adecuado para realizar medidas antropométricas y clínicas, ordenador portátil y material de educación nutricional: folletos, pirámide de alimentos, recomendaciones escritas.

Para lograr implementar el proceso se plantearon las siguientes estrategias entre los meses de noviembre y diciembre de 2014: 1) Contactar con una persona experta graduada en nutrición humana y dietética dispuesta a realizar el servicio. 2) Publicitarlo entre los pacientes/usuarios de la farmacia a través de folletos explicativos, un cartel anunciador situado en lugar bien visible y directamente cuando retiraban su medicación. 3) A las personas interesadas se les propuso asistir a una charla orientada a destacar la importancia de una alimentación equilibrada y la necesidad de adquirir hábitos nutricionales saludables. Estas charlas se impartieron en el aula de "educación para la salud" de la propia farmacia, en grupos reducidos de 10-12 personas. 4) A los asistentes se les explicó en qué consistiría el servicio: una primera visita para tomar sus datos personales, peso y talla a fin de determinar el índice de masa corporal (IMC), perímetro de la cintura (PC) y presión arterial (PA). En ella se les proporcionarían unas normas generales de alimentación, explicándoles que no se trata de seguir un régimen temporal, sino de "enseñarles a comer" para siempre, y la importancia

de mantener cinco comidas diarias. Se les indicarían menús adecuados a sus características personales y se les propondría una serie de ejercicios físicos para realizar semanalmente. 5) Control periódico para seguir la evolución de los parámetros de adelgazamiento (IMC y PC). En cada una de estas visitas se revisarían las comidas realizadas por el paciente, se corregirían posibles desvíos, se insistiría sobre los beneficios de un régimen dietético adecuado para su estado de salud y se le suministrarían nuevos menús. Aplicando siempre el mismo criterio: Dietas estrictas NO; menús saludables SÍ.

Se planteó el pago por el servicio y dadas las características socioeconómicas de la zona, se propuso cobrar 10,00 € en la entrevista inicial y 8,00 € en cada una de las entrevistas de seguimiento. También se planteó no ofertar a los pacientes/usuarios complementos dietéticos ni productos antiobesidad, salvo que estuviesen claramente indicados o los solicitase el propio paciente.

Fase II. Desarrollo del servicio

Una vez diseñada, la consulta se inició en la farmacia en enero de 2015 y para ello se contrató a una profesional graduada en Nutrición Humana y Dietética, no vinculada a ningún laboratorio. Para desarrollar el servicio, se procedió como sigue:

Selección de los pacientes

El servicio se ofertó a todos los usuarios que lo demandaron tras las estrategias realizadas durante la fase I.

Criterios de inclusión: Pacientes con sobrepeso u obesidad interesados en adquirir hábitos nutricionales saludables, mejorar su dieta y/o desear pérdida de peso. Pacientes en los que se detecta, además, algún/os factor/es de RCV y que, tras explicarles en qué consistía el servicio, aceptaran recibirlo.

Criterios de exclusión: No se incluyeron pacientes con alteraciones cognitivas que dificultaban su comunicación con el entrevistador, con discapacidad motora que dificultaban su desplazamiento hasta el lugar de la entrevista, que no aceptaron participar o bien, habiendo aceptado, no acudieron a la cita.

Todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado (**anexo I**).

Procedimiento

Durante la primera entrevista, se obtuvieron los datos requeridos utilizando un cuestionario adaptado por la nutricionista del Documento de Consenso sobre Entrevista Dietética, elaborado por el grupo de trabajo de la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas (Barcelona, 2002) [17] (**anexo II**). Para detectar sus hábitos nutricionales, se les solicitó que describiesen todos los alimentos ingeridos durante las últimas 24 h (**anexo III**) y se les explicó las ventajas de realizar una dieta adecuada y de adoptar hábitos de vida saludables. También se les suministraron una serie de recomendaciones escritas (**anexo IV**). En este primer contacto, a los pacientes no se les entregaron menús, pero se les insistió en que deberían realizar 5 comidas/día, reducir la ingesta de alimentos que pueden contribuir al sobrepeso, se fomentó el consumo de frutas, verduras y legumbres en proporciones adecuadas y, a los sedentarios, se les recomendó que comenzaran a realizar ejercicio físico moderado, a ser posible, a diario.

Se les citó para una segunda entrevista espaciada una semana y en esta se volvieron a medir los parámetros de adelgazamiento (IMC y PC) y clínicos (PA), se les proporcionaron menús específicos para realizar en días sucesivos y se les entregó el esquema general del "menú saludable" (**anexo V**). En función de la evolución y de las necesidades del paciente, las consultas de seguimiento se espaciaron una, dos o tres semanas.

Las medidas de peso y talla (IMC) se realizan con una báscula digital DINA Max 21®, el PC con una cinta métrica inextensible (2 m de largo × 0,5 cm de ancho) y la PA con un tensiómetro Omron® 705IT. También se pidió a los pacientes que llevaran a la cita la última analítica (últimos tres meses) para poder evaluar sus parámetros bioquímicos.

Evaluación del servicio

Con los datos registrados durante el primer año, enero 2015-enero 2016, se llevó a cabo un estudio observacional-descriptivo y longitudinal.

Definición operacional y medida de las variables

Todas las variables registradas, con referencia a todas sus categorías,

quedan reseñadas en la **tabla 1** en la que se indican los tipos, así como la expresión de los resultados.

Análisis estadístico de los resultados

Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar (DE) y las cualitativas como proporciones o porcentajes (frecuencias absolutas y relativas). El análisis estadístico realizado fue el test *t* de Student y el análisis de la varianza (Anova), seguido por el test de Cohen, para las variables de tipo cuantitativo. Las variables cualitativas se analizaron con el test no paramétrico de Chi-cuadrado (χ^2). Se ha utilizado el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19 para Windows. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Aspectos éticos

La participación de los pacientes en el servicio fue voluntaria tras haber firmado el consentimiento informado preceptivo. Para garantizar la confidencialidad se utilizó siempre el código numérico que tienen asignados en la base de datos del Servicio de Nutrición de la farmacia.

Resultados y discusión

Fase I. Implementación de la consulta de nutrición

Entre noviembre y diciembre de 2014 se impartieron 2 charlas formativas, siguiendo el esquema descrito en material y métodos, a un total de 19 personas (100% mujeres), siempre por la nutricionista. La consulta de nutrición se inauguró el 14 de enero de 2015 en un espacio de la farmacia habilitado para tal fin que cumplía las condiciones de aislamiento y confidencialidad requeridas [15,16] y se preparó todo el material necesario para entregar a los pacientes (**anexos II, III y IV**). A ella acudieron, inicialmente, el 48% de las asistentes a las charlas informativas.

Se ha demostrado la importancia de realizar un diseño adecuado previo a la puesta en marcha de cualquier servicio profesional [15]. En nuestro caso, se había analizado previamente la población a la que iba dirigido, el entorno socioeconómico de la zona [9], así como todos los parámetros descritos en la fase I de implementación. Otro

Tabla 1 Variables analizadas

Variables	Cualitativas (%)		Cuantitativas (%)	
	Nombre	Tipo	Nombre	Tipo
Sociodemográficas	Sexo	Nominal	Edad	Razón
	Ocupación	Nominal	Convivencia (nº de personas)	Razón
	Estado civil	Nominal	Número de hijos	Razón
Relacionadas con patologías	Patologías	Nominal		
	Patologías familiares	Nominal		
	Operaciones	Nominal		
	Alergias alimentarias	Nominal		
	Tratamiento médico	Nominal		
	Motivo de la consulta	Nominal		
Hábitos saludables	¿Hace ejercicio?	Nominal	¿Cuántas veces hace ejercicio?	Razón
	Tipo de ejercicio	Nominal	¿Cuánto tiempo hace ejercicio?	Razón
	¿Suele tomar bebidas alcohólicas?	Nominal	¿Cuántos días a la semana bebe?	Razón
	Tipo de bebida alcohólica	Nominal	¿Cuánta cantidad bebe?	Razón
	¿Fuma en la actualidad?	Nominal	¿Cuántos cigarrillos al día?	Razón
			Exfumador. ¿Desde cuándo?	Razón
	Hábitos de sueño	Nominal	¿Cuántas horas duerme al día?	Razón
Hábitos alimentarios			¿Cuántas comidas realiza al día?	Razón
	¿Picotea entre horas?	Nominal		
	¿Dónde come?	Nominal		
	¿Con quién come?	Nominal		
	¿Come rápido?	Nominal	¿Cuánto tiempo tarda en comer?	Razón
	¿Quién hace la compra en casa?	Nominal		
	¿Quién cocina en casa?	Nominal		
	Preferencias alimentarias	Nominal		
	Aversiones alimentarias	Nominal		
Datos antropométricos			Peso (kg)	Razón
			Altura (m)	Razón
			Índice de masa corporal (IMC)	Razón
			Contorno de pecho (cm)	Razón
			Perímetro de cintura (cm)	Razón
			Contorno de cadera (cm)	Razón
			% de masa grasa	Razón
Parámetros analíticos	Fecha de la última analítica	Nominal		
			Niveles de glucosa	Razón
			Niveles de colesterol	Razón
			Niveles de triglicéridos	Razón
			Niveles de ácido úrico	Razón
	¿Controla su tensión arterial?	Nominal		
	¿Última vez que se la midió?	Nominal	Medidas de tensión arterial	Razón

aspecto importante fue involucrar a todo el equipo de la farmacia, ya que su colaboración fue esencial en la captación de nuevos usuarios desde los puntos de dispensación, ajustándose a los criterios de inclusión en el servicio (farmacéuticos), concertando las citas (farmacéuticos y técnico en farmacia) y enviando mensajes recordatorios con 24 h de antelación (técnico en farmacia).

El hecho de crear un clima de confianza y credibilidad en los usuarios, marcándoles objetivos realistas e individuales, sin recomendaciones complicadas que puedan abrumarles, contribuyó a su fidelización. Estas estrategias las proponen algunos autores [16], así como la conveniencia de basar las recomendaciones en evidencia científica de forma sencilla y amena [18]. El seguimiento periódico, aún después de alcanzar los objetivos, ayuda a mantener una vida saludable a largo plazo [16].

Fase II. Desarrollo y evaluación del servicio

Datos sociodemográficos de la muestra

Durante el primer año de instauración del servicio han acudido a la consulta 87 usuarios, 11 varones y 76 mujeres, resultando éstas claramente predominantes, pues, aunque tras las primera visita abandonaron 10 de ellas, constituyeron el 85,7% de la muestra final (n=77) frente a un 14,3% de varones. Casi todos entre 25-64 años (figura 1) con un peso medio de 88,1±16,9 kg (rango: 55,8-140,7 kg) (tabla 2). Es bastante usual que las consultas de nutrición y dietética sean más frecuentadas por mujeres ya que éstas tienen motivaciones estético-saludables más arraigadas que los hombres, como la imagen corporal, asociada o no a alguna patología crónica, así como el deseo de poner en práctica una mesa familiar saludable. Sin embargo, el varón suele ir más por recomendación médica. Algunos autores demuestran que la influencia del entorno familiar, los amigos, los medios de comunicación, así como la opinión externa social, son las principales motivaciones que inducen a la mujer a asistir a estas consultas [19].

La distribución del IMC indicó que solo el 6,9% de la muestra (6 mujeres) tenía un peso normal, mientras que el 24,1% presentaba sobrepeso,

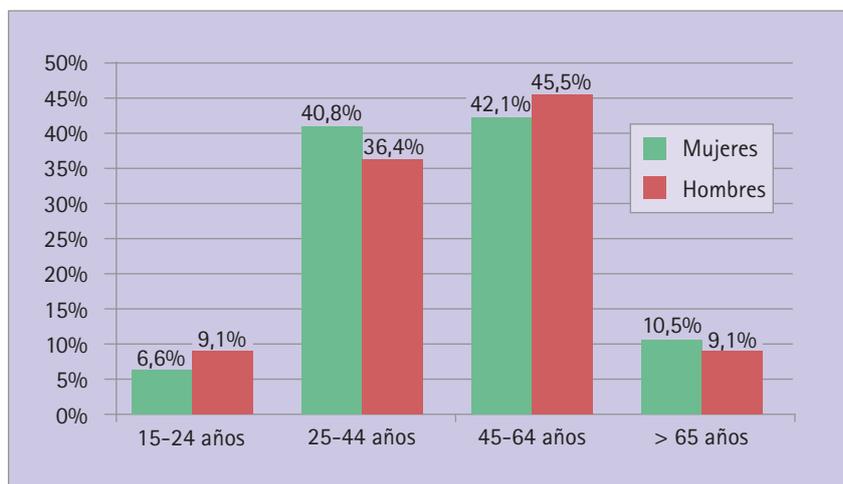


Figura 1 Rango de edad de la población de estudio

so, el 57,5% algún tipo de obesidad (Tipo I: 29,9% y Tipo II: 27,6%) y el 11,5% padecía obesidad mórbida (IMC>40, 2 hombres y 8 mujeres). El informe de la OMS de junio de 2016 [20] indica que desde el año 1980 la obesidad se ha duplicado en el mundo y en 2014 alrededor del 13% de la población adulta de 18 o más años (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) son obesos, mientras que el 39% (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tienen sobrepeso [20]. Estas cifras también se recogen en el informe del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (2016) [12], considerando este tipo de malnutrición como un importante problema de salud, origen de enfermedades CV, diabetes, trastornos del aparato locomotor y ciertos tipos de cáncer. Las causas de este progresivo incremento son, esencialmente, un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa, y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los sistemas de transporte y la creciente urbanización [20].

Actualmente las administraciones sanitarias intentan campañas encaminadas a educar en hábitos alimenticios adecuados, comenzando desde la infancia en los comedores colegiales ya que, según las estimaciones, unos 41 millones de niños menores de 5 años también presentan sobrepeso u obesidad [20]. En España el estudio *enKid* puso de manifiesto que entre la población infantil-juvenil (2-24 años) durante el período 1998-2000, la prevalencia de sobrepeso y obesidad era del 26,3% [21]. Sánchez-Cruz et al [22] concluyen que, en 2012, 4 de cada 10 jóvenes (grupo de edad de 8 a 17 años) sufren exceso de peso. De ahí la importancia de estrategias encaminadas a minimizar estos datos.

Patologías más prevalentes y hábitos higiénico-dietéticos

En cuanto a las patologías referidas por los pacientes (tabla 2), el 56,6% de las mujeres manifestaron haber padecido ataques de ansiedad frente al 18,2% de los varones (p<0,05) y tenían medicación prescrita. También entre ellas predominaban el estreñimiento (38,2%, p<0,05) y

Tabla 2 Porcentajes de patologías más prevalentes entre la muestra

	Hombres (n), %	Mujeres (n), %	Total (n), %
Trastornos de ansiedad	(2), 18,2	(43), 56,6*	(45), 51,7
Constipación intestinal	(1), 9,1	(29), 38,2*	(30), 34,5
HTA	(6), 54,5*	(20), 26,3	(26), 29,9
Dislipemias	(3), 27,3	(21), 27,6	(24), 27,6
Enfermedades del tiroides	0	(15), 19,7*	(15), 17,2
DM 2	(1), 9,1	(5), 6,6	(6), 6,9

n: tamaño de la muestra. HTA: hipertensión arterial DM 2: diabetes mellitus tipo 2.

* p<0,05.

Tabla 3 Porcentajes (%) de consumo de tabaco, alcohol y ejercicio físico que realiza la muestra evaluada

	Hombres (n), %	Mujeres (n), %	Total (n), %
Consumo de tabaco	(2), 18,2	(12), 15,8	(14), 16,1
Consumo de alcohol ¹	(7), 63,6*	(28), 36,8	(35), 40,2
Sedentarismo	(8), 72,7	(52), 68,4	(60), 69,1

n: tamaño de la muestra. *p<0,05. ¹Consumo moderado de alcohol. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS, 2006 [30].

las enfermedades del tiroides (19,7%), mientras que la incidencia de HTA fue significativamente más alta entre los varones (54,5%, p<0,05). No se encontraron diferencias entre sexos en el porcentaje de dislipémicos ni diabéticos.

Los resultados obtenidos tampoco indicaron diferencias entre el grupo de fumadores (tabla 3), pero sí entre los consumidores de bebidas alcohólicas (63,6% hombres y 36,8% mujeres, p<0,05). En relación a la práctica de algún tipo de ejercicio físico, la mayoría de los encuestados de ambos sexos reconocieron no practicarlo.

Actualmente no se cuestiona la correlación existente entre aumento de peso, sedentarismo y consumo de tabaco con el RCV. El patrón de dieta mediterránea, con consumo predominante de legumbres, frutas y verduras, juega un papel importante en la prevención de dicho riesgo [20,23,24]. Una dieta equilibrada con un 50-60% de hidratos de carbono (evitando los de azúcares de rápida metabolización típicos de dulces, bollería, refrescos...), un 10-15% de proteínas y un 20-30% de grasas (evitando las saturadas y el colesterol), contribuye a optimizar la salud individual. Lo mismo se puede decir del tabaquismo [25] y de la falta

de ejercicio [26]. Aunque un pequeño porcentaje de la muestra que acudió a la consulta era fumadora (16,1%), la mayoría (69,0%) no realizaba ningún ejercicio físico, lo que unido a la prevalencia de HTA, DM II y/o dislipemias nos indujo a derivarlos a otros servicios de la farmacia como el de seguimiento farmacoterapéutico (SFT) o el de prevención de RCV. Solo aceptó un pequeño porcentaje (5-6%) probablemente debido a su deficitaria formación sanitaria que les impide valorar adecuadamente los beneficios que estos servicios podrían tener para su salud.

Evolución de los parámetros antropométricos

La media del número de visitas/año ha sido 8,8±5,6 para las mujeres y 7,2±5,0 para los varones y a lo largo de ellas han experimentado una pérdida media de 4,5±3,8 kg (rango 0,5-18,6 kg), siendo algo superior en hombres (5,7±4,2 kg), una disminución del IMC de 1,7±1,5 kg/m² (rango 0,1-6,8 kg/m²), muy similar en ambos sexos y de 4,8 ±3,8 cm de PC (0-17,0 cm) (tabla 4). Si bien la pérdida media de peso, IMC y PC no son significativas en el cómputo total de la muestra, sí se han obtenido resultados individuales destacados como se

puede deducir por el rango descrito para estos parámetros.

Durante el primer año un alto porcentaje de pacientes alcanzó los objetivos de peso propuestos, 72,7% de mujeres y 63,6% de varones. El resto, 18 mujeres y 4 hombres, abandonaron el servicio después de 2-4 visitas. La causa principal fue la escasa voluntad para cambiar hábitos nutricionales muy arraigados, lo que unido al coste del servicio, hizo que estos pacientes desistieran.

Es importante conseguir la adherencia del usuario al tratamiento nutricional. Para ello es preciso ir logrando pérdidas de peso adecuadas, prevenir riesgos de enfermedades crónicas, si el paciente las tiene, y lograr la sensación de "satisfacción" por estar consiguiendo los objetivos marcados [16]. Son muy variados los factores que pueden disminuir la adherencia, entre ellos, la dificultad de conseguir el cambio de hábitos de vida (seguir una dieta saludable y realizar actividad física); la escasa motivación y autoeficacia del paciente; la información que tiene sobre la dieta y la posibilidad de preparar los alimentos requeridos; la falta de apoyo social, y en el caso de las mujeres, la menopausia y el consumo de anticonceptivos hormonales que dificultan la disminución del peso [27]. Un reciente estudio pone de manifiesto que las expectativas irreales fueron la principal causa de abandono del tratamiento dietético, así como los períodos vacacionales, especialmente de verano [28]. Para minimizar estas pérdidas actualmente se proponen diferentes enfoque psicoterapéuticos, entre ellos, la terapia cognitivo-conductual (uno de las más utilizadas), la entrevista motivacional y la terapia breve centrada en soluciones [27, 29].

Tabla 4 Distribución de peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro de la cintura (PC) de la muestra evaluada (n=77)

	Hombres media±DE	Mujeres media±DE	Total media±DE
Peso t ₀ (kg)	109,4±16,1	85,0±14,7	88,1±16,9
(Rango)	(83,1-140,7)	(55,8-119,6)	(55,8-140,7)
-Δt _f (kg)	5,7±4,2	4,3±3,7	4,5±3,8
IMC t ₀	35,7±5,2	32,8±5,6	33,2±5,6
(Rango)	(29,0-47,1)	(22,8-45,2)	(22,8-47,1)
-Δt _f	1,8±1,4	1,7±1,5	1,7±1,5
PC t ₀ (cm)	112,8±11,7	94,9±12,7	97,15±13,87
(Rango)	(94,0-134,0)	(74,0-122,0)	(74,00-134,00)
-Δt _f (cm)	5,9±4,2	4,6±3,7	4,80±3,78

DE: Desviación estándar. t₀: inicio del servicio. -Δt_f: Disminución de los parámetros después de la última visita, t_f.

Limitaciones del estudio

Entre ellas consideramos la baja respuesta por parte de los usuarios para aportar los datos analíticos que se les pedían, lo que sin duda ha condicionado los resultados; el no haber utilizado ningún equipo de bioimpedancia, que nos impide aportar datos de masa grasa y agua corporal de los pacientes; el coste del servicio que, aunque mayoritariamente aceptado, ha supuesto una causa de abandono.

Conclusiones

Después de un año, el servicio está claramente instaurado en la farmacia, ya que la afluencia ha sido constante y la tendencia se mantiene. De los 77 usuarios que constituyeron la muestra analizada, con claro predominio de mujeres (85,7%), la mayor parte alcanzó los objetivos propuestos de IMC y PC (72,7% de mujeres y 63,6% de varones). Parte de los usuarios se han derivado, cuando se ha creído oportuno, a otros servicios de la farmacia, como el de SFT (5%) y/o prevención de RCV (6%). Consideramos que esa iniciativa es beneficiosa para los pacientes, si bien conviene introducir cambios en el servicio que permitan evaluar los resultados en salud de sus usuarios.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento a D. Fernando Marín Isorna por su asesoramiento en el tratamiento estadístico de los resultados y a Dña. Ana M^a Borrero Sánchez, técnico de la Farmacia Padre Pío, por su inestimable colaboración en todas las labores que ha desarrollado el equipo.

Referencias bibliográficas

1. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria. Cartera de servicios farmacéuticos en la farmacia comunitaria [editorial]. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(1):4.
2. Baixauli Fernández VJ, Satué de Velasco E, Gil García MI, Roig Serna JC, Villasuso Cores B, Sáenz de Buruaga S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria [Internet]. Documento SEFAC, 2013. [Acceso 01 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sefac.org/documentos/34?page=1>
3. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Sevilla-CECOFAR. La Cartera de Servicios de la farmacia sevillana: Una ventana abierta a una mayor calidad de vida. [Internet]. 2014. [Acceso 01 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.farmacéuticosdesevilla.es/cartera-de-servicios_aa342.html
4. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Servicios farmacéuticos: Definición y remuneración. [Internet]. CONGRAL, 2013, Madrid. [Acceso 01 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.portal-farma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/planfuturofarmaciaco>
5. Marques Santana G, López Chozas JM, Pamies Andreu E, Pérez Guerrero C, Martín Calero MJ. Pharmacotherapeutic Profile in Patients With Dyslipemia Treated in a Specialized Unit in Vascular Risk. *Meth Find Exper Clin Pharmacol* 2009; 31:66.
6. Ichikawa M, Takei Y, Hamasaki T, Kijima Y. Characterization of patients with angioscopically-detected in-stent mural thrombi. *Circ J* 2014; 79(1):85-90. doi:10.1253/circj.CJ-14-0639
7. Martín Morales A, Ibáñez J, Machuca M, Pol-Yanguas E, Schnetzler G, Pascual Renedo V. Estudio EPIFARM. *Farmacéuticos Comunitarios* 2010; 2(4):140-145.
8. Gómez Martínez J, López-Laguna Guerrero F, Ferragud Masià J, Abadías Guasch M. Perfil de los pacientes con trastorno adaptativo que acuden a las farmacias comunitarias españolas. *Farmacéuticos Comunitarios* 2014; 6(3):12-24. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2014/Vol6).003.03
9. Martín Calero MJ, de la Matta Martín MJ, Marín Isorna F, Lorenzo Murillo R, Luis Amado AM, Villegas Lama I. La caracterización de pacientes como herramienta útil para ofertar servicios profesionales personalizados en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2015; 7(4):5-17. doi:10.5672/FC.2173-9218.(2015/Vol7).004.02
10. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria, SENC. Guía de la Alimentación Saludable. Diseño de un menú semanal equilibrado, sugerente y saludable. Madrid: SENC; 2004. Págs.25-35.
11. Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud. Prevención Cardiovascular. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid [Internet] 2007. [Acceso 10 de noviembre de 201] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionCardiovascular.pdf>
12. Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. Informe de la Nutrición Mundial 2016: De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030. Washington DC, [Internet] 2016. [Acceso 10 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/327101013/Informe-de-la-nutricion-mundial-2016-De-la-promesa-al-impacto-terminar-con-la-malnutricion-de-aqui-a-2030>
13. Vanrell B. Abordaje nutricional del sobrepeso y la obesidad en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* 2012; 4(Supl 1).
14. Labat MP, García R, Mateos A, Muniesa MJ. Importancia del consejo y seguimiento nutricional por el farmacéutico comunitario en la pérdida de peso. *Farmacéuticos Comunitarios* 2012; 4(Supl 1).
15. Vicerrectorado de Campus y Sostenibilidad, Universidad de Alicante. Facultad de Ciencias de la Salud. Implementación de un Gabinete de Alimentación y Nutrición de la Universidad de Alicante (ALINUA), a través de investigación. Alicante, 2013. [Internet]. [Acceso 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://web.ua.es/es/consejo-gobierno/documentos/consejo-de-gobierno-30-01-2013/punto-8-1-creacion-gabinete-alimentacion-nutricion-ua-alinua.pdf>
16. 6 Estrategias comprobadas para mejorar tu "Consulta Nutricional" [Internet]. [Acceso 21 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.educacionennutricion.org/6-estrategias-comprobadas-para-mejorar-tu-consulta-nutricional/>
17. Salvador G, Palma I, Puchal A, Vilà MC, Miserachs M, Illan M. Entrevista dietética. Herramientas útiles para la recogida de datos. *Rev Med Univ Navarra* 2006; 50(4): 46-55.
18. Pérez Rodrigo C. ¿Cómo trasladar la evidencia científica a los consumidores? *Rev Esp Comun Salud*. 2016, (Supl.1):43-51.
19. Troncoso OC, Astudillo OA, Troncoso QG. Social factors that condition women's attendance to nutritional consultation. *Rev Chil Nutr*. 2011; 38(1):8-14.
20. Organización Mundial de la salud, OMS. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311, Junio 2016. [Internet]. [Acceso 4 dic 2016]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
21. Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, Peña Quintana L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin* 2003;121(19):725-732. doi:10.1016/S0025-7753(03)74077-9
22. Sánchez-Cruz, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Rev Esp Card*. 2013; 66(5):371-376. doi:10.1016/j.recesp.2012.10.016
23. Grosso G, Mistretta A, Frigiola A, Gruttadauria S, Biondi A, Basile F, et al. Mediterranean diet and cardiovascular risk factors: a systematic review. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2014; 54(5):593-610. doi:10.1080/10408398.2011.596955
24. Siervo M, Lara J, Chowdhury S, Ashor A, Oggioni C, Mathers JC. Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on

- cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *Br J Nutr.* 2015; 113(1):1-15. doi:10.1017/S0007114514003341
25. Vidyasagan AL, Siddiqi K, Kanaan M. Use of smokeless tobacco and risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* 2016. doi:10.1177/2047487316654026
26. Lakka TA1, Bouchard C. Physical activity, obesity and cardiovascular diseases. *Handb Exp Pharmacol.* 2005; (170):137-163.
27. Candelaria Martínez M, García Cedi- llo I, Estrada Aranda BM. Adherence to nutritional therapy: Intervention based on motivational interviewing and brief solution-focused therapy. *Mex J Eating Dis.* 2016; 7(1):32-39. doi:10.1016/j.rmta.2016.02.002
28. Sámano Orozco LF. Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutr Clin Diet Hosp.* 2011; 31(1):15-19.
29. Resendi Barragán AM, Sierra Mur- guía M. Psicopatología e interven- ción cognitivo-conductual del pa- ciente con obesidad. En: Reynoso Erazo L, Becerra Gálvez AL, coor- dinadores. *Medicina Conductual: Teoría y Práctica.* Ciudad de Méxi- co: Universidad Nacional Autónoma de México, Qartuppi S de RL de CV; 2014. Pág. 213-235.
30. Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la política sobre alcohol en la Región Europea de la OMS, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publi- caciones; 2006.

Anexo I

FARMACIA PADRE PÍO. RONDA PADRE PÍO 4, SEVILLA 41006. Tlfno/Fax. 954 652 440

Consentimiento informado del paciente para el Servicio de Nutrición en la farmacia.

D/Dña con DNI

Autorizo a la farmacia **Farmacia Padre Pío (Sevilla)** a procesar mis datos personales y de salud para llevar a cabo el **Servicio de Nutrición y Dietética**, dentro de la Cartera de Servicios de la Farmacia, de los que no se hará otro uso sin mi consentimiento expreso.

Manifiesto haber sido informado del nuevo servicio de Nutrición, que se inicia a petición mía y se llevará a cabo en tanto permanezca este acuerdo.

Por su parte, los titulares de la farmacia Dña. María José de la Matta Martín, con DNI 27321768E y Dña. María José Martín Calero, con DNI 27805719F se comprometen a:

- Mantener la privacidad de los datos personales y de salud del paciente.
- Realizar las actividades del proceso siguiendo las normas establecidas por el personal cualificado para ello.
- Proporcionar la información necesaria para facilitar el seguimiento de la dieta adecuada al paciente.
- Realizar un seguimiento de la dieta mantenida por el paciente, con el fin de mejorar sus hábitos dietéticos, así como prevenir, detectar y resolver las incidencias surgidas durante el proceso.

....., a de de

Firma del paciente o representante

Firma del farmacéutico

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, los datos que se faciliten se incorporarán al fichero del farmacéutico con la única finalidad de ofrecer una mejor asistencia sanitaria y atención farmacéutica.

Anexo II

FICHA PACIENTE

Datos personales:

Nombre: DNI:

Dirección:

Teléfono/móvil: Correo electrónico:

Edad: Sexo: Estado civil: Nº hijos: Varones Mujeres

Con quién convive:

Trabajo: Horario:

Datos clínicos

Motivo de la consulta:

Antecedentes de sobrepeso familiar:

¿Fuma? Cantidad:

¿Consume Alcohol? Tipo: Cantidad: Frecuencia:

¿Ejercicio físico? Cuál: Frecuencia:

Patologías que padece (fecha):

Alergias o intolerancias alimentarias:

Intervenciones quirúrgicas:

Tratamientos actuales:

Ritmo intestinal:

Ansiedad/estrés: Hábitos del sueño: Horas de sueño:

Última analítica (fecha): Parámetros clínicos:

Presión arterial (última medida): Valores:

Hábitos alimentarios:

¿Cuántas comidas realiza al día? ¿Picotea? ¿Dónde come y con quién?

¿Come rápido? ¿Cuánto tiempo emplea en comer?

¿Quién hace la compra en casa? ¿Quién cocina en casa?

Preferencias:

Aversiones:

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

PESO (kg): ALTURA (cm):

FECHA	PESO	Índice de Masa Corporal (IMC)	Contorno Pecho	Perímetro Cintura (PC)	Contorno Cadera	% Masa Grasa	Variación de peso	Variación de peso acumulada

PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS

FECHA	PA	Glucemia/ HbA1c	HDLc/LDLc	Colesterol Total	Triglicéridos	Uricemia	OTROS

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....



Anexo III

CUESTIONARIO DE RECUERDO DE 24 HORAS

Nombre: Fecha:

Hora	Alimentos consumidos	Modo de preparación	Cantidad aproximada
Desayuno			
Media mañana			
Almuerzo			
Merienda			
Cena			
Entre horas			

Anexo IV

RECOMENDACIONES PARA CONSEGUIR UN PESO SALUDABLE

1. Hacer de 4 a 5 comidas al día (no pasar más de 3-4 horas sin comer)
2. Evitar comer entre horas, si se realizan 5 comidas al día es más fácil no caer en la tentación de picar entre horas.
3. Controlar el consumo de aceite. Es recomendable utilizar como medida una cucharada sopera a la hora de añadir el aceite a nuestros platos, (no utilizar más de 4 cucharadas al día). Se recomienda el consumo de aceite de oliva virgen.
4. Aumentar el consumo de frutas y verduras, unas 2 o 3 piezas de fruta al día y 2 raciones de verduras al día, una en el almuerzo y otra en la cena. Es conveniente que una de las raciones de verduras esté compuesta de vegetales crudos, como puede ser el caso de las ensaladas.
5. Consumir los productos lácteos, como la leche y los yogures desnatados. En el caso del queso, tomar solamente el queso fresco.
6. Eliminar la grasa visible de la carne antes de cocinarla, debemos acostumbrarnos a pelar la carne al igual que hacemos con algunas frutas.
7. Consumir pescados blancos en la cena (merluza, lenguado, pescada...) y limitar el consumo de pescados azules o grasos (salmón, caballa, atún...) a una vez a la semana en el almuerzo.
8. Las técnicas culinarias de elección serán; plancha, horno, al vapor, cocción, microondas, guisos no grasos... Se debe evitar el consumo de alimentos fritos.
9. Evitar el consumo de dulces, refrescos, bollería, helados, chocolates, snacks...
10. Evitar el consumo de alimentos con alto contenido en grasas (chacinas, nata, mantequillas...), así como consumir preferentemente conservas al natural en lugar de aquellas que contienen aceite vegetal.
11. No utilizar salsas (Kétchup, mayonesa...)
12. No consumir bebidas alcohólicas.
13. Hasta conseguir un peso saludable, se reducirá el consumo de pan a una ración en el desayuno.
14. Se debe beber como mínimo entre 1,5-2 litros de agua al día.

Recomendaciones complementarias:

- No comer viendo la televisión y si es posible al menos una comida al día hacerla en familia.
- No servir raciones grandes.
- Comer a una velocidad normal, no es bueno ni demasiado rápido ni demasiado lento.
- Intentar no pasar demasiado tiempo al día pensando en el hambre y en la comida.

!!! EJERCICIO FÍSICO !!!



Anexo V

ESQUEMA GENERAL DE UN MENÚ SALUDABLE

Desayuno:

- Café con leche desnatada o infusión.
- 1/2 tostada de pan integral con pechuga de pavo, jamón cocido, jamón serrano (sin tocino), queso fresco o aceite y tomate.

Media mañana:

- Una pieza de fruta y 2 tortitas de maíz, o una pieza de fruta y 20 gramos de frutos secos, o una pieza de fruta y 1/2 sándwich de pechuga de pavo, o una barrita de cereales.

Almuerzo:

- 1º Plato: Ensalada variada o plato de verduras.
- 2º Plato:
 - 2 días a la semana legumbres (garbanzos, lentejas, chicharos, guisantes, habas o soja), cocinadas con verduras y especias, sin ingredientes grasos (chorizo, morcilla, tocino...).
 - 1 día a la semana pasta (con salsa de tomate, con verduras, con gambas, con almejas o cualquier otra salsa no grasa).
 - 1 día a la semana arroz (con carne magra, con pescado, con marisco o simplemente con verduras).
 - 1 día a la semana un guiso de patatas (con carne magra o con pescado).
 - 1 día a la semana carne como plato principal (pollo, pavo, lomo o solomillo de cerdo o ternera), acompañada por verduras, arroz blanco o patatas asadas.
 - 1 día a la semana pescado como plato principal (pescados azules; salmón, caballa, atún, sardina o bonito. Pescados semigrasos; trucha, lubina, dorada, pez espada, boquerón o salmonete) acompañado por verduras, arroz blanco o patatas asadas).
- Postre: Una pieza de fruta o un yogur desnatado.

Merienda:

- Un café con leche desnatada o infusión y 4 galletas María o 2 galletas integrales, o un yogur y una pieza de fruta, o una fruta y 1/2 sándwich, o un café y 1/2 tostada.

Cena:

- 1º Plato: Ensalada variada o plato de verduras.
- 2º Plato:
 - 2 días a la semana huevo (en tortilla, cocido, a la plancha o en revuelto).
 - 2 días a la semana pescado (pescados blancos; bacalao, lenguado, acedías, merluza, pescada, rape, rodaballo o gallo).
 - 1 día a la semana carne (pollo, pavo, lomo de cerdo, ternera, jamón cocido o pechuga de pavo).
- Postre: Una pieza de fruta o un yogur desnatado.

Los 2 días a la semana restantes tomaremos exclusivamente como cena una pieza de fruta, cereales integrales (30g) y yogur desnatado.

RESUMEN

ALMUERZO

		2 días legumbres
Ensalada variada		1 día pasta
		1 día arroz
o	+	1 día guiso de patatas
Plato de verduras		1 día carne como plato principal
		1 día pescado como plato principal

CENA

		2 días pescado
Ensalada variada		2 días huevo
o	+	1 día carne
Plato de verduras		
Las dos cenas restantes fruta, cereales y yogur desnatado		

ASPECTOS CULINARIOS

- Técnicas aconsejadas: al vapor, hervido, escalfado, horno, papillote, plancha, brasa, rehogados con cantidad mínima de aceite.
- Técnicas desaconsejadas; fritos, rebozados, empanados, estofados y guisos grasos.
- Utilizar preferiblemente aceite de oliva virgen, **no más de 4 cucharadas al día.**

DISTRIBUCIÓN DE LA DIETA:

- Planificar el menú semanal, con las comidas principales (almuerzos y cenas). De este modo evitaremos improvisar las comidas, lo cual favorece el consumo de alimentos no aconsejados.
- Mantener un horario regular de comidas, para que nuestro cuerpo se acostumbre a comer a determinadas horas. Así evitaremos el hambre a deshora y el picotear entre las horas de las comidas.
- Realizar 5 comidas al día para disminuir la sensación de estómago vacío y la ansiedad antes de las principales comidas.