

Análisis de raciones de hidratos de carbono e intervención individualizada

Noelia Sanz Vela¹, Jaime Amor Valero², Sergio de Casas Albendea³

¹ Personal de enfermería. Colegio de Educación Infantil y Primaria Infanta Elena. Pozuelo de Alarcón (Madrid).

² Médico de familia. Consultorio Local de Chapinería (Madrid). ³ Personal de enfermería. Centro de Salud Panaderas. Fuenlabrada (Madrid)

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la diabetes mellitus (DM) ha aumentado considerablemente, ya que ha pasado de 108 millones de personas en 1980 a 422 millones en 2014. Se estima que en 2015 fue causa directa de muerte de 1,6 millones de personas, pero también podría ser causa atribuible de 2,2 millones, y se convertirá en la séptima causa de muerte para el año 2030. La dieta saludable, el ejercicio físico, un peso adecuado y evitar el consumo de tabaco pueden ayudar a prevenir o retrasar la aparición de DM tipo 2¹.

Los profesionales sanitarios deberíamos reflexionar sobre el aumento del número de casos de esta enfermedad, la importancia de un adecuado manejo de la información por parte del individuo, adaptándola a cada persona y al contexto social en el que se encuentre. La educación sanitaria tendría que ser una de las piedras angulares en el tratamiento de la DM.

Algunos estudios muestran que nuestra sociedad está sometida a un constante cambio, debido a diferentes influencias económicas, sociales y culturales. Desde el punto de vista sanitario, también se ha producido una evolución. El usuario comienza a querer involucrarse en su autocuidado y en la toma de decisiones, de forma que se convierte en un «paciente activo»². Para ser capaz de alcanzar este objetivo, es fundamental la alfabetización sanitaria³, entendiendo este concepto como la adquisición de suficientes conocimientos y habilidades para la toma de medidas que mejoren su salud². Esta idea es importante para el manejo de cualquier patología crónica. En el caso de la DM, el fin es conseguir un adecuado control metabólico y una correcta adhesión al tratamiento. De esta forma las complicaciones a corto, medio y largo plazo se podrán evitar.

En este artículo pretendemos resumir la importancia de la individualización del tratamiento y el correcto autocontrol por parte del paciente. Para conseguirlo debemos

partir de una adecuada entrevista en la que debemos obtener información básica y necesaria para posteriormente afianzar conocimientos imprescindibles en el correcto manejo por parte del usuario, como son el concepto de hidratos de carbono, la lectura de etiquetas y el cálculo de raciones.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El abordaje del paciente con DM debe ser multidisciplinar, individualizado, integral e integrado. No debemos presuponer lo que es mejor para el usuario desde nuestro punto de vista; por ello, es básica la entrevista motivacional. Debemos evitar el modelo paternalista, en el que el personal sanitario da instrucciones de cómo llevar a cabo un buen control basado en guías clínicas sin tener en cuenta la opinión ni las circunstancias del usuario.

Basándonos en las ideas principales de la entrevista motivacional, podemos distinguir tres etapas:

- Fase de posicionamiento, en la que la persona expresará sus ideas y miedos acerca de la enfermedad.
- Fase de reflexión, en la que se analizarán los beneficios del cambio, pero también las desventajas que esto supone para el usuario.
- Fase de negociación, en la que se plantean intervenciones y objetivos comunes junto con el paciente.

Para un adecuado desarrollo de estas etapas deberemos mostrar al usuario ciertas actitudes, como empatía y escucha activa. Buscaremos durante el proceso de la entrevista discrepancias entre la situación que desea la persona y la que tiene realmente, intentando señalarlas para que reconduzca la situación. Valoraremos y reforzaremos positivamente objetivos conseguidos⁴.

Se trata de luchar por la máxima independencia de la persona. El objetivo final es un correcto autocuidado y el consiguiente empoderamiento del paciente.

IMPORTANCIA DE LA INDIVIDUALIZACIÓN Y LA EDUCACIÓN SANITARIA

Como hemos mencionado anteriormente, uno de pilares fundamentales para un adecuado autocuidado de la DM es la educación sanitaria. Esta no consiste solo en informar sobre lo que debe comer un paciente con DM o explicar cómo deben realizarse autocontroles. Educar para la salud es ser capaces de buscar la motivación del usuario, potenciar la autoestima y las habilidades para mejorar la salud². Esta intervención es prioritaria para establecer hábitos saludables pactados con el paciente.

En el caso de un paciente con DM que requiera una terapia insulínica bolo basal, se necesitaría un adecuado manejo de las raciones de hidratos de carbono; en función de estas, deberán administrarse diferentes dosis de insulina, además de saber interpretar adecuadamente la glucemia capilar utilizando la técnica adecuada tanto para la determinación de glucosa como para la administración de insulina.

Hay que indagar durante la entrevista cuáles son las preferencias, necesidades o circunstancias y las metas por conseguir (estas debemos acordarlas con el usuario). ¿Debe tener el mismo objetivo de hemoglobina glucosilada un paciente con DM tipo 1 de 30 años con una adecuada educación sanitaria que un niño o una persona mayor con pluripatología? ¿Debemos dar pauta fija de raciones de hidratos de carbono en función del peso, la talla, el sexo y la actividad física? ¿Recomendaremos horarios de comida? ¿Cómo distribuimos los hidratos de carbono a lo largo del día? Fijémonos en el caso de un comercial que tiene que comer con los clientes en restaurantes con frecuencia, un conductor, nosotros mismos en una guardia de 24 horas: ¿cómo pesamos y distribuimos la comida en estas circunstancias? ¿Cómo calculamos las raciones que nos han sido impuestas? ¿Cómo se respetan los horarios si nuestro trabajo o situación no lo permite? ¿Podemos llevar siempre la misma rutina todos los días? La clave para resolver todas estas preguntas es la individualización del tratamiento, involucrando a la persona en la toma de decisiones, no haciendo al paciente con DM esclavo de su enfermedad, ni juzgándolo por ello, sino adaptando la DM a su vida.

Entre los objetivos del usuario en el control de su enfermedad (además de mantener los niveles glucémicos dentro de los límites adecuados, potenciar la importancia de una dieta saludable junto con el ejercicio físico y tratar de evitar las hipoglucemias), cobra especial interés que la persona se conozca desde el punto de vista fisiológico para poder interpretar las respuestas del organismo a cada situación (conocer el efecto de cada alimento sobre su glucemia, identificar síntomas de alerta o conocer la correcta propor-

ción de insulina según la cantidad de hidratos de carbono de la comida).

Alcanzar estos objetivos puede resultar complejo. La elección de la terapia y los ajustes de dosis frecuentemente se adaptan a la respuesta experimentada con tratamientos previos y la toma de decisiones inicialmente puede no ser la correcta, por lo que el aprendizaje puede tener un carácter empírico cercano al ensayo-error.

En este punto nuestra actuación será apoyar al paciente para conseguir sus objetivos, guiándolo mediante el adiestramiento en el control glucémico, dotándolo de recursos técnicos o mediante la adquisición de habilidades que generen una motivación adecuada que lo implique activamente en el tratamiento y control de su enfermedad.

Será fundamental el grado de confianza entre personal sanitario y usuario para reforzar la toma de decisiones y la adherencia terapéutica sobre la que apoyar el control y autocuidado de su enfermedad.

Afianzando estos aspectos en el seguimiento del paciente con DM, junto con una adecuada educación terapéutica, conseguiremos con nuestras intervenciones un impacto positivo sobre la salud de la persona.

AUTOCONTROL: LECTURA DE ETIQUETAS Y RACIONES DE HIDRATOS DE CARBONO

Una vez obtenida toda la información necesaria acerca del usuario, habiendo conseguido que sea consciente de lo que significa la palabra «diabetes», continuaremos con la educación sanitaria para desechar ideas erróneas que nos encontramos en la consulta dentro de nuestra práctica habitual. Es frecuente escuchar comentarios como: «No es posible que me suba tanto el azúcar, si ni la pruebo».

Desde nuestra opinión, deberíamos enseñar al usuario a conseguir un adecuado autocontrol; para ello, este debe tener claro conceptos como qué es un hidrato de carbono, qué es un hidrato de absorción rápida o de absorción lenta, su repercusión glucémica, los alimentos de alto índice glucémico, contar raciones y lectura de etiquetas.

Para la lectura de etiquetas debemos tener presente lo siguiente: **10 g de hidratos de carbono = 1 ración.**

Según la etiqueta de la figura 1, debemos fijarnos para una correcta lectura e interpretación en los hidratos de carbono. En este caso nos indica que hay 5,3 g por 100 ml, por

lo que, si 10 g es 1 ración, 5,3 g corresponden a 0,5 raciones. Un vaso son 200 ml aproximadamente. Esto se corresponde con 10,6 g, que equivalen a 1 ración.

En la etiqueta de la figura 2, observamos que por unidad contiene 10,4 g = 1 ración por 100 ml.

Otro punto que se debe considerar en la educación sanitaria es hacerse una idea aproximada de las raciones de hidratos de carbono que tiene cada alimento sin utilizar una báscula que obligue al usuario a pesar alimentos en cada comida. Por ello hemos elaborado las tablas 1-5, incluyendo los diferentes grupos de alimentos.

Figura 1. Ejemplo lectura de etiqueta 1



Figura 2. Ejemplo de lectura de etiqueta 2



Tabla 1. Bebidas

Raciones	Tipo	Cantidad
1,5	Cerveza con alcohol (250 ml)	2 botellas
0	Ron, ginebra	/
3,5	Refresco de cola/naranja/limón	1 lata de 330 ml
0	Gaseosa	/
1	Cerveza sin alcohol (250 ml)	1 botella
1,5	Bebida isotónica	Un vaso
3	Tónica	1 lata de 330 ml
2	Zumo de naranja	1 vaso o tetrabrick de 200 ml

Tabla 2. Fruta

Raciones	Tipos	Cantidad
1	Albaricoque	2 unidades (100 g aproximadamente)
2,5	Manzana	1 unidad (200 g aproximadamente)
1	Fresas	6 unidades (150 g aproximadamente)
2	Pera	1 unidad (200 g aproximadamente)
1,5	Higos	2 unidades (100 g aproximadamente)
0,5	Melón	1 rodaja (100 g)
1	Kiwi	1 unidad (100 g aproximadamente)
3	Plátano	1 unidad (150 g aproximadamente)

Tabla 3. Lácteos

Raciones	Tipos	Cantidad
1	Leche de vaca	Un vaso de leche (200 ml)
2	Batido de chocolate	Un vaso de leche (200 ml)
2	Arroz con leche	1 envase
2	Natillas	1 envase
2	Flan de huevo	1 envase
2	Mousse de chocolate	1 envase
1	Yogur natural	1 envase
1,5	Yogur desnatado con frutas	1 envase
0	Queso	/
2,5	Leche condensada	Medio vaso
1	Nata para cocinar (18 % de grasa)	1 envase
0,5	Yogur líquido tipo Actimel®	1 envase

Tabla 4. Cereales y derivados

Raciones	Tipos	Cantidad
1,5	Barrita de cereales de chocolate	1 (cada barrita tiene unos 20 g aproximadamente)
3,5	Cruasán	1 unidad (65 g aproximadamente)
1	Magdalena	1 unidad (30 g aproximadamente)
5	Napolitana de chocolate	1 unidad (100 g)
3	Chocolatina Kit Kat®	1 unidad
3	Churros	1 unidad
2/2,5	Dónuts/dónuts de chocolate	1 unidad
1	Galletas María	3 unidades
1	Pan blanco	Una rebanada de 2 dedos (20 g)
1,5	Pan de molde	Una rebanada (30 g)

CONCLUSIÓN

El correcto autocontrol de la DM es complejo, ya que requiere una gran implicación y responsabilidad por parte del usuario. Por lo tanto, la participación de todos los profesio-

Tabla 5. Legumbres, pasta y arroz

Raciones	Tipo	Cantidad
5	Judías	1 cazo (cocinado, 150 g aproximadamente)
3	Garbanzos	1 cazo (cocinado, 150 g aproximadamente)
3,5	Macarrones	1 cazo (cocinado, 150 g aproximadamente)
8	Lentejas	1 cazo (cocinado, 150 g aproximadamente)
6	Arroz	1/2 cazo (cocinado, 75 g aproximadamente)
8	Judías blancas	1 cazo (cocinado, 150 g aproximadamente)

sionales sanitarios es crucial para un buen entrenamiento y manejo. No deberíamos etiquetar al paciente según el tipo de DM ni cifras de glucosa. Tampoco debemos fijarnos exclusivamente en fármacos, cálculo de raciones de hidratos de carbono diarias, intercambios, etc., sino ver al usuario de manera holística, en todas sus esferas (contexto social, cultural y económico). La individualización, hacer pacientes activos y responsables en su cuidado, creando un clima de confianza con el profesional sanitario, es la base para el empoderamiento y la prevención de posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. Disponible en: URL: <http://www.who.int/diabetes/global-report>. Último acceso: mayo de 2018.
- Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006;38:234-7.
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Glosario de promoción de la salud. Genève: World Health Organization; 1997. Disponible en: URL: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>. Último acceso: mayo de 2018.
- Servicio Madrileño de Salud, Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidados. 2.ª ed. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Gerencia Asistencial de Atención Primaria; 2016.