

XXVI Jornada Residents de Medicina Familiar i Comunitària

ALIMENTACIÓ I SALUT

David Sampériz Sinovas



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària

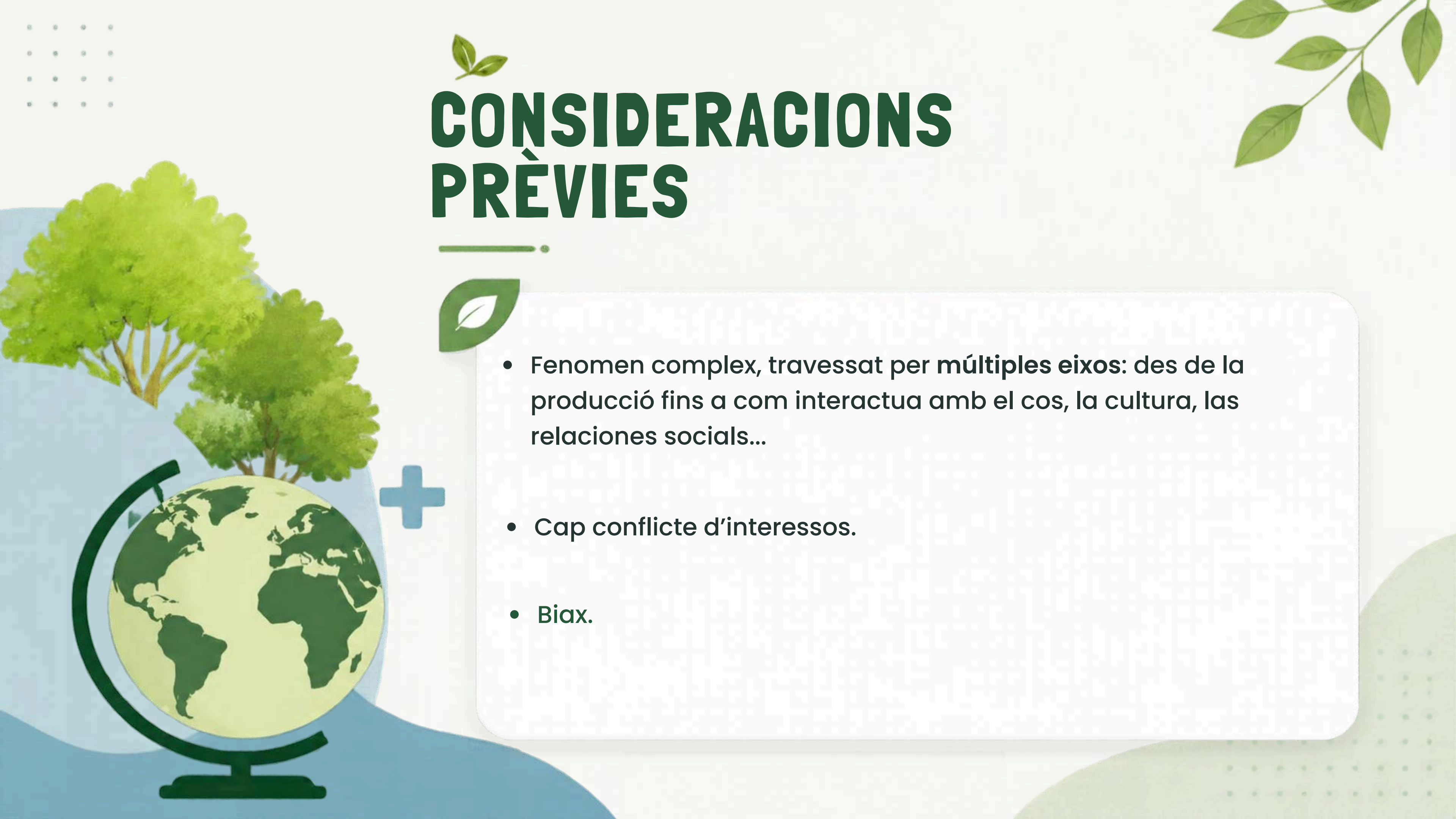


Barcelona, 15 d'octubre de 2026

Alimentació i Salut “Planetary Healthy Diet”

David Sampériz Sinovas
MFyC, Vocal PAPPS





CONSIDERACIONS PRÈVIES

- Fenomen complex, travessat per múltiples eixos: des de la producció fins a com interactua amb el cos, la cultura, las relaciones sociales...
- Cap conflicte d'interessos.
- Biax.

ALIMENTACIÓ I... PES?

- Un pacient ve a la consulta i ens demana consells d'hàbit nutricional...
- Quan pensem en nutrició, sovint pensem automàticament en règim, restricció, menús i, sobretot, en pes.
- **Ampliar la mirada:** treure el pes del centre. ¿Què pensem quan parlem de "malnutrició"?



The Lancet Diabetes & Endocrinology Commission

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity



Francesco Rubino, David E Cummings, Robert H Eckel, Ricardo V Cohen, John P H Wilding, Wendy A Brown, Fatima Cody Stanford, Rachel L Batterham, I Sadaf Farooqi, Nathalie J Farpour-Lambert, Carel W le Roux, Naveed Sattar, Louise A Baur, Katherine M Morrison, Anoop Misra, Takashi Kadowaki, Kwang Wei Tham, Priya Sumithran, W Timothy Garvey, John P Kirwan, José-Manuel Fernández-Real, Barbara E Corkey, Hermann Toplak, Alexander Kokkinos, Robert F Kushner, Francesco Branca, Jonathan Valabhji, Matthias Blüher, Stefan R Bornstein, Harvey J Grill, Eric Ravussin, Edward Gregg, Noor B Al Busaidi, Nasreen F Alfari, Ebaa Al Ozairi, Lena M S Carlsson, Karine Clément, Jean-Pierre Després, John B Dixon, Gauden Galea, Lee M Kaplan, Blandine Laferrère, Martine Laville, Soo Lim, Jesús R Luna Fuentes, Vicki M Mooney, Joseph Nadglowski Jr, Agbo Urudinachi, Magdalena Olszanecka-Glinianowicz, An Pan, Francois Pattou, Philip R Schauer, Matthias H Tschöp, Maria T van der Merwe, Roberto Vettor, Geltrude Mingrone

Executive summary

Current BMI-based measures of obesity can both underestimate and overestimate adiposity and provide inadequate information about health at the individual level, which undermines medically-sound approaches to health care and policy. This Commission sought to define clinical obesity as a condition of illness that, akin to the notion of chronic disease in other medical specialties, directly results from the effect of excess

measurement of body fat, where available, or at least one anthropometric criterion (eg, waist circumference, waist-to-hip ratio, or waist-to-height ratio) in addition to BMI, using validated methods and cutoff points appropriate to age, gender, and ethnicity. In people with very high BMI (ie, $>40 \text{ kg/m}^2$), however, excess adiposity can pragmatically be assumed, and no further confirmation is required. We also recommend that people with confirmed obesity status (ie, excess

Lancet Diabetes Endocrinol
2025; 13: 221–62

Published Online
January 14, 2025
[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(24\)00316-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00316-4)

This online publication has been corrected.

The corrected version first appeared at [thelancet.com/diabetes-endocrinology](https://www.thelancet.com/diabetes-endocrinology) on



LIMITACIONS IMC



"Recomanem que l'IMC s'utilitzi únicament com a indicador substitutiu del risc per a la salut a nivell poblacional en estudis epidemiològics o amb finalitats de cribratge, i no com a indicador individual de la salut."



IMC no distingeix de massa grassa de massa magra, no reflecteix distribució del greix, i pot **sobreestimar** o **subestimar** el risc real del individu.



Confirmar excés d'adipositat: Es requereix a més almenys una mesura antropomètrica adicional. **Cost/efectivitat.**



Body weight regulation models in humans: insights for testing their validity

[Rodrigo Fernández-Verdejo](#) , [Eric Ravussin](#)  & [Jose F. Galgani](#) 

[Nature Reviews Endocrinology](#), 21, 703–717 (2025) | [Cite this article](#)

 [Save article](#)

3027 Accesses | 11 Citations | 47 Almetric | [Metrics](#)

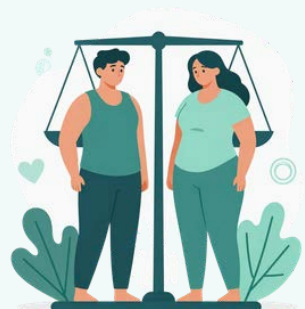


Abstract

Maintaining a ‘healthy’ body weight is crucial for survival and involves a partially understood regulatory system that adjusts energy intake and energy output (expenditure and losses) for that purpose. Several models of body weight regulation exist, but experiments testing their validity are lacking. This Review elaborates on how to test the validity of body weight regulation models in humans. We begin by highlighting the interaction between the obesogenic environment and the individual’s biological sensitivity to such environment, which triggers obesity in many, but not all, individuals. We discuss the identity of the regulated parameter(s), often considered to be body weight or body adiposity. We then focus on two models: set point and dual-intervention point. Under the set point model, obesity results from a malfunction of the system (leptin resistance) for preventing weight increases above the defended value. Under the dual-

INTERACCIÓ BIOLÒGIC-AMBIENTAL

- Els autors argumenten que, encara que existeixen mecanismes biològics potents (com la via de la leptina-melanocortina), aquests no operen en el buit.
- L'entorn "obesogénic" pressiona aquests sistemes, suggerint que el pes no està regulat per un únic "punt d'ajust" (set point), sinó per una interacció dinàmica entre la genètica i la disponibilitat de recursos (model de **settling point**).
- L'organisme activa **respostes compensatòries potents** quan s'intenta baixar del límit inferior biològicament defensat.



TENIR EN COMPT



- Les **dietes restrictives fallen 90% vegades**, el ciclat de pes pot danyar la salut cardiometabólica i exposar-se restricció alimentària pot ser l'espurna que detoni un **trastorn de la conducta alimentària**.



- **Biaix** que els professionals de salut carreguem: associar "primesa" amb "disciplina" i "grassor" amb "descuit". Es filtra en la consulta en el **temps** que dediquem, en quins diagnòstics considerem primer, en que **donem per descomptat**, en considerar que una persona que no aconsegueix perdre pes no ha aconseguit els objectius del tractament.



SALUT ? MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENT



El pes té una virtut pràctica innegable: és fàcil de mesurar, es registra en segons, i dona la sensació (encara que moltes vegades sigui falsa) d'objectivitat i comparabilitat entre consultes.

Reemplaçar-ho exigeix construir un altre sistema d'indicadores de salut, característiques i necessitats de la persona:

- **Funcionalitat:** capacitat de realitzar activitat desitjades.
- **Marcadores bioquímicos i clínics:** glucèmia, perfil lipídic, tensió arterial, etc
- **Relació del pacient amb els aliments**
- **Qualitat de vida percebuda i salut mental** tractades com a dada clínica central.
- **Adherència i continuïtat del vïncle terapèutic:** és, en si mateix, un resultat clínic valuós.

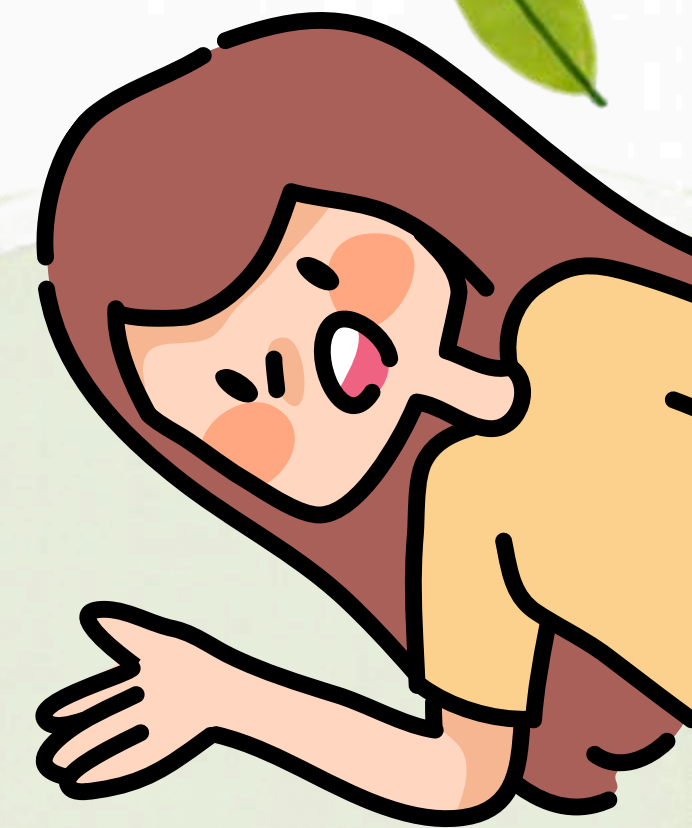
MALNUTRICIÓ?

- Una persona pot acudir a consulta perquè vol tenir més energia, perquè té símptomes digestius, perquè vol millorar la seva alimentació, perquè necessita adaptar-la a una situació clínica, perquè vol recuperar una relació més tranquil·la amb el menjar.
- La primera pregunta que hauríem de fer-nos com a professionals és **«què necessita aquesta persona?»**.
- No vol dir que no parlem de pes en consulta, però hem de preguntar i escoltar.
- Obrir preguntes i compartir informació que acostín a comprendre els matisos.



QUÈ DETERMINA LA SALUT?

- L'**assistència sanitària** explica només entorn del **10-20%** dels resultats en salut d'una població; la resta el determinen el context socioeconòmic, les conductes (al seu torn modelades per aquest context) i l'entorn físic.
- El barri on un viu, les seves zones verdes, la proximitat de comerços i serveis, l'exposició al trànsit i la contaminació, condicionen de manera mesurable la salut, de manera que el **codi postal prediu la salut tant o més que la biologia**.
- Una simple barrera lingüística és suficient per a empitjorar-ho tot.



Sistema sanitari

- Cobertura sanitària
- Accés a atenció primària i especialitzada
- Qualitat i seguretat assistencial

Comunitat i context social

- Integració social
- Xarxes de suport
- Participació comunitària

Alimentació

- Seguretat alimentària
- Accés econòmic i físic a aliments saludables
- Qualitat nutricional
- Accés a aigua potable segura



Estabilitat econòmica

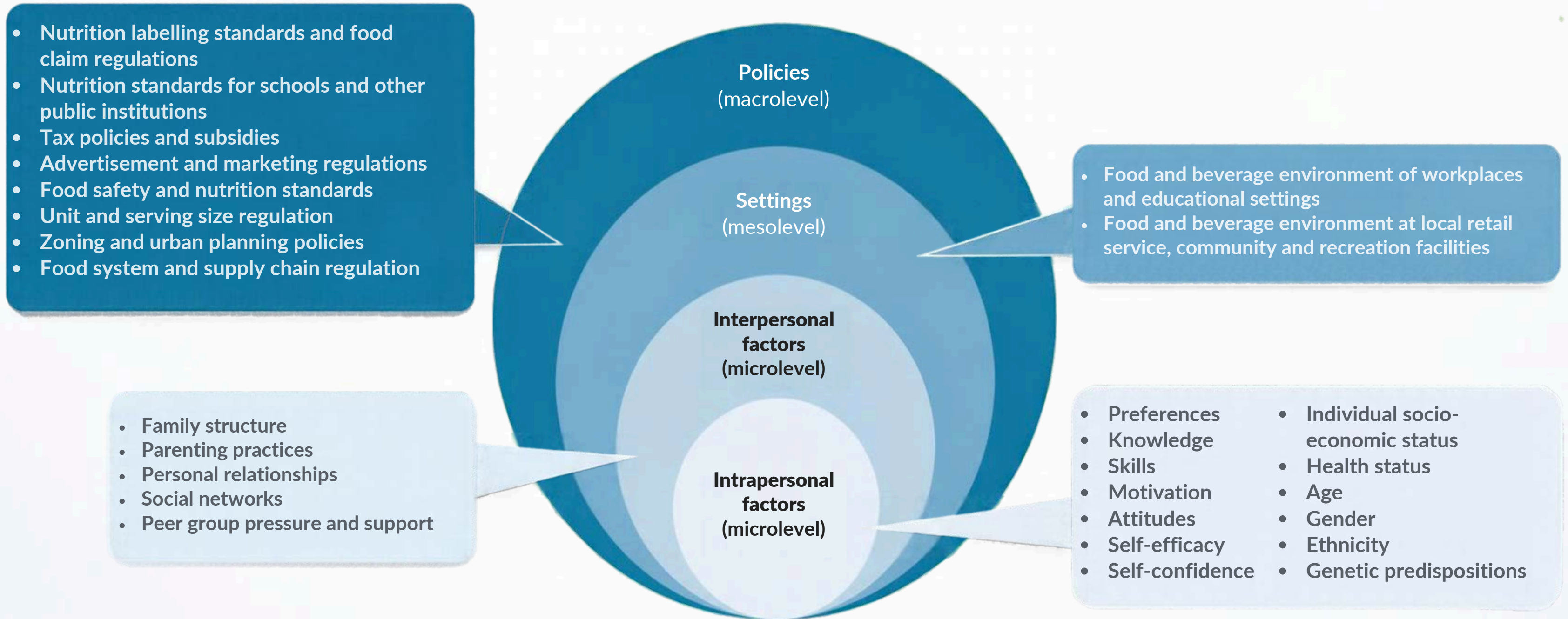
- Estabilitat i qualitat laboral
- Nivell d'ingressos i capacitat adquisitiva
- Seguretat financera

Entorn físic i veïnal

- Qualitat i estabilitat de l'habitatge
- Condicions mediambientals
- Seguretat comunitària
- Espais verds

Educació

- Llengua i competències comunicatives
- Alfabetització
- Accés equitatiu a educació
- Competències digitals



A socioecological model of drivers of food and beverage intake.
[Obesity and the future of food policies that promote healthy diets.](#) Nat
Rev Endocrinol.

**EXCESO
CALORÍAS**

**EXCESO
AZÚCARES**

SECRETARÍA DE SALUD

CONTIENE EDULCORANTES

CONTIENE CAFEÍNA EVITAR EN NIÑOS

QÜESTIÓ DE SALUT PÚBLICA

- L'atenció clínica explica només una fracció dels resultats en salut. Això recolza el missatge de que el consell individual sobre hàbits (alimentació, activitat física i tabac) ha d'anar acompanyat de la identificació de barreres materials, de suport social i de **política pública**.
- La declaració científica de la American Heart Association (2026) emfatitza que els paradigmes centrats només en l'individu fallen si no aborden barreres estructurals com el estigma del pes, la inseguretat alimentària o d'habitatge i l'inequitat en l'accés a tractaments.





2025 EAT- *Lancet* Summary Report

- Síntesi **multidisciplinària i internacional** que combina dades de cohorts prospectives amb més d'un milió de participants —fins a 2,21 milions en metanàlisis associades— amb assajos aleatoritzats sobre factors de risc intermedis, integrats sota marcs formals de causalitat.
- Les seves conclusions clíniques han estat corroborades de manera independent per metanàlisis posteriors.
- Quantifica la contribució del sistema alimentari als nou límits planetaris.

The EAT-Lancet Commission on Healthy, Sustainable, and Just food systems

The 2025 EAT-Lancet Commission is a landmark update to the original 2019 report. It updates the evidence base for food system actors, from producers to consumers at an urgent moment for food systems transformation. It quantifies the targets of a healthy diet, the safe boundaries for food within the Earth system, and the social foundations of a fair food system.

Arabic

Chinese

French

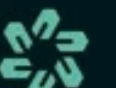
Portuguese

Russian

Spanish

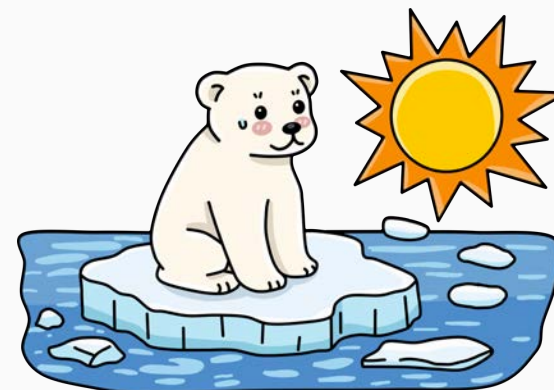


EAT-LANCET COMMISSION SUMMARY REPORT 2025

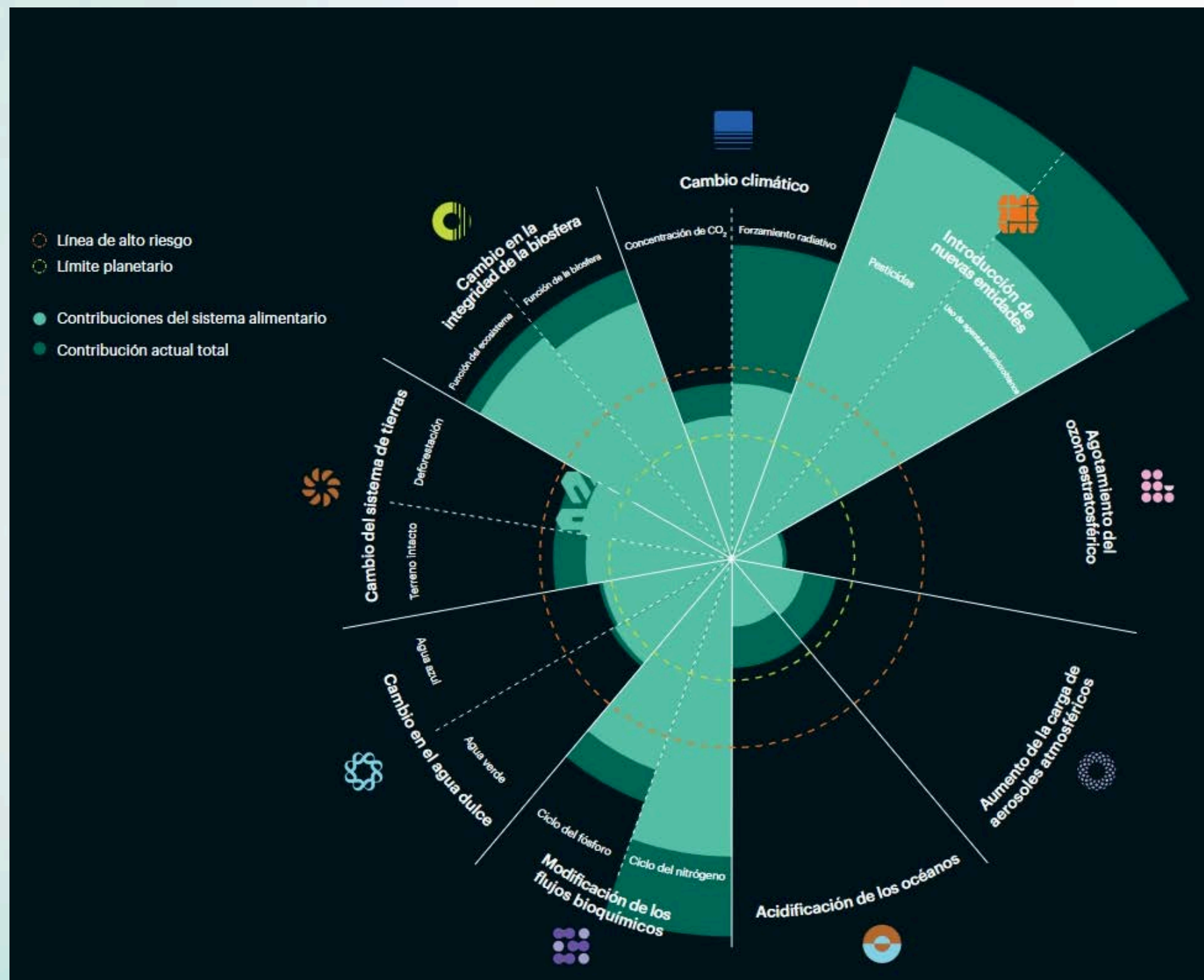
The EAT-Lancet
Commission
on Healthy 
Sustainable 
and Just 
food systems

BENEFICI AMBIENTAL: EL SISTEMA DE PRODUCCIÓ I LA SALUT DELS ECOSISTEMES

- Sostenibilitat: Ens queda lluny?



- Necessitat d'integrar els reptes de l'emergència climàtica com a determinants crítics i inseparables de la salut comunitària.



El sistema alimentari és responsable de prop del **30% de les emissions de gasos d'efecte d'hivernacle** i del principal impacte sobre el **canvi d'ús del sòl**, la **pèrdua de biodiversitat**, l'**ús d'aigua dolça** i els **cicles del nitrogen i el fòsfor**.

Per a dimensionar-ho: les emissions del transport mundial combinat (cotxes, camions, aviació, transport marítim i ferrocarril) ronden el 15% del total. Això vol dir que tenim un **marge de millora** molt potent: cada pas cap a una dieta de salut planetària és una **contribució real i tangible**.

Repensar com produïm i mengem és una de les vies amb **més potencial**: És avui el major **punt de trobada** entre la salut de les persones i la salut de la biosfera.

Influeix en el risc d'emmalaltir de manera directa en la salut, al mateix temps, és el **principal motor per preservar els límits planetaris**.

La degradació biosfèrica no és un fenomen extern a la medicina, sinó que compromet els determinants de salut sobre els quals s'exerceix la pràctica clínica.

Des d'aquesta perspectiva, acompanyar i impulsar el canvi alimentari és una de les **oportunitats de medicina preventiva més grans que tenim a l'atenció primària aquest segle**.

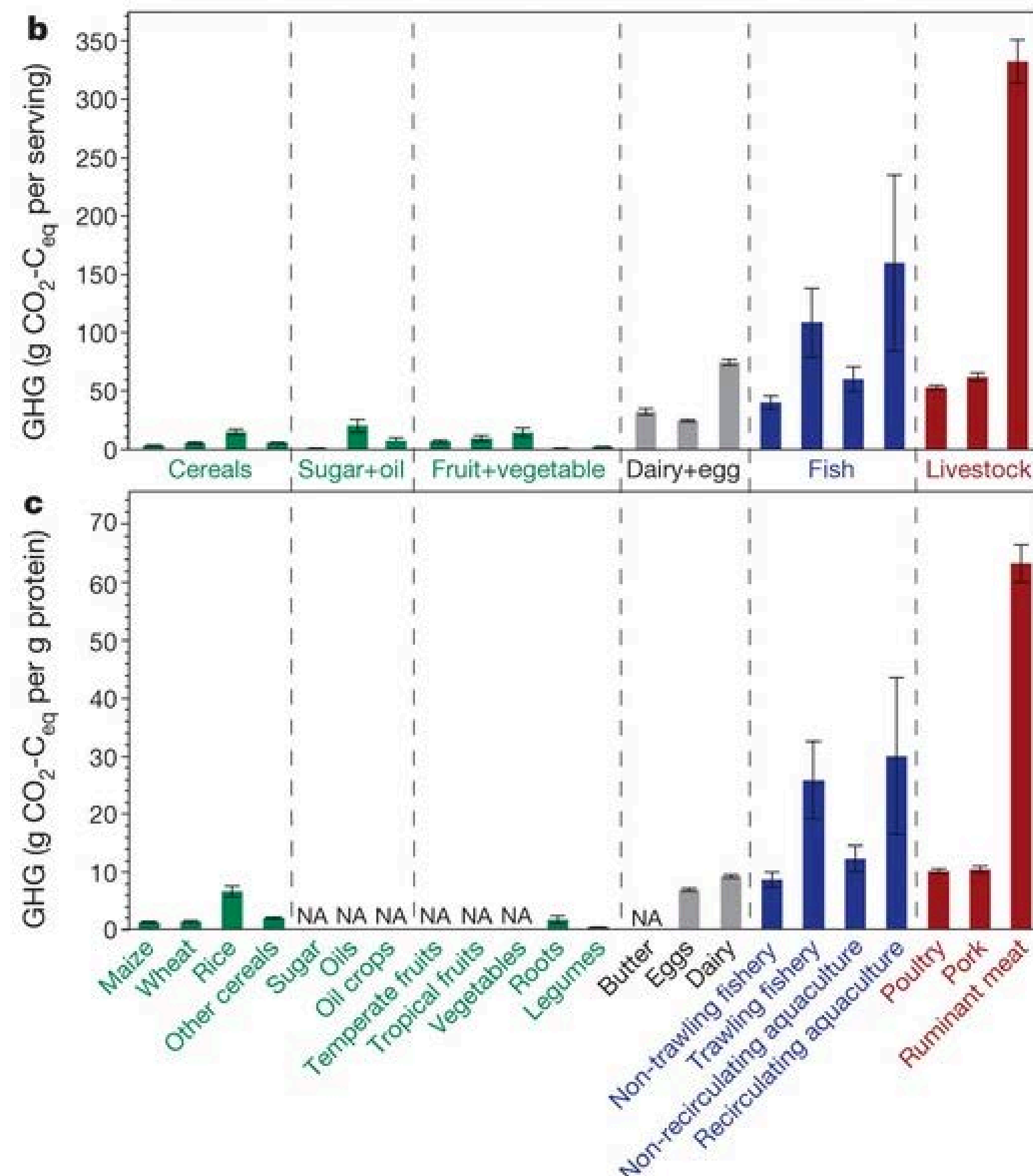




Una idea decisiva i contraintuitiva: el **patró alimentari** pesa molt més que la distància que aquest aliment recorre fins al plat. El transport és només una fracció de les emissions alimentàries (al voltant del 6-11%).



La carn vermella concentra el major impacte ambiental. Reduir el seu consum des dels nivells actuals millora la qualitat de la dieta i redueix la petjada de carboni.



[Global diets link environmental sustainability and human health](#). Nature. November 27, 2014.

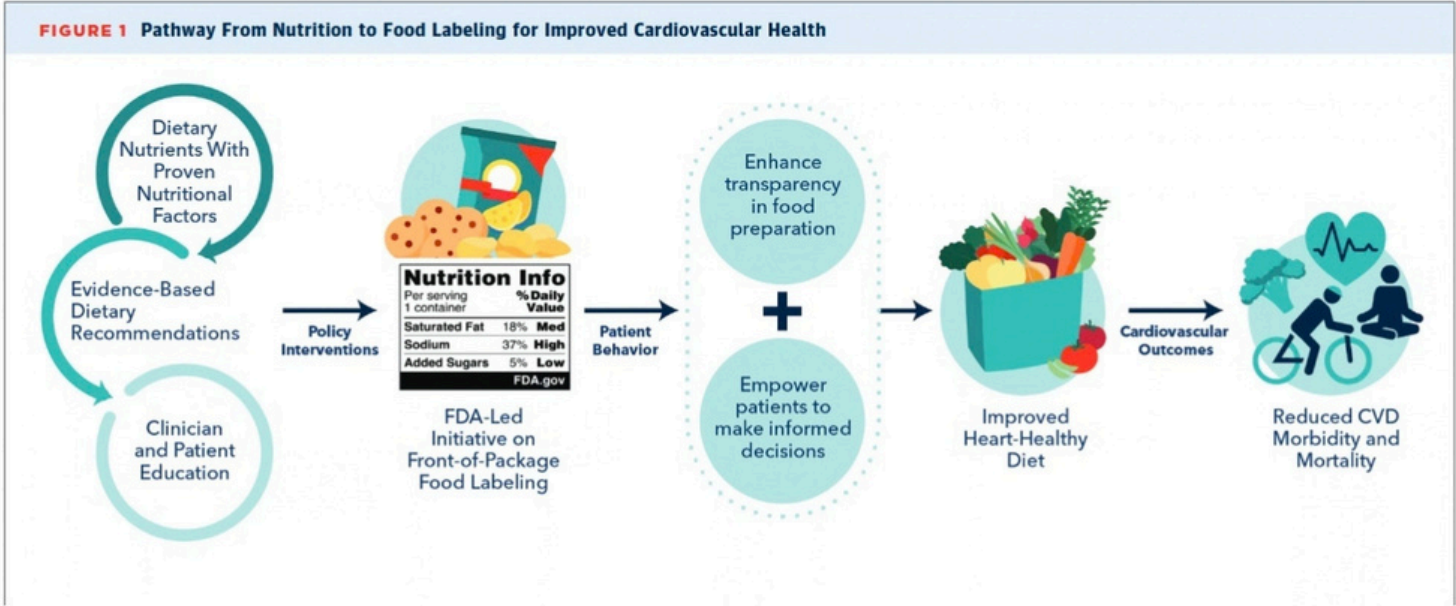
BENEFICI CLÍNIC: CONVERGÈNCIA RECOMANACIONS

Adherència alta a la dieta de salut planetària:

- **Mortalitat global 20-23% inferior** amb reduccions significatives de mortalitat cardiovascular, respiratòria y neurodegenerativa.
- **43%** menys de risc de **DM2**.
- En àmbit **oncològic**: reduccions de **7-9%** càncer de pulmó, **11%** de càncer de mama y al voltant del **20%** en còlon.

Totes aquestes associacions provenen d'estadis observacionals: mostren consistència i plausibilitat biològica, però no permeten establir causalitat per si soles.





4.1.2. Evidence-Based Dietary Recommendations

4.1.2.1. Overview of Research and Guidelines

Evidence-based dietary recommendations have evolved across decades through research aimed at reducing cardiovascular risk and improving overall health. Although randomized clinical trials focused on hard endpoints are limited, multiple observational studies have examined the association of CVD mortality with dietary patterns. Numerous studies have demonstrated that diets rich in fruits, vegetables, whole grains, plant-based proteins, and healthy fats contribute to lower rates of heart disease, stroke, and other chronic conditions. Conversely, higher intake of processed foods, added sugar, low-

Physician education should emphasize 2 core principles: 1) the widespread consensus among professional societies that support whole-food, plant-forward dietary patterns (eg, the ACC, American Diabetes Association,⁷⁹ American College of Physicians,⁸⁰ and Dietary Guidelines for America⁴); and 2) a clear understanding of a healthy diet, including reducing saturated fat, added sugars, and sodium, while increasing intake of fruits, vegetables, legumes, and whole grains.⁴ A focus on whole, minimally



La guia clínica del "**American College of Cardiology**" (ACC 2025) explicita l'existència d'un consens generalitzat, per primera vegada de manera convergent, entre les principals societats professionals: incloent la American Heart Association (**AHA**), la American Diabetes Association (**ADA**) i el American College of Physicians (**ACP**) a favor de patrons alimentaris que comparteixen la mateixa arquitectura nutricional "**plant forward**" per a millorar els desenllaços cardiovasculars i metabòlics, tant en prevenció com en el maneig de les malalties cròniques.



AHA SCIENTIFIC STATEMENTS

2026 Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association

Alice H. Lichtenstein, DSc, FAHA, Chair, Amit Khera, MD, FAHA, Vice Chair, Cheryl A.M. Anderson, PhD, MPH, FAHA, Lawrence J. Appel, MD, MPH, FAHA, Dana M. DeSilva, PhD, RD, Christopher Gardner, PhD, FAHA, Frank B. Hu, MD, PhD, FAHA, Daniel W. Jones, MD, FAHA, and Kristina S. Petersen, PhD, APD, FAHA on behalf of the American Heart Association

Poor diet quality is strongly associated with elevated cardiovascular disease morbidity and mortality risk. This American Heart Association scientific statement for food-based cardiovascular health optimization and cardiovascular disease risk reduction guidance summarizes available evidence and provides contextual guidance for the key features of heart-healthy dietary patterns. It enumerates collateral benefits of adopting a heart-healthy dietary pattern in terms of nutrient intake adequacy and compatibility with other chronic disease risk reduction guidance. The features of a heart-healthy dietary pattern include (1) adjusting energy intake and expenditure to achieve and maintain a healthy body weight; (2) eating plenty of vegetables and fruits and choosing a wide variety; (3) choosing foods made mostly with whole grains rather than refined grains; (4) choosing healthy sources of protein; (5) choosing sources of unsaturated fats in place of sources of saturated fat; (6) choosing minimally processed foods instead of ultraprocessed foods; (7) minimizing intake of added sugars in beverages and foods; (8) reducing sodium intake by choosing foods low in sodium and preparing foods with minimal or no salt; and (9) if alcohol is not consumed, do not start; if alcohol is consumed, limit intake.

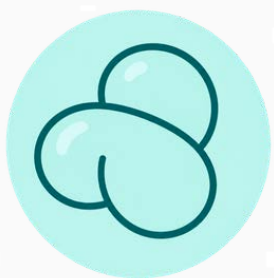
Key Words: AHA Scientific Statements ■ cardiovascular diseases ■ diet ■ food ■ nutrition policy ■ risk reduction behavior

Feature 4: Choose Healthy Sources of Protein

Protein is an essential nutrient for growth, development, and overall health, but the relationship between protein quantity and cardiovascular health is uncertain.³² Thus, recommendations for protein center on promoting heart-healthy protein sources which are determined predominantly by fatty acid profile and fiber content. Given the broad range of protein-rich foods, particularly in terms of these associated components, this feature is divided into subgroups.

Shift From Meat to Plant Sources (Legumes and Nuts) Legumes (beans, peas, and lentils) and nuts are good sources of protein and are rich in unsaturated fat and fiber. Dietary patterns higher in legumes and lower in red and processed meat have been associated with lower CVD and coronary heart disease risk.^{33–35} Likewise, dietary patterns higher in nuts have been associated with lower CVD and all-cause mortality risk.^{36,37} Such dietary patterns, along with additional healthy lifestyle behaviors, are associated with lower CVD risk. The availability of plant-based meat alternatives can help diversify protein choices but requires some caution because many are ultraprocessed and come with added sugars, sodium, stabilizers, and preservatives.³⁸

AHA 2026



Escollir fonts de **proteïna saludables**: reduir el consum de carn, especialment de carns processades. Alhora, prioritzar fonts de proteïna vegetal (llegums i fruits secs).



Prioritzar l'ús de **greixos vegetals** (en el nostre context, **oli d'oliva verge**) i reduir el consum de greixos animals o tropicals (coco, mantega de cacau o oli de palma).



Menjar moltes **fruits i verdures** variades, sobretot senceres o poc processades; aporten nutrients i fibra, i ajuden a controlar la pressió arterial i la diabetis.



Prioritzar **cereals integrals** en lloc de refinats: els integrals aporten més fibra, vitamines i minerals que els refinats, i el seu consum s'associa a un risc menor de malaltia cardiovascular.

CODI EUROPEU CONTRA EL CÀNCER 5^o

5



Alimentación

Consuma cereales integrales, verduras, legumbres y frutas como parte fundamental de su alimentación diaria. Restrinja la carne roja y evite las carnes procesadas.

The following policy recommendations are aligned with existing international policies:

Diet

- Implement fiscal policies:
 - Increase taxes and prices of processed meat.
 - Lower taxes and prices of whole-grain products, vegetables, and fruit.
- Make the healthy choice the easiest – most affordable, accessible, and available – option in all settings:
 - Implement procurement policies with mandatory standards that limit red and processed meat in all settings.
 - Increase the availability, visibility, and affordability of whole-grain products, vegetables, legumes, and fruit.
 - Set mandatory standards that limit or ban foods high in sugars, fat, or salt.
- Agree upon and implement an effective EU-wide front-of-pack nutrition labelling scheme that is understood by all consumers.
- Update and promote national food-based dietary guidelines.
- Update curriculum to include nutrition education classes across the EU.
- Complementing the above-mentioned policy measures, implement regular public health campaigns to raise awareness of the importance of healthy nutrition in the prevention of cancer.

International Agency for Research on Cancer



World Health
Organization



American
Society for
Nutrition
Practice

The American Journal of CLINICAL NUTRITION

journal homage: <https://ajcn.nutrition.org/>



Narrative Review

Three decades of the Mediterranean diet pyramid: A narrative review of its history, evolution, and advances



Frank B Hu [1-2.34](#) Greg Drescher [4](#), Antonia Trichopoulou [5.6](#), Walter C Willett [1-2](#), Miguel A Martínez-González [1.7.8](#)

¹ Department of Nutrition, Harvard TH. Chan School of Public Health, Boston, MA, United States; ² Department of Epidemiology, Harvard TH, Chan School of Public Health, Boston, MA, United States; ³ Channing Division of Network Medicine, Department of Medicine, Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, United States; ⁴ The Cultural Institute of America, State Park, NY, United States; ⁵ Center for Public Health Research and Education, Academy of Science, Mbove, Gmeci; ⁶ Medical School, University of Mbove, Adhwa, Gmeci; ⁷ Center de Investigacin Biomedica en Red Fisiopaedogia de de Obesidad y la Nutrición (CIBEROBV), Instituto de Health Curíos III, Madrid, España; ⁸ Department of Preventive Medicine and Public Health, Instituto de Investigación Sanitaria de Novama, University of Novama, Pampelma, Spain



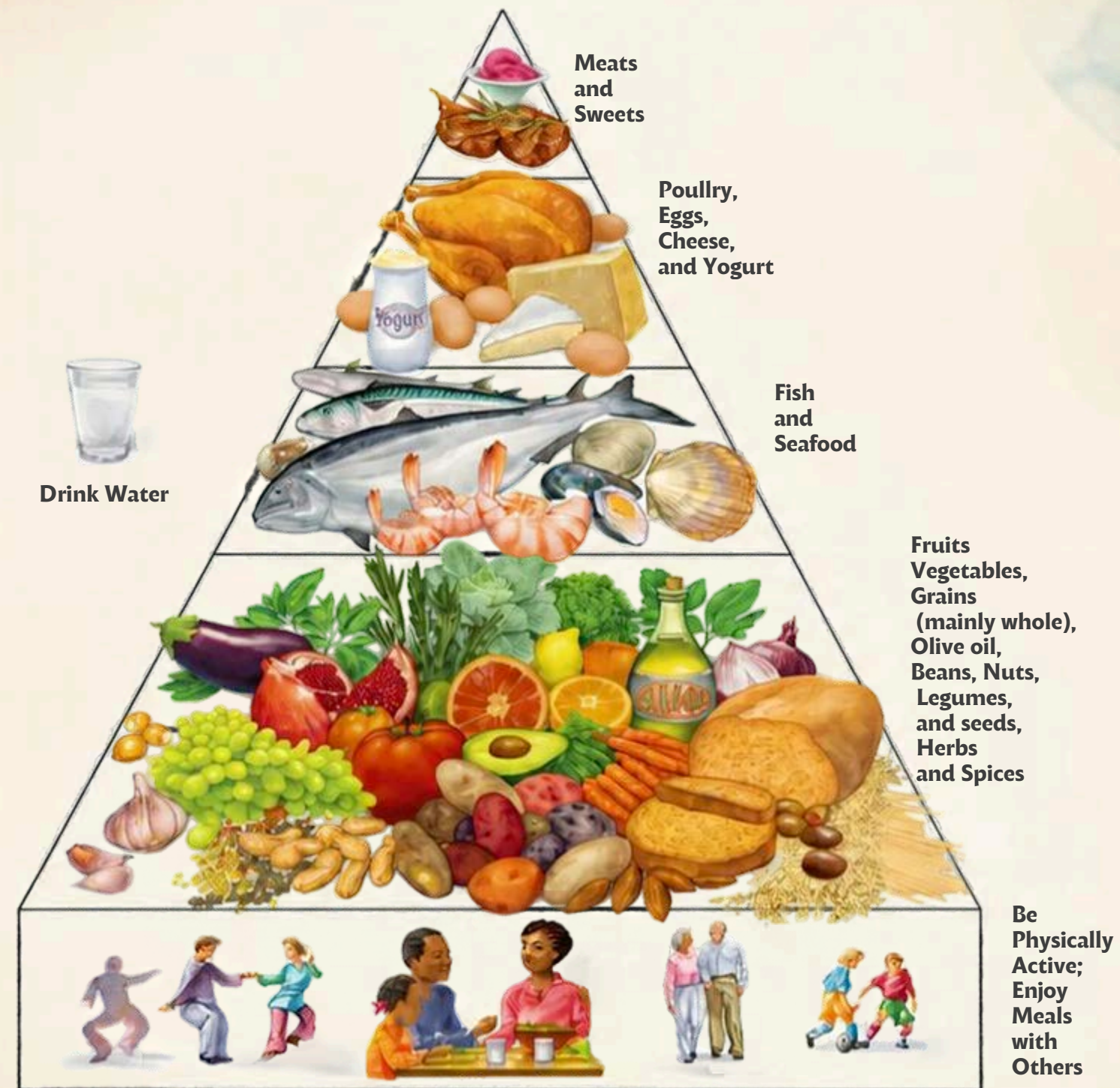
Lluny de suposar una ruptura, aquesta evidència convergeix amb la nostra pròpia tradició: la **revisió des 30 anys de la piramide mediterrània** (2025), amb participació des mateixos autors de la publicació original, conclou que la dieta mediterràna s'alinea amb els principis de la "PHD" de la qual constituísek el seu exemple millor estudiat.

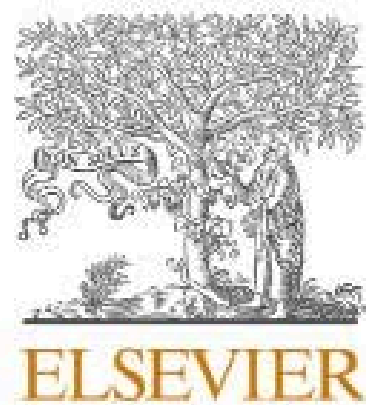


PREDIMED principal font d'evidència causai: **Estudi aleatoritor multicèntric** en persones espanyoles d'alt risc cardiovascular prèr sense malaltia prèvia. Després d'una mitjana de 4-8 anys, les dietes mediterrànies van reduir entorn d'un **30%** el risc de l'esdeveniment primari combinat -infart de miocardi, ictus i mort cardiovascular.



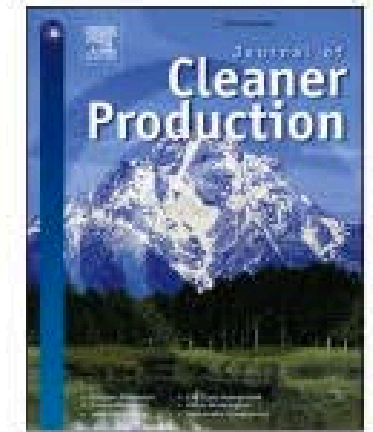
Fortalesa de la PHD consistix en **l'aplicabilitat transcultural**.





Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Cleaner Production

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jclepro

Estimating the nutrition- and environment-attributable human health burden of the Spanish food consumption vs. Spanish dietary guidelines

Ujué Fresán^{a,*}, Aleix Sala-Vila^{b,c,d}, Toni Meier^e, Montserrat Núñez^a, Giuseppe Grosso^f, Ralph K. Rosenbaum^a

^a Institute of Agrifood Research and Technology (IRTA), Sustainability in Biosystems Research Program, Torre Marimon, Caldes de Montbui, Barcelona, 08140, Spain

^b Hospital del Mar Research Institute, Cardiovascular Risk and Nutrition, Barcelona, Spain

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

^d Fatty Acid Research Institute, Sioux Falls, SD, United States

^e Institute for Sustainable Agriculture and Food Economics (INL e.V.), Reilstraße 128, Halle (Saale), 06114, Germany

^f Department of Biomedical and Biotechnological Sciences, University of Catania, Catania, Italy

H I G H L I G H T S

- Current diets of Spanish adults cause >1.2 million DALYs annually from dietary and environmental pathways.
- Adherence to dietary guidelines could reduce diet-related burden in the adult Spanish population by up to 96%.
- More plant-forward guidelines could offer major health benefits without compromising nutrition.
- Environmental human health impacts would decrease up to 33% under alternative plant-based scenarios.
- Integrated DALY-based assessment links public and global health effects of diets.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS SALUDABLES Y SOSTENIBLES

complementadas con recomendaciones
de actividad física para la población española

COME SANO, MUÉVETE Y CUIDA TU PLANETA

DICIEMBRE 2022



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE CONSUMO

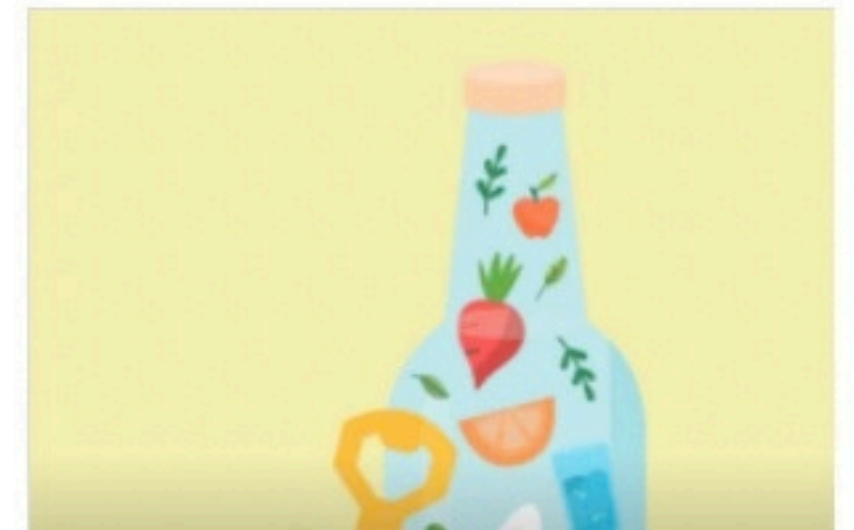
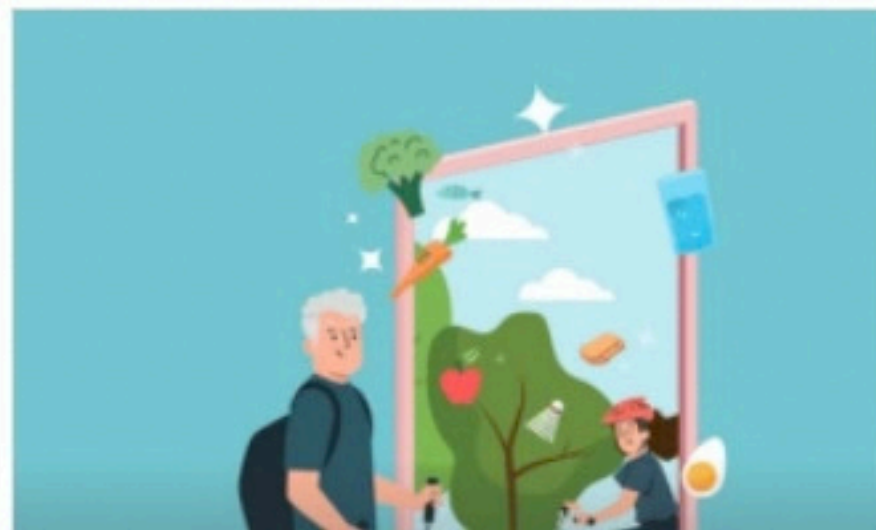
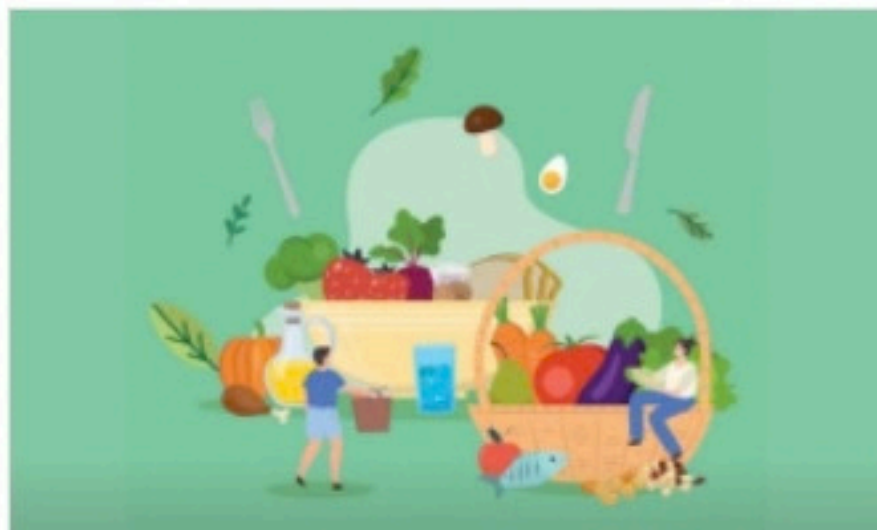
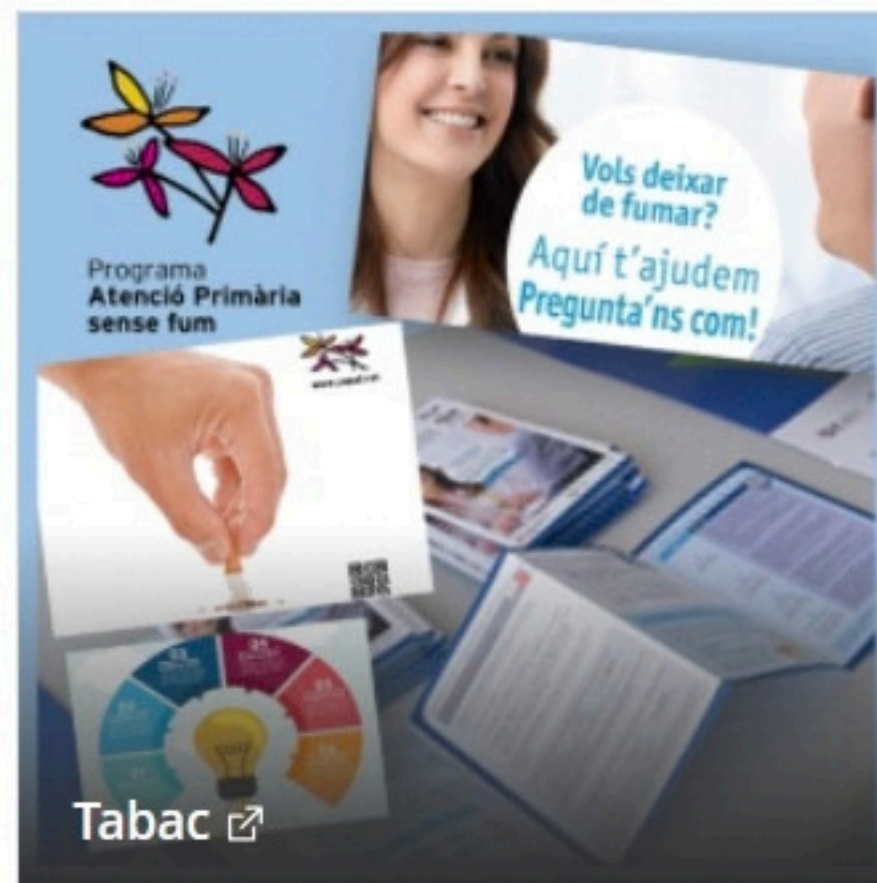


agencia
española de
seguridad
alimentaria y
nutrición



Aquest espai és una porta d'accés als recursos de les activitats preventives i de promoció de la salut de l'Agència de Salut Pública, de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya (AIFI CC) i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) dels programes "Atenció Primària Sense Fum", "Beveu Menys", "Activitat Física Saludable" i "Alimentació saludable".

Biblioteca



petits canvis

PER MENJAR MILLOR 

més

FRUITES
I HORTALISSES

LLEGUMS

FRUITA SECA

VIDA ACTIVA
I SOCIAL



canvieu a

AIGUA

ALIMENTS
INTEGRALS

OLI D'OLIVA
VERGE

ALIMENTS
DE TEMPORADA
I PROXIMITAT



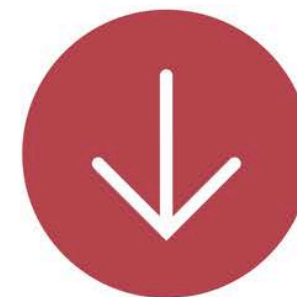
menys

SAL

SUCRES

CARN VERMELLA
I PROCESSADA

ALIMENTS
ULTRAPROCESSATS



GAUDIM MENJANT



Frutas y verduras

Más de 5 raciones al día



Legumbres

2-3 raciones al día



Frutos secos y cacahuates

1-2 raciones al día



Carne de vacuno, cerdo o cordero

1 ración por semana



Pescado y marisco

2 raciones por semana



Pollo u otras aves de corral

2 raciones por semana



Huevos

2 huevos por semana



SEGURETAT



- Si el consum de carn es tendeix al rang de 0-14g/dia la B12 pot ser baixa. Es pot resoldre amb modificacions dietètiques (llevat nutricional, bivalves) o, si escau, fortificació o suplementació en poblacions amb evidència bioquímica d'ingesta inadequada.
- L'Academy of Nutrition and Dietetics i la Comissió EAT-Lancet 2025 confirmen que la PHD es **adecuada a totes les etapes del ciclo vital**, incluent embaràs, lactància, infància, adolescència i gent gran.
- En gent gran, les proteïnes vegetals són tan efectives com les animals per mantenir la massa muscular i la força, sense diferències significatives en assajos clínics aleatoritzats.
- En malaltia renal crònica avançada cal ajustar la ingesta de potassi i proteïnes segons l'estadi de la malaltia.

¿QUÈ AVALUAR A LA CONSULTA



- ▶ L'AHA recomana una anamnesi dietètica breu centrada en cinc àrees clau: freqüència de **consum de carn vermella, begudes ensucrades, fruits secs i llegums, cereals integrals** i aliments ultraprocessats (snacks, embotits)*.
- ▶ No cal un qüestionari exhaustiu: quatre o cinc preguntes dirigides permeten identificar els patrons de risc i els objectius prioritaris d'intervenció per a cada pacient.
- ▶ Derivació a recursos comunitaris: Cribratge sistemàtic d'inseguretat alimentària —preguntar als pacients si han tingut dificultats per accedir a aliments que necessiten— com a determinant social de salut que cal identificar abans de qualsevol consell dietètic.
- ▶ Consell breu: substitucions concretes amb evidència. Freqüència, no prohibició: «la majoria de les vegades, no mai». Aquest enfocament facilita **l'adherència**, evita la culpabilització del pacient i és coherent amb l'objectiu de canvi sostingut a llarg termini.

PROGRÉS, NO PERFECCIÓ

- L'objectiu de la intervenció dietètica no és restringir (o afegir) nutrients aïllats ni prescriure un model rígid, sinó modificar el **patró alimentari en el seu conjunt**: la combinació, la freqüència i la composició de la dieta al llarg del temps.
- Respectar l'**autonomia** del pacient, oferint informació de qualitat, comprensible i el més lliure de biaix possible. Perquè amb aquesta informació pugui prendre les decisions que cregui més adequades.
- L'enfocament ha de centrar-se en la substitució progressiva i la flexibilitat, cosa especialment rellevant en la nostra realitat de salut comunitària, atesa la diversitat de tradicions culinàries dels nostres pacients.

Taula 1. Substitucions dietètiques recomandes per les guies 2025-2026 i beneficis associats

 Substitució	 Benefici documentat	 Referència
Carn vermella → llegums (1 ració/dia)	- 30% risc coronari	Nurses' Health Study, Al-Shaar et al. JAMA Intern Med 2020
Lactis sencers → fruits secs	Reducció de LDL-c per doble mecanisme: menor ingesta de greix saturat + efecte intrínsec de la substitució	Meta-anàlisi ACC/AHA 2026
Begudes ensucrades → aigua o infusions	- 26% risc DM2	UK Biobank
Carn processada → peix o proteïna vegetal	- 14% mortalitat cardiovascular	Cohorts prospectives
Dieta Portfólio	- 26 mg/dL LDL (equivalent a estatines “suaus”)	Guía ACC/AHA dislipèmia 2026 ECA

* Els efectes provenen de dissenys i desenllaços heterogenis. Per a pacients amb dislipèmia, les guies ACC/AHA 2026 destaquen la dieta Portfólio com a intervenció d'alta intensitat dietètica: fruits secs (42 g/dia), proteïna de soja, fibra viscosa (civada, ordi, psyllium) i esterols vegetals

LES 5 A



El model de les 5 A (Avaluar, Assessorar, Acordar, Ajudar, Acompanyar) ofereix un algorisme pràctic adaptable a les limitacions de temps de la consulta. Va néixer en el camp de la **cessació tabàquica**. Posteriorment es va adaptar com a marc general de consell conductual en atenció primària.



L'AHA assenyala que la majoria dels professionals duen a terme els dos primers passos (Avaluar i Assessorar), però que l'impacte més potent del canvi de comportament prové principalment dels tres últims; **acordar** objectius concrets i assolibles amb el pacient, **ajudar** amb un pla d'acció individualitzat i **acompanyar** en el seguiment.



Assaigs clínics aleatoritzats demostren que fins i tot una intervenció de 15 minuts per part del metge de capçalera, basada en un questionari de freqüència alimentària i fullets explicatius, comporten millores significatives en el patró alimentari.

MITIGACIÓ DE DANYS



Parteix d'entendre les conductes de salut com un contínuum i busca minimitzar-ne les conseqüències negatives sense exigir un canvi total com a condició prèvia, prioritzant l'autonomia, el **pragmatisme**, **l'incrementalisme** i **l'absència d'estigma**. Portat a la consulta, això es tradueix en pactar objectius concrets i assolibles, acompanyar pas a pas.



L'equip multidisciplinari —dietista-nutricionista, infermeria, treballador social— funciona com un circuit integrat que amplifica l'efecte de la intervenció en la qual el metge de família ocupa el **paper central**.

CONCLUSIÓ I CRIDA A L'ACCIÓ

“Actua com si el que fas marqués la diferència. Ho fa”
— William James

Grups de Salut planetària

dsamperiz.bcn.ics@gencat.cat



GRÀCIES

