



CUIDADOS

Necesidad de abordar la obesidad en Asturias. Propuesta de actuaciones de enfermería en atención primaria

Eva Prida-Villa^{a,*}, María Aránzazu Ronzón-Fernández^b,
Virginia Sandoval-González^c y Carmen Maciá-Bobes^d

^aÁrea Sanitaria IV, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España

^bÁrea Sanitaria III, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España

^cÁrea Sanitaria V, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España

^dSección de Endocrinología, Hospital San Agustín, Avilés, España

Recibido el 24 de febrero de 2010; aceptado el 10 de agosto de 2010

Disponible en Internet el 18 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Obesidad;
Detección
oportunista;
Hábitos de vida
saludables

Resumen

En los últimos años el número de personas con sobrepeso y obesidad en España ha aumentado y cada vez son más los expertos que alertan de una epidemia. En 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio la voz de alarma con la Carta Europea contra la Obesidad. Dos años más tarde numerosas sociedades científicas y organizaciones de salud a nivel internacional coincidían en que la obesidad debía ser tratada como una enfermedad y abordada enérgicamente.

Asturias no es una excepción; como ejemplo, entre los años 2002 y 2008 la prevalencia de la obesidad mórbida en la comunidad pasó de un 0,4% a un 5,1%. Según estos datos parece imprescindible, como recomienda la OMS, poner en marcha programas específicos de salud que inviertan esta tendencia.

En este trabajo se proponen algunas medidas que se pueden desarrollar en los centros de atención primaria del Sistema Público de Salud, con el objetivo de ofrecer planes de acción individualizados y de calidad tanto a pacientes adultos como en edad pediátrica. En primer lugar, se sugiere incluir en el programa de obesidad de la historia clínica informatizada un cuestionario exhaustivo sobre dieta y actividad física. En segundo lugar, se insta a la Administración Sanitaria para que promueva cursos específicos sobre obesidad, previos a la puesta en marcha del nuevo programa de obesidad. En tercer lugar, se recomienda dar difusión institucional a las guías clínicas sobre obesidad basadas en la evidencia científica, para concienciar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de esta enfermedad.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evaprida@gmail.com (E. Prida-Villa).

KEYWORDS

Obesity;
Casual detection;
Healthy lifestyles

Need to approach the obesity in Asturias. Proposal of nursing actions in primary care**Abstract**

The number of people suffering from overweight and obesity has grown in Spain in recent years and the number of specialists warning us of an epidemic continues to rise. In 2006, the World Health Organization (WHO) raised the alarm in the European Charter on counteracting obesity. Two years later, a number of scientific societies and health organizations at international level agreed that obesity should be treated as a disease and vigorously approached.

Asturias is not the exception; for instance between 2002 and 2008 the prevalence of morbid obesity increased from 0.4% to 5.1% in the community. In view of this data it seems essential to launch specific programmes to reverse this trend.

In this work we will propose some measures that can be carried out at the primary care level in the public health service in order to offer quality and individualized care plans both to adult and children. First, the need of an exhaustive questionnaire on diet and physical activity to be included in the program of obesity of the clinical computerized history is suggested. Secondly, the Health Administration should promote specific courses on obesity, before the new obesity program was released. Thirdly, institutional publicising of Clinical Guidelines on obesity based on the scientific evidence is recommended so that health professionals are made aware of the importance of this disease.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La OMS define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para su identificación el parámetro más utilizado es el índice de masa corporal (IMC) que relaciona el peso con la altura del individuo (kilogramos/metros²). En 1988 Garrow propuso una clasificación de la obesidad basada en este índice (tabla 1), que posteriormente fue asumida por la OMS.

En España el gasto sanitario que ocasiona este problema de salud se ha calculado en más de 2.500 millones de euros anuales, casi el 7% del gasto sanitario total¹. Además, la obesidad se asocia con una elevada morbi-mortalidad y constituye un factor de riesgo de primer orden para la enfermedad cardiovascular, la dislipemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 entre otras.

Para la OMS, disminuir la prevalencia de la obesidad es uno de los mayores retos de salud pública en el siglo XXI. En 2006 los países de la región europea de la OMS elaboraron una Carta Europea contra la Obesidad². En ella destacaban que la epidemia de la obesidad puede ser reversible si se fomentan en la sociedad estilos de vida saludables en relación con la dieta y el ejercicio físico.

Tabla 1 Clasificación de Garrow. Estado ponderal según el IMC

IMC	Situación ponderal
<18,5	Bajo peso
18,5-24,9	Normopeso
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidad grado I
35-39,9	Obesidad grado II
≥40	Obesidad grado III (morbida)

IMC: índice de masa corporal.

En nuestro país el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) elaboró en 2005 la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)³. Tras esta surgieron otras iniciativas como el Código de Autorregulación de la Publicidad de Alimentos dirigidos a menores, prevención de la Obesidad y la Salud (PAOS)⁴, para regular los mensajes publicitarios y el programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad (PERSEO)⁵, específico para la prevención de la obesidad infantil.

Lo cierto es que en los últimos años la sociedad española ha sufrido cambios económicos y sociales que han repercutido en las formas de alimentación. Las dietas tradicionales y la tan saludable dieta mediterránea se han sustituido en gran medida por alimentos hipercalóricos, en la mayoría de los casos a expensas de un aumento de las grasas y los azúcares simples.

En la Encuesta de Salud para Asturias (ESA) de 2008⁶ el 57,3% de los encuestados reconocía comer carne 3 o más veces a la semana, y otro 27% comía con esa misma frecuencia fiambres y embutidos. Sin embargo solo un 37% comía pescado 3 o más veces por semana. Otro dato llamativo de la encuesta es que casi un 14% de los asturianos toma refrescos azucarados a diario.

Por otra parte, con el progreso de la tecnología los trabajos son cada vez más sedentarios: el 88% de los asturianos pasa la mayor parte de su jornada laboral sentado o de pie sin hacer grandes esfuerzos⁶, y esto no se ha compensado con el aumento de la actividad física en el tiempo libre.

En Asturias casi la mitad de la población mayor de 16 años (47,6%) pesa más de lo que debería (IMC ≥ 25).

Desarrollo

Para lograr el objetivo de disminuir el porcentaje de población obesa y con sobrepeso mediante la adquisición de hábitos de vida saludables, lo ideal es una estrategia de promoción de la salud asociada a una campaña de publicidad que informe y persuada a la población de la importancia del mantenimiento de un peso adecuado, y en la que el sector

privado y las administraciones estén implicados. El problema debe abordarse, pues, desde los distintos ámbitos de la sociedad (familiar, laboral, escolar, empresarial y de ocio), diseñando intervenciones específicas en cada nivel. En este trabajo, nos centraremos exclusivamente en el ámbito sanitario.

En primer lugar, los profesionales sanitarios deben estar concienciados y sensibilizados con el problema de la obesidad y deben entenderlo como una enfermedad. Se proponen cursos específicos para que este colectivo sepa detectar y clasificar el sobrepeso y la obesidad, y también elaborar planes de acción individualizados.

En los centros de atención primaria se debe promover la detección oportunista y el ofrecimiento de apoyo al paciente para guiarle en el largo proceso que supone la pérdida de peso y, aún más, el mantenimiento de un peso adecuado. Si no se ha hecho antes, con ocasión de cualquier demanda de atención sanitaria se debería calcular el IMC de cada usuario para clasificar su grado de sobrepeso u obesidad -si existen-, y en ese caso, se debería medir también el perímetro de la cintura, que define el acúmulo abdominal de grasa y es un marcador de riesgo cardiovascular bien conocido⁷, y plantearle a nuestro paciente la necesidad de incluirlo en un programa específico de obesidad. Si acepta, debería programarse una primera visita para informar del riesgo del exceso de peso, especialmente si coexisten otros factores de riesgo cardiovascular, y para realizar una entrevista inicial que debe ser exhaustiva y sin prisas, dejando que el paciente se exprese y plantea posibles dudas. Esta es muchas veces infravalorada; sin embargo, resulta clave para conocer las rutinas y costumbres alimenticias de nuestros pacientes.

En la entrevista se debe indagar acerca del número de comidas diarias, la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, formas de elaboración, rutinas... siendo válida la utilización de cuestionarios ya elaborados, como el de adherencia a la dieta mediterránea⁸. Utilizando como referencia las recomendaciones de la estrategia NAOS³.

La exploración de las personas obesas, que conviene repetir en la primera entrevista y en cada visita, debe realizarse siguiendo unas pautas consensuadas (como la del consenso de la SEEDO 2007⁷ o la exploración antropométrica del programa PERSEO⁹) para minimizar los errores en la medición. El registro y clasificación deben estar estandarizados para permitir eventualmente su posterior explotación.

Tras la entrevista inicial deben pactarse los objetivos, realistas y alcanzables a corto plazo. Objetivos demasiado ambiciosos pueden provocar la desmotivación del paciente al ir constatando la imposibilidad de conseguirlos.

La programación de las visitas sucesivas a la consulta de enfermería debe de ser consensuada con los pacientes, teniendo en cuenta sus conocimientos sobre la obesidad y su motivación. Se deben valorar y reforzar las pérdidas de peso, siempre, aunque estas sean pequeñas. Al principio las visitas serán frecuentes, pudiendo espaciarlas a medida que se vayan cumpliendo metas intermedias.

La educación para la salud en grupo resulta interesante para combatir la obesidad, puesto que permite ir elevando colectivamente el nivel de conocimientos de los pacientes; por otra parte, el intercambio de experiencias supone un factor de estímulo decisivo, como se ha comprobado en otros ámbitos de la terapia colectiva (adicciones a tóxicos, por ejemplo). Los grupos no deben exceder las 8 o 10

personas para evitar sesiones excesivamente prolongadas que pueden resultar monótonas y aburridas. Deben plantearse ejercicios prácticos que favorezcan la participación y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento del estrés.

El ámbito pediátrico no debe ser excluido de la intervención para el mantenimiento de un peso saludable. Desde edades muy tempranas el ser humano adquiere hábitos que se mantienen mayoritariamente en la edad adulta; si estos no son adecuados, modificarlos costará un gran esfuerzo.

A partir del año de vida comienza la fase de transición en la que se irá modificando la forma de tomar los alimentos. Se debe incorporar al niño a las comidas familiares y crear alrededor de estas un ambiente agradable. Es necesario no forzar al niño a comer ni premiarlo con alimentos, y tampoco se le deben ofrecer comidas alternativas.

Según la Asociación Española de Pediatría, a partir de los 2 años de edad es de capital importancia insistir en la variedad de los alimentos, la ingesta de agua como bebida principal y en la práctica de ejercicio físico al aire libre. La dieta debe dividirse en 5 tomas al día y evitar la monotonía.

Los niños imitan a sus padres, de manera que si estos siguen una dieta sana y variada están sentando una buena base en la educación nutricional de sus hijos.

Discusión

En 2008 la Obesity Society abrió el debate sobre si se debería o no considerar la obesidad como una enfermedad; su respuesta fue afirmativa y en la misma línea se posicionaron numerosas sociedades científicas y organizaciones de salud a nivel nacional e internacional (la Food and Drug Administration norteamericana o la American Association of Clinical Endocrinology, por ejemplo)¹⁰. Se hacía necesaria la puesta en marcha de campañas dirigidas a combatir esta enfermedad y, aunque el arranque de nuevos programas siempre es costoso, la morbilidad asociada a la obesidad, las muertes prematuras, la baja calidad de vida y las incapacidades temporales laborales que ocasiona (no solo por los costes directos, sino también por los ingresos que dejan de producirse) hacen que no sea rentable el retraso en el inicio de los mismos.

En España, comunidades autónomas como Cataluña y Andalucía ya han puesto en marcha programas específicos para esta enfermedad de características epidémicas. En Asturias, a la luz de los datos de las encuestas de salud, se hace imprescindible seguir sus mismos pasos.

En los centros de atención primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se utiliza el sistema informático OMI-AP (oficina médica informatizada o historia clínica informatizada) en el que se incluyen los programas específicos con los que se trabaja y entre los que se encuentra el de obesidad.

Se sugiere incluir en este programa de obesidad un cuestionario inicial exhaustivo sobre dieta y actividad física y, en conjunto, una remodelación del programa, tanto para uso en el adulto como para uso pediátrico, con el fin de dar cabida al registro pormenorizado de todas las intervenciones que se realicen, tanto en la primera visita como en el seguimiento de los pacientes.

Así mismo, en la planificación de las agendas de enfermería, debe contemplarse el tiempo suficiente para la atención del usuario; las primeras visitas en particular requieren un

tramo de agenda amplio, puesto que tanto la entrevista como la exploración son más extensas que en las consultas de seguimiento. Comienza la educación del paciente y se deben pactar los objetivos que se quieren alcanzar, y con ellos la dedicación suficiente para conseguirlas.

Creemos necesaria además la implicación de la administración sanitaria mediante la realización de cursos específicos sobre obesidad, que sean voluntarios y previos a la puesta en marcha del nuevo programa de obesidad, con el fin de concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia de esta enfermedad y la morbi-mortalidad asociada a ella. Para ello sería también positivo dar difusión institucional a las guías clínicas de obesidad basadas en la evidencia científica.

Conclusiones

En el contexto de la obesidad como enfermedad de características epidémicas en nuestro país, las consultas de enfermería pediátrica y de adultos de los centros de atención primaria del Sistema Público de Salud español pueden resultar idóneas para crear el clima de confianza que ayude a los pacientes obesos a expresar sus sentimientos y dificultades en la lucha contra la obesidad, y desde ellas se pueden promover planes de ayuda al paciente obeso. La labor enfermera en este ámbito puede contribuir a crear sociedades más sanas, que se sientan bien cuidándose y sean capaces de disfrutar de su propia salud.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Vázquez Sánchez R, López Alemany JM. Los costes de la obesidad alcanzan el 7% del gasto sanitario. *Rev Esp Econ Salud.* 2002;1:34-6.
2. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Diet and physical activity for health. Istambul: European Charter on Counteracting Obesity; 2006. 15-17 November.
3. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas. Código de autorregulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud. Madrid: (Código PAOS); 2005.
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Centro de Investigación y Documentación Educativa. Programa PERSEO. Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio contra la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia; 2005.
6. Gobierno del Principado de Asturias. II Encuesta de Salud para Asturias 2008. Asturias: Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2008.
7. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007;7-48.
8. Escalera Urkiaga MA, directora, Ortiz González J, director, Muñoz Bellerín J, coordinador, Alonso Alfonseca J, Aparicio Ibáñez D, Baus Japón M et al. Plan para la Promoción de la actividad física y alimentación equilibrada 2004-2008. Sevilla: Consejería de Salud.
9. Programa PERSEO [sede web]. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. La exploración antropométrica. Disponible en: http://www.perseo.aesan.msc.es/docs/docs/exploracion_antropometrica.pdf.
10. Basalto J, Manera M, Baladia E. Postura del GREP-AEDN: la obesidad como enfermedad. *Act Diet.* 2008;12:98-9.