
Autorreferencia de peso y talla y prevalencia de obesidad en pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular

En España, la obesidad es una enfermedad prevalente y en aumento, tanto en población adulta como infantil. Además, es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)¹. Por ello, su vigilancia es de interés para la salud pública². Los datos autorreferidos de peso y talla su-

Palabras clave: Índice de masa corporal. Obesidad. Percepción del peso. Peso corporal. Salud pública nutricional.

TABLA 1 Diferencia entre medias de IMC referido-valorado y variables de los pacientes

Variable	IMC, media $\pm$ DE		p
	Autorreferido	Valorado	
Sexo			
Mujer	29,71 $\pm$ 5,35	30,38 $\pm$ 5,44	< 0,001
Varón	28,51 $\pm$ 4,73	29,40 $\pm$ 4,76	< 0,001
Nivel educativo			
Bajo	29,48 $\pm$ 5,21	30,21 $\pm$ 5,23	< 0,001
Medio-alto	28,65 $\pm$ 5,00	29,45 $\pm$ 5,18	< 0,001
Situación laboral			
En paro	30,83 $\pm$ 7,21	31,44 $\pm$ 7,34	0,005
Jubilado	28,89 $\pm$ 4,09	29,70 $\pm$ 4,04	< 0,001
Contrato eventual	30,51 $\pm$ 7,52	31,07 $\pm$ 7,49	0,139
Contrato indefinido	28,58 $\pm$ 5,56	29,35 $\pm$ 5,89	< 0,001
Ama de casa	29,29 $\pm$ 4,14	29,99 $\pm$ 4,18	< 0,001
Ejercicio físico			
Sí	29,04 $\pm$ 4,95	29,84 $\pm$ 4,91	< 0,001
No	29,47 $\pm$ 5,32	30,17 $\pm$ 5,46	< 0,001
Percepción del estado de salud			
Buena	28,53 $\pm$ 4,80	29,39 $\pm$ 5,02	< 0,001
Regular	29,54 $\pm$ 4,97	30,24 $\pm$ 5,02	< 0,001
Mala	31,31 $\pm$ 7,45	31,82 $\pm$ 7,19	0,210
Estado civil			
Sin pareja	29,11 $\pm$ 5,70	29,78 $\pm$ 5,85	< 0,001
Con pareja	29,36 $\pm$ 4,92	30,14 $\pm$ 4,93	< 0,001
Conocimiento sobre el estado nutricional			
Peso bajo	22,07 $\pm$ 4,80	22,71 $\pm$ 5,08	0,126
Normal	25,67 $\pm$ 3,41	26,27 $\pm$ 3,44	< 0,001
Sobrepeso	30,35 $\pm$ 3,68	31,09 $\pm$ 3,65	< 0,001
Obeso	36,77 $\pm$ 5,79	37,90 $\pm$ 5,52	0,004
No sabe	28,67 $\pm$ 4,11	30,17 $\pm$ 3,94	0,031

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

ministran una valoración costo-efectiva de estas variables, y se los ha usado en numerosos estudios epidemiológicos. Sin embargo, algunos resultados muestran una subestimación del peso y una sobrestimación de la talla, lo que se refleja en un subestimación del índice de masa corporal (IMC), y genera desconfianza en la utilización de este método como instrumento para determinar la presencia y establecer la prevalencia de obesidad en un grupo de pacientes³⁻⁵.

Objetivo. Comparar los datos de peso y talla autorreferidos y el IMC resultante con las mediciones de dichas variables en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) o ECV en farmacias comunitarias de Andalucía (España) y determinar su influencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad por IMC.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Seis farmacias comunitarias de Andalucía, durante 15 días por esta-

bles, 35,8%; con tabaquismo, el 13,2%; historia personal de hipertensión arterial, el 79,0%; dislipemia, el 42,4%; DM2, el 19,5%, y ECV, el 22,6%. De los 257 pacientes, 101 (39,3%) estimaron adecuadamente su estado nutricional.

Los varones subestimaron su peso en $-2,08 \pm 2,4$ kg y las mujeres en $-0,94 \pm 2,0$ kg. Los varones sobrestimaron la talla en $0,7 \pm 2,6$ cm y las mujeres, en $0,5 \pm 2,7$ cm. La diferencia entre los valores de IMC estimados por los pacientes y los reales fue $-0,88 \pm 1,38$ para los varones y $-0,66 \pm 1,34$ para las mujeres.

La prevalencia de sobrepeso por IMC se subestima en un 9% entre las mujeres y en un 21,6% entre los varones; mientras que la prevalencia de obesidad se subestima en un 20,9% y un 31,7%, entre mujeres y varones, respectivamente.

Los pacientes con contratos de trabajo eventuales, los que autovaloran su estado

blecimiento, en el período de septiembre a diciembre de 2004.

Participantes. Pacientes con edades entre 25 y 74 años que acudieron a 6 farmacias durante el período de estudio, con una receta a su nombre, de al menos un medicamento cuya indicación principal fuese una afección cardiovascular.

Mediciones. Características sociodemográficas, presencia de FRCV y ECV, datos del estado nutricional y el peso y la talla autorreferidos. Posteriormente, mediante técnicas y equipos estandarizados, un farmacéutico pesó y midió a todos los participantes.

Resultados. Se incluyó un total de 257 pacientes, con una media de edad $\pm$ desviación estándar de $60,9 \pm 10,8$ años, va-

de salud como «malo» y quienes refieren su estado nutricional como con «peso bajo» no presentan diferencias en la clasificación del estado nutricional por IMC (tabla 1).

Discusión y conclusiones. Los resultados obtenidos son consistentes con otros estudios publicados sobre el tema, en términos de una subestimación del peso corporal y sobrestimación de la talla, esto puede causar errores en la clasificación nutricional realizada a partir de estos datos. En pacientes con FRCV o con ECV que acuden a farmacias comunitarias, la prevalencia de sobrepeso y obesidad, según el peso y la talla autorreferidos, está asociada a una subestimación de este factor de riesgo nutricional. En esta población hay diferencias por sexo, nivel educativo, actividad laboral y percepción del estado de salud, entre otras variables (tabla 1). Teniendo en cuenta la importancia del estado nutricional en el abordaje de las ECV, se debe considerar con precaución los datos autorreferidos.

Este trabajo se financió con fondos para la subvención de proyectos de investigación y planes de formación en ciencias de la salud, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España). Participaron en la recogida de la información los farmacéuticos comunitarios: Javier Tudela y Damián Barris (Málaga); Jaime Román-Alvarado, Marina Paula Machuca y Julio Cansino (Sevilla), y Juan Sevilla (Granada).

Los autores certifican que no tienen ningún conflicto de intereses en este trabajo. Este trabajo fue presentado previamente en formato póster, durante el I World Congress of Public Health Nutrition, que se llevó cabo en Barcelona el 28-30 de septiembre de 2006.

Laura I. González Zapata^{a,b}, Pedro Amariles^{c,d}, María Isabel Baena^d y María José Faus^d

^aEscuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^bObservatorio de políticas públicas y salud. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante. España. ^cFacultad de Química Farmacéutica. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^dGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR). Granada. España.

1. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.
 2. González-Zapata LI, Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C. Mapping public policy options responding to obesity: The case of Spain. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 2:99-108.
 3. Bolton-Smith C, Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Morrison C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:143-8.
 4. Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández A. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mex*. 1999;41:479-86.
 5. Nawaz H, Chan W, Abdulrahman M, Larson D, Katz DL. Self-reported weight and height. Implications for obesity research. *Am J Prev Med*. 2001;20:294-8.
-