

Estudio de hábitos alimentarios dentro de un programa dietoterápico para pérdida de peso en la consulta de enfermería de atención primaria

Study of the alimentary habits inside of a dietetic therapeutic programme for losing weight in the primary care nursing practice

Bimbela Serrano, MaríaTeresa¹; Bimbela Serrano, Fernando²; Bernués Vázquez, Luis²

1 Servicio Aragonés de Salud, Centro de Salud de Calaceite, Teruel, España.

2 Universidad Zaragoza, Zaragoza, España.

Remitido: 03/abril/2014. Aceptado: 31/julio/2014.

RESUMEN

Introducción: La modificación de los hábitos higiénico-dietéticos y de actividad física en el paciente obeso es clave para el logro y mantenimiento de los resultados a largo plazo. Por ello, conocer y detectar la variación de los hábitos de vida tras el tratamiento de la obesidad, puede orientar al profesional de Enfermería de Atención Primaria.

Hipótesis: Existe modificación de las costumbres higiénico-dietéticas de pacientes adultos obesos en un programa dietoterápico de una consulta de enfermería de Atención Primaria.

Objetivos: Comparar los hábitos de vida antes y después de un programa de pérdida de peso en una consulta de enfermería de Atención Primaria para estimular en el paciente el mantenimiento de los logros y orientar la educación a la corrección de los errores.

Metodología: Estudio prospectivo de intervención cuasiexperimental realizado desde Enero de 2012 a Diciembre de 2013 con un grupo de pacientes de la

consulta de enfermería de un Centro de Salud rural de la provincia de Teruel. El proyecto piloto estuvo compuesto por 50 pacientes (26 hombres y 24 mujeres) con estudios básicos de 35 a 65 años, edad media 54,84 años ($\pm 8,04$ DT) e IMC 33,52 kg/m² ($\pm 3,43$ DT). Se les elaboró un tratamiento personalizado consistente en: dieta hipocalórica, actividad física y sesiones de educación y se evaluó a los pacientes con: "Test sobre Obesidad incluido en la Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria de la Generalitat Valenciana (Corbacho Godes, Adelina et al.)" y un "Cuestionario de Frecuencia de Consumo Semanal". Para el análisis estadístico de estos datos ha sido empleado el programa informático SPSS.15.

Resultados principales: Existen mayores modificaciones relacionadas con la cantidad de la ración que con la frecuencia de consumo. Otros aspectos como "cocinar por sí mismo", "comer fuera de casa" o "ir al trabajo a pie" no sufrieron variaciones. En cambio, "realización habitual de actividad física" que, obtuvo previamente contestaciones negativas de los pacientes seleccionados en el 43,59% (17 personas), al finalizar lo fueron en el 0% de las personas. Además, "nº de ingestas diarias <3" o "comer entre horas", disminuyó cada uno en un 33,33% y 12,82% desde el comienzo.

Conclusión: Existe modificación higiénico-dietéticas de los pacientes obesos dentro de un programa

Correspondencia:

María Teresa Bimbela Serrano
tbimbela@unizar.es

dietoterápico en Atención Primaria. A pesar de existir una gran dificultad para modificar conductas adquiridas, conocer la variación de los hábitos de vida tras el tratamiento de la obesidad, ayuda a orientar el trabajo enfermero de Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE

Obesidad, adulto, hábitos alimentarios, modificación, Atención Primaria.

ABREVIATURAS

IMC: Índice de masa corporal.

ICC: Índice Cintura/Cadera.

NIC: Nursing Interventions Classification. Clasificación de las intervenciones enfermeras.

NOC: Nursing Outcomes Classification. Clasificación de los resultados de enfermería.

DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4 edición revisada).

ABSTRACT

Introduction: The modification of the dietetic habits and of the physical activity in the obese patient is essential for the achievement and maintenance of the results in the long term. Hence, knowing and detecting the variation in the daily life habits after the obesity treatment has been completed may be useful for the professionals working in the field of Primary Care Nursing.

Hypothesis: There exists an alteration in the hygienic-dietetic habits of obese adult patients undergoing a dietetic therapeutic programme in a Primary Care Nursing Practice.

Objectives: To compare the life habits of a group of patients before and after finishing a dietetic programme for losing weight established in a Primary Care Nursing Practice. The goal of the programme is to stimulate the patient in maintaining the achievements and to focus the patient education on the correction of errors.

Methodology: Prospective study of quasi-experimental intervention, carried out from January of 2012 through December of 2013 with a group of patients from the Primary Care Nursing Practice of a rural Health Center in the province of Teruel (Spain). The pilot project was composed of 50 patients (26 men and 24 women) with basic educational background, ages between

35 and 65, average age 54.84 (\pm 8.04 SD) and average BMI of 33.52 kg/m² (\pm 3,43 SD). A customized treatment was elaborated for each patient, consisting of: hypocaloric diet, exercise and educational sessions. The patients were evaluated by means of the Obesity test included in the Clinical Actuation Guide in Primary Care Nursing from the Generalitat Valenciana (Corbacho, Godes, Adelina et al.) and a Questionnaire on Weekly Consumption Frequency. The statistical analysis of the data has been done using the SPSS 15 software.

Main Results: Significant modifications in the alimentary habits have been observed, more related to the amounts of the rations rather than to the frequency of consumption. Other factors such as "self-cooking", "eating out", or "going to work on foot" were not significantly varied. Notwithstanding, factors such as "fixed schedule for meals" or "frequent practice of physical activity", which previously had had negative replies from 43.59% (17 people) of the selected sample of patients, were significantly modified and no negative replies were obtained from the patients after the termination of the treatment. In addition, the "number of daily meals < 3" and "eating between hours" factors became significantly decreased by 33 % and 13 % respectively since the startup of the project.

Conclusions: There is a modification of the hygienic and dietetic habits of the obese patients undergoing a dietetic therapeutic programme in a Primary Care Nursing Practice. Despite the great difficulty inherent to modifying the acquired habits, knowing the variation in daily life habits after the obesity treatments, helps better orienting the work of Primary Care Nursing professionals in this field.

KEYWORDS

Obesity, adult, alimentary habits, modification, Primary Care Nursing.

ABBREVIATIONS (IN SPANISH)

IMC: Body Mass Index.

ICC: Waist/Hip Index.

NIC: Nursing Interventions Classification.

NOC: Nursing Outcomes Classification.

DSM IV: Diagnostic and Statistical Handbook on Mental Disorders (4th edition revised).

INTRODUCCIÓN

La alimentación se ha relacionado con la causa de la enfermedad desde los orígenes de la Medicina. Durante las décadas de 1960 y 1970 aparecieron las primeras bases sólidas que relacionan diferentes aspectos de la alimentación con el origen y desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Posteriormente, se vinculó con la mayor parte de las patologías crónicas prevalentes (obesidad, diabetes, hipertensión...) y enfermedades cardiovasculares de los países desarrollados, siendo estas últimas la primera causa de muerte prematura así como un gran número de incapacidades²⁻³.

La obesidad es considerada como la epidemia del siglo XXI por su gran crecimiento afectando a edades muy tempranas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante 2008 el número de obesos españoles mayores de 20 años alcanzó el 24,9% en hombres y el 23,0% en mujeres. Estas cifras son consideradas muy elevadas, y más al ser comparadas con índices de otros países del mundo. La mortalidad mundial por sobrepeso u obesidad es de 2,8 millones de personas/año⁴⁻⁵. Y en el periodo 2011-2012 el INE estimó el sobrepeso y la obesidad de la población española mayor de 18 años en un 53,7% (63,2% varones y 44,2% mujeres)⁶.

Se estima que en 2015 habrá alrededor de 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad⁷, y en 2030 siete millones las personas fallecerán a causa de enfermedades no transmisibles debido a factores de riesgo como el sedentarismo, el sobrepeso o la obesidad. Además, el gasto de salud de una persona obesa se estima en un 25% más que otra persona con normopeso, estimando la obesidad en un 5-10% del gasto sanitario total de los países de la OCDE⁸.

La aparición de la obesidad puede surgir por factores genéticos, socioeconómicos, psicológicos, hormonales, farmacológicos...⁹ pero los hábitos de vida siguen siendo la causa que determina principalmente su aparición. La modificación de los hábitos higiénico-dietéticos en estos pacientes, entre los que se incluye la actividad física, es clave para el logro y mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Para poder determinar si un paciente tiene normopeso o no según su IMC, se emplean clasificaciones como la elaborada por la SEEDO (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad) en 2000¹⁰.

Desde hace años existen distintas estrategias destinadas a modificar tanto los hábitos alimentarios de las personas como sus patrones de actividad física mediante equipos multidisciplinares donde enfermería lleva a cabo tanto el tratamiento como el seguimiento de los pacientes obesos¹⁰. Y se considera de especial importancia la labor de la enfermera de Atención Primaria en el seguimiento del tratamiento por tener una gran accesibilidad y longitudinalidad¹¹.

El aprendizaje de ciertos conocimientos como las bases de la alimentación equilibrada y sus efectos sobre la salud, las consecuencias del sedentarismo, la actividad física apropiada para cada persona, así como lograr el compromiso para mantener una alimentación saludable y una actividad física constante son elementos clave en la educación para la salud¹². Todo ello puede ayudar a una mayor calidad de los resultados de promoción y prevención de la salud así como la motivación del profesional a largo plazo.

Mediante el presente estudio se tratará de determinar si existe alguna modificación entre los hábitos previos de los pacientes y después de un proyecto piloto con adultos de una consulta rural de enfermería de Atención Primaria de la Comarca del Matarraña (Teruel), puesto que los resultados podrían servir de ayuda al profesional en la orientación del proceso educativo.

OBJETIVOS

Comparar entre los hábitos de vida previos y después de un programa de pérdida de peso en una consulta de enfermería de Atención Primaria para estimular en el paciente el mantenimiento de los logros y orientar la educación a la corrección de los errores.

MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención cuasiexperimental realizado desde Enero de 2012 a Diciembre de 2013 con un grupo de pacientes de la consulta de enfermería de un Centro de Salud rural de la provincia de Teruel. El proyecto piloto estuvo compuesto por 50 pacientes (26 hombres y 24 mujeres) con estudios básicos de 35 a 65 años, edad media 54,84 años (\pm 8,04 DT) e IMC 33,52 kg/m² (\pm 3,43 DT). Se les elaboró un tratamiento personalizado consistente en: dieta hipocalórica, actividad física y sesiones de educación y se evaluó a los pacientes con: "Test sobre Obesidad incluido en la Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria de la Generalitat Valenciana"¹³ y

“Cuestionario de Frecuencia de Consumo Semanal”. Para el análisis estadístico de estos datos ha sido empleado el programa informático SPSS.15 con los 38 pacientes que finalizaron el proyecto, de los que se dispone información previa y posterior a la intervención.

El grupo estudiado se compone de 38 pacientes (20 hombres y 18 mujeres) integrados en un proyecto piloto para pérdida de peso y modificación de hábitos alimentarios. A través de la Historia clínica informatizada (OMI), se realiza la selección de la muestra que cumple los criterios de inclusión y se contacta vía telefónica con ellos para su participación voluntaria y anónima. Previo al comienzo, se solicita su conformidad de inclusión en el estudio mediante un consentimiento informado, el cual previamente fue evaluado favorablemente por el Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA).

Criterios de Inclusión que se emplearon para seleccionar a los pacientes fueron:

Hombres y mujeres de 30 a 65 años con IMC > 30 kg/m², ICC > 0,8 y Test de Framingham con riesgo cardiovascular alto, medio y bajo. En fase de contemplación¹⁴ del paciente a tratar, es decir, el paciente es consciente de su problema de salud y desea solucionarlo con los medios ofertados por el profesional y uno o más de los siguientes diagnósticos de enfermería NIC/NOC¹⁵⁻¹⁷:

- Alteración de la nutrición por exceso relacionada con el aporte calórico superior al gasto energético.
- Alteración del patrón actividad-ejercicio relacionado con el sedentarismo.
- Alteración de la imagen corporal relacionada con trastorno alimentario y exceso de peso.
- Déficit de autoestima relacionado con afrontamiento individual ineficaz y sobrealimentación.

Criterios de Exclusión que se emplearon para seleccionar a los pacientes fueron:

Individuos con tratamiento farmacológico por trastornos del estado de ánimo y afectivos (según clasificación DSM IV); trastornos tiroideos diagnosticados; y personas tratadas con antidiabéticos orales o insulina, por afectar directamente a las necesidades de ingesta alimentaria de dichas personas.

PLAN DE EJECUCIÓN:

En el programa de intervención se controlan: hábitos alimentarios, actividad física que realizan habitualmente, experiencias anteriores en el tratamiento de la

pérdida de peso, resultados de analíticas sanguíneas en los últimos 6 meses, datos antropométricos del paciente (Peso, talla, perímetro cintura-cadera y perímetro de brazo) y riesgo cardiovascular (RCV).

Antes del comienzo del tratamiento se van a determinar los hábitos alimentarios mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo Semanal, completado durante 7 días por el propio paciente (control casero de raciones: vaso, cuchara...), y una “Encuesta de hábitos alimentarios”.¹³ Además, se va a establecer un registro de la actividad física realizada diariamente (recomendación de 60 a 90 minutos caminar/día), los plazos para realizar el control antropométrico (peso, pliegues, perímetros, tanita...) y las sesiones educativas en la consulta de enfermería.

Al finalizar el periodo de pérdida de peso, se vuelven a determinar los hábitos alimentarios mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo Semanal, completado durante 7 días por el propio paciente, la citada “Encuesta de hábitos alimentarios”¹³ así como los datos antropométricos, analítica y riesgo cardiovascular del paciente para comprobar la efectividad del tratamiento. La evaluación del aprendizaje de las sesiones de educación nutricional¹⁸ se controla mediante la elaboración, por el propio paciente, de la “Nueva Rueda de los alimentos” (SEDCA)¹⁹ así como la evolución de los hábitos estudiados previo inicio del programa.

En aquellos casos que surja la necesidad de abandono o que una vez finalizado el tratamiento se obtengan resultados insatisfactorios, se tratará de valorar, en consulta o vía telefónica, los motivos por los cuales no se ha logrado el objetivo propuesto en cada caso (patología hormonal, desmotivación, aburrimiento, depresión, ansiedad, humor ansioso, humor depresivo, falta de actividad física o carencia de conocimientos para continuar con las pautas indicadas). De este modo, lograremos obtener una retroalimentación positiva en futuros casos de Atención Primaria.

El análisis estadístico ha sido realizado con el programa informático SPSS.15. Se ha establecido un nivel de confianza del 95 % ($\alpha = 0,05$). Para el estudio de los hábitos alimentarios se ha realizado la prueba de normalidad a las variables nominales con el estadístico Chi² de Pearson y se ha realizado el tratamiento de la encuesta global con tablas de contingencia de McNemar. Para la encuesta de frecuencia de consumo se ha empleado el test de Shapiro-Wilk para las pruebas de normalidad y un estudio de pruebas

de muestras relacionadas para comprobar la variación de media de consumo global antes y después de las sesiones nutricionales.

RESULTADOS

La Zona Básica de Salud del Centro de Salud de Calaceite (Teruel) compuesta por Arens de Lledó, Lledó, Cretas, Mazaleón, Valdeltormo y Calaceite tiene un total de 4.245 pacientes: 645 personas < 18 años, 1.121 personas de 18 a 65 años y 1.834 personas >65 años. 50 personas (36,23% de todos los que reunían los criterios de inclusión) aceptaron participar en el proyecto (26 hombres y 24 mujeres) con una edad y un IMC de media de 54,84 años ($\pm 8,04$ DT) e IMC 33,52 kg/m² ($\pm 3,43$ DT).

Tras el control de 48 semanas de adelgazamiento (Enero a Diciembre de 2012) de los 50 pacientes seleccionados, 38 siguieron el tratamiento (76,0% de los pacientes totales) de los cuales 20 fueron hombre y 18 mujeres (76,9% de los hombres y 75,0% de las mujeres) y abandono del 24% de los pacientes (23,1% de los hombres y 25,0% de las mujeres).

La pérdida de peso conseguida por los pacientes que finalizaron el tratamiento fue 8,92% del peso inicial equivalente a $7,8 \pm 2,6$ kg (valor mínimo: 3,1 kg, valor máximo: 15,0kg) del peso inicial acompañado de, al menos, 4 horas $\pm 1,52$ (valor mínimo: 1h, valor máximo: 7h) de actividad física semanales en aquellas personas cuyas actividades laborales son diferentes a la agricultura, albañilería y ganadería. Y del $2,27 \pm 1,42$ kg (valor mínimo: 0,1 kg, valor máximo: 4,6 kg) del peso inicial en la última medición de los pacientes que abandonaron.

De dichas sesiones, realizadas en 2013, se extrajeron los hábitos alimentarios de los pacientes seleccionados mediante una encuesta heteroadministrada. Se calculó una media (tabla 1) de disminución estadísticamente significativa (aceptación de hipótesis alternativa al obtener $\alpha \leq 0,05$) en: aceite (disminución de $15,83$ g/día $\pm 6,68$ DT), aceitunas ($17,08$ g/día $\pm 7,52$ DT) y pasteles ($11,25$ g/semana $\pm 5,27$ DT). Por otro lado se produjo un aumento de media de consumo de fécula (50 g/día $\pm 23,83$ DT). Se presentan a continuación por género y frecuencia (Tablas 2 y 3), donde se observan diferencias en el consumo de café y alcohol (hombres diariamente en cambio mujeres esporádicamente o nunca), frutos secos y embutidos (hombres semanalmente a diferencia de mujeres mensualmente) y edulcorantes, caramelos,

Tabla 1: Media de consumo en ambos sexos mediante prueba de muestras relacionadas.

Total (n=38 personas)			
Variables	X	DE	P
Aceite	15,83 g/día	6,68	0,005
Aceitunas	17,08 g/día	7,52	0,004
Pasteles	11,25 g/semana	5,27	< 0,001
Patata	50,00 g/día	23,83	0,001

Valores medios (X) de variación de consumo y Desviación Estándar (DE).

Tabla 2: Media de consumo en los hombres mediante prueba de muestras relacionadas.

Total (n=20 hombres)			
Variables	X	DE	P
Aceite	18,33 g/día	5,16	< 0,001
Aceitunas	18,33 g/día	8,16	0,003
Pasteles	7,50 g/semana	4,18	0,005
Patata	62,50 g/día	26,22	0,002
Vino/cerveza	50,00 ml/día	27,38	0,005
Frutos secos	20,83 g/día	8,01	0,001
Edulcorantes	1,83 unidades/día	0,75	0,002

Valores medios (X) de variación de consumo y Desviación Estándar (DE).

Tabla 3: Media de consumo en las mujeres mediante prueba de muestras relacionadas.

Total (n=18 mujeres)			
Variables	X	DE	P
Aceite	13,33 g/día	7,52	0,005
Aceitunas	15,83 g/día	7,35	0,003
Pasteles	15,00 g/semana	3,16	< 0,001
Patata	37,50 g/día	13,69	0,001
Caramelos	1,83 unidades/día	0,40	< 0,001
Chocolate	11,66 g/día	5,16	0,003
Bizcocho	12,50 g/día	6,12	0,004

Valores medios (X) de variación de consumo y Desviación Estándar (DE).

chocolate, infusiones y yogur (hombres mensual o esporádicamente frente a mujeres diariamente).

Al realizar la reevaluación cualitativa de frecuencia de consumo de estos pacientes los principales cambios que se repitieron más habitualmente por género fueron:

Hombres: Cambio de consumo de patata semanal a consumo diario y de edulcorantes de consumo mensual a consumo semanal (Tabla 4).

Mujeres: Cambio de consumo de patata semanal a consumo diario, de caramelos y chocolate de consumo

diario a semanal y de bizcocho de consumo semanal a mensual (Tabla 5).

Los hábitos alimentarios han sufrido mayores modificaciones en la cantidad que en la frecuencia puesto que en el segundo caso, los resultados iniciales resultaron bastante próximos a las recomendaciones de las guías alimentarias.

Otros aspectos estudiados a partir de la "Encuesta de hábitos alimentarios. Obesidad. Guía de actuación clínica en Atención Primaria. Generalitat Valenciana" rela-

Tabla 4: Frecuencia de consumo de la muestra antes del estudio. Moda.

FRECUENCIA CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
DIARIO	FRUTA. VERDURA. PAN. ACEITE. CAFÉ. AZÚCAR. ACEITUNAS. BAJA GRADUACIÓN (VINO/CERVEZA c/ ALCOHOL)	FRUTA. VERDURA. PAN. ACEITE. CAFÉ DESCAFEINADO. AZÚCAR. CARAMELOS. EDULCORANTES. CHOCOLATE. INFUSIONES. YOGUR.
SEMANAL	LEGUMBRES. ARROZ. PATATA. PESCADO BLANCO/AZUL. CERDO/CONEJO/POLLO. HUEVO. FRUTOS SECOS. EMBUTIDO. QUESO. BIZCOCHO. GALLETAS. PASTELES.	LEGUMBRES. ARROZ. PATATA. PESCADO BLANCO/AZUL. CERDO/CONEJO/POLLO. HUEVO. ACEITUNAS. QUESO. BIZCOCHO. GALLETAS. PASTELES.
MENSUAL	LECHE. EDULCORANTES. CHOCOLATE. CARAMELOS. CHURROS/CROISSANT. FLAN. CORDERO.	LECHE. BEBIDAS "LIGHT". FRUTOS SECOS. EMBUTIDOS. CHURROS/CROISSANT. FLAN. CORDERO.
ESPORÁDICO	BEBIDAS DE ALTA GRADUACIÓN. CAFÉ DESCAFEINADO. INFUSIONES. YOGUR. MERMELADA. NATA.	CAFÉ. NATA.
NUNCA	BEBIDAS "LIGHT". CERVEZA "SIN ALCOHOL". CUAJADA. MARGARINA. MANTEQUILLA.	BEBIDAS DE ALTA Y BAJA GRADUACIÓN. CUAJADA. MARGARINA. MANTEQUILLA.

Tabla 5: Frecuencia de consumo de la muestra después del estudio. Moda.

FRECUENCIA CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
DIARIO	De consumo semanal a consumo diario: PATATA. Menor ración de: ACEITE, ACEITUNAS, BEBIDAS DE BAJA GRADUACIÓN (VINO/CERVEZA c/ ALCOHOL)	De consumo semanal a diario: PATATA. Menor ración de: ACEITE.
SEMANAL	De consumo mensual al consumo semanal: EDULCORANTES. Menor ración de: FRUTOS SECOS, PASTELES.	De consumo diario a consumo semanal: CARAMELOS, CHOCOLATE. Menor ración de: PASTELES, ACEITUNAS.
MENSUAL	No hubo cambios significativos en frecuencia ni en cantidad.	De consumo semanal a consumo mensual: BIZCOCHO. Menor ración: FRUTOS SECOS, EMBUTIDOS.
ESPORÁDICO	No hubo cambios significativos en frecuencia ni en cantidad.	
NUNCA	No hubo cambios significativos en frecuencia ni en cantidad.	

cionados con la evolución de hábitos alimentarios: "cocinar por sí mismo", "comer fuera de casa" o "ir al trabajo a pie" no sufrieron una modificación estadísticamente significativa tras realizar el programa (aceptación de hipótesis nula al obtener $\alpha > 0,05$).

En cambio, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos ($\alpha \leq 0,05$) en cuestiones como "número de ingestas diarias inferior a 3" o "comer entre horas", disminuyendo cada uno en un 33,33% (Valor estadístico Chi^2 de Pearson= 26,44 y $p= 0,000$) y 12,82% (Valor estadístico Chi^2 de Pearson= 22,95 y $p= 0,000$) respectivamente en comparación a las respuestas obtenidas al tratamiento. También se observó un cambio notable en el apartado "realización habitual de actividad física", que obtuvo previamente al tratamiento contestaciones negativas de los pacientes seleccionados en el 43,59% (17 personas), mientras que al finalizar el estudio lo fueron en el 0% de las personas, aunque no se calculó ningún estadístico por ser considerada esta pregunta una constante en la segunda evaluación realizada.

DISCUSIÓN

Aunque se ha establecido que el 61,4% de la población consume fruta a diario, y el 45,8%, verduras²⁰, este porcentaje puede verse infravalorado en las poblaciones rurales que disponen de cosecha propia, puesto que el 100% de los participantes de este estudio y sus familiares, dicen consumir a diario frutas y verduras.

Por otra parte, a pesar de que se calcula que el 12,5% de la población consume refrescos con azúcar a diario²⁰, en este grupo de población no se observa tal consumo pero sí hay un consumo diario de otro tipo como bebidas con baja graduación (vino/cerveza) en el caso de los hombres e infusiones en el caso de las mujeres.

También, cabe recordar que los desequilibrios nutricionales pueden estar provocados tanto por aspectos de la dieta relacionados con la estructura [...], como determinantes cuantitativos [...], siendo tal su relevancia en la actualidad que, incluso ciertos programas de Nutrición y Salud Pública han reorientado su planteamiento con este nuevo enfoque²¹⁻²². En este grupo, los hábitos alimentarios han sufrido mayores modificaciones en la cantidad que en la frecuencia puesto que, en el segundo caso, los resultados iniciales resultaron bastante próximos a las recomendaciones de las guías alimentarias.

Aunque se sabe que existe una gran dificultad para modificar en personas adultas hábitos alimentarios incorrectos mantenidos en el tiempo²³, y de tener resultados menos evidentes que en la infancia o en la etapa temprana del adulto, es posible reeducar a estos pacientes²⁴. Esto se puede corroborar con los resultados obtenidos de disminución estadísticamente significativa en el consumo de aceite, aceitunas y pasteles tras efectuarse el tratamiento, así como en el aumento del consumo de fécula (Tabla 1).

En cuanto a la actividad física, existen estudios que estiman la vida sedentaria de la población adulta en un 41,3%: Declaran no practicar ningún deporte el 46,6% de las mujeres y el 35,9% de los varones²⁰. En este caso, se ha estimado previamente al estudio que el 43,6% de los pacientes no realizaba actividad física habitualmente pero, al final, mediante las sesiones de educación se ha conseguido una media de $4,0 \pm 1,5$ horas de actividad física semanales (valor mínimo: 1h, valor máximo: 7 h) en aquellas personas cuyas actividades laborales son diferentes a la agricultura, albañilería y ganadería.

Finalmente, las estadísticas admiten que la mayoría de los candidatos en el proceso del adelgazamiento pierden un promedio de 10% de su peso corporal²⁴. En este caso, aunque fue el objetivo inicial, no se ha conseguido en todos los casos, puesto que la media de adelgazamiento fue 8,92% del peso inicial equivalente a $7,8 \pm 2,6$ kg (valor mínimo: 3,1 kg, valor máximo: 15,0 kg). Es preciso continuar el estudio para valorar a largo plazo si se repiten los patrones de otros estudios que concluyen que vuelven a ganar peso las dos terceras partes de los pacientes en el año siguiente y la tercera parte en los 5 años que siguen²⁵.

CONCLUSIONES

Existe modificación de las costumbres higiénico-dietéticas (frecuencia de consumo y hábitos de vida) de los pacientes obesos dentro de un programa de intervención en una consulta de enfermería de Atención Primaria. La reeducación de los pacientes adultos es posible aunque sea considerada por el profesional sanitario una ardua tarea educativa.

Conocer los hábitos de vida antes y después del tratamiento de la obesidad ha sido una herramienta de gran utilidad para orientar al profesional de Enfermería en el planteamiento y desarrollo, de la terapia en la consulta de Atención Primaria.

Por ello, mediante este estudio se trata de demostrar la necesidad de programas, de forma individualizada, de las costumbres higiénico-dietéticas de los pacientes obesos puesto que parece ser el camino a la optimización del tratamiento de la obesidad a largo plazo desde la consulta de enfermería de Atención Primaria.

Por último, se puede concluir que conocer los hábitos de vida antes y después del tratamiento de la obesidad, ayuda a orientar al profesional de Enfermería en el planteamiento y desarrollo del tratamiento de la obesidad en la consulta de Atención Primaria.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes que participaron en el estudio del Centro de Salud de Calaceite (Teruel) por la colaboración prestada.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Comité de expertos. Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas. Serie informes técnicos n.º797. Ginebra: OMS; 1990.
- Dallongeville J, Bringer J, Bruckert E, Charbonnel B, Dievert F, Komada M, et al. Abdominal obesity is associated with ineffective control of cardiovascular risk factors in primary care in France. *Diabetes Metab* 2008; 34: 606-611.
- Phillips LK, Prins JB: The link between abdominal obesity and the metabolic syndrome. *Curr Hypertens Rep*2008; 10: 156-164.
- OMS. Porcentaje de población de 20 años en adelante con un índice de masa corporal $\geq 30,00$ kg/m². Global status report on noncommunicable diseases 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010).
- OMS. Porcentaje Obesidad en adultos de 20 o más años. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Tabla 5. p 113. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuesta Nacional de Salud, 2011-12.<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
- World Health Organization (WHO). Health 21: the health for all policy framework for the WHO European region. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1999. European; nº6.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2012) Obesity Update 2012 [Online]. Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/181569> [Accessed: 14th May 2014].
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso para la evaluación del sobrepeso y la obesidad. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-597.
- Gargallo Fernández M, Basulto Maset J, Breton Lesmes I, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvadó J. Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos (consenso FESNAD-SEEDO). Metodología y resumen ejecutivo (I/III). *Nutr Hosp*. 2012; 27(3):789-799.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*2005; 83 (3): 457-502.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NAOS. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Corbacho A, Morillas C, Adsua C. Obesidad. Guía de Actuación Clínica en A.P. En: Guías de actuación clínica en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Tomo II. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat, Valencia, 2002.
- Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Norman GL, Redding CA. Detailed overview of the Transtheoretical Model Material adapted and updated for the website www.uri.edu/research/research/cprc. Smoking cessation and stress management: applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis*. 1998; 38: 216-33.
- Jhonson M, editor. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2006.
- Mc Closkey-Dochterman J, Buleck G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007.
- Muñoz M, Zaspé I. Guías alimentarias. En: Martínez J.A, Astiasarán I, Madrigal H et al., Alimentación y Salud Pública, 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill. 2001. pág 85.
- Martínez Alvarez JR, Arpe Muñoz C, Iglesias Rosado C, Pinto Fontanillo JA, Villarino Marín A, Castro Alija MJ, Cao Torija MJ, Urrialde de Andrés R, Gómez Candela C, López Nomdedeu C. "La nueva rueda de los alimentos: su papel como recurso didáctico y en la promoción de una alimentación saludable". SEDCA. 2005. http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/USOrueda.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuesta Nacional de Salud, 2011-12.<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
- Expert panel. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective. Washington DC: WCRF/AICR; 1997.
- Fernández de Aguirre M, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Dieta y salud: Factores de riesgo y elementos protectores. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 1997; 3:134-143.
- Rodríguez-Rodríguez E, Perea JM, Bermejo LM, Marín-Arias L, López-Sobaler AM, Ortega RM. Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutr. Hosp*, 2007; 22 (6): 654-660.
- Garaulet M, Puy M, Pérez Llamas F, Cuadrado C, Leis R, Moreno MJ. Obesidad y ciclos de vida del adulto. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 2008; 14(3): 150-155.
- Amzallag W. De perder peso, al control del peso: experiencia de un programa. *Rev Cubana Invest Bioméd online*, 2000; 19 (2): 98-115.