



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

(CURSO ADAPTACIÓN ENFERMERIA)

ABORDAJE DE LA OBESIDAD EN UNA CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA CON UN NUEVO ENFOQUE

M^a Carmen Brún Soteras

Curso de Adaptación al Grado en Enfermería

Mayo, 2.012

DR. JUAN FRANCISCO LEON

INTRODUCCION

-La gran importancia de la obesidad y su enorme prevalencia a nivel mundial, unido al constante crecimiento que se experimenta en todo el mundo desarrollado y en los países en vías de desarrollo, ha llegado a ser calificado por la OMS como una auténtica epidemia, lanzando llamadas urgentes a los Gobiernos para establecer acciones preventivas que frenen unas previsiones demoledoras. Afectando en diferentes grados a un elevado porcentaje de la población mundial occidental, siendo su prevalencia mayor en mujeres que en varones y aumentando a medida que avanza la edad y desciende la clase social.

La OMS define la obesidad como “exceso de grasa que perjudica la salud”.

-La obesidad es una condición que se caracteriza por el exceso de grasa corporal. Se considera sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa por encima de los valores considerados normales, del 12 al 20% en varones y del 20 al 30% en mujeres adultas. Este porcentaje de grasa se calcula mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), que es el resultado de dividir el peso por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). Se acepta como punto de corte para definir la obesidad valores para el $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

La SEEDO propone una clasificación en la que incluye el concepto de sobrepeso, con dos grados, el segundo de los cuales define como “preobesidad”:

Sobrepeso grado I	entre-----	25,0 – 26,9	de IMC
Sobrepeso grado II (preobesidad)	entre -----	27,0 – 29,9	de IMC
Obesidad de tipo I	entre -----	30,0 – 34,9	de IMC
Obesidad de tipo II	entre -----	35,0 – 39,9	de IMC
Obesidad de tipo III (mórbida)	entre -----	40,0 – 49,9	de IMC
Obesidad de tipo IV (extrema)	entre -----	≥ 50	

El grado de obesidad determina el riesgo de complicaciones asociadas (moderado en la de tipo I, alto en la de tipo II y muy alto a partir de un $\text{IMC} \geq 40$).

La distribución de la grasa corporal es importante a la hora de valorar el riesgo cardiovascular. Un perímetro abdominal (PA) $> 88 \text{ cm}$. en mujeres y > 102 en hombres

se asocia con acúmulo de grasa intraabdominal, e indirectamente con un mayor riesgo cardiovascular, de diabetes y de algunos tipos de cáncer.

En cuanto a la distribución de la obesidad entre la población, varía en función de la edad y el sexo, entre otras cosas. Los diferentes estudios evidencian que la prevalencia de la obesidad va en aumento y se observa también que se ensancha la brecha entre ambos sexos, con una mayor proporción en las mujeres.

-La obesidad es multicausal. La sobrealimentación y la baja actividad física producen acumulación de un exceso de grasa corporal, pero existen diferencias individuales en el procesamiento energético y en la tendencia hacia el almacenamiento de calorías.

Aunque los factores genéticos probablemente estén en el origen de la obesidad, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema.

Hay tres factores principales que modulan el peso corporal: dieta, actividad física y metabolismo, bajo la influencia de los rasgos genéticos. Los datos disponibles sugieren que las variaciones en el gasto energético en reposo, el efecto térmico de los alimentos y la utilización de éstos no es probable que expliquen por sí solos el inicio de la obesidad. Las tendencias divergentes entre disminución del aporte calórico y el aumento del peso corporal sugieren que la baja actividad física podría ser el factor más importante para explicar la creciente prevalencia de obesidad.

El conocimiento creciente de los genes y moléculas implicados en el desarrollo de la obesidad permite entrever nuevas estrategias potencialmente útiles para su prevención y/o tratamiento. En este sentido, la nutrigenómica, que supone una nueva aproximación a la investigación en nutrición que combina la aplicación de las poderosas tecnologías de la genómica funcional, la bioinformática y la biología molecular, puede orientar el diseño e implementación de nuevos alimentos funcionales para el control de la obesidad.

-La obesidad es una epidemia que amenaza con engullir los recursos económicos sociales debido a los costes de sus complicaciones. Podríamos incluir en ellas, las discapacidades sociales resultantes del estigma asociado a la obesidad, la apnea del sueño y la osteoartritis. Sin olvidar los factores metabólicos asociados a efectos distales de productos liberados por los adipocitos engrosados (resistencia a la insulina y diabetes, enfermedad cardiovascular e hipertensión). También el cáncer de mama podría estar relacionado y en general un mayor riesgo de acortamiento de la esperanza de vida. Igualmente la disfunción sexual parece ser más prevalente en individuos obesos de ambos sexos. Finalmente, los obesos pueden sufrir de una deficiente autoestima, ánimo deprimido, labilidad emocional, ansiedad, sentimientos

de culpa y autorreproche y frustración, encontrándose un cierto grado de correlación entre la obesidad y los estados ansiosos-depresivos.

-Enfoques terapéuticos clásicos han sido la dieta, el ejercicio, los fármacos y la cirugía estableciendo como uno de sus pilares la instauración de dietas basadas en la restricción calórica drástica. El resultado es que el paciente pierde peso de forma relativamente rápida pero al poco tiempo se estabiliza, debido a la tendencia del metabolismo a responder con un enlentecimiento para equilibrar la falta de ingresos. Existen otras dietas pero en la actualidad parece demostrado que la única dieta con efectos beneficiosos tanto para la pérdida de peso como para la salud es la dieta mediterránea tradicional, es decir, basada en consumo diario de cereales integrales y sus derivados, fruta (4-6 raciones), vegetales (2-3 raciones), productos lácteos desnatados o semidesnatados (1-2 raciones) y aceite de oliva; consumo semanal de 4-6 raciones de pescado, pollo, patatas, olivas, legumbres y nueces, 1-3 raciones semanales de huevos y dulces y 4-5 raciones mensuales de carne roja y sus derivados. También incluye consumo moderado de vino (1-2 vasos diarios) y una elevada proporción de grasas monoinsaturadas respecto a las saturadas.

El ejercicio físico es el complemento perfecto a la dieta, ya que contrarresta los efectos de la adaptación metabólica a la restricción calórica, incrementando el gasto. El tipo de ejercicio y la intensidad variará en función de la edad, de la actividad que desarrolle habitualmente, y de la presencia de otras enfermedades. Como recomendación general se aconseja realizar una actividad física moderada durante 30 minutos diarios.

El tratamiento farmacológico autorizado en nuestro país se divide según su acción en: anorexígenos, termogénicos, inhibidores de la lipasa, inhibidores de la recaptación de la serotonina y antagonistas selectivos del receptor cannabinoide-1.

Las técnicas quirúrgicas están reservadas a pacientes con $IMC \geq 40$ ó $IMC \geq 35$ con comorbilidad relacionada con la obesidad y consisten en : reducción de la capacidad estomacal mediante la colocación de balones intragástricos, bandas gástricas ó mediante la creación de una pequeña bolsa neogástrica y técnicas malabsortivas que persiguen la reducción de la capacidad de absorción de los alimentos mediante la disminución de la longitud del intestino delgado.

Las causas del fracaso en el tratamiento tradicional son multidimensionales y dependen de varios factores que se refieren por un lado al personal sanitario y por otro al paciente.

-Existen numerosas evidencias de que la incorporación de las Técnicas cognitivo-conductuales (TCC) mejoran los resultados de las intervenciones encaminadas al cambio de estilos de vida en el paciente obeso, y de hecho prácticamente todas las guías de práctica clínica las recomiendan. Sin embargo, son pocas las experiencias en consultas de atención primaria.

OBJETIVOS

-CAMBIAR HÁBITOS DEL PACIENTE

-REDUCIR EL PESO DEL PACIENTE

-El objetivo mínimo es el no incremento de peso promoviendo la pérdida de peso, mediante la pérdida de tejidos grasos fundamentalmente. Inicialmente, la pérdida de un 10% del peso de inicio a un ritmo de 0,5-1 Kg./semana, aportaría una buena rentabilidad metabólica.

Otras medidas adicionales para conseguir nuestro objetivo serían:

- Disminuir los factores de riesgo y mejorar las comorbilidades
- Mantener el peso a largo plazo
- Evitar la recuperación de peso a largo plazo
- Propiciar una vida activa
- Mejorar la calidad de vida

-Pero en realidad, nuestro objetivo prioritario es el CAMBIO DE HABITOS mediante la motivación del paciente y su adiestramiento en TCC para facilitar dicho cambio.

Esto es así porque se considera que la pérdida de peso no puede ser duradera si no va precedida por una modificación previa de la conducta.

Para que sean eficaces, estas técnicas deben aplicarse de forma gradual y estructurada.

Lo primero será evaluar la MOTIVACION, en segundo lugar ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA Y APLICACIÓN DE LAS TCC para acabar con la PREVENCIÓN Y MANEJO DE RECAÍDAS.

METODOLOGÍA ENFERMERIA

-EVALUACION DEL PACIENTE. Antes de iniciar cualquier tipo de intervención hay que evaluar la motivación del paciente, su historia nutricional, anteriores dietas fallidas, situación laboral y social y el nivel económico. Nos servirán como apoyo y guía las 11 valoraciones funcionales de OMI (V.Henderson/M.Gordon).

-MOTIVACIÓN. Hay varios factores que intervienen en la génesis de la motivación. En primer lugar, la decisión de cambiar los hábitos debe proceder de un convencimiento profundo de que las conductas y sus consecuencias son responsabilidad del propio paciente (estilo atribucional externo ó interno). Otro factor ligado a la motivación es la percepción de autoeficacia ó confianza en ser capaz de llevar a cabo algo.

Además de explorar el estilo atribucional y la percepción de autoeficacia del paciente, en la entrevista motivacional, se pasará el cuestionario de Prochaska para determinar el estadio de cambio (precontemplación, contemplación, ejecución-acción y mantenimiento).

-APLICACIÓN DE LAS TCC diseñando estrategias de autocontrol y control de estímulos, habilidades sociales, reestructuración cognitiva y resolución de problemas. Se empezarán a trabajar una vez el paciente se encuentra en fase de preparación (ejecución) , y dispuesto a poner fecha de comienzo y se adecuarán a las características del paciente.

_INCORPORACION DE LAS TCC EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. El paciente obeso suele tener dos distorsiones cognitivas: por un lado tiende a subestimar la ingesta y por otro a sobreestimar la percepción del control que tiene sobre la comida. Por ello, una de las primeras medidas a tomar es que el paciente se dé cuenta de sus comportamientos mediante el **autorregistro** de alimentación y ejercicio físico; después que identifique las causas y consecuencias de estos comportamientos (análisis funcional de la conducta), y por fin que acepte trabajar para averiguar el origen de este comportamiento (enfrentamiento del problema) y para buscar soluciones (habilidades sociales y resolución de problemas).

Es imprescindible **adecuar la estrategia a las características del paciente** procurando

que sea siempre él mismo el que vaya encontrando ó proponiendo las soluciones en cada momento (“**empoderamiento**”).

-INTERVENCION ENFERMERA. Las actuaciones en la consulta de enfermería se establecerán según el estadio de cambio en el que se encuentre el paciente.

En las fases de **precontemplación y contemplación**: educación sanitaria y motivación, y si lo precisa, técnicas de relajación.

En la fase de **preparación**, la intervención enfermera consistirá en:

- Autorregistro
- Aplicación de los cuestionarios de Goldberg para evaluación del grado de ansiedad/depresión, del de Rosemberg para la autoestima y de calidad de vida del paciente obeso
- Exploración de expectativas e identificación de pensamientos, sentimientos y emociones que favorecen la ingesta
- Establecimiento de objetivos
- Diseño de estrategias de control de estímulos, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y afrontamiento y resolución de problemas

Las actividades se pueden realizar en grupo ó de forma individualizada:

1. Actividades grupales. En grupos de 10 personas como máximo.
 - Educación sanitaria (información nutricional; desmontaje de mitos –lo que engorda/lo que no engorda-; intercambio de experiencias). La duración de las sesiones no debería exceder los 60 minutos, y es aconsejable que el nivel de base de los conocimientos de los participantes sea parecido.
 - Técnicas de relajación respiratoria y muscular (sólo para pacientes con ansiedad).
2. Actividades individuales:

- Entrevista motivacional (primer filtro, si están en fase de preparación pasar al registro alimentario durante 7 días);
- Aplicación de cuestionarios sobre hábitos de vida, ansiedad/depresión y calidad de vida
- Exploración y adecuación de las expectativas
- Diseño del plan personalizado empezando por el establecimiento de objetivos para el cambio de hábitos (siempre fragmentados para no sobrecargar y evitar sensación de fracaso).

Una vez se halle en fase de preparación, tendremos en cuenta que los cambios de comportamiento requieren que estén presentes una ó varias de las siguientes condiciones:

- Que la persona tenga intención firme de adoptar ó haya empezado el nuevo comportamiento
- Que no existan barreras ambientales (tangibles ó intangibles)
- Que disponga de habilidades suficientes
- Que esté convencida de que las ventajas del nuevo comportamiento superan a los inconvenientes
- Que sienta presión social
- Que considere que el nuevo comportamiento se adecua a la imagen que tiene de sí misma y que respeta sus principios
- Que la reacción emotiva que le produzca el cambio sea más positiva que negativa
- Que confíe en poder adoptar el nuevo comportamiento en diferentes circunstancias

La fase de **mantenimiento** quizá sea la de mayor dificultad. En ella lo más importante es saber que las recaídas se van a producir, identificar las situaciones de riesgo y tener preparadas estrategias para enfrentarse a ellas.

El fracaso suele ser siempre a medio-largo plazo y por falta de seguimiento. No olvidemos que la obesidad es un problema crónico y por tanto que raras veces podremos dar el alta, aunque existe evidencia de que aquellos que logran mantener la pérdida de peso entre 2 y 5 años, es probable que ya no lo recuperen.

Existen diferentes estudios acerca de las variables que influyen en el éxito del mantenimiento a medio y largo plazo. Los pacientes cuya pérdida de peso inicial fue mayor, habían alcanzado el peso que ellos mismos se habían puesto como objetivo, mantenían estilos de vida físicamente activos y de ritmo regular de comidas, incluyendo desayunar y comer sano, controlaban la sobreingesta y mantenían autocontrol sobre sus conductas tenían mayor éxito en mantener su peso.

Otro estudio demostró que haber intentado previamente perder peso, usar técnicas de motivación antes de iniciar el tratamiento y la insatisfacción con la imagen corporal se asociaban con una mayor pérdida de peso.

Otro estudio hecho en California en 1.990 encontró que la mayoría de mujeres que mantenían la pérdida de peso inicial habían cambiado sus hábitos y eran conscientes de ello, utilizaban el apoyo social disponible, afrontaban sus problemas directamente y utilizaban estrategias de autoayuda desarrolladas por ellas mismas. Sin embargo, las que habían recaído no hacían ejercicio, comían inconscientemente y en respuesta a emociones y no utilizaban los recursos sociales ni afrontaban los problemas directamente.

En resumen podemos decir que las mismas estrategias que son eficaces para conseguir perder peso son las que funcionan a la hora de mantenerlo, ya que funciona la retroalimentación y así son factores clave en el éxito:

- Una pérdida de peso inicial mayor
- Haber alcanzado el peso que ellos mismos se han puesto como objetivo
- Mantenerse físicamente activos
- Llevar un ritmo regular de comidas, incluyendo desayunar y comer sano con dieta baja en calorías y grasas
- Pesarse con frecuencia para perder sin esfuerzo las pequeñas ganancias
- Haber intentado previamente perder peso
- Usar técnicas de motivación antes de iniciar el tratamiento
- Estar insatisfechas con su imagen corporal (las mujeres) ó haber tenido algún problema grave de salud (los hombres)

En cuanto a la **EVALUACION** de las intervenciones, los **resultados intermedios** que nos interesa valorar son los cambios en el estilo de vida (reducción de la ingesta calórica e incremento de la actividad física). Lo ideal sería evaluar al mes, 2 meses, 6 meses y 12 meses.

Los **resultados finales** serían la reducción ponderal, mejora en la puntuación de los cuestionarios de calidad de vida, ansiedad y en autoestima. Se podrían evaluar a los 12 meses.

BIBLIOGRAFIA

Rubio y col. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica Rev Esp Obes 2007: 7-48

NICE: The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults October 2000

Han TS, Sattar N, Lean M Assessment of obesity and its clinical implications BMJ 2006;333:695-698 doi:10.1136/bmj.333.7570.695

Matínez JA, Moreno M, Marques López I, Martí A Causas de obesidad Anales Sis San Navarra 2002 25 (supl 1) 17-27

Beer-Borst S, Morabia A, Hercberg S, Vitek O, Bernstein MS, Galan P, Galasso R, Giampaoli S, Houterman S, McCrum E, Panico S, Pannozzo F, Preziosi P, Ribas L, Serra-Majem L, Verschuren WMM, Yarnell J, Northridge ME Obesity and other health determinants across Europe: The EUROLAMIN Project J Epidemiol Community Health 2000;54:424-430

De Lorenzo A, Martinoli R, Vaia F, Di Renzo L Normal weight obese (NWO) women: An evaluation of a candidate new syndrome Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 2006; 16,:513-523