

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN UN GRUPO DE PACIENTES OBESOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO. RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA.

Autor principal MARÍA ARÁNZAZU SASTRE GARROTE

CoAutor 1 MARÍA DEL MAR CAÑAMERO LIÑÁN

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave INTERVENCIÓN OBESIDAD EVIDENCIA ENFERMERÍA

» **RESUMEN.** Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)

Objetivo: analizar la respuesta terapéutica en un grupo de pacientes obesos a una intervención enfermera basada en promover cambios en su estilo de vida, mediante dieta hipocalórica, ejercicio físico y terapia conductual, aspectos ampliamente fundamentados en la evidencia científica.

Material y Método: se ha realizado un estudio cuasi-experimental, no aleatorio, sobre un grupo de 32 pacientes obesos, durante un periodo continuado de 6 meses y se han registrado las siguientes variables: peso, talla, sexo, edad e índice de masa corporal (IMC).

Resultados: el valor medio del IMC basal era de 34.2 al comienzo del estudio. Tras la intervención enfermera existe una progresiva disminución del IMC que empieza a ser estadísticamente significativa a los 6 meses de tratamiento, resultando un valor medio en el IMC de 32.7, Es decir, una reducción del IMC en torno al 5%.

Conclusiones: La intervención enfermera personalizada y el seguimiento intensivo favorecen una buena aceptación y/o adhesión al programa y

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS.** Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.

La prevalencia de la obesidad en los países occidentales se ha incrementado en las últimas décadas, hasta tal punto que representa el trastorno nutricional de mayor relevancia en nuestro medio. El Instituto Nacional de Estadística ha publicado recientemente, que en España, la prevalencia de obesidad en la población mayor de 65 años se estima en un 35%. Aunque no es un problema sólo de los ancianos, este colectivo tiene especial vulnerabilidad, ya que los problemas nutricionales son más frecuentes y los efectos más graves.

El tratamiento de la obesidad es complejo, por ello hay que aplicar estrategias que incluyan, junto con las restricciones dietéticas pertinentes, actividades educativas que promuevan hábitos alimentarios y estilos de vida saludables. Por ello son fundamentales las medidas conductuales, para conocer y aumentar la motivación del paciente y ofrecerle estrategias para controlar conductas erróneas relacionadas con la alimentación y con la actividad física y que se produzca una modificación de hábitos permanente, que es la mejor herramienta para evitar ganancias de peso.

La dieta constituye un pilar fundamental en el tratamiento de la obesidad. En los últimos 40 años los patrones de alimentación en España se han desviado progresivamente de una dieta saludable, y se ha podido apreciar la aparición de una enorme profusión de dietas heterodoxas, las llamadas dietas milagro, muchas de ellas basadas en modificaciones dietéticas totalmente alejadas de las recomendaciones de las guías clínicas.

La enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y detección de diferentes problemas de salud y la valoración del estado nutricional forma parte del cuidado habitual del anciano, tanto en las consultas de enfermería como en el propio domicilio del paciente.

Los ancianos constituyen un grupo importante de riesgo de malnutrición, condicionado por sus características fisiológicas, psicosociales, patológicas y farmacológicas. El excesivo peso, está asociado a una reducción de la actividad física y una progresiva reducción en los requerimientos calóricos para mantener el peso corporal.

La obesidad incrementa el riesgo de padecer enfermedades como IAM, ACV, HTA, DBT 2, osteoartritis, varices, diferentes tipos de cáncer y demencia. Por ello es necesario profundizar en el conocimiento del problema y poner en marcha medidas de prevención, promoción y captación en las consultas de enfermería, siendo éstas muy visitadas por dicha población para el control de sus patologías crónicas.

Objetivo general: analizar la respuesta terapéutica en un grupo de pacientes obesos a una intervención enfermera intensiva basada en promover cambios en su estilo de vida mediante dieta hipocalórica, ejercicio físico y terapia conductual.

Objetivos específicos:

1. Disminuir el IMC en torno al 4% ó 5% a los 6 meses de inclusión en el programa.
2. Disminuir la grasa corporal preservando al máximo la masa magra.
3. Realizar educación alimentaria que destierre errores y hábitos de alimentación inadecuados
4. Disminuir los factores de riesgo cardiovascular asociados y mejorar otras comorbilidades vinculadas al exceso de peso (apnea del sueño, artrosis, riesgo neoplásico, etc.)
5. Ejercer una mejoría psicósomática, con recuperación de la autoestima.
6. Aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Población de estudio:

Los sujetos del estudio están formados por una muestra de 32 pacientes con IMC>30, 16 hombres y 16 mujeres, mayores de 65 años, aparentemente sanos, capaces de valerse por sí solos y sin demencia senil, usuarios de un Centro de Atención Primaria de la provincia de Málaga, que acuden a una consulta de enfermería demandando alguna de las prestaciones que se ofertan en la cartera de servicios. Los individuos que conformaron la muestra aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria mediante consentimiento informado.

Instrumentos:

El seguimiento de los pacientes incluidos en el estudio se realizó en la consulta de enfermería de forma personalizada. En la primera visita se registraron las variables antropométricas en su historia clínica junto con un estudio analítico general y hormonal, para descartar otras etiologías y/o comorbilidades, cuyo control puede llegar a adquirir prioridad frente a la pérdida de peso.

El estudio ha durado 6 meses. Los 2 primeros meses se realizó un seguimiento cada 15 días y los 4 meses restantes una visita mensual. El objetivo de que estas consultas sean tan frecuentes es para aumentar el control, la motivación del paciente y la adhesión al programa. Para que estas revisiones sean eficaces se ha modificado el enfoque tradicional de felicitación/amonestación dependiendo de si el paciente pierde o no peso, por el enfoque de refuerzo de hábitos/identificación y manejo de circunstancias adversas en los casos de buena o mala evolución respectivamente. De esta forma el paciente obeso nos ve como a un colaborador no como a un juez a quien debe rendir cuentas.

Los objetivos del programa incluyen la disminución de la ingesta calórica, mediante el mantenimiento de una dieta equilibrada, la realización de ejercicio físico de forma habitual y técnicas de terapia conductual.

Variables del estudio:

Parámetros antropométricos: peso, talla, edad e IMC.

El IMC se calcula mediante la fórmula siguiente: peso (en kilogramos)/talla (en metros).

El valor más utilizado en clínica para determinar el estado nutricional de una persona o una población es el IMC, que es una medida de peso relativo que establece una relación entre la talla del sujeto y su peso. El IMC es un indicador, no sólo de la existencia de obesidad, sobrepeso o desnutrición, sino también del grado en que se padece.

Debido a la pérdida gradual de estatura en el anciano, los senescentes pesan más por unidad de altura que los adultos más jóvenes, en consecuencia el IMC, que en adultos es normal si oscila entre 18.5 y 24.9, en ancianos puede considerarse normal un IMC entre 22 y 26.9.

Metodología del estudio:

Se ha realizado un estudio cuasi-experimental (sin grupo control), no aleatorio, longitudinal y prospectivo.

Metodología estadística:

Para este estudio me he ayudado del programa de análisis estadístico Alceste, (versión 1.5).

-El valor medio del IMC basal al inicio del estudio es de 34,2(intervalo: 30,4-39,1).

-El valor medio del IMC en el subgrupo de mujeres es de 34,5.

-El valor medio del IMC en el subgrupo de hombres es de 33,9.

De acuerdo con los datos previos, se calcula que la desviación típica del IMC en este tipo de pacientes es del orden de 2,3. Para un IMC inicial en el entorno de 30, una disminución del 4 % corresponde a reducir dicho valor en 1,2.

Con esos datos se predetermina que será necesario un tamaño de muestra del orden de unos 30 pacientes, para un contraste bilateral.

Se eligieron 32 pacientes (muestreo no aleatorio) repartidos en 16 hombres y 16 mujeres.

1 hombre falleció durante el estudio (por complicación de cardiopatía, y otro no acudió a la última revisión por enfermedad de su mujer.

Mediante la prueba T de Student para muestras pareadas comparamos las medias del IMC antes y tras la intervención enfermera, y observamos un descenso medio en el IMC de 1,4(contraste estadísticamente significativo con $p < 0.001$).

El tamaño de muestra es escaso para permitir estudiar si puede existir asociación entre el descenso del IMC y otros factores como puedan ser Sexo o Edad del paciente. No obstante, se realizó un análisis de regresión múltiple, con variable dependiente la diferencia entre el valor final del IMC y el valor inicial, y variables independientes el sexo y la edad, donde ninguno de los dos factores tiene significación estadística.

Resultados:

El valor medio del IMC al final del estudio es de 32,7(intervalo: 28,2-38,7)

Tras la intervención enfermera se ha producido:

-Reducción del IMC $\geq 5\%$ en el 36,7% de los pacientes.(11 pacientes)

-Reducción del IMC $\geq 4\%$ en el 63,7% de los pacientes.(19 pacientes)

Sólo hay 2 pacientes que incrementen su IMC durante el estudio, que suponen un 6,7% del total

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

El valor medio del IMC basal era de 34.2 al comienzo del estudio. Tras la intervención enfermera existe una progresiva disminución del IMC que empieza a ser estadísticamente significativa a los 6 meses de tratamiento, resultando un valor medio en el IMC de 32.7. Es decir, una reducción

tener en cuenta que los objetivos terapéuticos del programa no se han centrado en conseguir el peso ideal sino que han ido dirigidos a conseguir pequeñas pérdidas de peso. Estas pérdidas han inducido una mejoría significativa en las comorbilidades asociadas de los pacientes tratados.

La totalidad de los pacientes tratados refieren que se encuentran mejor anímicamente y con mayor capacidad funcional y manifiestan que van a seguir acudiendo a consulta de enfermería para controlar su peso.

Por tanto, los resultados obtenidos avalan la intervención enfermera como una medida muy útil para el afrontamiento de la obesidad. La enfermería es en muchas ocasiones el escalafón sanitario más accesible y más cercano a la población, situación que debemos aprovechar para realizar la captación y el tratamiento del paciente obeso.

El tiempo con el que se ha contado para el estudio ha sido escaso y la muestra pequeña, para poder determinar si las medidas propuestas pueden ser realizables por un espacio de tiempo prolongado o si previene futuras ganancias de peso. Tampoco ha permitido establecer

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Actualmente existe evidencia epidemiológica para considerar la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas de gran prevalencia e incidencia en las sociedades actuales. La obesidad incrementa el riesgo de padecer enfermedades como IAM, ACV, HTA, DBT 2, osteoartritis, varices, diferentes tipos de cáncer y demencia. Una intervención efectiva que reduzca peso, disminuye el riesgo de padecer estas enfermedades, por lo que aumentamos la seguridad del paciente. Además, está demostrado que pequeñas pérdidas de peso, en torno al 5%, son capaces de mejorar espectacularmente las comorbilidades asociadas.

Como se conocen las características de cada paciente por su historia clínica, se recomendó un tratamiento nutricional basado en la evidencia, individualizado, seguro y consensado con el médico en cada caso, ya que hay que tener en cuenta que la selección de una dieta inadecuada, no sólo podría ser ineficaz en alcanzar el objetivo de pérdida de peso, sino que podría acarrear toda una serie de consecuencias adversas, como son:

- Orignar situaciones de desnutrición o déficit de diferentes tipos de macronutrientes.
- Empeorar el riesgo cardiovascular de los pacientes.
- Favorecer el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, de enorme gravedad y peor pronóstico que la propia obesidad.
- Trasmitir conceptos erróneos sobre la obesidad y su tratamiento.
- Fomentar el sentimiento de frustración afectando negativamente al estado psicológico del obeso.
- Inducir cambios en el metabolismo energético que produzcan estados de resistencia a la pérdida de peso con la realización de sucesivas dietas.

Son incontables y muy populares las dietas milagro que han proliferado para el tratamiento de la obesidad, algunas de ellas con una apariencia pseudocientífica. Estas dietas constituyen en la mayoría de los casos no sólo un fraude sino también un peligro para la salud, ya que se caracterizan por ser desequilibradas, insuficientes, suelen prohibir alimentos básicos, ser monótonas y promover el ayuno. A largo plazo, se retomarán los hábitos anteriores, entonces se producirá efecto rebote, siendo cada vez más difícil adelgazar.

Por todo esto, nuestra propuesta dietética es una dieta equilibrada, completamente alejada de dietas milagro, moderadamente restrictiva,

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

- Estudiar cuáles son los hechos que han condicionado los cambios alimentarios producidos en nuestra sociedad.
- Revisión de los aspectos relacionados con la composición de la enorme profusión de dietas que han aparecido estos últimos años.
- Investigar y analizar el estado de nuestra industria alimentaria para generar una política institucional seria y eficiente en esta materia.
- Estudiar qué tipo de intervenciones enfermeras favorecen la adhesión y aceptación de nuestras propuestas a los pacientes.
- Realizar este estudio con una muestra de pacientes mayor y con un rango de edad más amplio para lograr mayor precisión en los resultados.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia para la prevención y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos.

M. Gargallo Fernández¹, J. Quiles Izquierdo², J. Basulto Marsset³; grupo de consenso FESNAD-SEEDO.

Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética. www.adenyd.org / Área de Capacitación (Martín, Díaz, de Torres, López-Pardo, Motilla y col)

Instituto Nacional de la Salud, publicación: La Enfermería. Cuidar: una profesión. Madrid

De Torres Aured, ML; Frances Pinilla, M; Martínez Álvarez, JR. La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de Atención Primaria. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. SEDCA 2007.