BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento
Bimbela-Serrano, María Teresa; Vidal Peracho, Concha; Bernués-Vázquez Luis. Estrategias de educación terapéutica en el tratamiento de la obesidad del adulto con riesgo cardiovascular en la consulta de enfermería comunitaria. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(3). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0788.php

ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD DEL ADULTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Autores:

María Teresa Bimbela-Serrano(1); Concha Vidal Peracho (2) Luis Bernués-Vázquez(3)

[1] Dpla. Enfermería. Dpla. Nutrición Humana y Dietética. Máster en Investigación en Atención Primaria. Servicio Aragonés de Salud, Centro de Salud de Calaceite, Teruel, España. Cjón. Balsa, 12. 44610. Calaceite (Teruel)

[2] Dra. Endocrinología y Nutrición. Hospital Royo Villanova, Servicio Aragonés de Salud , Zaragoza, España. Avda. San Gregorio, 30. 50015. Zaragoza

[3] Prof. Dr. Fisiatría y Enfermería. Universidad Zaragoza, Zaragoza, España
C/ Domingo Miral s/n. 50009. Zaragoza

Correspondencia:

María Teresa Bimbela Serrano. Dpla. Enfermería. Dpla. Nutrición Humana y Dietética. Máster en Investigación en Atención Primaria.
Fisiatría y Enfermería. Universidad Zaragoza, Zaragoza, España
C/ Domingo Miral s/n. 50009. Zaragoza
Móvil: 605 63 50 83. E-mail: mtbimbela@yahoo.es

Especificaciones:

Proyecto galardonado con la mención de 1er accésit en la modalidad “Ámbito Sanitario” en los VIII “Premios Estrategia NAOS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad” 2014, con el título "Programa de prevención secundaria de la obesidad adulta en el Servicio Aragonés de Salud" y no ha recibido financiación económica al formar parte del programa de apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad en salud del sector Alcañiz, que organiza anualmente el Servicio Aragonés de Salud con el título "Programación de la consulta de A.P. para la educación del paciente crónico. Proyecto Piloto en el tratamiento de la obesidad”

Estudio evaluado favorablemente por el Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA). Este proyecto ha sido aceptado en el “Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de Calidad en Salud de Aragón”. No existen conflictos de intereses por parte de ningún autor del manuscrito.

RESUMEN

Introducción: El tratamiento de la obesidad es uno de los grandes problemas con los que se enfrenta el profesional de Atención Primaria, aunque existan las Guías de Práctica Clínica.
Hipótesis: Demostrar que el tratamiento dietético con dieta hipocalórica abierta (posibilidad de elección entre grupos de alimentos), dentro de un Programa de Educación Terapéutica en consulta de Enfermería de Atención Primaria, resulta más eficaz que con dieta hipocalórica cerrada (dieta con menú estándar), en un grupo de pacientes obesos.
Objetivos: Evaluar la efectividad de dos tratamientos dietéticos para la obesidad unidos a la actividad física y la modificación conductual midiendo datos antropométricos, analítica sanguínea y riesgo cardiovascular.
Material y Métodos: Estudio prospectivo de intervención experimental centrado en el tratamiento personalizado de la obesidad en Atención Primaria, consistente en: dieta hipocalórica, actividad física, sesiones de educación nutricional, control de hábitos alimentarios, resultados de analíticas sanguíneas, datos antropométricos del paciente y riesgo cardiovascular.
Reflexiones finales: A pesar de que durante muchos años los estudios de "educación sobre la nutrición" han respaldado las estrategias empleadas tradicionalmente en el ámbito de la promoción y prevención para la salud, actualmente están siendo cuestionadas por otros nuevos métodos como los presentados en este proyecto. La mejora del aprendizaje de los pacientes así como alcanzar el compromiso para mantener una alimentación saludable y una actividad física constante; son elementos clave en la educación alimentaria que deberían plantear la reestructuración de la agenda del profesional al ser el medio necesario para gestionar la demanda y autonomía de los pacientes.

EDUCATION THERAPEUTIC STRATEGIES IN THE TREATMENT OF OBESITY IN ADULTS WITH CARDIOVASCULAR RISK IN COMMUNITY NURSING CONSULTATION

ABSTRACT

Introduction: The treatment of obesity is one of the major problems with the primary care provider and despite the existence of Clinical Practice Guidelines.
Hypothesis: To demostrate that dietary treatment with hypocaloric diet open (possibility to choose beetwen groups of food) within a Therapeutic Education Program in Primary nursing consultation is more effective than the same hypocaloric diet closed (diet with a standard menu), in a group of obesity patients .
Objectives: To assess the effectiveness of two dietary treatments for obesity linked to physical activity and behavior modification by measuring anthropometric data, blood and blood analyticals and cardiovascular risk.
Material and Methods: Prospective experimental intervention focused on personalized treatment of obesity in primary care, consisting of: calorie diet, physical activity, nutritional education sessions, eating habits control, results of blood tests, anthropometric data and cardiovascular risk patient.
Final Thoughts: Although for many years the studios of "nutrition education" have traditionally supported the strategies employed in the field of promotion and health prevention, currently being challenged by new methods such as those presented in this project. Improving the learning of patients and achieve the commitment to maintain a healthy diet and regular physical activity; are key elements in food education should raise the restructuring of the professional agenda to be the necessary means to manage demand and patient autonomy.

ÍNDICE

1.- JUSTIFICACIÓN DEL TEMA: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....4-5

2.- MARCO CONCEPTUAL…….… 5-6

3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 6

4.- MATERIAL Y MÉTODOS 6-10

5.- ANÁLISIS DE DATOS……..…10

6.- LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS.....10

7.- PROBLEMAS ÉTICOS.....11

.

8- ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.....12

9.- REFLEXIONES FINALES.....13

10.- BIBLIOGRAFÍA.....14-15

11.- ANEXOS.....16-29

1- ECUACIÓN DE FRAMINGHAM CALIBRADA.....16-17
2- CUESTIONARIO DE SALUD SF-36.....18-22
3- EJEMPLO DIETA CERRADA.....23-24
EJEMPLO DIETA ABIERTA.....25-27
4- ORGANIGRAMA PROYECTO TRATAMIENTO OBESIDAD……..…28
5.- MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....29

.

“ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD DEL ADULTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR, EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA”

1.-JUSTIFICACIÓN: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

La obesidad es una enfermedad crónica tratable y prevenible[1]. Es un síndrome de etiopatogenia multifactorial caracterizado por un aumento del tejido graso corporal que se acompaña de diversas manifestaciones patológicas. Está asociada con hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus Tipo 2 , aumento de algunos cánceres y otras comorbilidades. Por ello, esta patología bien de forma directa o bien a través de sus enfermedades asociadas, reduce las expectativas de vida de quienes la padecen[2].

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró la obesidad como la Epidemia del siglo XXI, puesto que los cálculos de la OMS indicaban que en el año 2005 habría en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos que tendrían sobrepeso y al menos 400 millones serían obesos. Actualmente, la OMS calcula que en 2015 a nivel mundial, habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.[3,4]

Por ello, el tratamiento de la obesidad es uno de los grandes problemas con los que se enfrenta el profesional de Atención Primaria y aunque existen las Guías de Prácticas Clínicas (GPC) que suponen una ayuda en los procedimientos de actuación, éstas solamente hacen referencia al grado de recomendación “A” en los diferentes planes dietéticos hipocalóricos (dieta semáforo, dieta por intercambios, dieta hipocalórica general en función de las calorías y dieta personalizada), sin hacer mención a la posibilidad de un mayor grado de efectividad con alguno de los tipos de tratamientos mencionados.

La realización de un ensayo clínico de intervención no farmacológica por medio de un contraste de hipótesis (H_0/H_1) que identifique aquellos tratamientos, con grado de recomendación “A”, más efectivos en el seguimiento del paciente obeso en Atención Primaria, podría mejorar los resultados del tratamiento del paciente obeso en atención continuada de atención primaria, implementar el tratamiento en Atención Primaria y derivar, a otros profesionales los pacientes con obesidad y comorbilidades que no respondan al tratamiento gestionado en la consulta de medicina general/enfermería, así como plantear la necesidad de gestionar de distinto modo las consultas de enfermería comunitaria.

Las metas generales de la pérdida de peso y del tratamiento no sólo consisten en reducir peso corporal sino también en mantener un menor peso corporal a largo plazo, o como mínimo, prevenir un aumento de peso adicional, mediante el desarrollo de hábitos de vida saludables y aumento de la autoestima personal.

Las intervenciones de pérdida de peso en personas con sobrepeso y obesas suelen acompañarse de oscilación del peso. La oscilación del peso puede tener consecuencias perjudiciales, e incrementar tanto los riesgos fisiológicos como los psicológicos[5]. Así lo confirman varios estudios basados en grandes poblaciones los cuales mostraron que la oscilación del peso se asocia con una mayor mortalidad que cifras elevadas mantenidas de peso[6,7,8] .

La reducción y el mantenimiento del peso, como parte de un programa de modificación del estilo de vida, son el pilar del tratamiento en las personas con sobrepeso y obesidad, cuya incidencia de ACV es mayor que los individuos con normopeso, especialmente los que padecen enfermedades favorecidas por la obesidad como son: hipertensión, diabetes o hipercolesterolemia.

Por ello, se considera que es necesario investigar sobre los determinantes de la adherencia a una dieta y que tipo de dieta es la más adecuada para que los pacientes puedan mantenerla a largo plazo[9], de manera que las intervenciones comunitarias sean más próximas y accesibles al paciente.[10]

Por lo tanto, se necesitan estudios que investiguen la seguridad y la efectividad a largo plazo de las estrategias para perder de peso.[11]

Finalmente, los resultados de este estudio podrían contribuir a una mejora en la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud[12] e incluso se podría conseguir un mejor empleo de los recursos sanitarios, consiguiendo a largo plazo, un ahorro en el gasto de todo el sistema sanitario.

2.- MARCO CONCEPTUAL

Para valorar rápidamente si el peso de un individuo es adecuado a sus características corporales, en la práctica clínica es habitual el uso del índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet, cuyo resultado surge del cociente entre el peso corporal (Kg) y la estatura elevada al cuadrado (m^2).

Se emplean clasificaciones para su interpretación basadas en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO)[13] según los siguientes valores:

- Peso insuficiente < 18,5
- Normopeso 18,5-24,9
- Sobrepeso grado I 25,0-26,9
- Sobrepeso grado II (preobesidad) 27,0-29,9
- Obesidad de tipo I 30,0-34,9
- Obesidad de tipo II 35,0-39,9
- Obesidad de tipo III (mórbida) 40,0-49,9
- Obesidad de tipo IV (extrema) ≥ 50

Además, la OMS estableció un protocolo en el cual recomienda medir la circunferencia de la cintura en el punto medio entre el borde inferior de la costilla y la cresta iliaca y la circunferencia de la cadera en el punto más ancho sobre los trocánteres mayores para realizar una estimación de la proporción de grasa abdominal o en la parte superior del cuerpo.

Las intervenciones para la reducción de peso incluyen: la dieta, ejercicio, las intervenciones psicológicas o conductuales, el tratamiento farmacológico para suprimir el apetito o controlar la ansiedad o la cirugía bariátrica[14], bien de tipo restrictivo o gastrectomía tubular, mixta restrictiva y malabsortiva como el Bypass

Gástrico o claramente malabsortiva como el Bypass Biliopancreático; los cuales precisan un seguimiento clínico prolongado con aporte de micronutrientes (cinc, cobre) y de vitaminas, predominantemente liposolubles tales como vitamina A.

Una pérdida de peso de 5% a 15% del peso inicial, se asocia con mejoras significativas en los niveles de lípidos, en el control glucémico y de la presión arterial [15]. Estos efectos pueden tener el potencial de reducir, la incidencia de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

3.- HIPÓTESIS

El tratamiento dietético con dieta hipocalórica abierta, dentro de un Programa de Educación Terapéutica, resulta más eficaz que con dieta hipocalórica cerrada.

OBJETIVO PRINCIPAL DEL ESTUDIO:

- Evaluar la eficacia de dos tratamientos dietéticos para la obesidad unidos a la actividad física y la modificación conductual midiendo datos antropométricos, bioquímica, hemograma y RCV.

OBJETIVOS SECUNDARIOS DEL ESTUDIO:

- Conocer la adherencia al tratamiento y las causas del abandono del tratamiento
- Evaluar que el seguimiento de los pacientes obesos en las consultas de enfermería de Atención Primaria es efectivo para participar en la intervención o la evaluación del seguimiento.
- Investigar la seguridad y la efectividad a largo plazo, de las estrategias en la consulta de enfermería para la pérdida de peso de los pacientes obesos.
- Valorar el nivel de aceptación del programa educativo

4.-MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo de Intervención experimental no farmacológica con contraste de hipótesis (H_0/H_1):

H_0: Dieta HIPOCALÓRICA ABIERTA +act.física **≠** dieta HIPOCALÓRICA CERRADA +act.física
H_1: Dieta HIPOCALÓRICA ABIERTA +act.física **=** dieta HIPOCALÓRICA CERRADA+act.física

POBLACIÓN DIANA: 50 personas de 30 a 65 años procedentes de un Centro de Salud rural y sus cinco consultorios asociados de Atención Primaria, con obesidad y riesgo cardiovascular en los próximos 10 años (Siendo 95% nivel de confianza, 3% precisión, 5% proporción, 15% proporción perdidas esperadas)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Pacientes de ambos sexos de 30 a 65 años con:
IMC > 30Kg/m^2; ICC> 0,8; Test de Framingham (ANEXO 1), cuestionario "SF-36 versión española" ≥ 50, tras recibir autorización y licencia expresa para la utilización de la versión divulgada por QualyMetric (ANEXO 2) y fase de contemplación 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.

Todas las personas del estudio será preciso que presenten al menos uno de los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Alteración de la nutrición por exceso de ingesta relacionada con el aporte calórico superior al gasto energético
- Alteración del patrón actividad-ejercicio relacionado con disminución de la actividad física o sedentarismo.
- Alteración de la imagen corporal no relacionada con trastorno del comportamiento alimentario y exceso de peso.
-Déficit de autoestima relacionado con afrontamiento individual ineficaz y sobrealimentación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Individuos con tratamiento farmacológico por trastornos del estado de ánimo y afectivos (según clasificación DSM V); patología tiroidea ya conocida; y personas tratadas con antidiabéticos orales o insulina, dado que sus necesidades de ingesta alimentaria pueden variar en función de los riesgos de hipoglucemia.

INTERVENCIÓN QUE SE REALIZA: comparación de dos grupos que realizan actividad física + modificación conductual (educación nutricional) siendo tratado el grupo 1 con "dieta hipocalórica abierta" y el grupo 2 con "dieta hipocalórica cerrada". (ANEXO 3).

DIETA HIPOCALÓRICA

Las dietas terapéuticas deben personalizarse y dependen para su aplicación de la situación médica y de la cultura alimentaria concreta. Es preciso personalizar las dietas para mejorar la adherencia del paciente y evitar la aparición de problemas éticos por recomendaciones inadecuadas a la persona que va a iniciar el tratamiento.

La duración del tratamiento dietético de la obesidad dependerá en cada caso, del ritmo del paciente, de las enfermedades asociadas... Debe tenerse en cuenta que para reeducar los hábitos alimentarios es necesario tiempo y por ello se necesita hacer un seguimiento para potenciar su motivación y adherencia. Puede haber un aumento de peso sin transgresiones dietéticas en caso de: retención de líquidos, tensión premenstrual, estados de angustia...

A partir de las necesidades calóricas diarias de cada paciente calculadas mediante el gasto energético total (GET) se realizará una reducción calórica del total estimado de 400-500 Kcal para alcanzar un ritmo de pérdida de peso entorno a 0´5-1 Kg / semana aproximadamente o 1% del peso. Aunque al principio se perderá más, si se pierde demasiado peso, deberá aumentarse la ingesta energética de la dieta. Además, deben tenerse en cuenta las interferencias: medicamentos, trastornos del sueño, ansiedad... Pueden provocar alteraciones en la retención de líquidos.

PRINCIPIOS GENERALES ELABORACIÓN DIETA HIPOCALÓRICA:

ENERGÍA:

Debe disminuirse por debajo del 40% en función de la ingesta espontánea. Se debe modificar este porcentaje en caso de necesidad.

Las dietas hipocalóricas deberán ser equilibradas puesto que en caso contrario pueden provocar:

-Pérdidas de potasio (K+) y de proteínas tisulares por lo que aumenta el riesgo cardíaco.
-Insuficiencia en los aportes de vitaminas y sales minerales.
-Cansancio, intolerancia al frío, nerviosismo, piel seca, estreñimiento.

PROTEÍNAS:

-Debe asegurarse un buen aporte proteico (15 - 20 % de la energía).

-Si las dietas son muy bajas energéticamente, deberá asegurarse los mínimos proteicos. Pueden aparecer edemas debidos a la disminución de la albúmina sérica por disminución de la ingesta proteica.
-Las proteínas han de ser preferentemente de alto valor biológico.

En caso de malnutrición proteica o situaciones de estrés (quemados, accidentes...) debe administrarse 1.5 g proteínas / Kg de peso corporal / día.

GLÚCIDOS:

-Deben aportar un 50 % del aporte calórico total.
-De preferencia glúcidos complejos y con fibra. En cualquier caso no se recomienda nunca disminuir los hidratos de carbono por debajo de 50 gr / día dado que se producirían cuerpos cetónicos. Los requerimientos mínimos diarios son 150 gr gr / día.

FIBRA:

-Pueden dar sensación de saciedad, disminuye la absorción de las grasas, biodisponibilidad de los minerales (Ca, Zn, Fe, Mg) y retarda la absorción de los glúcidos.

LÍPIDOS:

-Según las recomendaciones (30-35 % de la energía) procurando que las monoinsaturadas sean las más abundantes. Indicar al menos 20 gr / día de aceite de oliva.

VITAMINAS Y MINERALES:

-Deberá suplementarse la dieta si ésta es inferior a 1200 - 1300 Kcal / día o si la persona tiene alguna intolerancia...con un complejo polivitamínico de farmacia.

AGUA:

-Debe planificarse una ingesta de agua de al menos 2-2.5 l / día

PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA

- Establecer un registro de la actividad física realizada diariamente (recomendación de 60 a 90 minutos caminar/día).

PLAN SESIONES EDUCATIVAS

- Alimentación equilibrada: "Pirámide alimentaria"
- Distribución de los grupos de alimentos a lo largo del día y la semana.
- Dieta por intercambios y raciones intercambiables.
- Falsos mitos y creencias de la alimentación (¿ingesta de agua y fruta antes, durante o después de las comidas?, ¿pasta y legumbre en un régimen de adelgazamiento? ¿alimentos integrales adelgazan? ¿frutos secos como tentempié?)
- Comprensión del etiquetado de los productos: Glúcidos, grasas, proteínas, fibra y agua.
- Alimentos light (bebidas y alimentos sin azúcar, bajo en grasas, sin alcohol...).
- La "Nueva Rueda de los alimentos" (SEDCA)[20] o "Pirámide Alimentaria" (SENC)[21] en la consulta de enfermería.
- Encuestas de evaluación de conocimientos autorizadas en 2012 por Nestlé "ABC de Nutrición" y "Pirámide Nutricional"[22], elaboración de la Pirámide Alimentaria partiendo de un orden inadecuado de los grupos alimentarios

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIADES A REALIZAR: (ANEXO 4)

El programa de intervención se realizará tras la aceptación del paciente mediante consentimiento informado (ANEXO 5) e informe favorable del Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA).

Para el estudio de ambos grupos se considera oportuno valorar los siguientes apartados:

1.- Se realizarán controles cada dos o tres semanas donde se estudiarán las dificultades alimentarias y se determinarán:

- Datos antropométricos del paciente: Peso, talla, perímetro cintura-cadera, perímetro de brazo, pliegues corporales y/o impedancia bioeléctrica.

2.- Se repetirán al comienzo y al final del tratamiento a cada paciente las siguientes valoraciones:

- Probabilidad de éxito de cambio mediante el cuestionario "Test de predicción del éxito de cambio (Test Bimbela)"[16].
- Hábitos alimentarios[17] y actividad física que realiza habitualmente mediante un Cuestionario de Frecuencia de Consumo Semanal, "Encuesta de hábitos alimentarios" [18], y registro de actividad física semanal
- Percepción de la calidad de vida mediante el cuestionario "SF-36 Versión Española"[19]
- Pruebas de Laboratorio (bioquímica, hemograma, hormonas tiroideas y analítica de orina)

- Riesgo Cardiovascular (RCV)
- Cálculo individualizado de la dieta a prescribir en función del metabolismo basal y gasto energético (Ej: Harris- Benedict)

3.- Al finalizar el tratamiento de pérdida de peso se realizarán sesiones de educación individual (15-30 min durante cada consulta) y/o grupal (1h y media al mes).

Además, al finalizar el tratamiento dietético completo (máximo 24 meses) se propone a cada paciente acudir libremente cada 6 meses durante el primer año con sus registros autoadministrados (recogidos por el propio paciente) a la consulta de enfermería y después anualmente a la consulta de medicina con sus registros para petición de analítica sanguínea y de orina; así como registro de la evolución del tratamiento.

5.- ANALISIS DE DATOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Al comenzar, se necesario realizar el cribado de la información obtenida en las bases de datos, con la intención de identificar observaciones erróneas. A continuación, se elaborará el análisis descriptivo de la muestra. En el caso de las variables numéricas se resumirán los datos en medias y desviaciones típicas, con sus intervalos de confianza salvo si las distribuciones son asimétricas, en cuyo caso se emplearán medianas y cuartiles.

Las variables cualitativas serán expresadas en porcentajes y se añadirán representaciones gráficas en función de la información cualitativa o cuantitativa.

ANÁLISIS INFERENCIAL

Para contrastar los datos cuantitativos entre los grupos elaborados se utilizará la T-Student para muestras independientes o U de Mann- Whitney en caso de distribuciones no normales de las variables no paramétricas. Para el estudio relacional entre dos variables cuantitativas dicotómicas (medición antes/ medición después) se empleará el test de McNemar y se determinará el posible cambio detectado con un intervalo de confianza del 95%.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p< 0,05$. El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico informático IBM SPSS. 15.0 para Windows.

6.-LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Abandono del tratamiento en un periodo inferior a un año (por desmotivación, monotonía, humor ansioso o depresivo, falta de actividad física o conocimientos).

7.- PROBLEMAS ÉTICOS

El proyecto se va a llevar a cabo partiendo de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizada en Helsinki (1964), y sucesivamente revisada, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todos los pacientes que se van a incluir en el mismo. El presente proyecto será presentado para su autorización en el Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA).

El tratamiento de los datos y de los pacientes será estrictamente confidencial siguiendo la legislación sobre protección de datos española (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre). Se emplearán impresos de recogida de datos donde figurarán únicamente códigos identificativos que serán asignados a cada persona así como los registros electrónicos tipo bases de datos que se diseñarán para evitar la identificación de los participantes. El resto de datos personales que permitan identificar a los individuos, serán reservados en otros registros confidenciales.

Así mismo, para evitar conflictos éticos durante el ejercicio de este proyecto de investigación, se preservarán los principios de un tratamiento de adelgazamiento[23]:

- La dieta de adelgazamiento debe ayudar a la persona durante todo el tratamiento.
- Debe favorecer la adquisición de buenos hábitos. No es mejor tratamiento de adelgazamiento el que elimina más kilos en menos tiempo sino aquella que educa para no volver a ganarlos.
- Debe prevenir los posibles desórdenes ligados a la obesidad propiciado un estado nutricional óptimo.
- En caso de aceptar las condiciones del tratamiento deberá ser informado de su inclusión en un estudio clínico y firmar un consentimiento informado dando su consentimiento.

8.- ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Tratamiento controlado cada 2 o 3 semanas según necesidades del paciente. Se realizará una primera consulta para estudiar los hábitos del paciente, otra consulta para explicar el tratamiento a seguir por cada paciente y los controles de peso/antropometría. Una vez finalizado, será preciso un control para valorar los posibles problemas que han surgido e indicar soluciones durante ese primer año posterior al tratamiento.

Tabla 2. Cronograma programa de adelgazamiento

CRONOGRAMA PROGRAMA ADELGAZAMIENTO									
	1º-3º mes	4º mes	5º-13º mes	14º mes	15º-16 mes	17º- 26º mes	27º-28º mes	29-34º mes	29º-40 mes
Detección pacientes con criterios de inclusión y analítica									
Antropométría y entrevista (30min)									
Autoregistro alimentario y planificación tto									
Test SF-36+preg. hábitos alimentarios (30´)									
Entrega+explicar dieta hipocalórica (15´)									
Control tto 2-3 semanas (15´)									
Reevaluación del tto individualizado y resolución de problemas en c/ control (15´)									
Entrega+explicar dieta normocalórica (15´)									
Control tto 2-3 semanas (15 min)									
3 sesiones educación individual al finalizar (30´) y test de evaluación Nestlé + completar pirámide alimentaria									
Test sf-36, cuestionario hábitos alimentarios, test satisfacción usuario salud (30´)									
Control tto trimestral (15´)									
Altas de los tratamientos y sesión de motivación para reforzar conducta alimentaria									
Evaluación de los resultados									
Revisión c/ 6 meses a consulta de su enfermera de atención primaria con autoregistros de peso									

9.- REFLEXIONES FINALES

A pesar de que durante muchos años los estudios de “educación sobre la nutrición” han respaldado las estrategias empleadas tradicionalmente en el ámbito de la promoción y prevención para la salud, actualmente están siendo cuestionadas por otros nuevos métodos como los presentados en este proyecto. [24]

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 alimentaria. [25]

Todo ello supone una inversión de tiempo en la consulta del profesional de enfermería que debería ser valorado mediante la reestructuración de la agenda del profesional por su aportación a la promoción y prevención de la salud, puesto que es el medio de reducir la demanda de visita en consulta o domicilio al mejorar la autonomía del paciente.

Además, el reconocimiento de la labor del profesional también es un aliciente en la práctica asistencial, que mejora la motivación para mantener estos los resultados de prevención secundaria de un modo viable, sostenido y económico.[26]

Por otro lado, la personalización del tratamiento puede resultar de gran ayuda para la derivación del paciente obeso a otros profesionales cuando se diagnostique que el origen del fracaso no forme parte de la competencia de la consulta de medicina general/enfermería.

Todo ello puede ayudar a una mayor calidad de los resultados de promoción y prevención de la salud así como la motivación del profesional, cuestionando la tendencia actual de evaluar la cantidad de trabajo en Atención Primaria dando mayor valor a la medición de indicadores de calidad de asistencia.

Por ello, puesto que el éxito del tratamiento de la obesidad está influenciado tanto por la actitud del paciente al realizar la modificación de los hábitos nutricionales, como por la del profesional al emplear métodos adaptados a cada paciente, “ Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo” (A. Einstein)

10.- BIBLIOGRAFÍA

1. Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. Epidemiologic trends in overweight and obesity. Endocrinol Metab Clin N Am 2003; 32: 741-60.

2. Maíz A. Consecuencias Patológicas de la Obesidad: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Dislipidemia. Bol Esc Med (Universidad Católica de Chile) 1997; 26: 18-21.

3.-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INE. Encuesta Nacional de Salud, 2011-12.http://www.ine.es/prensa/ np770.pdf.

4.- 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.

5.- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity (Nat Task Force). Weight cycling. JAMA 1994;272:1196-202.

6.- Blair SN, Shaten J, Brownell K, Collins G, Lissner L. Body weight change, all-cause mortality, and cause-specific mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Annals of Internal Medicine 1993;7:749-57.

7.- Folsom AR, French SA, Zheng W, Baxter JE, Jeffery RW. Weight variability and mortality: the Iowa Women's Health Study. International Journal of Obesity and related Metabolic Disorders 1996;20:704-9.

8.- Lissner L, Odell PM, D'Agostino RB, Stokes J 3rd, Kreger BE, Belanger AJ, et al. Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. New England of Journal Medicine ;324:1839-44.

9.- Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL, Selker HP, Schaefer EJ. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. A randomized trial. JAMA. 2005; 293:43-53.

10.-Hiltje Oude Luttikhius, Louis Baur, Hanneke Jansen, Vanessa A Shrewabury, Claire O´Malley, Ronald P Stolk, Carolyn D Summerbell. Intervenciones para tratar la obesidad infantil (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com.(Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD001872. Chichester, UK: John Wiley& Sons, Ltd.).

11.- Curioni C, André C, Veras R. Reducción de peso para la prevención primaria del accidente cerebrovascular en adultos con sobrepeso u obesidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.).

12.- Sistema de Información de Atención Primaria-SIAP 2007 y Catálogo Nacional de Hospitales 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2008

13.-Gargallo Fernández M, Basulto Marset J, Breton Lesmes I, Quiles Izquierdo J, Formiguera Sala X, Salas-Salvadó J. Recomen daciones 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.

14.- Lung. Clinical Guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults - the evidence report (Clinical Gdlns). Obesity Research 1998;6:51S-209S.

15.- Douketis JD, Sharma AM. Obesity and cardiovascular disease: pathogenic mechanisms and potential benefits of weight reduction. Seminars in Vascular Medicine 2005;5:25-33.

16.- Bimbela Serrano MT. "Test de predicción del éxito de cambio (Test Bimbela)". Registro de la Propiedad Intelectual del Gobierno de Aragón. Zaragoza. 2013

17.- Bimbela Serrano MT et al. Estudio de hábitos alimentarios dentro de un programa dietoterápico para pérdida de peso en la consulta de enfermería de atención primaria Nutr. clín. diet. hosp. 2014; 34(2)

18.- Corbacho A, Morillas C, Adsuara C. Obesidad. Guía de Actuación Clínica en A.P. En: Guías de actuación clínica en APde la Comunidad Valenciana. Tomo II.Generalitat Valenciana, Conselleria Sanitat, Valencia, 2002.

19.- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30: 473-483.

20.- Martínez Alvarez JR, Arpe Muñoz C, Iglesias Rosado C, Pinto Fontanillo JA, Villarino Marín A, Castro Alija MJ et al. "La nueva rueda de los alimentos".SEDCA.2005.
http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/USOrueda.pdf.

21.- Serra Majem Ll, Aranceta Bartrina J. Guías alimentarias, educación nutricional, fortificación y suplementación. En: Gálvez Vargas R, Sierra López A, Sáenz González MC, Gómez López Ll, Fernández-Crehuet Navajas J, Salleras Sanmartí L et al., directores. Piédrola Gil Medicina Preventiva y Salud Pública, 10ª ed. Barcelona: Masson; 2001. p.923-34.

22.- Grupo Nestlé. "ABC de Nutrición y Pirámide Nutricional". Nestlé España. Barcelona. 2012. Disponible en: http://www.agustoconlavida.es

23.- Feldman EB. Obesidad, anorexia nerviosa y bulimia. En: Principios de Nutrición Clínica. México DF: El Manual Moderno, 1990:440-3

24.- ADA (American Dietetic Association). Position of the American Dietetic Association: nutrition education for the public. J Amer Diet Assoc 1996; 96,11,1183-7

25.- 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.

26.- Ferrer Arnedo,C. Rev Adm Sanit. 2009; 07 (02): 261-74- vol.07 núm 02

11.-ANEXOS

ANEXO 1.- ESTIMACIÓN DE RIESGO CORONARIO EN ESPAÑA MEDIANTE LA ECUACIÓN DE FRAMINGHAM CALIBRADA

ANEXO 2.- CUESTIONARIO “SF-36 VERSIÓN ESPAÑOLA”

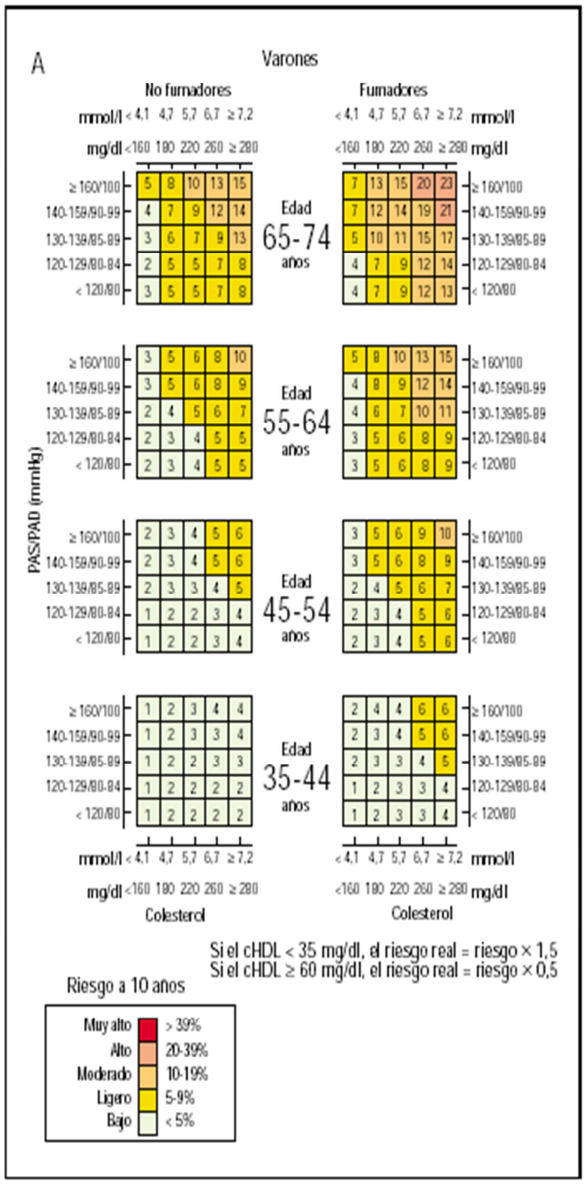
ANEXO 3: EJEMPLO DE 1500 KCAL DE DIETA CERRADA Y DIETA ABIERTA

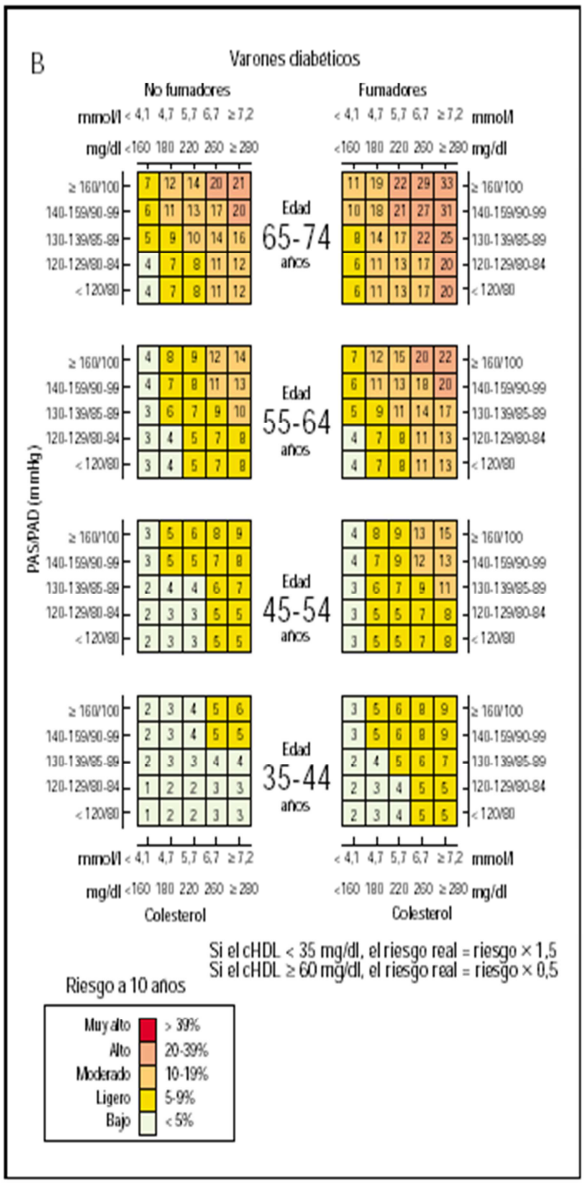
ANEXO 4: ORGANIGRAMA PROYECTO TRATAMIENTO OBESIDAD

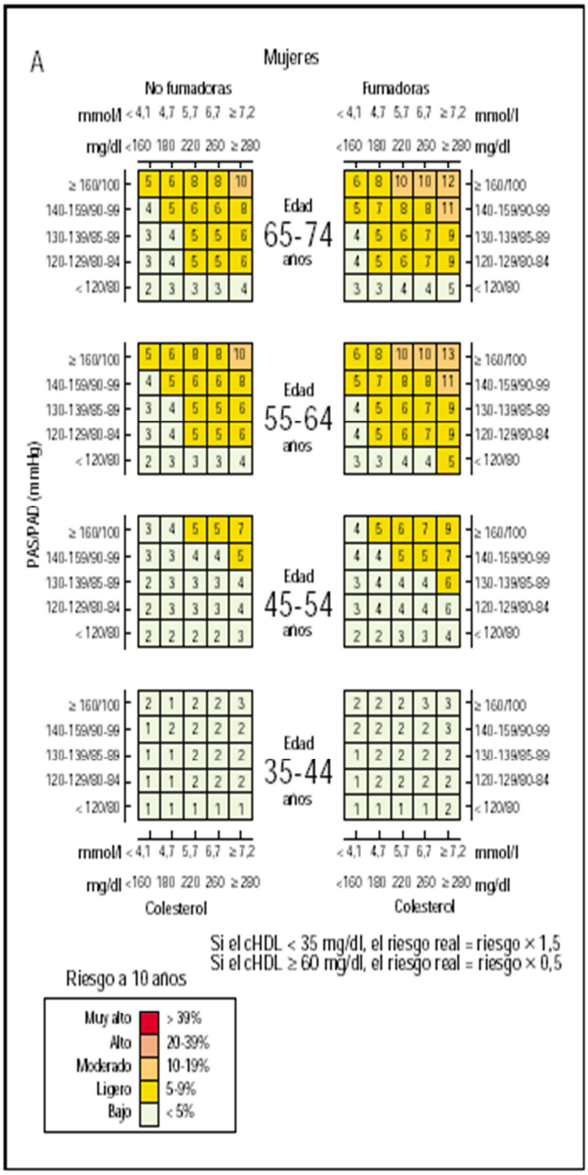
ANEXO 5: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

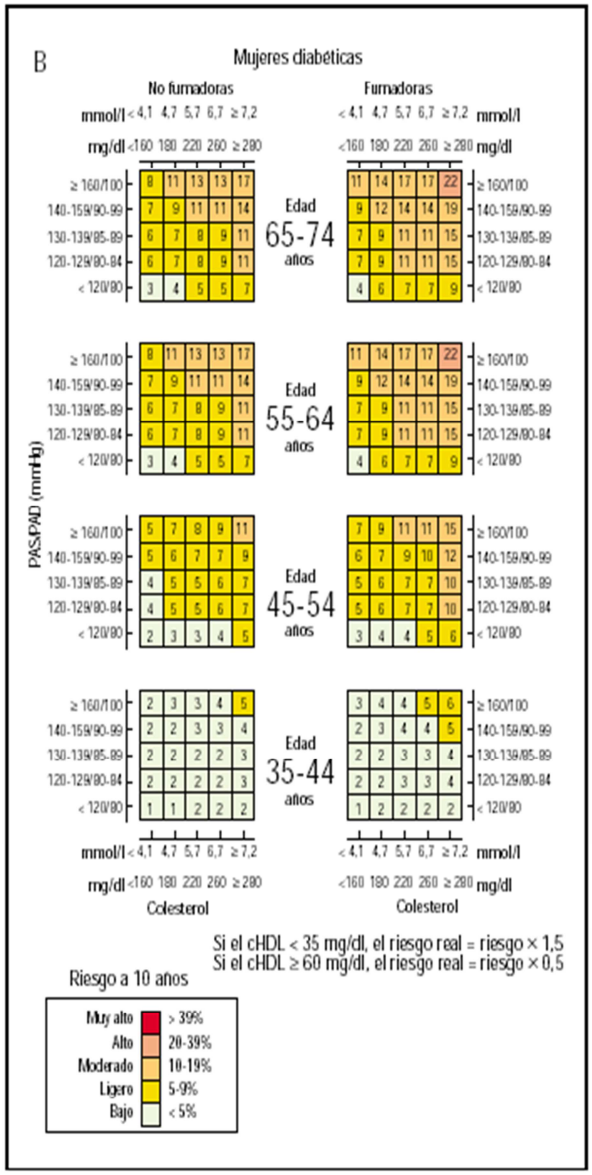
ANEXO 1:

Estimación de riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada






A
Mujeres
No fumadoras
Fumadoras
mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2
mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280
PAS/PAD (mmHg)
≥ 160/100
140-159/90-99
130-139/85-89
120-129/80-84
< 120/80
Edad 65-74 años
Edad 55-64 años
Edad 45-54 años
Edad 35-44 años
Colesterol
Si el cHDL < 35 mg/dl, el riesgo real = riesgo × 1,5
Si el cHDL ≥ 60 mg/dl, el riesgo real = riesgo × 0,5
Riesgo a 10 años
Muy alto > 39%
Alto 20-39%
Moderado 10-19%
Ligero 5-9%
Bajo < 5%


B
Mujeres diabéticas
No fumadoras
Fumadoras
mmol/l < 4,1 4,7 5,7 6,7 ≥ 7,2
mg/dl < 160 180 220 260 ≥ 280
PAS/PAD (mmHg)
≥ 160/100
140-159/90-99
130-139/85-89
120-129/80-84
< 120/80
Edad 65-74 años
Edad 55-64 años
Edad 45-54 años
Edad 35-44 años
Colesterol
Si el cHDL < 35 mg/dl, el riesgo real = riesgo × 1,5
Si el cHDL ≥ 60 mg/dl, el riesgo real = riesgo × 0,5
Riesgo a 10 años
Muy alto > 39%
Alto 20-39%
Moderado 10-19%
Ligero 5-9%
Bajo < 5%

ANEXO 2

Cuestionario de Salud SF-36

SF-36v2® Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.
SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.
(SF-36v2® Health Survey Standard, Spain (Spanish))

1. ¿PARA QUÉ SIRVE?

Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Consta de 36 temas, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; limitaciones del rol: de problemas físicos; limitaciones del rol: problemas emocionales; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:
1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son:
A) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.
B) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

En cuanto al cuestionario:
No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una “versión estándar ” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.
El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones. Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

Dimensión	Significado
Función física	Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diraria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.
Rol físico	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.
Dolor corporal	Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.
Salud general	Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.
Función social	Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
Rol emocional	Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.
Salud mental	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

2. ¿CÓMO SE ELABORA?

Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado mediante un entrevistador, a través del teléfono o mediante soporte informático. Si es autoadministrado se debe contestar como se indica en el formato. En el caso de ser administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas.

3. FORMATO CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:
   1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
   1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año 3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año 5 Mucho peor ahora que hace un año

PREGUNTAS SOBRE ACTIVIDADES QUE PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenaresde metros)?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
   1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho
6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. RESPONDA CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces
5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

<u>POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.</u>

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa
5 Totalmente falsa

Asignación de puntaje. Enfoque Rand es simple.
Transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).
Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntean 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntean 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian ara crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.
Los ítems no respondidos no se consideran.

ANEXO 3

EJEMPLO: DIETA CERRADA
(1430 KCAL: 70 gr. de proteínas; 60 gr. de grasas; 180 gr. de glúcidos).
Cada día realizará 4 comidas, manteniendo de forma regular el horario y respetando los pesos que se recomiendan.

TODOS LOS DÍAS

DESAYUNO:
- 200 ml leche con café o té sin azúcar
- 200 gr de fruta o 30 gr de pan integral

MERIENDA:
- 200 ml leche con café o té sin azúcar con 200 gr. de fruta

LUNES

COMIDA:
- 200 gr. coliflor hervida
- 100 gr de pollo asado (sin desperdicios)

CENA:
- sopa de pasta (30 gr. pesada en crudo)
- 100 gr. pescado (sin desperdicios) a la plancha con lechuga y tomate (100 gr.)

MARTES

COMIDA:
- 200 gr zanahorias estofadas
- 100 gr pollo (sin desperdicios) asado con lechuga

CENA:
- 200 ml consomé aderezado con huevo duro y 20 gr. jamón york
- filete 100 gr empanado con lechuga

MIÉRCOLES

COMIDA:
- 200 gr espinacas rehogadas
- 100 gr pescado (sin desperdicios) al horno

CENA:
- 200 gr acelgas y zanahorias estofadas
- 100 gr filete de ternera a la plancha con lechuga

JUEVES

COMIDA:
- 200 gr ensalada mixta
- 100 gr. pescado (sin desperdicios) a la plancha con 100 gr de patata cocida

CENA:
- 100 gr. de crema de guisantes
- 1 huevo al plato con 100 gr. guarnición de verdura

VIERNES

COMIDA:

- sopa de pasta (30 gr pesada en crudo)
- 100 gr. merluza a la romana (sin desperdicios), con ensalada

CENA:

- 200 gr verdura rehogada
- un filete de 100 gr. a la plancha con lechuga

SÁBADO

COMIDA:

- 200 gr. puré de verdura
- filete de 100 gr. a la plancha con ensalada

CENA:

- 200 ml sopa juliana
- 100 gr. pollo asado (sin desperdicios) con 100 gr ensalada

DOMINGO

COMIDA:

- sopa de marisco (30 gr. pasta en crudo)
- 100 gr carne de vaca asada con 100 gr. guarnición de verduras

CENA:

- 200 ml consomé aderezado con huevo duro y 20 gr jamón york
- 100 gr pescado (sin desperdicios) al horno.

OBSERVACIONES:

1.- ESTA DIETA LLEVA 60 GR PAN (1 PANECILLO) PARA TODO EL DÍA
2.- ADEMÁS, INCLUYE 100 GR. FRUTA EN LA COMIDA Y 100 GR. EN CENA
3.- PUEDEN UTILIZARSE EDULCORANTES ARTIFICIALES (SACARINA)
4.- 20 GR. ACEITE=2 CUCHARADAS SOPERAS PARA TODO EL DÍA DE ACEITE DE OLIVA

EJEMPLO : DIETA ABIERTA

(1500 KCAL; 80 GR. PROTEÍNAS; 50 GR GRASAS; 200 GR. GLÚCIDOS)

DESAYUNO:

- 200 ml leche desnatada
- 30 gr. pan blanco integral

MEDIA MAÑANA:

- 50 gr. pan blanco o integral
- 20 gr. del grupo de las proteínas: atún sin aceite, queso o fiambre magro

COMIDA:

- un alimento a escoger del grupo verduras
- un alimento a escoger del grupo farináceos
- un grupo a escoger del grupo proteínas
- un grupo a escoger del grupo frutas
- 20 gr. pan blanco o integral

MERIENDA:

- 200 ml leche desnatada
- un alimento a escoger del grupo frutas

CENA:

- un alimento a escoger del grupo verduras
- un alimento a escoger del grupo farináceos
- un alimento a escoger del grupo proteínas
- un alimento a escoger del grupo frutas
- 20 gr. pan blanco o integral

ANTES DE ACOSTARSE:

- 200 ml leche desnatada o 2 yogures naturales desnatados

ACEITE: 20 GR.= 2 CUCHARADAS SOPERAS/DÍA DE OLIVA

ALIMENTOS DIETA ABIERTA DISTRIBUIDOS POR GRUPOS

VERDURAS

GRUPO A: 300 gr. acelga, apio, berenjenas, brécol, calabaza, calabacín, champiñones, col, endivias, espárragos, espinacas, lechuga, escarola, pepinos, pimientos, rábanos, tomates, grelos, nabizas, coliflor.

GRUPO B:200 gr berros, cebolletas, judías verdes, nabos, cardo, puerros

GRUPO C:100 gr. alcachofas, cebollas, coles de Bruselas, remolacha, zanahorias

FARINÁCEOS

GRUPO A:120 gr guisantes o alubias frescas

GRUPO B:100 gr. patatas o boniatos

GRUPO C:40 gr. garbanzos, alubias secas, lentejas, patatas fritas o pan blanco o integral

GRUPO D:30 gr. arroz, pastas (macarrones, espaguetis, fideos, etc.), harina, pan tostado, puré de patata (comercial), sémola o tapioca.

PROTEÍNAS

CARNES:100 gr carne magra (sin grasa): pollo sin piel, pechuga de pavo, conejo, liebre, caza, ternera o buey magros

PESCADOS:130 gr. pescado azul o blanco

HUEVOS:2 huevos

FRUTAS

GRUPO A: 300 gr. melón, sandía, pomelo

GRUPO B: 150 gr. fresa, albaricoque, ciruela, frambuesa, mandarina, naranja, piña natural

GRUPO C: 120 gr. manzana, melocotón, pera

GRUPO D: 75 gr. chirimoya, cerezas, plátano, níspero, uvas, higos

OBSERVACIONES

1.- PUEDEN SUSTITUIR 100 ML. DE LECHE DESNATADA POR UN YOGURT NATURAL DESNATADO O 40 GR. QUESO TIPO BURGOS

2.- CADA 10 GR. PAN PUEDE SUSTITUIRSE POR UNA GALLETA

3.- PUEDE CONDIMENTAR A SU GUSTO CON SAL (SI NO TIENE ALGUNA ENFERMEDAD QUE SE LO IMPIDA), VINAGRE, PEREJIL, LAUREL, LIMÓN, AJO, CEBOLLA…

4.- COMO BEBIDA REFRESCANTE UTILIZAR AGUA, GASEOSAS, COLAS LIGHT.

5.- SE RECOMIENDA BEBER DE 1,5 A 2 LITROS DE LÍQUIDOS AL DÍA.

6.- NO DEBE UTILIZAR OTROS ALIMENTOS QUE NO ESTÉN INCLUIDOS EN LA DIETA.

7.- PUEDEN UTILIZARSE SI ALIMENTOS EN CONSERVA ENVASADOS AL NATURAL

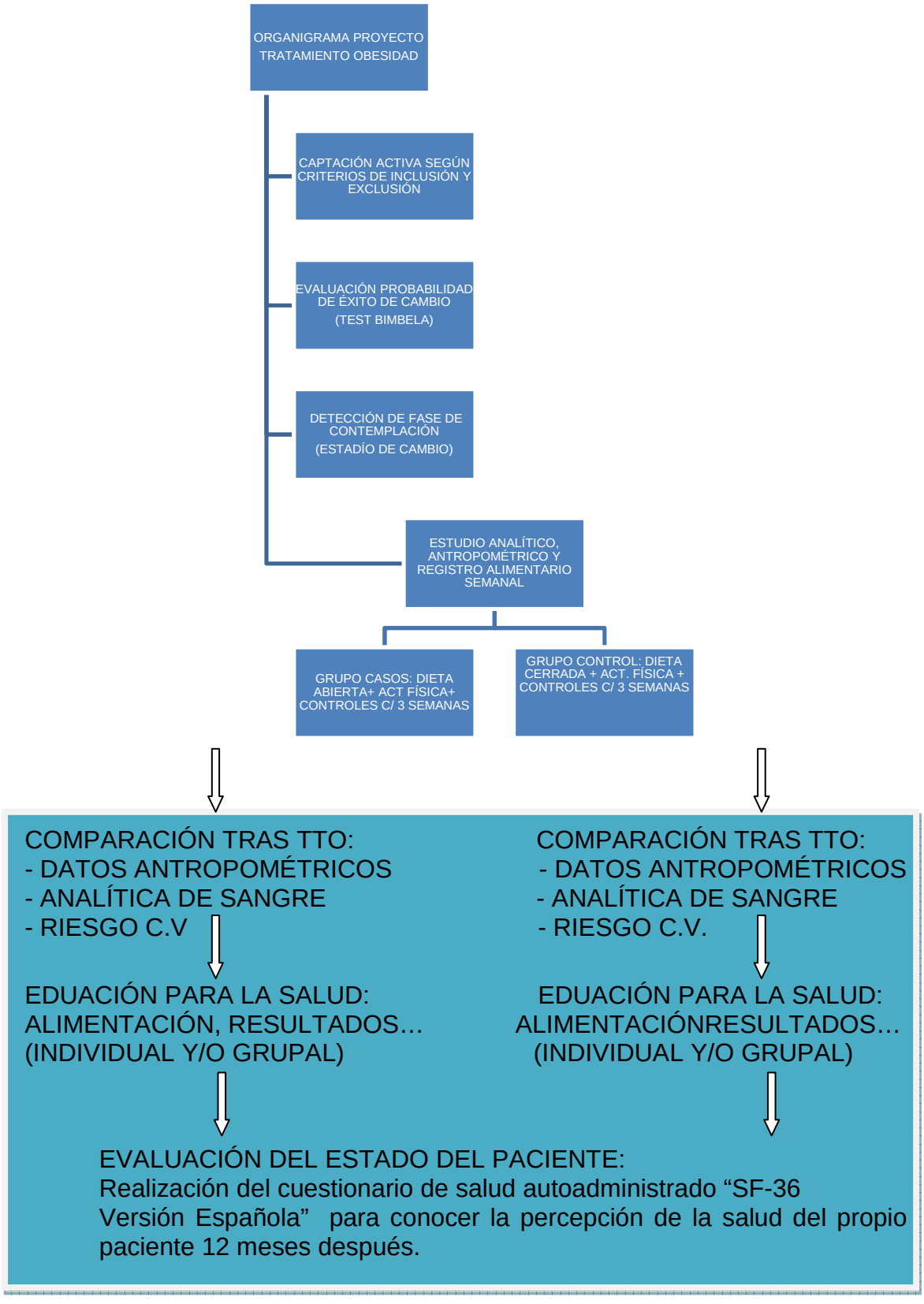
8.- COMO EDULCORANTE PUEDE UTILIZAR SACARINA, ASPARTAMO U OTRO EDULCORANTE ARTIFICIAL. LA SUCRALOSA NO PIERDE SU PODER EDULCORANTE AL ELEVAR LA TEMPERATURA POR ENCIMA DE 100 ºC

9.- LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS SE HARÁ PREFERENTEMENTE AL HORNO, AL VAPOR, COCIDOS O A LA PLANCHA.

10.- PESAR LOS ALIMENTOS CRUDOS LIBRES DE DESPERDICIOS,

1.- ES CONVENIENTE QUE VARÍE LOS ALIMENTOS SIEMPRE DENTRO DEL MISMO GRUPO.

ANEXO 4


ORGANIGRAMA PROYECTO TRATAMIENTO OBESIDAD
CAPTACIÓN ACTIVA SEGÚN CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
EVALUACIÓN PROBABILIDAD DE ÉXITO DE CAMBIO (TEST BIMBELA)
DETECCIÓN DE FASE DE CONTEMPLACIÓN (ESTADÍO DE CAMBIO)
ESTUDIO ANALÍTICO, ANTROPOMÉTRICO Y REGISTRO ALIMENTARIO SEMANAL
GRUPO CASOS: DIETA ABIERTA+ ACT FÍSICA+ CONTROLES C/ 3 SEMANAS
GRUPO CONTROL: DIETA CERRADA + ACT. FÍSICA + CONTROLES C/ 3 SEMANAS
COMPARACIÓN TRAS TTO:
- DATOS ANTROPOMÉTRICOS
- ANALÍTICA DE SANGRE
- RIESGO C.V
EDUACIÓN PARA LA SALUD: ALIMENTACIÓN, RESULTADOS… (INDIVIDUAL Y/O GRUPAL)
COMPARACIÓN TRAS TTO:
- DATOS ANTROPOMÉTRICOS
- ANALÍTICA DE SANGRE
- RIESGO C.V.
EDUACIÓN PARA LA SALUD: ALIMENTACIÓNRESULTADOS… (INDIVIDUAL Y/O GRUPAL)
EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL PACIENTE:
Realización del cuestionario de salud autoadministrado “SF-36 Versión Española” para conocer la percepción de la salud del propio paciente 12 meses después.

ANEXO 5

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Participación anónima en un estudio sobre control de peso titulado *"Estrategias de educación terapéutica en el tratamiento de la obesidad del adulto con riesgo cardiovascular en la consulta de enfermería comunitaria"* elaborado por la enfermera de Atención Primaria para valorar estrategias de reducción de peso, control de peso y educación nutricional en la consulta de enfermería de Atención Primaria.

El fundamento de esta consulta es ampliar los actuales conocimientos sobre el tratamiento educativo del control de peso y lograr una adecuada formación de hábitos alimentarios que mejore la calidad de vida actual y futura de todos los pacientes. Mediante una reducción del 10% del peso corporal, se tratará de demostrar al paciente las mejoras en su propia salud sin ningún riesgo durante la duración del mismo, estimada aproximadamente en un año de duración. No se emplearán mediaciones, terapias alternativas ni tratamientos placebo.

Para ello, es necesario tomar determinaciones de: peso, altura, pliegues cutáneos, circunferencia de cintura-cadera-brazo y composición corporal mediante el empleo de aparato de Impedancia Bioeléctrica.

Serán medidos con ropa ligera, sin calzado y en horario de mañana o tarde del Centro de Salud. Además, se agregará una encuesta para que contesten de forma individual sobre datos relacionados con los hábitos alimentarios de cada persona.

Su participación no es obligatoria. Los datos, encuestas y mediciones de la consulta son anónimos, lo cual no tendrá ninguna consecuencia en su atención. Puede abandonar el estudio en cualquier momento si lo considera preciso.

FECHA:
FIRMA DEL PACIENTE: