

Educación terapéutica (ET) en pacientes con obesidad

M^a Antonia Rico
Isabel Calvo
Joaquina Díaz Gómez
Manuel Gimena

Asociación de
Diplomados en
Enfermería de Nutrición
y Dietética (ADENYD)

Correspondencia:
M^a Antonia Rico Hernández
P^o de la Chopera, 129, 3^o A.
28100 Alcobendas. Madrid.
E-mail: arico.hulp@madrid.
salud.org

Resumen

La educación terapéutica es un conjunto de actividades educacionales realizadas por los profesionales de la salud para proporcionar conocimientos prácticos y, sobre todo, modificar el comportamiento alimentario: Que el paciente sea capaz de identificar los factores que contribuyen al aumento de peso y conseguir su control.

En la Unidad de Nutrición del H. U. La Paz consideramos instrumentos decisivos para la educación terapéutica el Programa Educativo y los grupos de Apoyo.

El Programa Educativo diseñado, realizado e impartido por las enfermeras de la Unidad, plantea como objetivos: a) Mejorar el estado general físico, mental y social del paciente; b) Facilitar el conocimiento de los alimentos, sus nutrientes y su importancia para la salud; c) Incorporar la actividad física a la rutina diaria; d) Identificar las barreras que dificultan el camino para perder peso y mantenerlo en el tiempo.

Los grupos de apoyo son una herramienta clave en la modificación de hábitos de los pacientes. Nuestros pacientes deben comprender que la dieta es sólo una parte del tratamiento y que la actividad física constituye un componente fundamental en el éxito de los programas de pérdida de peso. Tanto el Programa Educativo como los Grupos intentan conseguir hábitos alimentarios saludables.

Palabras clave: Obesidad. Educación terapéutica. Modificación de hábitos. Enfermeras de nutrición.

Summary

Therapeutic education could be defined as a set of activities performed by health professionals to increase patients' practical knowledge in the field of eating behaviour.

In the Nutrition Unit (Hospital La Paz) we consider both individual and group-based educational therapy as essential therapeutic tools in the management of nutritional disorders.

In the management of obese patients, therapeutic education is aimed at helping patients identify the behavioural factors underlying weight gain and providing them with tools to address them.

Objectives of Therapeutic Education by Nutrition Nurses are as follows: a) Improve patients' physical, mental and social well-being; b) Enhance knowledge about food composition, nutrients and their importance as health determinants; c) Add physical activity to daily routines; d) Identify internal and external barriers that hamper weight loss and maintenance over time.

Support Groups represent an important tool in modifying obese patients eating behaviour. Our patients need to understand that diets represent only a part of obesity treatment. Physical activity is equally paramount in determining the success of weight-loss programmes.

Key words: Obesity. Therapeutic education. Behavioural modification. Nutrition nursing.

Introducción

La Educación Terapéutica según la Organización Mundial de Salud (OMS), comprende "el conjunto de actividades educacionales esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la salud formados en el campo de la educación, creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida" (OMS 1998).

Sus objetivos fundamentales son aportar información, proporcionar conocimientos prácticos para lograr mejorar la adherencia al plan terapéutico y, sobre todo modificar el comportamiento. La información y los conocimientos prácticos carecen de utilidad si no se traducen en acciones concretas y se integran a los hábitos personales¹.

La estrategia de tratamiento ha de ser multidisciplinar e integral, que incluya, tanto la alimentación, como la actividad física² (Nivel de evidencia A).

La base de la práctica profesional enfermera se orienta a la detección y resolución de problemas relacionados con la dependencia, y a la adaptación a situaciones que las personas presentan, así como a la satisfacción de sus necesidades. El proceso y el diagnóstico enfermero, se sitúan a la cabeza de la práctica profesional y suponen valorar el estado de salud de la persona, identificar problemas y planificar y pautar cuidados.

En la valoración del paciente obeso, los diagnósticos enfermeros prevalentes son el desequilibrio nutricional por exceso relacionado con una ingesta calórica que excede las necesidades energéticas y los conocimientos deficientes relacionados con la alimentación y actividad física que ha de realizar³. Los resultados de enfermería (NOC) son el control de peso, los conocimientos de la dieta y la actividad física prescrita, y la motivación para llevarlos a cabo⁴ y las intervenciones (NIC), el asesoramiento nutricional y la ayuda para disminuir el peso⁵.

Con estas intervenciones enfermeras se pretende que el paciente obeso sea capaz de identificar los factores que contribuyen al aumento de peso, diseñar los cambios dietéticos para conseguir el control de peso a largo plazo, usando principios de variedad, equilibrio y moderación, lograr perder peso e incorporar en la vida diaria las actividades adecuadas para incrementar el gasto de energía⁶.

Desde hace ya 30 años se han incorporado al tratamiento de esta patología varias estrategias destinadas a modificar los hábitos alimentarios y los patrones

de actividad física, y en base a ello las enfermeras pasan a formar parte del equipo multidisciplinar que realiza el tratamiento. Desde 1988 las enfermeras de la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del H. U. La Paz, estamos incorporadas como parte del equipo que realizan el tratamiento y seguimiento de los pacientes obesos.

En la actualidad el paciente obeso que llega a la Unidad de Nutrición, puede proceder de consultas intra o extrahospitalarias. En la primera consulta, la enfermera realiza la valoración nutricional con medidas antropométricas (peso, talla, circunferencia de la cintura), control de constantes (tensión arterial y frecuencia cardiaca). Le explica el programa educativo, junto con las recomendaciones de modificación del estilo de vida que debe seguir. Posteriormente es evaluado en la consulta médica donde se decidirá la opción terapéutica (Figura 1)⁷.

- El paciente con un IMC < 30 y sin factores de riesgo: se le oferta el curso de educación alimentaria, se le explican las recomendaciones dietéticas y de actividad física adaptada a sus

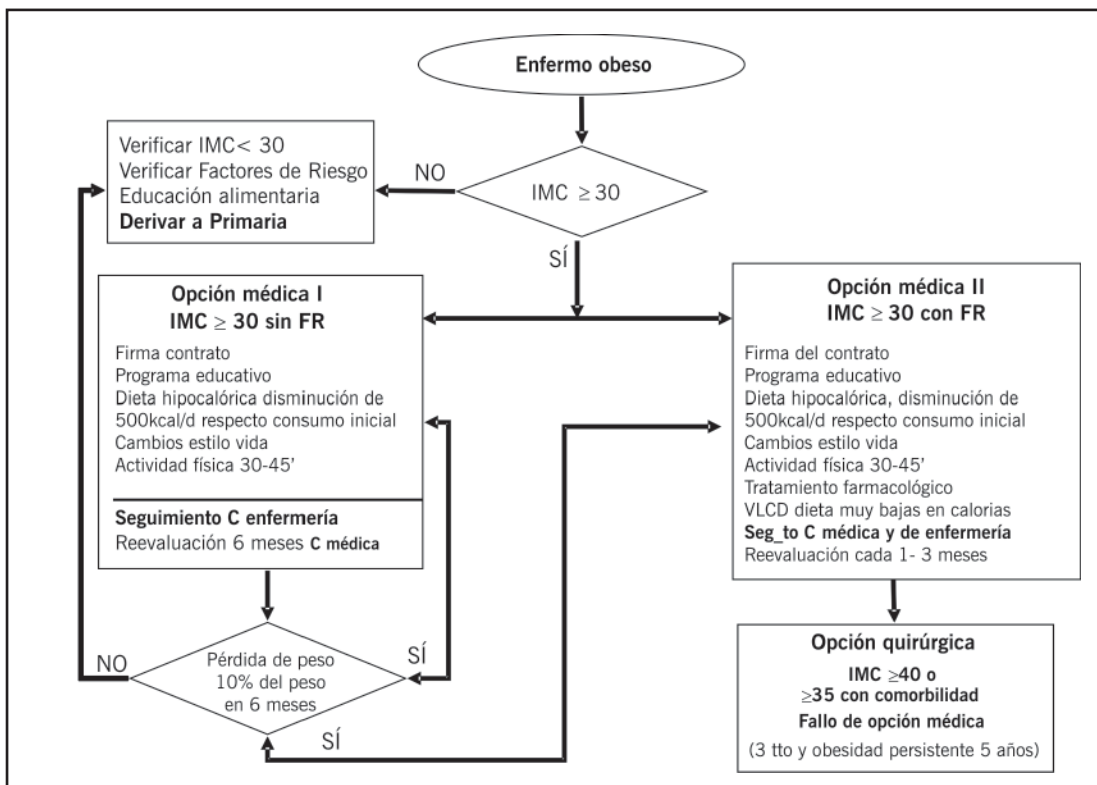


Figura 1.

- características. El médico responsable, realiza la derivación del paciente para seguimiento en Atención Primaria.
- Pacientes con un IMC > 30. En este caso el paciente debe comprometerse a asistir al programa educativo, a todas las consultas médicas y enfermeras previstas y a perder, al menos, el 10% de su peso inicial en 6 meses; siguiendo una dieta hipocalórica: (disminución de 500 kcal/día respecto al consumo inicial), modificación de hábitos alimentarios y patrón de actividad física y seguimiento en consulta enfermera cada 15-30 días durante 6 meses. El Paciente firma un contrato aceptando estos compromisos y es reevaluado transcurridos 6 meses. Si no ha cumplido su compromiso es derivado a realizar el seguimiento en Atención Primaria.
 - Cuando el IMC > 30 y factores de riesgo como: diabetes méllitus, hipercolesterolemia, alteraciones osteoarticulares, síndrome de apnea obstructiva del sueño, cardiopatías, e hipertensión arterial⁷, al programa terapéutico-educativo descrito, se pueden añadir fármacos o dieta de muy bajo contenido calórico (VLCD).
 - Los pacientes que fracasan reiteradamente en esta opción terapéutica, y cumplen los criterios de entrada en la opción quirúrgica; según IMC y comorbilidades (Nacional Institutes of Health), se incluyen en el programa terapéutico de cirugía de la obesidad, según la Vía Clínica vigente en nuestro hospital⁷.

Programa educativo

Consiste en un curso de educación y seguimiento periódico en consulta enfermera. El curso consta de cuatro sesiones sobre alimentación saludable, en grupos de unas 50-60 personas, de una hora de duración un día a la semana. El curso ha sido diseñado, realizado y es impartido por las enfermeras de la Unidad de Nutrición.

Los objetivos del programa educativo podemos resumirlos en:

- Mejorar el estado general en los campos físico, mental y social.
- Que el paciente conozca los alimentos, sus nutrientes y su importancia para la salud.
- Practicar nuevos hábitos de conducta, además de adquirir nuevos conocimientos.
- Incorporar un mínimo de actividad física a la rutina diaria.

- Identificar las barreras internas y externas que dificultan el camino para que el paciente alcance la pérdida de peso y el mantenimiento a lo largo del tiempo.

Contenido del Curso de Educación

1ª sesión. Conceptos generales de alimentación y nutrición. La obesidad como enfermedad, sus causas, complicaciones, etc. Hidratos de Carbono y Fibra: Definición, funciones en el organismo, fuentes alimentarias, requerimientos y recomendaciones nutricionales.

2ª sesión. Proteínas: Conceptos generales, funciones en el organismo, fuentes alimentarias más representativas y recomendaciones de consumo. Grasas: generalidades, clasificación, funciones, fuentes alimentarias y recomendaciones.

3ª sesión. Micronutrientes: Vitaminas y Minerales: descripción de cada uno de ellos, funciones, alimentos que los contienen y consumo adecuado. Agua: funciones, necesidades y consumo recomendado.

4ª sesión. Resumen de todo el curso y sesión interactiva para aclarar todas las dudas. Se finaliza con la entrega de un resumen, además de una serie de normas de conducta, trucos y estrategias que pueden facilitar el cambio de hábitos y estilo de vida.


Con todos estos conocimientos, pretendemos que el paciente sea crítico con las dietas milagro que periódicamente aparecen en los medios de comunicación, aunque no podemos ignorar la influencia que suponen sobre la población.

Seguimiento en consulta enfermera


Se les cita una vez concluido el curso de educación alimentaria. La consulta inicial se realiza la valoración descrita en la Figura 2. El seguimiento (Figura 3) se lleva a cabo, en consulta grupal o individual, dependiendo de las características del paciente, con una frecuencia de 15-30 días, durante 6 meses. Finalizado éste período se deriva a consulta médica, con el informe enfermero (Figura 4), para evaluación de resultados.

Herramienta clave en la modificación de hábitos: Grupos de apoyo

Es ya una evidencia que el tratamiento de la obesidad así como el de todas las enfermedades crónicas



Hospital Universitario La Paz
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética



Madrid

Espacio reservado para etiqueta del paciente

OBESIDAD / VALORACIÓN ENFERMERA INICIAL

Fecha:	Edad:	Talla:	IMC:
P. Inicial:		Pérdida de peso pactado/ Tiempo:	
PROTOCOLO CIRUGÍA BARIÁTRICA: SÍ / NO			

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Come habitualmente: Solo Acompañado

Tiempo Invertido: 10' - 30' - 45'

Otra actividad durante ingestas principales: Sí No

Lugar: Casa Fuera de casa

Nº Ingestas/día: De M.M Co Me Cena

Ración: Amplia Normal Escasa

Picotea entre comidas: Sí No Dulce Salado Mixto

Frecuencia de consumo de alimentos:
(registrar número de veces al día o semana: ejemplo: 2/d o 3/s)

Frutas	Verduras	Patata
Legumbres	Lácteos	Pescado
Carne	Huevos	Dulces
Grasas/aceites		Alcohol
Cereales:		
Pan	Arroz	Pasta

Rechaza algún alimento: Sí No Cuál:
¿Por qué?

Abusa de algún alimento: Sí No ¿Cuál?

Cantidad de agua al día: ½ L. 1L. 1½ L 2L más Otras bebidas:

Forma habitual de cocinado: Frito Asado Plancha Cocido

ACTIVIDAD FÍSICA:

Vida cotidiana/ trabajo que desempeña: Sedentaria Activa


Camina: Sí No Minutos/día:

Deporte: Sí No Tipo: Horas/Semana:


Estado emocional: Tranquilo Nervioso Depresivo Agitado Agresivo

Figura 2.

Figura 3.



Hospital Universitario La Paz
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética



Madrid

Espacio reservado para etiqueta del paciente

OBESIDAD/SEGUIMIENTO ENFERMERO

Fecha: _____

Peso: _____ Variación: _____

Nº Ingestas: _____ Tamaño ración: _____

Control aceite (2 cuch.): Sí No ¿Cantidad? Cocinado: _____

Pasa hambre: Sí No Cuando: _____

ACTIVIDAD FÍSICA:

Caminar: Sí No Minutos/día: _____

Deporte: Sí No Tipo: _____ Horas/Semana: _____

LOGROS / OBJETIVOS PARA LA PRÓXIMA VISITA:

requiere cuidados para toda la vida. Las guías americanas proponen que los cuidados de los hábitos alimentarios (restricción calórica básicamente) y la práctica de actividad física de forma regular deberían constituir los pilares del tratamiento de la obesidad y, por ello, deberán atenderse de por vida⁸.


El objetivo primordial es trabajar con los pacientes aquellos comportamientos o actitudes que llegan a interferir con las intervenciones saludables además de prevenir la recurrencia de hábitos no saludables⁹. El gran crecimiento de las grandes ciudades, que obliga a grandes desplazamientos hasta el lugar del trabajo, unido a las características de nuestra jornada laboral, son factores que potencian la implantación de hábitos alimentarios inadecuados: prescindir del desayuno, evitar que la familia coma unida, etc., favorecen que los hábitos alimentarios no se transmitan de padres a hijos¹⁰.

Durante el tiempo que dura la educación terapéutica, es necesario que les ayudemos a hacer *cambios en su forma de alimentarse*, de una forma paulatina y sostenida. Son hábitos alimentarios que el paciente ha mantenido de forma crónica hasta ese momento y que


justamente han sido parte de la causa del problema. Los instrumentos que pueden ser útiles para enfocar estos problemas se reflejan en la Tabla 1.

Al inicio trabajamos con una dieta hipocalórica, con restricción de grasas, sin pesaje de alimentos, sólo disminuyendo la ración bajo percepción visual. Les advertimos de forma reiterada que hacer la dieta es sólo una parte del tratamiento ya que *la práctica de la actividad física* constituye un componente fundamental en el éxito de los programas de pérdida de peso. Convencer al paciente de la necesidad y beneficios de la actividad física es una estrategia inicial para conseguir una correcta adhesión a este cambio de hábitos. Es esencial informarle de los beneficios de dicho cambio: ayuda a mejorar su autoestima y autoconfianza y a controlar el estrés.

Datos del National Weight Control Registry, indican que una de las claves del mantenimiento con éxito del peso perdido, es la práctica de actividad física regular y mantenida en el tiempo en personas obesas que han perdido peso mediante tratamiento convencional y que han conseguido mantener el peso perdido a largo plazo¹¹.



Hospital Universitario La Paz
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética



Madrid

Espacio reservado para etiqueta del paciente

ALTA CONSULTA ENFERMERA

Educación alimentaria: Sí / NO

RESULTADOS DE MODIFICACIÓN DE HÁBITOS

Estructura de horarios: Sí No

Menor volumen de ración: Sí No

Hace 5-6 ingestas: Sí No ¿Cuál no?

Control de aceite: Sí No Cambio en los cocinados: Sí No

Incorpora todos los grupos de alimentos: Sí No ¿Cuál no?

Aumento de actividad física: 0 15' 30' 45' 60'/día

Sube escaleras: Sí No

Nº de visitas/Tiempo en consulta enfermera:

Observaciones:

	Inicio	Final
Peso		
IMC		
Fecha		

Pérdida peso en tiempo:

Figura 4.

Antes de instaurar un plan de actividad física programado, resulta muy útil insistir en la necesidad de aumentar la actividad física habitual. Esto tiene un impacto positivo sobre su evolución. Para ello pueden aplicarse las recomendaciones expuestas en la Tabla

2. Cualquier incremento en la actividad física es un logro siempre y cuando se mantenga en el tiempo, incluso una actividad simple y asequible como es el caminar ejerce un efecto muy favorable, sin olvidar los que habitualmente la práctica de la actividad

Tabla 1.
Puntos a tratar para establecer hábitos alimentarios saludables

- Identificar la sensación de hambre y saber diferenciarla de la ansiedad por comer.
- Ordenar y establecer un horario fijo para las comida, espaciar los tiempos de ingesta: Se estudia el horario del paciente y se reorganiza conjuntamente con él.
- Aprender a comer despacio: comer cualquier tipo de alimento con cubiertos y ponerlos en la mesa entre bocado y bocado.
- Aprender a comer menos: a terminar de comer dejando algo de comida en el plato, utilizar platos y cubiertos pequeños y retirar las fuentes de la mesa.
- Cambiar la forma de comprar, la manera de cocinar, de preparar y servir los alimentos.
- Interpretación del etiquetado nutricional.
- Adaptación a las comidas fuera de casa.

Tabla 2.
Recomendaciones para incrementar la actividad física habitual

- Subir las escaleras en lugar de coger el ascensor.
- Ir andando en lugar de coger el coche o el transporte público.
- Bajarse del autobús dos paradas antes de lo previsto.
- Tomar caminos más largos si es que va a pasear a su perro.
- Lavar el coche durante el fin de semana.
- Disminuir el tiempo de las actividades sedentarias (ver la televisión, estar sentado, recostado...) y sustituirlas por actividades que impliquen movimiento.

física en las personas con obesidad es escasa¹². Es una herramienta muy adecuada la recomendación de utilizar podómetros con el fin de controlar la actividad física.

Es importante la valoración de la aptitud física del paciente y de su tolerancia a la práctica de ejercicio, empezar a realizarse lentamente y aumentando la intensidad de manera gradual. Si el paciente empieza a realizar ejercicio con una intensidad muy elevada o simplemente inadecuada, no sólo puede causarle daño, sino que además no va a ser capaz de mantenerlo y puede entonces frustrarse y abandonar lo que aún no ha empezado. Es importante identificar aquellos obstáculos que el paciente reconoce como factores que le limitan para iniciar un plan de actividad.

Una clave importante en el tratamiento es el cambio de actitudes y la disposición que uno tiene para lograr los objetivos.

Bibliografía

1. DESG Teching Letters [accedido 2008 abril 20]. Disponible en: Info-medica.wdc.com.ar
2. Organización mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *OMS Resolución WHO 5. 17*. Ginebra, 2004.
3. Diagnósticos enfermeros. *Definiciones y Clasificación*. 2007- 2008. NANDA. Madrid: Elsevier Mosby, 2008.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M. (Editoras). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* (3ª Edición). Madrid: Elsevier Mosby, 2007.
5. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. (Editoras). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (4ª Edición). Madrid: Elsevier Mosby, 2007.
6. Betty J.Ackley, Gail B. Ladwig. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados*. 7ª Edición. Madrid, Elsevier Mosby, 2007.
7. Pérez- Blanco V, Morant C, García-Caballero J, Vesperinas G, Cos-Blanco AI, Royo C, et al. Desarrollo e implantación de una vía clínica para la cirugía. *Rev. Calidad Asistencial* 2004;19(4):246-56.
8. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: evidence report. Nacional Institutos Of. CALT. *Obes Res*. 1998;6:51S-209S.
9. Guía práctica de la cirugía de la obesidad: Una visión multidisciplinar. Cambio de hábitos y actividad física. Moizé Arcona Violeta. 9: 129-47.
10. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. [accedido 2008 mayo 16], disponible en: <http://www.aesa.msc.es>
11. Wing RR, Phelan S. Long term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr* 2005;82:222S-5S.
12. Tryron WW, Goldberg JI, Morrison DF. Activity decreases as percentage of overweight increases. *Int J Obes* 1992;6:591-5.