
Autorreferencia de peso y talla y prevalencia de obesidad en pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular

En España, la obesidad es una enfermedad prevalente y en aumento, tanto en población adulta como infantil. Además, es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2)¹. Por ello, su vigilancia es de interés para la salud pública². Los datos autorreferidos de peso y talla su-

Palabras clave: Índice de masa corporal. Obesidad. Percepción del peso. Peso corporal. Salud pública nutricional.

TABLA 1 Diferencia entre medias de IMC referido-valorado y variables de los pacientes

Variable	IMC, media ± DE		p
	Autorreferido	Valorado	
Sexo			
Mujer	29,71 ± 5,35	30,38 ± 5,44	< 0,001
Varón	28,51 ± 4,73	29,40 ± 4,76	< 0,001
Nivel educativo			
Bajo	29,48 ± 5,21	30,21 ± 5,23	< 0,001
Medio-alto	28,65 ± 5,00	29,45 ± 5,18	< 0,001
Situación laboral			
En paro	30,83 ± 7,21	31,44 ± 7,34	0,005
Jubilado	28,89 ± 4,09	29,70 ± 4,04	< 0,001
Contrato eventual	30,51 ± 7,52	31,07 ± 7,49	0,139
Contrato indefinido	28,58 ± 5,56	29,35 ± 5,89	< 0,001
Ama de casa	29,29 ± 4,14	29,99 ± 4,18	< 0,001
Ejercicio físico			
Sí	29,04 ± 4,95	29,84 ± 4,91	< 0,001
No	29,47 ± 5,32	30,17 ± 5,46	< 0,001
Percepción del estado de salud			
Buena	28,53 ± 4,80	29,39 ± 5,02	< 0,001
Regular	29,54 ± 4,97	30,24 ± 5,02	< 0,001
Mala	31,31 ± 7,45	31,82 ± 7,19	0,210
Estado civil			
Sin pareja	29,11 ± 5,70	29,78 ± 5,85	< 0,001
Con pareja	29,36 ± 4,92	30,14 ± 4,93	< 0,001
Conocimiento sobre el estado nutricional			
Peso bajo	22,07 ± 4,80	22,71 ± 5,08	0,126
Normal	25,67 ± 3,41	26,27 ± 3,44	< 0,001
Sobrepeso	30,35 ± 3,68	31,09 ± 3,65	< 0,001
Obeso	36,77 ± 5,79	37,90 ± 5,52	0,004
No sabe	28,67 ± 4,11	30,17 ± 3,94	0,031

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

ministran una valoración costo-efectiva de estas variables, y se los ha usado en numerosos estudios epidemiológicos. Sin embargo, algunos resultados muestran una subestimación del peso y una sobrestimación de la talla, lo que se refleja en un subestimación del índice de masa corporal (IMC), y genera desconfianza en la utilización de este método como instrumento para determinar la presencia y establecer la prevalencia de obesidad en un grupo de pacientes³⁻⁵.

Objetivo. Comparar los datos de peso y talla autorreferidos y el IMC resultante con las mediciones de dichas variables en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) o ECV en farmacias comunitarias de Andalucía (España) y determinar su influencia en la prevalencia de sobrepeso y obesidad por IMC.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Seis farmacias comunitarias de Andalucía, durante 15 días por esta-

bles, 35,8%; con tabaquismo, el 13,2%; historia personal de hipertensión arterial, el 79,0%; dislipemia, el 42,4%; DM2, el 19,5%, y ECV, el 22,6%. De los 257 pacientes, 101 (39,3%) estimaron adecuadamente su estado nutricional.

Los varones subestimaron su peso en $-2,08 \pm 2,4$ kg y las mujeres en $-0,94 \pm 2,0$ kg. Los varones sobrestimaron la talla en $0,7 \pm 2,6$ cm y las mujeres, en $0,5 \pm 2,7$ cm. La diferencia entre los valores de IMC estimados por los pacientes y los reales fue $-0,88 \pm 1,38$ para los varones y $-0,66 \pm 1,34$ para las mujeres.

La prevalencia de sobrepeso por IMC se subestima en un 9% entre las mujeres y en un 21,6% entre los varones; mientras que la prevalencia de obesidad se subestima en un 20,9% y un 31,7%, entre mujeres y varones, respectivamente.

Los pacientes con contratos de trabajo eventuales, los que autovaloran su estado

de salud como «malo» y quienes refieren su estado nutricional como con «peso bajo» no presentan diferencias en la clasificación del estado nutricional por IMC (tabla 1).

Participantes. Pacientes con edades entre 25 y 74 años que acudieron a 6 farmacias durante el período de estudio, con una receta a su nombre, de al menos un medicamento cuya indicación principal fuese una afección cardiovascular.

Medicaciones. Características sociodemográficas, presencia de FRCV y ECV, datos del estado nutricional y el peso y la talla autorreferidos. Posteriormente, mediante técnicas y equipos estandarizados, un farmacéutico pesó y midió a todos los participantes.

Resultados. Se incluyó un total de 257 pacientes, con una media de edad ± desviación estándar de $60,9 \pm 10,8$ años, va-

bles, 35,8%; con tabaquismo, el 13,2%; historia personal de hipertensión arterial, el 79,0%; dislipemia, el 42,4%; DM2, el 19,5%, y ECV, el 22,6%. De los 257 pacientes, 101 (39,3%) estimaron adecuadamente su estado nutricional.

Los varones subestimaron su peso en $-2,08 \pm 2,4$ kg y las mujeres en $-0,94 \pm 2,0$ kg. Los varones sobrestimaron la talla en $0,7 \pm 2,6$ cm y las mujeres, en $0,5 \pm 2,7$ cm. La diferencia entre los valores de IMC estimados por los pacientes y los reales fue $-0,88 \pm 1,38$ para los varones y $-0,66 \pm 1,34$ para las mujeres. La prevalencia de sobrepeso por IMC se subestima en un 9% entre las mujeres y en un 21,6% entre los varones; mientras que la prevalencia de obesidad se subestima en un 20,9% y un 31,7%, entre mujeres y varones, respectivamente. Los pacientes con contratos de trabajo eventuales, los que autovaloran su estado

Este trabajo se financió con fondos para la subvención de proyectos de investigación y planes de formación en ciencias de la salud, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España). Participaron en la recogida de la información los farmacéuticos comunitarios: Javier Tudela y Damián Barris (Málaga); Jaime Román-Alvarado, Marina Paula Machuca y Julio Cansino (Sevilla), y Juan Sevilla (Granada).

Los autores certifican que no tienen ningún conflicto de intereses en este trabajo. Este trabajo fue presentado previamente en formato póster, durante el I World Congress of Public Health Nutrition, que se llevó cabo en Barcelona el 28-30 de septiembre de 2006.

Laura I. González Zapata^{a,b}, Pedro Amariles^{c,d}, María Isabel Baena^d y María José Faus^d

^aEscuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^bObservatorio de políticas públicas y salud. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Alicante. España. ^cFacultad de Química Farmacéutica. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^dGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GIAF-UGR). Granada. España.

1. Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:196-7.
 2. González-Zapata LI, Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C. Mapping public policy options responding to obesity: The case of Spain. *Obes Rev*. 2007;8 Suppl 2:99-108.
 3. Bolton-Smith C, Woodward M, Tunstall-Pedoe H, Morrison C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:143-8.
 4. Madrigal-Fritsch H, De Irala-Estévez J, Martínez-González MA, Kearney J, Gibney M, Martínez-Hernández A. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud Pública Mex*. 1999;41:479-86.
 5. Nawaz H, Chan W, Abdulrahman M, Larson D, Katz DL. Self-reported weight and height. Implications for obesity research. *Am J Prev Med*. 2001;20:294-8.
-