

GUÍA DE PRÁCTICA

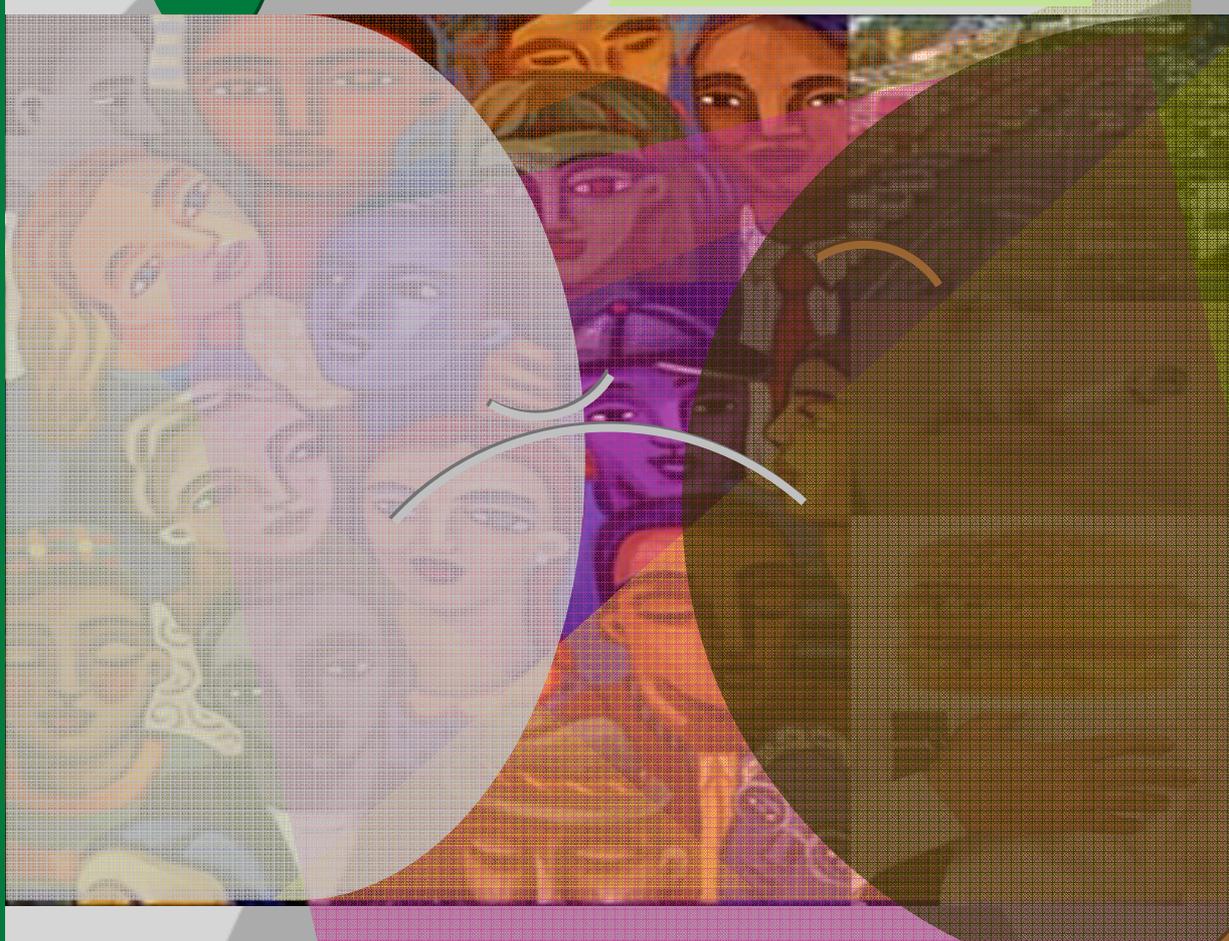
modificación de estilos de vida en personas con

RIESGO
CARDIO
VASCULAR

VERSIÓN MAYO 2009
PRÓXIMA REVISIÓN: MAYO 2012



JUNTA DE ANDALUCIA





**Guía de Práctica Clínica
Distrito Sanitario Málaga**

► Guía de Práctica Clínica para la Modificación de Estilos de Vida en personas con Riesgo Cardiovascular ◄

Distrito Sanitario Málaga 2008

C/ Sevilla, 23. 29009 Málaga

ISBN-13: 978-84-691-8291-8

Depósito Legal MA-

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL POR CUALQUIER MEDIO, SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA DEL DISTRITO SANITARIO MÁLAGA

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

LA PRESENTE PUBLICACIÓN NO ESTÁ SOMETIDA A FINANCIACIÓN, NI COLABORACIÓN ALGUNA CON ENTIDADES QUE PUDIERAN TENER INTERÉS COMERCIAL CON SUS AUTORES Y ESTÁ FINANCIADA ÍNTEGRAMENTE POR EL DISTRITO SANITARIO MÁLAGA.

AUTORES

JOSÉ MIGUEL MORALES ASENCIO	Profesor Escuela Andaluza de Salud
FRANCISCO JAVIER MARTÍN SANTOS	Director de Cuidados Distrito Sanitario Málaga
NURIA CASTILLO LÓPEZ	Coordinadora de Cuidados Centro de Salud Cruz
ELVIRA CROSSA MARTÍN	Coordinadora de Cuidados. Centro de Salud Palma-Palmilla
ANTONIO DOMÍNGUEZ	Enfermero Centro de Salud Puerto de la
CRISTINA FERNÁNDEZ	Enfermera Centro de Salud Portada Alta
M^a DOLORES GUTIÉRREZ	Enfermera Centro de Salud Miraflores
JUAN JOSÉ MERINO CARRILLO	Coordinador de Cuidados Centro de Salud Campanillas
FRANCISCO JAVIER NAVARRO MOYA	Unidad Investigación Distrito Sanitario Málaga
GERMÁN ORTEGA NÚÑEZ	Coordinador de Cuidados Centro de Salud Tiro Pichón
TERESA SÁNCHEZ GARCÍA	Enfermera. Unidad de Residencias
MARGARITA SÁNCHEZ PAVÓN	Enfermera Centro de Salud Delicias
FRANCISCA VILLA ESTRADA	Coordinadora de Cuidados Centro de Salud Capuchinos
ÁNGEL VELLIDO	Coordinador de Cuidados Centro de Salud Carranque

REVISIÓN EXTERNA

ANTONIO BACA OSORIO	Médico de Familia Director Centro de Salud Ciudad Jardín
ANTONIO HORMIGO POZO	Médico de Familia Director Centro de Salud Puerta Blanca
JOSÉ CARLOS BRAVO NAVAS	Médico de Familia Centro de Salud Carranque
JOSÉ RAMÓN BOXÓ CIFUENTES	Médico de Familia Centro de Salud Puerta Blanca
RICARDO GÓMEZ HUELGAS	Internista. Jefe de Servicio de Medicina Interna Hospital Carlos Haya
ANTONIO CUESTA VARGAS	Fisioterapeuta. Profesor de Fisioterapia Universidad de Málaga
JUAN JOSÉ GÓMEZ DOBLAS	Cardiología. Jefe de Sección de Cardiología Hospital Universitario Virgen de la Victoria
OLGA RUÍZ LEGIDO	Presidenta Facua - Consumidores en acción
JOSÉ ANTONIO HERRADA GARCÍA	Presidente Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas
CARLOS FERNÁNDEZ OROPESA	Farmacéutico de Atención Primaria. Subdirección de Asistencia y Prestaciones. SAS.

Potencial conflicto de intereses

Todos los autores han realizado declaración expresa de ausencia de conflicto de intereses para la elaboración de esta guía.

Fuentes de financiación

Internas: la guía ha sido financiada en su totalidad por el Distrito Sanitario Málaga perteneciente al Servicio Andaluz de Salud.

Externas: ninguna.

Composición del equipo de elaboración y revisión de la guía

Para la selección el equipo de elaboración y revisión de la guía se tuvieron en cuenta varios factores:

- Pluralidad en la composición multiprofesional, de forma que todos los potenciales usuarios de la guía fueran representados
- Experiencia técnica: todos los autores tienen experiencia previa en la elaboración de otras guías de práctica clínica y por tanto, antes de su participación en la elaboración de esta guía, ya habían desempeñado una o varias de las tareas requeridas para este fin.
- Experiencia clínica, que garantice que el tema abordado en la guía, la modificación de estilos de vida, ha sido abordado con pacientes reales en la práctica clínica.
- Formación específica en elaboración y diseño de guías de práctica clínica.

Tanto autores como revisores de la guía cumplen la mayoría o todos los criterios de selección, lo que ha facilitado en gran medida todas las tareas de elaboración.

RESUMEN EJECUTIVO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	14
Objetivos de la guía.....	15
Elaboración de la guía.....	15
Nivel de evidencia de las recomendaciones.....	17
Situaciones clínicas que cubre esta guía.....	17
Estrategias de difusión e implementación. Actualización de la guía.....	18
RECOMENDACIONES SOBRE INTERVENCIONES EN MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA	19
Actividad física.....	20
Reducción de peso y hábitos dietéticos.....	24
Reducción de sodio en la dieta.....	27
Aportes de potasio, calcio y magnesio.....	30
Disminución del consumo de alcohol.....	31
Control del estrés.....	32
Modificación de estilos de vida en prevención secundaria.....	33
Rehabilitación cardíaca.....	34
Resumen de efectos de la modificación de estilos de vida.....	34
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA	35
Captación en Atención Primaria.....	36
Primera visita: determinación del estadio de cambio.....	39
Consejo básico.....	42
Criterios de resultado para la valoración y determinación de objetivos.....	47
Plan de atención individualizado.....	50
Visitas de intervención.....	51
Visitas de seguimiento.....	52
Normas de registro en la historia clínica.....	52
Indicadores de evaluación.....	53
Plan de cuidados para el abordaje de respuestas humanas en personas con riesgo cardiovascular.....	54
ANEXOS.....	57
Anexo I: programa de visitas en consulta individual.....	58
Anexo II: programa de intervención grupal.....	63
Anexo III: folleto para entrega en captación oportunista.....	68
Anexo IV: material auxiliar para usar durante las sesiones.....	69
¿Qué es una dieta equilibrada?.....	70
Pirámide de la alimentación saludable.....	72
Adherencia a la dieta mediterránea.....	73
Consumo de alimentos.....	74
Cómo planificar una alimentación saludable.....	75
¿Sal en la dieta?.....	79
Alimentación y alcohol.....	81
Pirámide de la actividad física.....	84
Consumo de energía: medición absoluta en METS de diversas actividades.....	85
Razones para modificar mis estilos de vida y mejorar mi salud cardiovascular.....	86
Falsas creencias en modificación de estilos de vida.....	87
Bibliografía.....	92

Resumen ejecutivo

Actividad Física

PREGUNTAS

→ En población sana:

- ¿Hay que recomendar en todos los casos realizar actividad física?
- ¿Cuánto tiempo al día es recomendable que se haga actividad física?
- ¿Qué tipo de actividad física hay que recomendar?
- ¿Con qué frecuencia se debe realizar actividad física?

→ En pacientes con enfermedad cardiovascular, ¿qué hay que tener en cuenta en el momento de recomendar la realización de actividad física?

RECOMENDACIONES

Hay que estimular de manera general a las personas sanas para que elijan actividades físicas compatibles con sus quehaceres diarios (por ejemplo caminar rápido, montar en bicicleta, bailar, nadar, subir escaleras en lugar de tomar el ascensor) y de las que puedan disfrutar: preferiblemente entre 30 y 45 minutos al día, 4 ó 5 veces por semana, al 60-75% de la frecuencia cardiaca máxima*. Esta recomendación debe realizarse mediante consejo verbal activo y entrega de material escrito de soporte, a toda la población, **adecuándola a su situación personal**.

A

* Frecuencia cardiaca máxima = 220 – edad en años

En los pacientes con enfermedad cardiovascular el consejo sobre actividad física debe estar basado en un diagnóstico clínico exhaustivo, incluyendo los resultados de una prueba de esfuerzo cuando esté indicado.

A

Reducción de peso y hábitos dietéticos.

PREGUNTAS

- ¿Cuál debe ser el objetivo de pérdida de peso en población con riesgo cardiovascular y sobrepeso?
- A la hora de recomendar una dieta para reducción de peso, ¿qué es más importante en la ingesta de grasa, el tipo o la cantidad de grasa consumida?
- En una dieta para reducir peso, ¿qué porcentaje de grasas hidrogenadas es “tolerable” consumir?
- ¿Cuál es la recomendación más adecuada que hay que realizar en las personas con riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo II con respecto a la modificación de la dieta?

RECOMENDACIONES

Se deben realizar intervenciones para la pérdida de peso en pacientes con FRCV y sobrepeso centradas en dietas de reducción, que tengan como objetivo una pérdida moderada de peso entre el 3 y el 9% del peso corporal.

A

Respecto a la ingesta de grasas en la dieta:

- ▶ Es más importante el tipo de grasa consumida que la cantidad total, cuyo límite superior podría situarse entre el 30 y el 35% de la ingesta calórica total, siempre que exista un claro predominio de los ácidos grasos monoinsaturados.
- ▶ Se recomienda:
 - Mantener un consumo lo más bajo posible de grasas (< 7% de la ingesta calórica total).
 - Tratar de eliminar o reducir al mínimo la ingesta de grasas hidrogenadas*.
 - Estimular la ingesta de grasa monoinsaturada, procedente del aceite de oliva y ácidos grasos esenciales, particularmente los omega 3, procedentes de pescado.

A

*Las grasas hidrogenadas se utilizan en margarinas, comidas rápidas, productos comerciales de pastelería y alimentos procesados.

En personas con especial riesgo de desarrollar diabetes tipo II (tolerancia alterada

A

a la glucosa, glucemia basal alterada, síndrome metabólico), se intensificarán las medidas de modificación de estilos de vida, basadas en incremento de ejercicio y pérdida de peso.

Reducción de sodio en la dieta

PREGUNTAS

→ ¿Está justificado en pacientes hipertensos recomendar de manera general la reducción de sodio en la dieta? ¿Cuál es la cantidad de sal recomendable?

RECOMENDACIONES

Se debe recomendar la disminución del consumo de sal en la dieta, por su efecto beneficioso en la reducción de la presión arterial y el consumo de fármacos antihipertensivos. Para pacientes hipertensos, sobre todo mayores de 44 años, se debe disminuir la sal en la dieta (inherente a los alimentos y la añadida) a un máximo de 90 y 130 mmol/día (90-130 mmol de Na = 1-1,5 cucharaditas).

A

Aportes de potasio, calcio y magnesio

PREGUNTAS

- Para la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos:
- ¿Es recomendable incrementar la ingesta de potasio a través de la dieta o está justificado introducir suplementos de potasio?
 - ¿Está justificado introducir suplementos de calcio?
 - ¿Está justificada la introducción de suplementos de magnesio?

RECOMENDACIONES

Aunque una alta ingesta de potasio está asociada con una reducción de la presión arterial, no se recomienda la introducción de suplementos de potasio. La mejor estrategia para incrementar la ingesta de potasio es consumir alimentos, preferentemente frutas y verduras, ricos en potasio*.

A

* Los pacientes con insuficiencia renal crónica deben limitar la ingesta de potasio.

No se recomienda la introducción de suplementos de calcio y magnesio para la disminución de la presión arterial.

A

Disminución del consumo de alcohol

PREGUNTAS

- ¿Se debe recomendar de manera general la reducción del consumo de alcohol?
- ¿Cuál es el dintel comúnmente aceptado de seguridad en el efecto beneficioso del alcohol?

RECOMENDACIONES

En población bebedora (independientemente del nivel de consumo), la ingesta de alcohol **no** debe superar los 20g/día en mujeres y los 40g/día en hombres.

A

Control del estrés

PREGUNTAS

- ¿Existe relación entre el nivel de estrés y la morbilidad cardiovascular?
- ¿Existe alguna intervención efectiva sobre el control del estrés en pacientes hipertensos?

RECOMENDACIONES

Aunque se dispone de resultados epidemiológicos que evidencian la relación entre estrés y morbilidad cardiovascular, actualmente no se puede recomendar una intervención claramente efectiva sobre el control del estrés en los pacientes hipertensos.

B

Se debe recomendar el uso de protección auditiva en trabajadores expuestos a ruidos de forma permanente, debido a su influencia en la morbilidad cardiovascular.

B

Rehabilitación cardiaca

PREGUNTAS

- En los pacientes que han sufrido un evento coronario:
- ¿Qué recomendaciones hay que hacer en cuanto a la modificación de estilos de vida?
 - ¿Hay que recomendar en todos los casos rehabilitación cardiaca?

RECOMENDACIONES

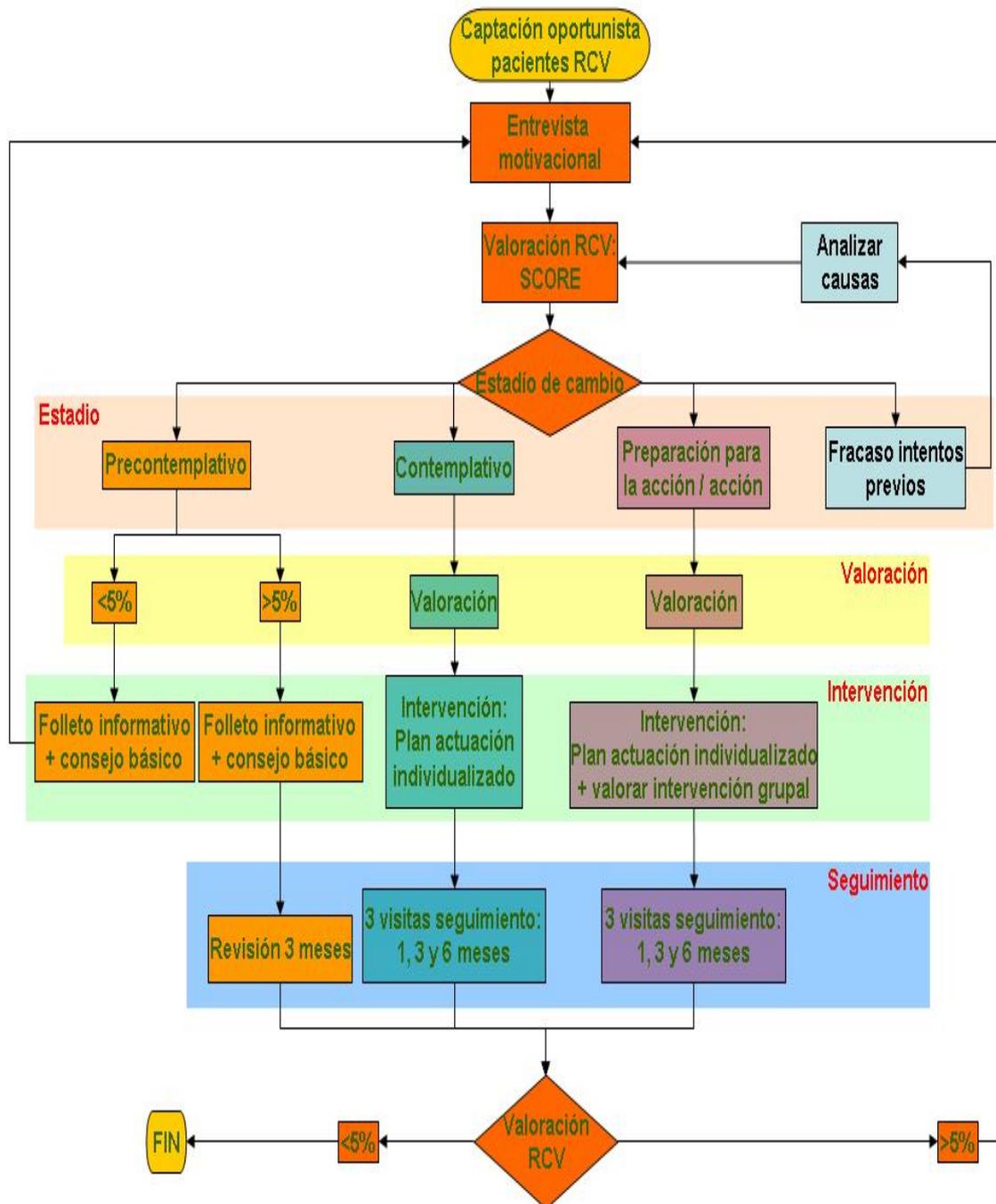
En pacientes que han sufrido un evento coronario, debe recomendarse con especial énfasis el abandono del tabaco, el consumo moderado de alcohol y la realización de ejercicio físico. Debe recomendarse especialmente la rehabilitación cardiaca.

A

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS EN SALUD DE LA MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

		Ejercicio físico	Reducción de peso	Reducción de sal	Reducción de alcohol
cLDL y Triglicéridos		↓ 3,7-5%			
cHDL		4,6%			
PAS	Hipertensos	↓ 7,4 mmHg	↓ 3 mmHg	↓ 6,3 mmHg	↓ 3,31 mmHg
	Normotensos	↓ 5,8 mmHg		↓ 2,2 mmHg	↓ 2,04 mmHg
PAD	Hipertensos	↓ 2,6 mmHg			
	Normotensos	↓ 1,8 mmHg			
HbA1C		↓ 0,66% ¹			

Organización de la atención para la modificación de estilos de vida



Introducción

La modificación de estilos de vida en el manejo del riesgo cardiovascular permanece como uno de los terrenos en los que los profesionales tienen una percepción de escaso potencial de impacto en la población atendida. Tradicionalmente, cuando se ha aplicado desde una perspectiva poco fundamentada en modelos de modificación de conductas, o se ha reducido al mero consejo advirtiendo del riesgo, las tasas de fracaso han sido altas y además del coste de oportunidad que ello supone en los pacientes, no deja de generar sentimientos de frustración en muchos profesionales. Incluso, desde el ámbito de la investigación, no ha existido una producción tan prolífica como en el campo farmacológico aunque, afortunadamente, se dispone de datos suficientes como para establecer pautas claras de intervención en el ámbito de Atención Primaria. Las recomendaciones que se detallan en esta guía recogen la evidencia producida en los últimos años sobre modificación de estilos de vida a nivel individual; estas recomendaciones son totalmente complementarias y deben aplicarse conjuntamente con otro tipo de medidas, ya sean de carácter farmacológico (si están indicadas) o de intervención comunitaria.



Fig. 1 Pilares de la intervención en modificación de estilos de vida

OBJETIVOS DE LA GUÍA

El objetivo global de esta Guía es facilitar la toma de decisiones para la modificación de estilos de vida de personas con riesgo cardiovascular en el Distrito Sanitario Málaga, tanto en prevención primaria, como secundaria. Esta Guía está encaminada a actuar como complemento de la Guía de Actuación Clínica en el manejo del paciente con Riesgo Cardiovascular editada en 2005 por el Distrito e implementada a lo largo de estos años.

Esta guía pretende los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar los parámetros clave y método de valoración del paciente con factores de riesgo cardiovascular susceptible de modificar sus estilos de vida.
2. Establecer un modelo de actuación que facilite la incorporación de intervenciones basadas en la evidencia en el curso de la práctica diaria de los Centros de Salud del Distrito Sanitario Málaga.
3. Ayudar a la toma de decisiones de profesionales y pacientes sobre cómo modificar estilos de vida en el contexto de un Centro de Salud.
4. Determinar los criterios de seguimiento.
5. Estandarizar los criterios de registro en DIRAYA y definir indicadores de evaluación de la Hª Clínica.

ELABORACIÓN DE LA GUÍA

Para la elaboración se han analizado las recomendaciones de otras Guías de Práctica Clínica o Consensos y Recomendaciones de Entidades que abordaban este tema como, el JNC VII², las recomendaciones del National Cholesterol Education Program (NCEP)³, la adaptación española de la Guía Europea de la Prevención Cardiovascular^{4, 5} (CEIPC), la Guía del Scottish Intercollegiate Group de Prevención y estimación del riesgo cardiovascular⁶, la Guía del NICE para consejo sobre actividad física⁷, la guía canadiense de manejo y prevención de obesidad⁸, las recomendaciones de la AHA sobre modificación de estilos de vida^{9, 10}, las del Foro ACTUA para el manejo de la obesidad¹¹, las recomendaciones de la ADA sobre actividad física en diabetes tipo II¹², la Guía de Nueva Zelanda sobre rehabilitación cardíaca¹³ y la de Hipertensión Arterial de Osakidetza¹⁴. También se han consultado las Guías de Consejo Dietético en Atención Primaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía^{15, 16}.

Así mismo, se han tomado aquellos metaanálisis y revisiones sistemáticas de mayor trascendencia en modificación de estilos de vida y que, por cuestiones cronológicas, no aparecían en algunas de las guías. Las búsquedas se han realizado en las bases de datos Cochrane, LILACS, DoPHER, Joanna Briggs Institute, PubMed, CINHALL, así como búsqueda en Google Académico y en webs de Sociedades Científicas afines al tema. Las estrategias de búsqueda se realizaron de acuerdo con los criterios de Haynes et al. que se utilizan en las *clinical queries* de PubMed.

No se aborda de forma extensiva el manejo de la persona fumadora que desea dejar el tabaco en la medida que existe un programa en el Distrito con un plan de desarrollo propio, en consonancia con el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía y con el futuro Proceso Asistencial Integrado para la Atención a las Personas Fumadoras.

Para la revisión y estructuración de la información, se generaron escenarios de incertidumbre para cada área de intervención en modificación de estilos de vida y por factores de riesgo. Se jerarquizó la evidencia con el esquema descrito a continuación y se analizaron las distintas opciones, discutiendo el grupo de expertos aquellas que ofrecían algún elemento de contradicción, para llegar a un consenso teniendo en cuenta las características del contexto en el que se aplicaría posteriormente la Guía (Atención Primaria).

NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS RECOMENDACIONES

Para la elaboración de las recomendaciones, se han tomado los criterios de gradación del Scottish Intercollegiate Guidelines Network¹⁷:

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con muy bajo riesgo de sesgo
1+	Meta-análisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ECAs o ECAs con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o casos y controles o estudios de cohortes o casos y controles de elevada calidad, con bajo riesgo de sesgos, y una elevada probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios bien conducidos de casos y controles o cohortes, con bajo riesgo de sesgos y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	Estudios de casos y controles o de cohortes con alto riesgo de sesgos y de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos: series de casos, informes...
4	Opinión de expertos
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ECA puntuado con 1++ y directamente aplicable a la población diana Revisión sistemática de ECAs o un cuerpo de pruebas a base de estudios puntuados como 1+, directamente aplicables a la población diana y con una demostración consistente de resultados
B	Conjunto de pruebas que incluyen estudios puntuados como 2++, directamente aplicables a la población diana, que demuestran consistencia en sus resultados Pruebas extrapoladas de estudios puntuados como 1++ ó 1+
C	Conjunto de pruebas que incluyen estudios puntuados como 2+, directamente aplicables a la población diana y que demuestran consistencia de resultados Pruebas extraídas de estudios puntuados como 2++
D	Pruebas del nivel 3 ó 4 o extrapoladas de estudios evaluados como 2+

Para determinar la calidad de los artículos seleccionados en la revisión bibliográfica se ha realizado una evaluación por pares de los mismos, con la intervención de un tercer revisor en el caso de discrepancias. En función del tipo de artículo, se han utilizado distintas herramientas para evaluar su calidad (criterios CASPe, guías JAMA, etc.). En esta evaluación se han establecido además los niveles de evidencia. Una vez terminada esta fase, el equipo de autores en su conjunto realizó sesiones plenarias y mediante técnicas de consenso (técnica de grupo nominal fundamentalmente) se acordó la fuerza de cada una de las recomendaciones que aparecen en la guía teniendo en cuenta el contexto de aplicación (Atención Primaria).

SITUACIONES CLÍNICAS QUE CUBRE ESTA GUÍA

1. Personas susceptibles de evaluar su riesgo cardiovascular
2. Estrategias de captación de personas para la modificación de estilos de vida

3. Evidencia de las distintas intervenciones de modificación de estilos de vida: dieta, ejercicio, abandono del tabaco, consumo moderado de alcohol y control del estrés.
4. Modificación de estilos de vida en determinadas condiciones clínicas: síndrome metabólico, diabetes tipo 2, prevención secundaria tras enfermedad coronaria.
5. Manejo de respuestas humanas en personas en proceso de modificar sus estilos de vida para mejorar su salud cardiovascular.
6. Valoración y entrevista motivacional de la persona que se encuentra en proceso de modificar sus estilos de vida para mejorar su salud cardiovascular.

ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN E IMPLEMENTACIÓN. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Si importante es la elaboración de la Guía, aún lo es más su difusión e implementación entre los profesionales, ya que esta es la piedra de toque en la que fracasan muchos intentos de modificación de prácticas clínicas, sobre todo en Atención Primaria. Por tanto, se emplearán distintos métodos de difusión entre los profesionales, así como para su aplicación en la clínica diaria, ya que es hasta ahora, la mejor forma de conseguir resultados en un terreno tan desconocido como son los factores que determinan la incorporación de cambios a las prácticas profesionales¹⁸.

A lo largo de este año y el siguiente se continuarán desarrollando las estrategias diseñadas hasta ahora en materia de riesgo cardiovascular (talleres específicos en los Centros, formación acreditada para los responsables del programa de riesgo cardiovascular, difusión de material de soporte, recordatorios en aplicación informática), pero, se irán incorporando sucesivamente otras nuevas que ayuden a consolidar un modelo de atención efectivo para este problema de salud que cada día nos exige a los profesionales mayor competencia.

La guía se actualizará cada tres años. Para ello se realizará una nueva revisión bibliográfica en las mismas bases de datos y con la misma estrategia de búsqueda utilizada para la elaboración, incorporándose aquellas evidencias que, una vez evaluada su calidad, supongan una posible modificación de las recomendaciones que aparecen en la presente guía. Para la actualización también se tendrán en cuenta las evaluaciones que se realicen sobre el estado de la implementación de la guía y de la efectividad de las

intervenciones, modificando aquellas que no hayan demostrado efectividad o en las que el proceso de implementación haya resultado complicado.

RECOMENDACIONES SOBRE INTERVENCIONES EN MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Actividad Física

El efecto de la actividad física sobre la salud cardiovascular ha sido muy analizado, aunque siempre desde la perspectiva de resultados intermedios (efectos en la PA, lípidos, gasto cardiaco, IMC, etc) y pocas veces buscando resultados finales. La magnitud del efecto de la actividad física está condicionada por las características de las intervenciones que se realicen, las variaciones interindividuales, y las posibles reducciones concomitantes en el peso como consecuencia del ejercicio. En muchos sujetos, el efecto en los factores de riesgo cardiovascular puede ser lo suficientemente amplio como para obviar medidas adicionales.

Un reciente estudio de cohortes sobre la cohorte original del estudio Framingham, con un seguimiento a 46 años de 4. 121 pacientes, reveló que la actividad moderada e intensa aumentaba la expectativa de vida en 1,3 y 3,7 años respectivamente y 1,1 y 3,2 años más de vida libres de enfermedad cardiovascular, para hombres de 50 años ó más. En mujeres, el aumento de años de vida fue, comparativamente, de 1.5 y 3.5 y de 1,3 y 3,3 para el aumento de tiempo de vida libre de enfermedad cardiovascular¹⁹.

2++

Otros estudios prospectivos de cohortes a menor tiempo, también han mostrado reducciones en la mortalidad derivadas de la realización de ejercicio físico: reducción del riesgo de morir del 44% (IC 95%: 25%-59%) con respecto a los que no tenían forma física²⁰.

2+

En personas con diabetes entre 50 y 90 años, caminar 1,6 Km diarios redujo a la mitad la probabilidad de morir por cualquier causa (Hazard Ratio (HR): 0,54, IC95%: 0,33-0,88). Estos resultados también se reprodujeron en adultos normoglucémicos (HR: 0,55, IC 95%: 0.32, 0.96)²¹.

2+

La evidencia sobre la efectividad del consejo sobre actividad física en Atención Primaria, no es concluyente, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios²², aunque a medida que se añaden intervenciones adicionales al consejo, mejoran los resultados²³.

1+

Un reciente ensayo evidenció que el aumento de la actividad física tras intervención mediante consejo oral y escrito, disminuyó las cifras de tensión arterial y peso, respecto a los pacientes que no recibieron esa intervención²⁴.

1+

Un meta-análisis de 52 ensayos sobre actividad física de 12 semanas de duración, con 4.700 pacientes evidenció una reducción de cLDL y triglicéridos entre el 3,7%-5% y un aumento del CHDL del 4,6%²⁵.

1++

Son muchos los estudios aleatorizados y controlados que han evaluado el efecto del ejercicio sobre la PA (casi una cincuenta)²⁶. La reducción media de la PAS ha sido de 3,4 mmHg y de 2,4 mmHg para la PAD, aunque estos resultados están muy condicionados por la PA basal del sujeto. De este modo, las personas hipertensas muestran reducciones en la PAS y PAD de 7,4 mmHg y 5,8 mmHg respectivamente, mientras que en sujetos normotensos, las reducciones medias de la PAS y PAD oscilan entre 2.6 y 1.8 mm Hg, respectivamente. Estas reducciones no guardan una relación dosis-respuesta entre la intensidad, frecuencia o magnitud de la actividad y la tasa de reducción de la PA.

1++

La actividad física reduce la resistencia a la insulina y la intolerancia a la glucosa, la glucemia postprandial y la producción hepática de glucosa. Una revisión acerca del efecto de la actividad física sobre diabéticos tipo II mostró una reducción de la HbA1c en el grupo intervención frente a los controles de 7.65% frente a 8.31%, $P < .001$ ²⁷.

1+

El Diabetes Prevention Program demostró un poderoso efecto de la actividad física y la pérdida de peso en la **prevención de la diabetes tipo II**, en sujetos con alto

1++

riesgo de desarrollarla. La reducción del riesgo fue del 58% a los 2,8 años en sujetos que redujeron su peso un promedio de 4 Kg e incrementaron su actividad física en 8-MET-h/semana¹. Esta disminución fue superior a la administración de metformina que sólo alcanzó una reducción del 31% en la prevención de aparición de DM2²⁸.

Posteriormente, una revisión sistemática ha corroborado los efectos beneficiosos de la modificación de estilos de vida basada en dieta y ejercicio para la prevención de la **prevención de la diabetes tipo II**. La reducción de inicio de DM2 mediante intervención en modificación de estilos de vida obtuvo una HR de 0,51(IC 95% 0,44-0,60) frente a la atención habitual, con un NNT de 6,4 (es necesario aplicar esta medida en 6,4 pacientes para evitar un inicio de DM2)²⁹.

1++

Una revisión sistemática de 23 estudios observacionales analíticos (cohortes y casos control) corroboró que los sujetos con alta actividad física tienen un 25% menos de riesgo de **incidencia de ictus o mortalidad por ictus** (RR=0.75; IC 95%:0.69-0.82)³⁰.

2++

Una revisión sistemática de 48 estudios (19 ECAs y 29 ensayos no aleatorizados) sobre la efectividad de intervenciones para la promoción de la marcha encontró en general un efecto positivo de distintas vías de intervención: el consejo breve para caminar, el consejo telefónico o por Internet y la intervención grupal. Ningún método mostró superioridad sobre otros, así como no se pudo determinar si el tipo de profesional que ofrecía el consejo aumentaba o disminuía la intensidad del efecto. Sí se determinaron 2 características de las intervenciones que demostraron una gran influencia en la efectividad: la selección de poblaciones diana y la individualización y adaptación de la intervención a las características y

1+

¹ La actividad física se puede medir de dos formas, absoluta o relativa:

- Absoluta: medida en "equivalentes metabólicos" (METs). 1 MET=tasa metabólica en reposo (≈3,5 ml O₂/kg/min)
- Relativa: % de energía aeróbica utilizada. Se expresa en % total de FC máxima o en % de consumo de O₂ (V_{O₂max})
 - Actividad intensa-moderada: 40% - 60% del V_{O₂max} ó 4 - 6 METs
 - Actividad intensa-vigorosa: > 60% de V_{O₂max} o >6METs

circunstancias de la persona. De este modo se puede aumentar un promedio de 30-60 minutos semanales sobre el total de tiempo dedicado a actividad física.³¹

La guía europea para la prevención cardiovascular, adaptada al castellano por el Comité Español Interdisciplinar de Prevención Cardiovascular (CEIPC)^{3,4} recoge que la ocurrencia epidémica de las enfermedades cardiovasculares (ECV) está estrechamente asociada con hábitos de vida y factores de riesgo modificables.

La modificación de factores de riesgo ha demostrado de forma inequívoca que reduce la mortalidad y la morbilidad, especialmente en personas con ECV diagnosticada o no.

1+

RECOMENDACIONES

HAY QUE ESTIMULAR DE MANERA GENERAL A LAS PERSONAS SANAS PARA QUE ELIJAN ACTIVIDADES FÍSICAS COMPATIBLES CON SUS QUEHACERES DIARIOS (POR EJEMPLO CAMINAR RÁPIDO, MONTAR EN BICICLETA, BAILAR, NADAR, SUBIR ESCALERAS EN LUGAR DE TOMAR EL ASCENSOR) Y DE LAS QUE PUEDAN DISFRUTAR: PREFERIBLEMENTE ENTRE 30 Y 45 MINUTOS AL DÍA, 4 Ó 5 VECES POR SEMANA, AL 60-75% DE LA FRECUENCIA CARDIACA MÁXIMA*. ESTA RECOMENDACIÓN DEBE REALIZARSE MEDIANTE CONSEJO VERBAL ACTIVO Y ENTREGA DE MATERIAL ESCRITO DE SOPORTE, A TODA LA POBLACIÓN, **ADECUÁNDOLA A SU SITUACIÓN PERSONAL.**

A

* Frecuencia cardíaca máxima = 220 – edad en años

EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EL CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA DEBE ESTAR BASADO EN UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO EXHAUSTIVO, INCLUYENDO LOS

A

RESULTADOS DE UNA PRUEBA DE ESFUERZO CUANDO ESTÉ INDICADO.

Reducción de peso y hábitos dietéticos

Las dietas de reducción de peso en personas hipertensas con sobrepeso pueden afectar a la pérdida de peso moderada en el rango del 3% al 9% del peso corporal y probablemente se asocian con disminuciones moderadas en la presión arterial de aproximadamente 3 mmHg sistólica y diastólica. Las dietas de reducción de peso pueden reducir los requerimientos de la dosis de fármacos antihipertensivos³².

1+

Por cada 10 kg de pérdida de peso, desciende la PAS en 4.6 mm Hg y la PAD en 6.0 mm Hg³³.

2++

En algunos estudios controlados y aleatorizados, la PA se ha mostrado fuertemente relacionada con la cantidad y duración de la pérdida de peso. Pérdidas de peso de, al menos, 4,4 Kg garantizan una PA más controlada a los 36 meses³⁴.

1+

La dieta mediterránea modificada aplicada en Europa (Grecia, Italia, Suiza, España, Inglaterra...) se ha asociado a un incremento de la supervivencia entre

2+

ancianos: un aumento de 2 unidades en una medida específica que crearon los autores de un estudio sobre DM para evaluar la adherencia a esta dieta, disminuye un 8% la mortalidad³⁵.

El Diabetes Prevention Program demostró un poderoso efecto de la actividad física y la pérdida de peso en la **prevención de la diabetes tipo II**, en sujetos con alto riesgo de desarrollarla. La reducción del riesgo fue del 58% a los 2,8 años en sujetos que redujeron su peso un promedio de 4 Kg e incrementaron su actividad física en 8-MET-h/semana. El beneficio de esta actividad fue superior a la administración de metformina que sólo alcanzó una reducción del 31% en la prevención de aparición de DM2.

1++

El Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) demostró también un importante impacto en la reducción de peso en personas con riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo II. Un programa de ejercicio y consejo dietético consiguió reducciones de 4,5 Kg de peso al año y de 3,5 Kg a los 3 años, mejoró los niveles de glucemia y de lípidos en sangre³⁶.

1++

Posteriormente, estudios en condiciones de práctica clínica habitual han corroborado estos resultados³⁷. En Australia un programa de 6 sesiones grupales de 90 minutos de duración a lo largo de 8 meses, llevado a cabo por enfermeras de Atención Primaria redujo a los 12 meses el peso en 2,52 Kg (IC95%: 1,85-3,19), el perímetro de cintura en 4,17 cm (IC95%: 3,48-4,87), la glucosa en ayunas en 0,14 mmol/l (IC95%: 0,07-0,20), el colesterol total en 0,29 mmol/l (IC95%: 0,18-0,40) entre otros parámetros³⁸.

En Finlandia, enfermeras de Atención Primaria, aplicando algunos objetivos parciales del estudio DPS (reducción a menos de un 30% de ingesta calórica grasa, de un 10% de grasas saturadas y 15 g de fibra/1000 kcal, más 4 horas a la semana de ejercicio moderado), a lo largo de 6 sesiones grupales obtuvieron resultados similares al estudio DPS en la prevención de diabetes (20% frente a 18%, sin diferencias significativas), aunque los resultados en actividad física y pérdida de peso fueron inferiores³⁹.

1+

Reducciones de peso de 4,4 Kg a los 6 meses, 2 Kg a los 18 y 0,2 a los 36 meses, producen disminuciones significativas de la PA, con una reducción del riesgo de 0.58 (95% CI, 0.36-0.94) a los 6 meses, 0.78 (CI, 0.62-1.00) a los 18 meses y 0.81 (CI, 0.70-0.95) a los 36. Si la reducción de peso se mantiene por encima de los 30 meses siguientes, la reducción del riesgo de HTA es máxima: 0,35 (CI, 0.20-0.59)⁴⁰.

1+

La reducción de grasas en la dieta reduce la tasa de eventos cardiovasculares en estudios de más de dos años de duración y muestra una sugerencia hacia la disminución de la mortalidad⁴¹.

1++

RECOMENDACIONES

SE DEBEN REALIZAR INTERVENCIONES PARA LA PÉRDIDA DE PESO EN PACIENTES CON FRCV Y SOBREPESO CENTRADAS EN DIETAS DE REDUCCIÓN, QUE TENGAN COMO OBJETIVO UNA PÉRDIDA MODERADA DE PESO ENTRE EL 3 Y EL 9% DEL PESO CORPORAL.

A

RESPECTO A LA INGESTA DE GRASAS EN LA DIETA:

- ▶ ES MÁS IMPORTANTE EL TIPO DE GRASA CONSUMIDA QUE LA CANTIDAD TOTAL, CUYO LÍMITE SUPERIOR PODRÍA SITUARSE ENTRE EL 30 Y EL 35% DE LA INGESTA CALÓRICA TOTAL, SIEMPRE QUE EXISTA UN CLARO PREDOMINIO DE LOS ÁCIDOS GRASOS MONOINSATURADOS.

A

► SE RECOMIENDA:

- MANTENER UN CONSUMO LO MÁS BAJO POSIBLE DE GRASAS (< 7% DE LA INGESTA CALÓRICA TOTAL),
- TRATAR DE ELIMINAR O REDUCIR AL MÍNIMO LA INGESTA DE GRASAS HIDROGENADAS*
- ESTIMULAR LA INGESTA DE GRASA MONOINSATURADA, PROCEDENTE DEL ACEITE DE OLIVA Y ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES, PARTICULARMENTE LOS OMEGA 3, PROCEDENTES DE PESCADO.

*Las grasas hidrogenadas se utilizan en margarinas, comidas rápidas, productos comerciales de pastelería y alimentos procesados.

EN PERSONAS CON ESPECIAL RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO II (INTOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA, GLUCEMIA BASAL ALTERADA, SÍNDROME METABÓLICO), SE INTENSIFICARÁN LAS MEDIDAS DE MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA, BASADAS EN INCREMENTO DE EJERCICIO Y PÉRDIDA DE PESO.

A

Reducción de sodio en la dieta

Una reducción de sodio en la dieta mediante la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hipertensión: medidas dietéticas para frenar la hipertensión) en distintos grados produce descensos de la PA. Reduciendo la toma de Na de un nivel alto a uno intermedio se reduce la Pas en 2,1mmHg. Reduciendo la toma de Na de un nivel intermedio a un nivel bajo provoca una reducción adicional de 4,6 mmHg. Y la reducción alta provoca descensos de PAS de 7,1 mmHg en normotensos y de 11, 5 mmHg en hipertensos⁴², pero, no afecta a los niveles de lípidos⁴³.

1+

En adultos no hipertensos se necesita una restricción importante de sal para una disminución leve de los niveles de TA (100mmol de ClNa para disminuir 1 mmHg). En

1+*

adultos hipertensos >44años se consigue una disminución importante de TA con la reducción de 100 mmol de CLNA (6,3mmHg en PAS y 2,2 mmHg en PAD). En adultos hipertensos <44 años el descenso fue de 2,4 para la PAS y no hubo ningún cambio para la diastólica. La restricción de sal parece beneficiosa como coadyuvante en tratamientos antihipertensivos (disminuye entre 3 y 4 mmHg) excepto en los tratados con bloqueantes de los canales del calcio. Para pacientes hipertensos, sobre todo >44años, disminuir la sal a 90 y 130mmol/día (90-130 mmol de Na = 1-1,5 cucharaditas)...

Una revisión sistemática estableció que las presiones arteriales sistólicas y diastólicas se redujeron a los 13 y 60 meses en aquellos que recibieron asesoramiento sobre dietas hiposódicas en comparación con los controles (presión arterial sistólica en 1,1 mmHg; IC del 95%: 1,8 a 0,4; presión diastólica en 0,6 mmHg; IC del 95%: 1,5 a 0,3), así como la excreción urinaria de sodio en 24 horas (en 35,5 mmol/24 horas; IC del 95%: 47,2 a 23,9). El grado de reducción de la ingesta de sodio y el cambio en la presión arterial no se relacionaron. Las personas medicadas con fármacos antihipertensivos pudieron interrumpir su medicación más a menudo con una dieta hiposódica en comparación con los controles, mientras mantenían un control similar de la presión arterial. Las intervenciones intensivas, inadecuadas para la atención primaria o los programas de prevención para la población, solamente proporcionan reducciones mínimas de la presión arterial durante ensayos a largo plazo. Es muy difícil categorizar a las personas como respondedores o no a la ingesta de sal. No se pudo constatar el efecto sobre la morbi-mortalidad, ni los efectos de la reducción de sodio a largo plazo⁴⁴.

1++

En pacientes de 60 a 80 años, la reducción de sodio en la dieta, acompañada de educación sanitaria, puede evitar el tratamiento farmacológico. Este beneficio lo consiguen, incluso, los individuos que ya siguen una dieta cardiosaludable^{45, 46}.

1++

En una revisión se incluyeron 17 ensayos en individuos con presión arterial elevada (n = 734) y 11 ensayos en individuos con presión arterial normal (n = 2.220). En los individuos con presión arterial elevada, la mediana de la reducción en la excreción de sodio urinario de 24 h fue 78 mmol (4,6 g/día de sal), la reducción media en la presión arterial sistólica fue -4,97 mmHg (IC del 95%: -5,76

1++

a -4,18) y la reducción media en la presión arterial diastólica fue -2,74 mmHg (IC del 95%: -3,22 a -2,26). En los individuos con presión arterial normal la mediana de la reducción de la excreción de sodio urinario de 24 h fue 74 mmol (4,4 g/día de sal), la reducción media en la presión arterial sistólica fue -2,03 mmHg (IC del 95%: -2,56 a -1,50) y la reducción media en la presión arterial diastólica fue -0,99 mmHg (-1,40 a -0,57). Los análisis mostraron una correlación entre la reducción en el sodio urinario y la reducción en la presión arterial.

Reducciones moderadas y a largo plazo (de 4 o más semanas) de la ingesta de sal demuestran un efecto significativo sobre la PA en individuos con PA normal y elevada. Con este descenso significativo se puede predecir una reducción inmediata en las muertes por accidentes cerebrovasculares de aproximadamente un 14%, en las muertes por cardiopatías isquémicas de un 9% en individuos con PA elevada, y de un 6% en individuos con PA normal. Con reducciones moderadas en la ingesta de sal solo existen aumentos muy pequeños de la renina en plasma y aldosterona y ningún cambio detectable en la actividad simpática de colesterol total, triglicéridos, colesterol de baja densidad y de alta densidad. Dentro del rango de ingesta diaria de 3 g a 12 g/día, cuanto más baja es la ingesta de sal lograda, más baja es la presión arterial⁴⁷.

Recientemente se ha comprobado en un estudio de cohortes a 10 y 15 años extraídas de los estudios TOHP I y II, que la reducción de ingesta de sal de entre 33-44 mmol/24h reduce hasta un 25% el riesgo de sufrir un evento cardiovascular (RR: 0,75 IC95%: 0,57-0,99)⁴⁸

2++

RECOMENDACIONES

SE DEBE RECOMENDAR LA DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE SAL EN LA DIETA, POR SU EFECTO BENEFICIOSO EN LA REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y EL CONSUMO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS. PARA PACIENTES HIPERTENSOS, SOBRE TODO MAYORES DE 44 AÑOS, SE DEBE DISMINUIR LA SAL EN LA DIETA (INHERENTE A LOS ALIMENTOS Y LA AÑADIDA) A UN MÁXIMO DE 90 Y 130 MMOL/DÍA (90-130 MMOL DE NA = 1-1,5 CUCHARADITAS).

A

EQUIVALENCIA DE LAS MEDIDAS DE SODIO EN LOS ALIMENTOS

90 a 130 mmol de Na= 5-7 g de Na

CONTENIDO EN SODIO DE LOS ALIMENTOS (mg por cada 100 g de alimento)

(Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/club/sal6.htm>)

EMBUTIDOS	mg
Jamón Serrano	1110
Jamón York	930
Chorizo	78
Salchichón	1100
Bacon	680
Foie-gras	770
Mortadela	980

CARNES	mg
Cerdo	72
Ternera	35
Higado de ternera	136
Cordero	80
Conejo	43
Gallina	78
Pollo	56
Higado de Pollo	70

PESCADOS Y MARISCOS	mg
Arenque ahumado	520
Lenguado	150
Mejillón	290
Merluza	89
Congrio	117
Salmón	60
Trucha	70
Rape	89
Langostino	366
Cigala	320
Gamba	366

ALIMENTOS PRECOCINADOS	mg
Croquetas	480
Pizza	340
Rollitos Primavera	575
Sopas de sobre	1300
Canelones	480
Canapés	340
Pescado empanado	468
Buñuelos	480

LÁCTEOS Y QUESOS	mg
Queso de bola	1200
Queso de burgos	1200
Queso enmemntal	610
Queso en porciones	850
Queso gruyere	610
Queso manchego	1200
Requeson	450
Yogurt	64
Leche entera de vaca	40

Aportes de potasio, calcio y magnesio

El potasio administrado en forma de suplementos de entre 60-100 mmol/día (duración media: 5 semanas) puede disminuir la PA de forma modesta en la población hipertensa: PAS: 4,4 mmHg (IC: 2,2 -6,6), PAD: 1,8 mmHg (IC: 0,6-2,9). Este efecto es mayor en pacientes que no reciben tratamiento farmacológico: PAS: 4,85 mmHg (IC 2,74-7,12), PAD: 2,71 mmHg (IC 0,71-4,71). El efecto es también mayor en los pacientes que no realizan una dieta sin sal⁴⁹. Estas cantidades son fácilmente asumibles mediante la dieta y se consiguen los mismos efectos⁵⁰.

1+

Tres metaanálisis^{51, 52, 53} han documentado una significativa e inversa relación entre la ingesta de potasio y la presión arterial, tanto en individuos normotensos como hipertensos. En el metaanálisis de Cappuccio et al. los resultados de los ensayos indicaban que los suplementos de potasio oral disminuían la presión arterial sistólica en -5.9 mmHg (IC 95%: -6.6 a -5.2 mmHg) y la presión arterial diastólica en -3.4 mmHg (IC 95%: -4.0 a -2.8 mmHg). La magnitud del efecto de la disminución de la presión arterial era mayor en pacientes hipertensos, -8.2 mmHg (-9.1 a -7.3 mmHg) para PAS y -4.5 mmHg (-5.2 a -3.8 mmHg) para PAD y era más pronunciada cuanto mayor era la duración de los suplementos de potasio ($p < 0.05$ y $p < 0.01$ para PAS y PAD respectivamente). Basándose en estos análisis, un incremento de la ingesta de potasio podría ser incluida en las recomendaciones para un control no farmacológico de la hipertensión esencial no complicada.

1+

No hay pruebas significativas de que los suplementos de calcio y magnesio influyan de forma determinante en la PA^{54, 55}.

1+

RECOMENDACIONES

AUNQUE UNA ALTA INGESTA DE POTASIO ESTÁ ASOCIADO CON UNA REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL, NO SE RECOMIENDA LA INTRODUCCIÓN DE SUPLEMENTOS DE POTASIO. LA MEJOR ESTRATEGIA PARA INCREMENTAR LA INGESTA DE POTASIO ES CONSUMIR ALIMENTOS, PREFERENTEMENTE FRUTAS Y VERDURAS, RICOS EN POTASIO*.

A

* Los pacientes con insuficiencia renal crónica deben limitar la ingesta de potasio.

NO SE RECOMIENDA LA INTRODUCCIÓN DE SUPLEMENTOS DE CALCIO Y MAGNESIO PARA LA DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

A

Disminución del consumo de alcohol

La controversia con el consumo de alcohol y los eventos cardiovasculares viene dada por la ambigüedad de sus efectos a nivel circulatorio, en función de la dosis.

En cuanto a su efecto beneficioso, los resultados disponibles han mostrado que:

El consumo de bajas dosis de alcohol ha demostrado ser útil para la prevención primaria de episodios coronarios^{56, 57}.

1+

En el estudio INTERHEART sobre factores de riesgo cardiovascular e infarto de miocardio, realizado en 52 países con un total de 15.151 pacientes, el consumo regular de alcohol a dosis moderadas muestra un efecto protector (RR: 0,91) con una disminución de riesgo poblacional total atribuible de IAM del 7%⁵⁸.

2++

30g de alcohol diarios produjeron una elevación del cHDL de 3.99 mg/dl (95% IC95% 3.25 a 4.73), de la apolipoproteína A de 8.82 mg/dl (7.79 a 9.86) y de triglicéridos en 5.69 mg/dl (2.49 a 8.89). La extrapolación de estos resultados a las estimaciones de riesgo coronario, provocarían hipotéticamente una reducción del riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria del 24,7%.

1+

El dintel comúnmente aceptado de seguridad en el efecto beneficioso, se sitúa por debajo de 20 g al día en mujeres y de 40 g al día en varones.

Los efectos cardiovasculares perjudiciales del alcohol, ocurren de forma aguda en ingestas superiores a 60 g por toma y de forma crónica en función de la dosis diaria consumida y el tiempo total de consumo^{59, 60}.

Por otra parte, en sujetos hipertensos, se ha comprobado que:

Una reducción importante (más del 60%) de ingesta de alcohol en hipertensos bebedores produce descensos modestos en la PAS: -3.31 mm Hg (-2.52 a -4.10

1+

mm Hg), y la PAD: -2.04 mm Hg (-1.49 a -2.58 mm Hg)⁶¹.

RECOMENDACIONES

EN POBLACIÓN BEBEDORA (INDEPENDIEMENTE DEL NIVEL DE CONSUMO), LA INGESTA DE ALCOHOL **NO** DEBE SUPERAR LOS 20g/DÍA EN MUJERES Y LOS 40g/DÍA EN HOMBRES.

A

CÁLCULO DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL EN UNA BEBIDA

Graduación X Volumen en ml X 0,79

EJEMPLOS DE CONTENIDO EN ALCOHOL DE BEBIDAS FRECUENTES

8-10g DE ALCOHOL	1 vaso de vino	100 ml
	1 caña de cerveza	200 ml
	½ whisky	25 ml

Control del estrés

El efecto del estrés sobre la prevención de la HTA está poco claro con los resultados actuales. Sí parece clara la relación entre control del estrés y disminución de la PA⁶².

La diversidad de intervenciones y modalidades de cada una de ellas (biofeedback, meditación, relajación, técnicas cognitivas, combinación de éstas...) hace difícil establecer la efectividad de las mismas, aunque las técnicas cognitivas individuales son las que mayor efecto han conseguido en cuanto a disminución de la presión arterial⁶³.

Un importante estudio de casos y controles (INTERHEART) detectó una asociación entre estrés en el año anterior y aparición de IAM en hombres, aunque no en mujeres, duplicando la odds ratio en los varones que sufrían estrés de forma permanente. Igualmente, la odds ratio para IAM era algo más elevada en sujetos que habían sufrido depresión en el último año⁶⁴.

2+

Un reciente estudio de cohortes sobre más de 27.000 trabajadores expuestos a ruido en su trabajo un mínimo de 1 año, fue seguida durante 45 años. Se detectó

una elevación significativa del riesgo de infarto de miocardio en toda la cohorte, especialmente en aquellos que no tenían protección auditiva, una vez ajustados otros factores de riesgo. Se pudo establecer una asociación dosis-respuesta, siendo el riesgo relativo de infarto 1,5 veces superior en los más expuestos a ruido (IC 95%: 1.1-2.2)⁶⁵.

2+

Un metaanálisis de estudios epidemiológicos sobre el efecto del ruido en la presión arterial encontró asociación significativa entre las elevaciones de PA y la exposición al ruido ambiental del tráfico y en el entorno laboral, con un riesgo relativo por cada incremento en 5 dB(A) de ruido, de 1.14 (1.01-1.29) y 1.26 (1.14-1.39), respectivamente. Los resultados son inconcluyentes, debido a la indeterminación de la caracterización de la exposición al ruido en los distintos estudios, así como el ajuste por distintas posibles variables de confusión (el metaanálisis sólo pudo incluir diseños observacionales analíticos)⁶⁶.

2-

RECOMENDACIONES

AUNQUE SE DISPONE DE RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS QUE EVIDENCIAN LA RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y MORBILIDAD CARDIOVASCULAR, ACTUALMENTE NO SE PUEDE RECOMENDAR UNA INTERVENCIÓN CLARAMENTE EFECTIVA SOBRE EL CONTROL DEL ESTRÉS EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS.

B

SE DEBE RECOMENDAR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN TRABAJADORES EXPUESTOS A RUIDOS DE FORMA PERMANENTE, DEBIDO A SU INFLUENCIA EN LA MORBILIDAD CARDIOVASCULAR.

B

Modificación de estilos de vida en prevención secundaria

Una reciente revisión sistemática ha obtenido resultados beneficiosos sobre la mortalidad, mediante la modificación de estilos de vida en pacientes que han

1+

sufrido un evento cardiovascular. Las reducciones del riesgo fueron para el abandono del tabaco (RR: 0.64; IC95%: 0.58-0.71), el aumento de la actividad física (RR: 0.76; IC95% 0.59-0.98) y el consumo moderado del alcohol (RR: 0.80; IC95%: 0.78-0.83)⁶⁷.

Rehabilitación cardíaca

La rehabilitación cardíaca ha demostrado en una revisión sistemática de 8.440 pacientes, resultados bastante beneficiosos:

- En el caso de la intervención con ejercicio solo, la OR para la mortalidad en los pacientes que la recibían era de 0,73; IC95%: 0,54 a 0,98.
- La rehabilitación cardíaca integral redujo la mortalidad por todas las causas, pero en un grado menor (OR 0,87; IC95%: 0,71 a 1,05).
- La mortalidad cardíaca total se redujo en un 31% (modelo de efectos aleatorios; OR 0,69; IC95%: 0,51 a 0,94) y en un 26% (modelo de efectos aleatorios; OR 0,74; IC95%: 0,57 a 0,96), en los grupos con ejercicio solo y con intervención de rehabilitación cardíaca integral, respectivamente.
- No hay pruebas del efecto de las intervenciones sobre la aparición de un IAM no mortal.
- Produce una reducción neta significativa en el colesterol total (modelo de efectos aleatorios; Diferencia de Medias Ponderada (DMP) combinada -0,57 mmol/l; intervalo de confianza del 95%: -0,83 a -0,31) y el colesterol LDL (modelo de efectos aleatorios; DMP combinada -0,51 mmol/l; intervalo de confianza del 95%: -0,82 a -0,19) en el grupo de rehabilitación cardíaca integral⁶⁸.

1++

RECOMENDACIONES

EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN EVENTO CORONARIO, DEBE RECOMENDARSE CON ESPECIAL ÉNFASIS EL ABANDONO DEL TABACO, EL CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL Y LA REALIZACIÓN DE EJERCICIO FÍSICO. DEBE RECOMENDARSE ESPECIALMENTE LA REHABILITACIÓN CARDIACA.

A

RESUMEN DE EFECTOS DE LA MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

		Ejercicio físico	Reducción de peso	Reducción de sal	Reducción de alcohol
cLDL y Triglicéridos		↓ 3,7-5%			
cHDL		↑ 4,6%			
PAS	Hipertensos	↓ 7,4 mmHg	↓ 3 mmHg	↓ 6,3 mmHg	↓ 3,31 mmHg
	Normotensos	↓ 5,8 mmHg		↓ 2,2 mmHg	↓ 2,04 mmHg
PAD	Hipertensos	↓ 2,6 mmHg			
	Normotensos	↓ 1,8 mmHg			
HbA1C		↓ 0,66% ⁶⁹			

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA LA MODIFICACIÓN DE ESTILOS DE VIDA

Captación en Atención Primaria

La captación de personas que potencialmente presenten factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en Atención Primaria puede tener lugar en múltiples momentos y entornos. Al igual que en muchas otras áreas de intervención, la captación oportunista de personas con FRCV ofrece ventajas importantes en la medida en que tiene un elevado impacto poblacional y mejora la detección precoz de riesgos, con lo cual, se está en mejor disposición de iniciar intervenciones preventivas.

SE REALIZARÁ DE FORMA GENERAL EN TODOS LOS CENTROS, CAPTACIÓN OPORTUNISTA DE PERSONAS QUE ACUDAN AL CENTRO DE SALUD Y EN LOS QUE SE SOSPECHE O CONOZCA ALGÚN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. ESTA CAPTACIÓN SE DESARROLLARÁ EN CUALQUIER SERVICIO DEL CENTRO.

D

Proceso de captación

1. Ante la sospecha de presencia de FRCV, se le preguntará a la persona por el mismo (Ej.: si un paciente acude para hacerse una extracción de sangre y aparece marcado el colesterol, se le preguntará si tiene algún problema en este sentido).
2. A continuación, se preguntará por otros factores de riesgo adicionales.
3. Se le ofertará a la persona la posibilidad de acudir al Centro otro día para la estimación de su riesgo cardiovascular y de proporcionarle ayuda para modificar estilos de vida si se considerase necesario.

4. Se le entregará el folleto informativo que existirá en todos los Centros y dependencias de los mismos.

LA INTERVENCIÓN SE INICIARÁ DE FORMA INDIVIDUAL, PERO SI LOS PROFESIONALES DEL CENTRO LO CONSIDERAN OPORTUNO, PUEDEN PLANIFICARSE INTERVENCIONES GRUPALES, (en las descripciones de estudios realizadas en la sección anterior, la modalidad grupal formaba parte de muchos de los estudios)

D

Habitualmente, las intervenciones en Atención Primaria se han enfocado desde el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente^{70, 71}, pero las evidencias existentes hasta hace poco han resultado controvertidas en algunos aspectos⁷². No obstante, las últimas revisiones muestran resultados más alentadores, y despejan algunas incertidumbres aunque se precisan más estudios para establecer conclusiones aún acerca de algunos elementos de este enfoque.

Un meta-análisis de 47 estudios transversales en los que se empleaba el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente en modificación de estilos de vida (abandono del tabaco, promoción de actividad física y modificación de la dieta), detectó que la secuencia de procesos entre cada estadio se comporta de forma distinta a lo largo de los distintos problemas de salud. En deshabituación tabáquica, se empleaban los procesos cognitivos en los estadios iniciales, más que los conductuales (se trata de abandonar un viejo hábito, sin incorporar otros nuevos). En la adopción de actividad física y modificación de dieta, ambos procesos aumentaban simultáneamente (se abandonan viejos hábitos, pero, hay que ir incorporando nuevos hábitos permanentemente). La sustitución de conductas por otras nuevas, el establecimiento de un compromiso, la reflexión acerca de las consecuencias, la búsqueda de información, las pistas para obtener control de la situación y el uso de refuerzos fueron los aspectos que más variaban entre etapas de cambio⁷³.

3

Una revisión sistemática de 2002 no encontró evidencias sólidas para sugerir que el modelo de estadios de cambio, de forma genérica, fuese superior a otros o a la atención habitual. De 37 ensayos, 17 no mostraron diferencias significativas entre grupos, 8 mostraron efectos mixtos y 10 aportaron resultados mejores en el grupo que recibió atención basada en modelos de estadios de cambio. La calidad metodológica de estos estudios fue variable y pocos estudios informaban sobre la validez del instrumento que usaban para evaluar el estadio de cambio y no quedaba claro si la intervención se adaptaba al estadio de cambio de los sujetos⁷⁴.

1+

Posteriormente, en 2006, una revisión sistemática de 150 estudios sobre la aplicación del modelo transteórico en la promoción de la actividad física, analizó 38 que se centraban en la efectividad de intervenciones basadas en este modelo, 70 estudios transversales de base poblacional y 42 estudios de validación de medidas de estadios de cambio en el campo de la actividad física. De los 38 estudios de intervención, 17 mostraron efectividad en la incorporación de la actividad física mediante el uso de un modelo de estadios de cambio, aunque la heterogeneidad de intervenciones era amplia, así como de las muestras y duración de la intervención⁷⁵.

1+

Una revisión sistemática demostró que la entrevista motivacional, como componente de la intervención en modificación de estilos de vida tenía un efecto clínicamente significativo y relevante en aproximadamente tres de cada cuatro estudios revisados: IMC, colesterol total, TA, concentración de alcohol en sangre y contenido estándar de etanol. Cuando se usa la entrevista motivacional en intervenciones breves de 15 minutos, el 64% de los estudios mostraron un efecto relevante. Llevar a cabo más de un encuentro con el paciente asegura la efectividad de la entrevista motivacional⁷⁶.

1+

+

A pesar de la heterogeneidad de estudios e intervenciones, sí está bien establecido que las intervenciones basadas en algún modelo bien fundamentado conceptualmente son más efectivas.

En el Distrito Sanitario Málaga, hace algunos años que se ha desplegado este enfoque en la intervención para la atención a personas fumadoras y está ampliamente extendida

en condiciones de práctica clínica habitual, habiendo mostrado buenos resultados, tanto en población general, como en embarazadas. En aras de favorecer la efectividad y en ausencia de un modelo que ofrezca superioridad sobre otros, se recomienda el enfoque del modelo transteorético de Prochaska y DiClemente, así como el uso de la entrevista motivacional.

RECOMENDACIONES

LA VALORACIÓN E INTERVENCIONES SE ENFOCARÁN DESDE EL MODELO DE ESTADIOS DE CAMBIO DE PROCHASKA Y DICLEMENTE.	C
--	----------

EN EL PROCESO DE INTERVENCIÓN SE EMPLEARÁ LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	A
--	----------

1ª Visita

Determinación del estadio de cambio en el que se encuentra la persona:

PRECONTEMPLATIVA	La persona no está intentando actuar en un futuro inmediato, (los próximos 6 meses) y es en general defensiva y resistente. Tiende a evitar leer, escuchar o hablar acerca de sus hábitos no saludables y no está preparada para sumarse a programas orientados a la acción.
CONTEMPLATIVA	La persona está dispuesta a actuar en los próximos 6 meses. Es más consciente de los beneficios del cambio, pero también de los esfuerzos que conlleva. La profunda "ambivalencia" que ellos experimentan puede hacerlos permanecer en esta etapa por años (la cronificación de esta etapa conlleva a "pensar" en lugar de "actuar").
PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN/ACCION	La persona está lista para participar en intervenciones orientadas a modificar su conducta en un plazo breve (30 días). Está más convencida del beneficio que del esfuerzo que conllevará.
ACCION	La persona desarrolla modificaciones evidentes y es la fase donde se aplican los mayores procesos de cambio. Un problema es que la gente espera que lo peor pase en unas pocas semanas o en unos pocos meses y

	así podrán disminuir sus esfuerzos demasiado rápidamente. Esta creencia es una de las razones por las cuales las personas recaen tan rápidamente.
MANTENIMIENTO	La persona continúa aplicando procesos particulares de cambio, pero no necesitan trabajar tan duramente para prevenir la recaída. Durante la fase de mantenimiento los riesgos más comunes para la recaída están asociados a problemas emocionales tales como ira, ansiedad, depresión, estrés.
FRACASO EN EXPERIENCIAS PREVIAS	La persona ha tenido intentos previos de cambio, sin éxito alguno. No todos los fracasos son iguales y hay que analizar las causas exactas que llevaron a la falta de éxito en cada situación de forma específica.

El enfoque motivacional de la persona que ha de modificar sus estilos de vida necesita una convicción del profesional sobre la eficacia de los recursos propios del paciente para experimentar y dirigir su autonomía en la adaptación a los nuevos estilos que se adoptan. Durante la intervención se busca permanentemente que la persona se POSICIONE y vaya dotándose de un capital de RAZONES para poner en marcha sus nuevos estilos de vida, de manera que gradualmente vaya aumentando su COMPROMISO personal con esta nueva opción elegida autónomamente. Permite al profesional aumentar la motivación del paciente teniendo en cuenta su nivel de motivación basal y respetando siempre sus últimas decisiones

Características clave de la **entrevista motivacional**⁷⁷:

- Se basa en identificar y movilizar los valores y objetivos intrínsecos de la persona para estimular el cambio de conducta.
- **Busca** el reconocimiento por parte del paciente de posibles conductas-problema (estilos de vida no saludables).
- La motivación para el cambio **emana desde la persona** y no es impuesta externamente.
- **Responsabiliza al paciente** en la elección de posibles alternativas.
- Implica una actitud de **escucha respetuosa**.
- **Reconoce la ambivalencia** en la que las personas se encuentran ante determinadas conductas, pensamientos, emociones... como algo intrínseco a la naturaleza humana.

- Se utiliza para que la persona **clarifique y resuelva la ambivalencia** en torno al cambio y perciba los beneficios y costes que conlleva.
- La preparación para el cambio **no es un rasgo** de la persona, sino un **estado que varía** como consecuencia de su interacción con otros.
- La **resistencia** y la **negación** son frecuentemente señales para que el profesional modifique sus estrategias de motivación.

Está bastante bien documentado en la literatura científica que las creencias erróneas sobre determinadas conductas se sustentan en un acopio de razones equivocadas acumuladas con el paso del tiempo. Si la persona no encuentra alternativas válidas para modificarlas, difícilmente desarrollará acciones para ello. La intervención persigue precisamente dotar a la persona de un nuevo caudal de razones que ella misma va descubriendo con la ayuda profesional, para ir incorporándolas de acuerdo con sus características y contexto.

La motivación del paciente se detecta con unas preguntas básicas y la convicción con la que el paciente responde a ellas:

1. ¿Estaría usted dispuesto a modificar sus estilos de vida?
2. ¿Se siente capaz de afrontar el proceso?

Por tanto, es necesario conocer los deseos del paciente:

1. ¿Cuál es la razón principal que le motiva a ello?
2. ¿Qué está dispuesto a hacer para conseguirlo?

La entrega de folletos para la promoción de la actividad física en sujetos de riesgo en un ECA ha mostrado una efectividad similar a un programa estructurado de intervención conductual⁷⁸.

El asesoramiento y consejo breve ha mostrado efectos positivos en áreas como el abandono del tabaco ^{79, 80} .	1+ +
---	---------

Conjuntamente, se le realizará (**si aún no figura en la historia clínica**) la valoración del riesgo cardiovascular con la tabla SCORE para zonas de riesgo bajo.

Con arreglo a estos dos parámetros, se pueden generar los siguientes casos:

	RCV<5%	RCV>5%
PRECONTEMPLATIVO	Entrega de folleto y consejo básico	Entrega de folleto, consejo básico y recomendar revisión dentro de los 3 meses siguientes, con registro en Historia Clínica
CONTEMPLATIVO	Plan de actuación individualizado	
PREPARACIÓN PARA LA ACCIÓN / ACCIÓN	Plan de actuación individualizado y considerar intervención grupal	
FRACASO EN INTENTOS PREVIOS	Valorar el estadio y actuar según el resultado de esta valoración.	

CONSEJO BÁSICO

Se realizará consejo básico sobre: actividad física, dieta y tabaquismo.

ACTIVIDAD FÍSICA

1. **Aprovechar** las oportunidades que se presentan **a lo largo del día** para incrementar la actividad física (subir y bajar escaleras en vez de tomar el ascensor, caminar cuando sea posible para realizar los desplazamientos, etc).
2. **Reducir** al máximo el sedentarismo **durante el tiempo libre** (por ejemplo, disminuyendo el tiempo de ver televisión, o de permanecer sentado) y fomentar el ocio activo (salir a pasear con la familia o amigos, realizar las tareas de mantenimiento del hogar, colaborar en las tareas domésticas).

3. Para aquellas personas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico, **recomendar** al menos **30 minutos de ejercicio físico regular**, de intensidad moderada (preferentemente caminar) con una frecuencia de al menos 5 veces por semana.

DIETA

1. Recalcar a la persona que el objetivo es **equilibrar** la ingesta habitual y la actividad física para mantener un peso estable o permitir la pérdida en caso de sobrepeso/obesidad.
2. **Ofrecerle** vías para ello (ofertar 3 de las siguientes posibilidades)
 - 2.1. Disminuyendo la cantidad, y seleccionando adecuadamente el tipo de **grasa** ingerida, conseguiremos pérdidas de peso y mejores controles del colesterol:
¿Cómo?
 - 2.1.1. Reducción del consumo de alimentos fritos y salsas y de grasas contenidas en alimentos de origen animal: lácteos enteros, fiambre y charcutería, carnes grasas como cerdo, cordero, mantecas y mantequillas.
 - 2.1.2. Utilización para cocinar preferentemente de aceite de oliva y con moderación.
 - 2.1.3. Las grasas polinsaturadas (aceite de girasol, maíz,) son mas recomendables que las saturadas.
 - 2.1.4. Para disminuir el colesterol LDL, deben disminuirse las grasas saturadas (de origen animal y aceites de coco y palma) y ácidos grasos-trans (margarinas, comidas rápidas, productos comerciales de pastelería y alimentos procesados) y reemplazarse por aceites monoinsaturados (aceite de oliva)
 - 2.1.5. El pescado (sobre todo el azul), es una fuente útil de grasas polinsaturadas del tipo Omega3, beneficiosas para el control de lípidos
 - 2.2. Limitar o evitar el consumo de alimentos precocinados y salsas comerciales.
 - 2.3. Aumentar el consumo de **frutas, verduras y hortalizas**, legumbres, cereales integrales y frutos secos (estos últimos no recomendables en caso de sobrepeso/obesidad).
 - 2.4. Fomentar el consumo de **pescado** al menos 3-5 veces por semana.

- 2.5. Limitar el consumo de alimentos energéticamente densos y pobres en micronutrientes como: refrescos, zumos comerciales, chocolates, helados o productos de repostería.
- 2.6. Limitar el consumo de sal y consumir preferentemente sal yodada.
- 2.7. Hacer 3 comidas principales y 2 pequeñas colaciones al día. Evitar el "picoteo".
- 2.8. Recordar que los "productos dietéticos", "de régimen" o "lights" no siempre tienen bajo aporte calórico.

Como reglas generales:

ELEGIR lácteos desnatados | PREFERIR pescados a carnes | ELEGIR carnes poco grasas (pollo, pavo..) y piezas magras | PREFERIR asados o cocidos a fritos | EVITAR precocinados, snacks, y bollería industrial

TABACO

1. Consejo **firme y serio**. Lo suficientemente convincente como para que al menos, sea motivo de reflexión. Además, debe de ir **acompañado del "cómo"** puede hacerlo, **ofertando ayuda** para llevarlo a cabo.
2. **Breve**. 3 minutos son más que suficientes si se sabe qué decir
3. **Personalizado**, en cuanto al registro lingüístico empleado y a los motivos de cada fumador. Deben aprovecharse los momentos de especial susceptibilidad por los que pasa la persona fumadora (enfermedades relacionadas con el tabaquismo, embarazo, ingreso hospitalario, etc. para conseguir el cambio o un serio intento de abandono).

Una vez establecida la situación del paciente, en todos los pacientes excepto para los que se encuentren en estadio precontemplativo, se acordará la modalidad de intervención que mejor se adapte a su situación y estadio motivacional.

Para ello, se empleará una pauta de seguimiento en función de sus respuestas humanas.

Concretamente, se hará una **valoración** focalizada de las necesidades de:

- APRENDER,
- CREENCIAS Y VALORES,

- ALIMENTARSE E HIDRATARSE,
- EVITAR PELIGROS
- MOVIMIENTO Y ACTIVIDAD.

La valoración se ayudará mediante el empleo de **indicadores NOC** sensibles a los diagnósticos más frecuentes en estas situaciones:

- ✓ AFRONTAMIENTO INEFECTIVO Y CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES (NEGACIÓN INEFICAZ, DETERIORO DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DEFENSIVO)
- ✓ MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO
- ✓ INCUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO

Además, incluirá el **IMC** y el **perímetro de cintura** (PC). Para la medición del PC, se procederá del siguiente modo (recomendaciones SEEDO 2007):

Peso, talla e IMC: El paciente debe ser pesado sin zapatos y con ropa ligera. Se procurará pesar siempre a la misma hora al enfermo con una báscula de 100 g de precisión. A partir del peso y la talla se calculará el IMC (peso del sujeto expresado en kg dividido por la talla al cuadrado expresada en metros cuadrados [kg/m²]).

Índice de masa corporal (IMC)
 $IMC = \text{peso en kg} / \text{altura}^2$

Altura en metros

	1,46	1,50	1,54	1,58	1,62	1,66	1,70	1,74	1,78	1,82	1,86	1,90
56	26,3	24,9	23,6	22,4	21,3	20,3	19,4	18,5	17,7	16,9	16,2	15,5
58	27,2	25,8	24,5	23,2	22,1	21,0	20,1	19,2	18,3	17,5	16,8	16,1
60	28,1	26,7	25,3	24,0	22,9	21,8	20,8	19,8	18,9	18,1	17,3	16,6
62	29,1	27,6	26,1	24,8	23,6	22,5	21,5	20,5	19,6	18,7	17,9	17,2
64	30,0	28,4	27,0	25,6	24,4	23,2	22,1	21,1	20,2	19,3	18,5	17,7
66	31,0	29,3	27,8	26,4	25,1	24,0	22,8	21,8	20,8	19,9	19,1	18,3
68	31,9	30,2	28,7	27,2	25,9	24,7	23,5	22,5	21,5	20,5	19,7	18,8
70	32,8	31,1	29,5	28,0	26,7	25,4	24,2	23,1	22,1	21,1	20,2	19,4
72	33,8	32,0	30,4	28,8	27,4	26,1	24,9	23,8	22,7	21,7	20,8	19,9
74	34,7	32,9	31,2	29,6	28,2	26,9	25,6	24,4	23,4	22,3	21,4	20,5
76	35,7	33,8	32,0	30,4	29,0	27,6	26,3	25,1	24,0	22,9	22,0	21,1
78	36,6	34,7	32,9	31,2	29,7	28,3	27,0	25,8	24,6	23,5	22,5	21,6
80	37,5	35,6	33,7	32,0	30,5	29,0	27,7	26,4	25,2	24,2	23,1	22,2
82	38,5	36,4	34,6	32,8	31,2	29,8	28,4	27,1	25,9	24,8	23,7	22,7
84	39,4	37,3	35,4	33,6	32,0	30,5	29,1	27,7	26,5	25,4	24,3	23,3
86	40,3	38,2	36,3	34,4	32,8	31,2	29,8	28,4	27,1	26,0	24,9	23,8
88	41,3	39,1	37,1	35,3	33,5	31,9	30,4	29,1	27,8	26,6	25,4	24,4
90	42,2	40,0	37,9	36,1	34,3	32,7	31,1	29,7	28,4	27,2	26,0	24,9
92	43,2	40,9	38,8	36,9	35,1	33,4	31,8	30,4	29,0	27,8	26,6	25,5
94	44,1	41,8	39,6	37,7	35,8	34,1	32,5	31,0	29,7	28,4	27,2	26,0
96	45,0	42,7	40,5	38,5	36,6	34,8	33,2	31,7	30,3	29,0	27,7	26,6
98	46,0	43,6	41,3	39,3	37,3	35,6	33,9	32,4	30,9	29,6	28,3	27,1
100	46,9	44,4	42,2	40,1	38,1	36,3	34,6	33,0	31,6	30,2	28,9	27,7

Bajo peso
 Equilibrado
 Sobrepeso
 Obeso
 Muy obeso

Determinación del perímetro de la cintura: Se determina con una cinta métrica flexible, milimetrada, con el sujeto en bipedestación, con ropa ligera y relajado. Se debe localizar el borde superior de las crestas ilíacas y por encima de ese punto rodear la cintura con la cinta métrica, de manera paralela al suelo, asegurando que la cinta esté ajustada pero sin comprimir la piel. La lectura se realiza al final de una espiración normal; es mejor hacer dos o tres intentos, para tener un valor más ajustado.



La combinación de ambos factores ha permitido estratificar el riesgo de desarrollar Diabetes Tipo 2, hipertensión arterial y/o enfermedad cardiovascular⁸¹:

	IMC	Tipo de Obesidad	Riesgo de enfermedad (DM2, HTA y/o ECV)	
			Perímetro cintura:	
			♂ ≤ 102 cm ♀ ≤ 88 cm	♂ > 102 cm ♀ > 88 cm
Bajo peso	<18,5		-	-
Normal	18,5-24,9		-	-
Sobrepeso	25,0-29,9		Aumentado	Alto
Obesidad	30,0-34,9	I	Alto	Muy alto
	35,0-39,9	II	Muy alto	Muy alto
Obesidad extrema	≥40	III	Extremadamente alto	Extremadamente alto

CRITERIOS DE RESULTADO PARA LA VALORACIÓN Y DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS

CREENCIAS Y VALORES

	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
	1	2	3	4	5
Dimensión 1: "PONDERA"					
Pondera los riesgos y beneficios de su conducta de salud					
Dimensión 2: "BUSCA"					
Hace preguntas adecuadas					
Busca información sobre su salud en fuentes diversas					
Usa información sobre salud de diversas fuentes para desarrollar estrategias					
Dimensión 3: "DESCRIBE"					
Describe las razones por las que se desvía de un régimen recomendado					
Describe estrategias para maximizar su salud					
Describe estrategias para eliminar conductas no saludables					
Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico					
Dimensión 4: "HACE"					
Informa estar utilizando estrategias para maximizar su salud					
Informa estar utilizando estrategias para eliminar conductas no saludables					
Se automonitoriza					
	1	2	3	4	5
Percepción sobre la conducta de salud:					
Percibe que la conducta sobre la salud es importante para sí mismo					
No es demasiado compleja					
Requiere un esfuerzo razonable					
Su frecuencia no es excesiva sobre el estilo de vida actual					
Se podrá realizar en el futuro					
Confianza (Autoeficacia):					
En la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud					
En la experiencia pasada con la conducta sobre salud					
En la experiencia pasada con la conducta sobre salud similares					
En experiencias observadas o anecdóticas de los demás					

APRENDER

	1	2	3	4	5
Busca información sobre los métodos para mantener la salud cardiovascular					
Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular					
Explica las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal					
Desarrolla de estrategias para cambiar los hábitos dietéticos					
Describe la dieta recomendada					
Describe la estrategia para el incremento gradual de la actividad					
Describe un programa de ejercicio realista					
Reconoce el riesgo del consumo de tabaco					
Elimina el consumo de tabaco					

ALIMENTARSE E HIDRATARSE

	1	2	3	4	5
Relación peso/talla (IMC)					
Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica					
Selecciona comidas y aperitivos nutritivos					
Mantiene un patrón alimentario adecuado					
Supervisa el peso corporal					

EVITAR PELIGROS

	1	2	3	4	5
Verbaliza aceptación de la situación					
Verbaliza sensación de control					
Verbaliza la necesidad de asistencia					
Refiere disminución del estrés					
Refiere aumento del bienestar psicológico					
Refiere disminución de los sentimientos negativos					
Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento					
Busca ayuda profesional de forma apropiada					
Identifica patrones de afrontamiento ineficaces					
Identifica patrones de afrontamiento eficaces					
Se adapta a los cambios en curso					
Identifica múltiples estrategias de afrontamiento					
Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas					
Evita situaciones excesivamente estresantes					
Modifica el estilo de vida cuando se requiere					
Adopta conductas para reducir el estrés					
Utiliza el apoyo social disponible					
Amenaza percibida para la salud					
Nivel de confianza					

MOVIMIENTO Y ACTIVIDAD.

	1	2	3	4	5
Busca un equilibrio entre ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición					
Adapta el estilo de vida al nivel de energía					
Distancia de caminata					
Participa en ejercicio regular					

Plan de Atención Individualizado

(Pacientes en estadios contemplativos y preparación para la acción)

Visitas de intervención

En función del pacto de objetivos que se establezca, el número de visitas podrá oscilar, aunque se establecen los siguientes criterios mínimos:

1. El abordaje de factores deberá realizarse racionalmente, con objetivos realistas y en una secuencia factible para la situación del paciente, ordenada según su elección.
2. Deberá pautarse al menos una consulta para intervenir sobre cada factor de riesgo que la persona decida abordar. De este modo, si opta por abordar 4 factores de riesgo, se pautarán 4 consultas.
3. A juicio de la enfermera y consensuando con el paciente, se podrán agrupar o extender estas consultas para adecuar las intervenciones y actividades que se vayan pautando.
4. En todo caso, la intervención no deberá extenderse más allá de 12 semanas (en tabaquismo se ha comprobado que intervenciones superiores a 6-8 semanas no aumentan la efectividad⁷⁵)

	QUÉ	CÓMO
1ª CONSULTA DE INTERVENCIÓN	VALORAR	RCV ESTADÍO DE CAMBIO NECESIDADES FOCALIZADAS ESTADO DE LAS NOCs
	JUICIO CLÍNICO	PRESENCIA DE POSIBLES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS
	MOSTRAR AL PACIENTE UN ANÁLISIS DE SU SITUACIÓN	SE LE PRESENTARÁN AL PACIENTE: 1. EL ESTADO DE SUS FACTORES DE RIESGO Y LAS IMPLICACIONES QUE TIENE, JUNTO CON LA SITUACIÓN DE SUS RESPUESTAS HUMANAS. 2. OPCIONES PARA ABORDAR LA MODIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
	PACTO DE OBJETIVOS PARA TRABAJAR EN LAS PRÓXIMAS VISITAS	1. ANALIZAR PROS Y CONTRAS DE CADA OPCIÓN Y PACTAR CUÁL SE ADAPTA MEJOR A SU SITUACIÓN Y MOTIVACIÓN. 2. ELEGIR EL ÁREA DE INTERVENCIÓN PARA LA PRÓXIMA CONSULTA Y EMPLAZAR PARA LA PRÓXIMA FECHA. SI EL PACIENTE DESEA DEJAR DE FUMAR, EN ESTA VISITA SE INICIARÁ LA INTERVENCIÓN PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS FUMADORAS ESTABLECIDA EN EL

Visitas de seguimiento

Se establecerá un período de seguimiento durante los 6 meses siguientes a la intervención, con la siguiente pauta de controles:

1ª Visita de seguimiento: al mes de la finalización de la intervención

2ª Visita de seguimiento: a los 3 meses de la finalización de la intervención

3ª visita: a los 6 meses de la finalización de la intervención.

El 2º seguimiento puede realizarse de forma presencial o telefónica⁸².

Normas de registro en la Historia Clínica

A todo paciente con criterios de inclusión en el programa de RCV, se le asignará el icono correspondiente.

En la “Hoja de problemas” figurará el texto: RCV >5% ó RCV <5%, según el nivel de riesgo que tenga el paciente (calculado con SCORE). Además **se registrarán como problemas**, cada uno de los factores de riesgo que tenga el paciente: HTA, tabaquismo, dislipemia, etc.

Para el seguimiento a lo largo del tiempo, se creará un proceso denominado “RCV” en el menú “Procesos y Episodios”, de manera que toda la información de seguimiento sobre los pacientes incluidos en programa de RCV se agrupe por este criterio.

En la “*Primera visita*” se registrará en MOTIVO DE CONSULTA, el estadio de cambio en el que se encuentra la persona: “precontemplativo”, “contemplativo”, “preparado para la acción”

En RESUMEN DE LA VALORACIÓN, excepto en la persona en estadio precontemplativo, se registrarán los datos procedentes de la valoración focalizada.

El IMC y el perímetro abdominal (P.A.) se registrarán en la HOJA DE CONSTANTES.

En el PLAN DE CUIDADOS, deberá especificarse el pacto de objetivos, área de intervención a trabajar para la próxima visita.

Todas las áreas de intervenciones en **modificación de estilos de vida (MEV)** se añadirán al proceso RCV que se haya abierto en la historia, creando un “Episodio” cuyo encabezamiento sea “RCV-MEV- (factor de riesgo abordado en la consulta)”.

Ejemplos:

RCV-MEV-Actividad física

RCV-MEV-Dieta

RCV-MEV-Tabaco

Las “Visitas de seguimiento” en modificación de estilos de vida se irán incluyendo en su área de intervención correspondiente.

Indicadores de evaluación

INDICADORES	
Nombre del indicador y descripción	
Fórmula o evidencias del indicador	
Fuente de captura de datos	
Responsable de la Medición	
Periodicidad	
Estándar de cumplimiento	
Nombre del indicador y descripción	
Fórmula o evidencias del indicador	
Fuente de captura de datos	
Responsable de la Medición	
Periodicidad	
Estándar de cumplimiento	
Nombre del indicador y descripción	
Fórmula o evidencias del indicador	
Fuente de captura de datos	
Responsable de la Medición	
Periodicidad	
Estándar de cumplimiento	
Nombre del indicador y descripción	

descripción	
Fórmula o evidencias del indicador	
Fuente de captura de datos	
Responsable de la Medición	
Periodicidad	
Estándar de cumplimiento	

Plan de Cuidados para el abordaje de respuestas humanas en personas con riesgo cardiovascular

MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

FACTORES RELACIONADOS	Código	INDICADOR	Código	INTERVENCIÓN
Déficit de conocimientos	1824.01	Dieta	5614	Enseñanza: dieta prescrita
	1824.02	Proceso de la enfermedad	5602	Enseñanza: proceso de enfermedad
	1824.03	Conservación de la energía	0180	Manejo de energía
	1824.04	Control de la infección	6550	Protección contra las infecciones
	1824.05	Medicación	5616	Enseñanza: medicamentos prescritos
	1824.06	Actividad prescrita	5612	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
	1824.07	Procedimiento terapéutico	5618	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
	1824.08	Régimen terapéutico	5616	Enseñanza: medicamentos prescritos
	1824.09	Recursos sanitarios	7400	Guías del sistema sanitario
Complejidad del régimen terapéutico	1806.01	Descripción de los recursos que aumentan la salud		
Complejidad o demandas excesivas sobre un individuo o familia	1806.03	Descripción de las medidas de urgencia	7320	Control de casos específicos
	1806.05	Descripción de la necesidad de asistencia continuada		
	1806.06	Descripción del plan de asistencia continuada		
	1806.07	Descripción de los recursos sociales de ayuda disponibles		
	1806.08	Descripción de cómo contactar con los servicios necesarios		
Conflicto de decisiones	0906.09	Escoge entre varias alternativas	5250	Apoyo en toma de decisiones
Conflicto familiar	2602.15	Los miembros de la familia se apoyan unos a otros	7120	Movilización familiar
Dificultades económicas/sociales	1504.07	Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita	5440	Aumentar los sistemas de apoyo
Falta de confianza en el régimen personal o en el personal de cuidados de la salud	1601.01	Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	4420	Acuerdo con el paciente
	1601.06	Modifica la pauta orientada por un profesional sanitario		
Impotencia	1700.04	Control interno percibido de la acción	4480	Facilitar la responsabilidad propia
Afrontamiento inefectivo	1302.12	Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	5230	Aumentar el afrontamiento

Creencias sobre salud (individuo o familia)	1702.05	Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud	5520	Facilitar el aprendizaje
MANIFESTACIONES				
Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	1690.13	Altera las funciones del rol para cumplir los requerimientos terapéuticos	5520	Enseñanza: especificar...
Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas				
Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios				
Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	1600.07	Razona los motivos por los que ha de adoptar un régimen terapéutico		
Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	1609.06	Evita conductas que potencian la patología		

ANEXOS

Anexo I

PROGRAMA DE VISITAS EN CONSULTA INDIVIDUAL

PRIMERA SESIÓN: ACTIVIDAD FÍSICA

Justificación.

El ejercicio físico regular disminuye las cifras de TA, colesterol LDL, triglicéridos y peso y aumenta el CHDL. Mejora el control glucémico en diabéticos y previene la aparición de diabetes tipo 2 en sujetos predispuestos. Así mismo, aumenta la expectativa de vida, previene la aparición de ICTUS y produce sensación de bienestar psicológico.

Objetivos de esta consulta :

1. Concienciar del riesgo del sedentarismo para la salud cardiovascular.
2. Informar de los beneficios CV del ejercicio físico
3. Dotar de elementos facilitadores que estimulen el paso de un estilo de vida sedentario a uno, con un nivel moderado de actividad física diaria.

Actividades que se desarrollarán durante la consulta:

1. **Inicio:** Saludo. Recordar el objeto de la consulta de hoy: los beneficios de la práctica de ejercicio físico diario moderado.

PREGUNTAR por su situación actual respecto a este tema (¿HACE ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA?¿DE QUÉ TIPO?¿CON QUÉ FRECUENCIA?), sus creencias (QUÉ ENTIENDE POR ACTIVIDAD FÍSICA, MITOS, RIESGOS FALSOS, BENEFICIOS DESCONOCIDOS...), su posicionamiento personal con respecto al tema (¿ESTARÍA DISPUESTO A INCLUIR ALGUNOS PERÍODOS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN SU VIDA DIARIA?), barreras percibidas para llevar a cabo actividad física (¿QUÉ LE DIFICULTA LLEVARLO A CABO?), cuáles son expectativas al respecto (¿QUÉ PIENSA QUE PUEDE CONSEGUIR CON ELLO?).

2. **Transcurso:** Apoyados por el material de soporte, OFERTAR un MENÚ de recomendaciones, para que ELIJA aquéllas que mejor se ADAPTAN a su situación.

En todo momento será necesario transmitir que confiamos en que va a lograr lo pactado, que no es difícil.

a) Realice diariamente algún ejercicio físico diario moderado (adaptado a sus condiciones físicas, edad y sexo): caminar 30' a ritmo ligero y constante, bici, senderismo, natación, baile.

b) Evite coger coche o autobús, camine para realizar las actividades habituales.

c) Modifique actividades domésticas para que beneficien: subir y bajar escaleras, colaborar en las tareas del hogar, etc.

d) Realice actividades físicas que le gusten y aproveche para hacerlas con amigos, hijos, etc.

e) Si le es totalmente imposible practicar ejercicio habitualmente, al menos lleve una vida activa.

REFUERCE SIEMPRE CON EL MENSAJE de que el ejercicio además de contribuir a controlar los factores de RCV, le producirá una sensación de bienestar y le ayudará a sentirse mejor, más ágil y sano.

ESTABLECER un pacto para revisar en las próximas semanas.

3. **Finalización:** RECORDATORIO del pacto realizado y de la cumplimentación del cuadro de actividades que realice diariamente: pequeños logros y fracasos. Dar próxima cita y despedida.

Material auxiliar que se empleará

1. Tabla del consumo de energía de diversas actividades
2. Pirámide de la actividad física.
3. Cuadro con 3 entradas donde anotar la actividad que realiza en la actualidad, la pactada y la realmente realizada hasta la próxima visita.

SEGUNDA SESIÓN: DIETA-1

Justificación.

Una dieta saludable es un factor determinante en la disminución de riesgo cardiovascular por enfermedad lipídica, diabetes e HTA, además la reducción calórica es junto con el ejercicio físico el gran instrumento que poseemos para prevenir y corregir la obesidad, cada vez mas presente en nuestra sociedad

Objetivos de esta consulta:

1. Concienciar del riesgo que supone la obesidad y la hipercolesterolemia para la salud cardiovascular
2. Informar al paciente del concepto de dieta equilibrada, aporte calórico de las grasas y tipos de ellas, consumo de sal y de alcohol
3. Dotar de elementos facilitadores para que el paciente pueda modificar sus hábitos alimentarios, adaptándolos a sus propios gustos y consiguiendo que esta modificación sea perdurable en el tiempo

Actividades que se desarrollarán durante la consulta:

1. Inicio: Saludo. Recordar que hoy hablaríamos de los beneficios de la dieta equilibrada para la salud cardiovascular. Conoceremos el IMC del paciente, TA y niveles de lípidos, así como sus hábitos dietéticos, y creencias con respecto a la alimentación

2. Transcurso: Apoyados por el material de soporte (pirámide de la alimentación, conociendo las grasas...) procederemos a ofrecer nuestras recomendaciones intentando enfocarlas hacia las características del paciente (obesidad, hipercolesterolemia, HTA...).

Elaboraremos con el paciente un pacto de objetivos, medible y alcanzable (ha de ajustarse a las necesidades de cambio, pero también ha de poder ser realizado por el paciente) y siempre transmitiendo la confianza de que lo va a lograr.

Por ejemplo... tomará todos los días 2 raciones de verduras frescas

Tomará pastel sólo una vez a la semana

A media mañana tomará una fruta en lugar de pan con queso

.....

4. Finalización: Recordatorio del pacto realizado y recordatorio de la cumplimentación del cuadro de alimentación que realice diario o semanal: pequeños logros y fracasos. Dar próxima cita y despedida.

Material auxiliar que se empleará

1. Pirámide de la alimentación
2. Dieta equilibrada
3. Tabla de adherencia a la dieta mediterránea
4. Conociendo las grasas

TERCERA SESIÓN: DIETA-2

Justificación.

Dada la complejidad y la especificidad en los hábitos dietéticos de cada individuo, una segunda sesión de dieta, preferiblemente en una semana, nos parece adecuada

Objetivos de esta consulta:

Valoración de la comprensión y la adherencia al plan de cuidados establecido en el pacto de objetivos, proporcionando estrategias para evitar conductas que dificulten el seguimiento de la dieta, de forma precoz

Actividades que se desarrollarán durante la consulta:

1. Inicio: Saludo. Preguntaremos al paciente como se ha sentido siguiendo la dieta y explicaremos que esta consulta es para resolver dudas y solventar las dificultades que se le hayan planteado en estos primeros días. Pesaremos y tomaremos TA.

2. Transcurso: Analizaremos juntos la cumplimentación del cuadro de alimentación, y el paciente nos expresará sus dudas en conocimientos o dificultades en el seguimiento de la dieta pactada. Con los datos obtenidos a través de esta información:

- * Ampliaremos o aclararemos conceptos
- * Proporcionaremos estrategias para evitar y vencer “situaciones de riesgo”
- * Reforzaremos conductas saludables

3. Finalización: Recordatorio del pacto realizado y de la cumplimentación del cuadro de alimentación, insistiendo en la idea de que en dieta los pequeños logros mantenidos en el tiempo, son grandes logros. Emplazamiento a la primera cita de seguimiento en 1 mes y despedida.

CUARTA SESIÓN: REDUCCIÓN DE SODIO EN LA DIETA.

Justificación.

Una reducción del consumo de sodio en la dieta produce un descenso de la PA. Este descenso es más significativo cuanto mayor es esta reducción. Es también un coadyuvante al tratamiento antihipertensivo, excepto en los tratados con B-bloqueantes. En pacientes ancianos la reducción acompañada de educación sanitaria puede evitar el tratamiento farmacológico. Así mismo, reducciones moderadas y a largo plazo, tanto en individuos normotensos como en hipertensos, reducen el riesgo de sufrir un evento cardiovascular.

Objetivos de esta consulta:

1. Concienciar del beneficio de una reducción de sodio en la dieta para su salud cardiovascular.
2. Informar al paciente del contenido en sodio de alimentos cotidianos y cuales debe reducir o evitar.
3. Dotar de elementos facilitadores que estimulen al paciente a introducir estas modificaciones en sus hábitos alimenticios.

Actividades que se desarrollarán durante la consulta:

1. Inicio: Saludo. Recordar que hoy hablaríamos de los beneficios de la reducción de sal en la dieta. Preguntaremos acerca de sus hábitos, costumbres, gustos... (¿usa salero?, ¿alimentos precocinados?), sus creencias con respecto a la sal, su posicionamiento (¿cree que le beneficiaría?, ¿que podría ser beneficiosa reducirla?), barreras (¿Por qué le es difícil?).

2. Transcurso: Apoyados por el material de soporte procederemos a ofrecer nuestras recomendaciones, intentando adaptarlas a las características del paciente:

- * Retire el salero de la mesa.
- * Para dar sabor a las comidas utilice limón, hierbas aromáticas, especias, laurel, ajo, cebolla.
- * Evite el consumo de alimentos en conserva o precocinados.
- * Evite las carnes ahumadas o curadas (embutidos, pescados en conserva,...).
- * Evite los vegetales en salazón (pepinillos, aceitunas,...)
- * Evite frutos secos, cereales salados. Consúmalos sin sal.

Informe de que se acostumbrará al sabor e incluso lo apreciará.

Hágale pensar que si su familia le acompaña en esta modificación de hábitos, les estará haciendo beneficiarse de una mejor salud cardiovascular.

Establezca con el paciente un pacto realizable, (por ejemplo ir retirando la sal de una manera gradual...)

3. Finalización: Recordatorio del pacto realizado. Dar próxima cita y despedida.

Material auxiliar que se empleará

1. Tabla del contenido en Sodio de los Alimentos (mg por cada 100 g de alimento)
2. Relación de alimentos a reducir o evitar. Ó
3. Folleto ¿SAL EN LA DIETA?

QUINTA SESIÓN: DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Justificación.

El consumo de alcohol en cantidad alta y de forma frecuente es nocivo para el organismo, pudiendo llegar a una intoxicación grave. El consumo moderado de alcohol también aumenta el riesgo de obesidad, HTA, hipertrigliceridemia, enfermedades hepáticas y distintos tipos de cáncer. Por lo tanto, reducir el consumo de alcohol es imprescindible para evitar enfermedades cardiovasculares, hepáticas y neoplásicas.

Objetivos de esta consulta :

1. Concienciar del riesgo del consumo de alcohol de forma moderada/alta para la salud.
2. Informar de los gramos de alcohol que tiene cada tipo de bebida, cómo calcularlos y cuál es la cantidad diaria tolerada.
3. Dotar de elementos facilitadores para que el paciente pueda modificar su hábito de consumo de alcohol diario y para que esta modificación sea perdurable en el tiempo.

Actividades que se desarrollarán durante la consulta:

1. Inicio: Saludo. Recordar el objeto de la consulta de hoy: Conocer los efectos nocivos del consumo de alcohol en el organismo, la cantidad de alcohol que contiene cada tipo de bebida y cómo reducir el consumo diario. Hay que calcular cuántos gramos de alcohol ingiere al día, qué tipo de bebida, en qué circunstancias, si está dispuesto a intentarlo, qué tipo de dificultad piensa que puede tener.

2. Transcurso: Apoyados por el material de soporte, (Tabla para el cálculo de grs de alcohol, dieta equilibrada, pirámide de la alimentación), calcularemos la cantidad diaria de alcohol, comparándola con la cantidad máxima recomendada. Elaboraremos con el paciente un pacto de objetivos, factible para él, de reducción de gramos de alcohol al día, de forma progresiva. De forma realista, sabiendo que es difícil, transmitiendo confianza, reforzando los logros de forma positiva.

* Reduzca a la tercera parte los días de la semana que toma aperitivo con los compañeros, cuando lo haga

intente tomar un refresco o una cerveza sin.

* No ponga el alcohol en la mesa a la hora de comer o cenar. Elija el agua como mejor bebida.

* Intente no hacer sobremesa, o hacerla con café o licores de frutas sin alcohol.

* Intente relacionar el alcohol solo con ocasiones especiales.

* Anotar las ocasiones en las que consume alcohol.

3. Finalización: Recordar el pacto realizado, en la progresión acordada. Recordar la importancia de anotar el consumo de alcohol.

Material auxiliar que se empleará

1. Tabla de cálculo de alcohol.
2. Dieta equilibrada.
3. Pirámide de alimentación.

Anexo II

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

Las estrategias que utilizaremos para obtener el mejor resultado estarán basadas en la comunicación persuasiva, la reestructuración cognitiva y la motivación, con el objetivo de que nuestros pacientes adquieran las competencias necesarias para gestionar su vida cotidiana, manejando adecuadamente su régimen terapéutico.

METODOLOGÍA

La estructura de cada sesión comprenderá aspectos teóricos, prácticos y de discusión conjunta y se pasará un cuestionario antes y después de impartirla, con el fin de evaluar la adquisición de conocimientos. La metodología será eminentemente práctica y participativa.

Las técnicas pedagógicas empleadas serán: seminario- taller, tormenta de ideas, simulación de problemas y realización de actividades prácticas atractivas y amenas.

Duración de las sesiones: 1 hora y 30 minutos, con un descanso a los 45 minutos.

Nº de participantes: se recomienda un grupo que oscile entre 10 y 12.

Si durante todas estas fases en las que estaremos en contacto se detectasen errores en la toma de la medicación, efectos secundarios, interacciones, completaremos esta intervención multicomponente derivando a su médico de familia.

Posteriormente se realizará un recordatorio telefónico a los 3 y 6 meses.

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

- Cañón, retroproyector de diapositivas, transparencias, pizarra, etc.
- Material educativo de soporte.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

1ª SESIÓN

OBJETIVOS: RESULTADOS ESPERADOS.

NOC: 180302: Descripción del proceso de la enfermedad.
NOC: 180304: Descripción de los factores de riesgo.
NOC: 180305: Descripción de los efectos de la enfermedad.
NOC: 180311: Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.
NOC: 181306: Descripción de la medicación prescrita.
NOC: 180810: Descripción de la administración correcta de la medicación.
NOC: 180805: Descripción de los efectos indeseables de la medicación.
NOC: 1813: Conocimiento: régimen terapéutico
NOC: 1802: Conocimiento: dieta
NOC: 1601: Conducta de cumplimiento.

INTERVENCIONES:

NIC: 5602: Enseñanza proceso enfermedad: conocimientos generales sobre el sistema cardiovascular. Conocimiento de los llamados factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad y tabaquismo.
NIC: 5618: Enseñanza medicación prescrita.
NIC 5614: Enseñanza dieta prescrita. Automonitorización
NIC 6610: Identificación de riesgos.
NIC 4360: Modificación de la conducta

ACTIVIDADES DIDÁCTICAS.

Enseñanza proceso enfermedad.

- El corazón y el sistema vascular, que es y como funcionan. Arteriosclerosis.
- La presión arterial, que es, cuando y como se mide. Cifras normales de presión arterial.
- La hipertensión, causas, síntomas y factores de riesgo asociados.
- Diabetes como factor de riesgo asociado a las enfermedades cardiovasculares (los pacientes diabéticos podrán asistir a los talleres de la diabetes).
- Colesterol, que es, donde se produce, función en nuestro organismo, cifras normales. Colesterol HDL, LDL.
- Efectos de la dislipemia en nuestro sistema vascular.
- Tabaquismo, como afecta. Componentes tóxicos y nocivos.

Enseñanza medicación prescrita.

- Información general sobre la medicación prescrita.
- Adiestramiento en el manejo del tratamiento: nombre, dosis, horarios,....
- Información sobre las consecuencias del abandono del tratamiento.
- Instruir sobre los posibles efectos adversos.

2ª SESIÓN

OBJETIVOS: RESULTADOS ESPERADOS

NOC: 180201: Descripción de la dieta recomendada.
NOC: 180203: Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada.
NOC: 180207: Descripción de las comidas que deben evitarse.
NOC: 180211: Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta.
NOC: 181102: Explicación del propósito de la actividad.
NOC: 181111: Descripción de un programa de ejercicios realista.
NOC: 180205: Explicación de las relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal.
NOC: 1914: Control del riesgo: salud cardiovascular.
NOC: 1813: Conocimiento: régimen terapéutico
NOC: 1802: Conocimiento: dieta
NOC: 1601: Conducta de cumplimiento.

INTERVENCIONES:

NIC: 5614: Enseñanza dieta prescrita.
NIC: 5612: Enseñanza actividad/ejercicio prescrito.
NIC: 4490: Ayuda para dejar de fumar.
NIC 5602: Enseñanza proceso enfermedad
NIC 5616: Enseñanza medicamentos prescritos.
NIC 5614: Enseñanza dieta prescrita. Automonitorización
NIC 6610: Identificación de riesgos.
NIC 4360: Modificación de la conducta

ACTIVIDADES DIDÁCTICAS.

Enseñanza dieta prescrita:

- Cómo debe ser una dieta de una persona con hipertensión arterial.
- Dieta hiposódica.
- Dieta hipolipídica. Recomendaciones para la prevención de la arteriosclerosis.
- Información sobre la dieta mediterránea.
- El consumo de alcohol.

Enseñanza actividad/ejercicio prescrito

- Beneficios del ejercicio físico
- Como adaptarlo a las características de cada paciente.
- Beneficio del ejercicio físico ante la claudicación intermitente, IAM,...

Ayuda para dejar de fumar.

- Ver el consumo actual de fumador.
- Consejos e identificación de razones para dejar el tabaco.
- Exponer distintos métodos para dejar el hábito.
- Informar sobre los talleres que se realizan en el centro para dejar de fumar.

TEST DE ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS.

1ª Sesión

Nombre.....
Fecha.....

INFORMACIÓN

Este cuestionario está diseñado para averiguar cuanto sabe usted sobre el tema del que vamos a tratar en esta sesión. Al final de la sesión volveremos a realizarlo, para así comprobar su evolución y en qué aspectos nos vamos a seguir trabajando.

Marque con una cruz el cuadrado que usted piense que es la respuesta correcta

	<u>Verdadero</u>	<u>Falso</u>	<u>No lo sé</u>
1ª ¿Qué órganos se afectan principalmente en las enfermedades cardiovasculares?			
• Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ª Señale las cifras normales de tensión arterial			
• 120/80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 130/100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 150/70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 140/90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3ª ¿Sabe qué síntomas puede tener cuando le sube la tensión arterial?			
• Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sangrado por la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª ¿De donde proviene el colesterol?			
• De los alimentos que tomamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Del estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5ª El tomarse la medicación todos los días a la misma hora es...			
• Muy importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• No es necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cuando nos acordemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lo mejor para nuestro tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6ª Factores que dañan nuestros vasos sanguíneos			
• Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por su colaboración.

TEST DE ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS.

2ª Sesión

Nombre.....

Fecha.....

INFORMACIÓN

Este cuestionario está diseñado para averiguar cuanto sabe usted sobre el tema del que vamos a tratar en esta sesión. Al final de la sesión volveremos a realizarlo, para así comprobar su evolución y en qué aspectos nos vamos a seguir trabajando.

Marque con una cruz el círculo que usted piense que es la respuesta correcta

	Verdadero	Falso	No lo sé
1ª ¿Sabe que alimentos se puede tomar si tenemos hipertensión arterial?			
• Pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Conejo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Latas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Embutidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Queso manchego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2ª ¿Qué bebidas son perjudiciales para la hipertensión arterial?			
• Agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vino tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
• Infusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Refrescos con gas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
3ª ¿Qué alimentos tienen un alto contenido en colesterol?			
• Patatas fritas "Chips"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Salchichas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Merluza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Queso fresco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª ¿Qué ejercicios serían recomendable?			
• Natación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
• Bailar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pasear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pesas, musculación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5ª ¿Sabe a qué nos afecta el tabaco?			
• Pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Circulación de las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• A la tensión arterial		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			

Gracias por su colaboración

Anexo III

FOLLETO PARA ENTREGA EN LA CAPTACIÓN OPORTUNISTA

¿POR DÓNDE EMPEZAR?

A continuación le proponemos 10 posibilidades para que elija las que mejor se adapten a sus preferencias:

1. **Sustituya** las carnes grasas por las magras y/o pescado.
2. **Limite** la sal a la hora de cocinar.
3. **Sustituya** las conservas y precocinados por alimentos frescos y/o congelados.
4. **Acostúmbrase** a leer las etiquetas de los alimentos para familiarizarse con las cantidades de sal y grasas.
5. **Coma** de 3 a 5 raciones de fruta al día.
6. **Camine** 30 minutos cada día (suba por las escaleras, evite coger el coche para desplazamientos cortos...)
7. **Apúntese** a actividades lúdicas (baile, senderismo, yoga, pilates...)
8. Si le gusta el deporte, las mejores opciones son: correr, bicicleta y natación.
9. **Póngase** una fecha para dejar de fumar y busque ayuda en los programas de deshabituación tabáquica de los centros de salud.
10. **Reduzca** el consumo de alcohol.

SE PUEDE EMPEZAR POR UN CAMBIO PEQUEÑO Y CUANDO SE CONSIGA INTENTAR OTRO.

NUNCA ES TARDE PARA EMPEZAR A MEJORAR LA SALUD CARDIOVASCULAR.

Modificando algunos estilos de vida podemos controlar muchos factores de riesgo que se asocian con enfermedades del corazón.

- Dejar de fumar es posible.
- Comer sano es fácil y sabroso.
- La actividad física está al alcance de todos
- El control del peso se puede conseguir.

...Y DE ESTA FORMA DARÁ UN GRAN PASO PARA MEJORAR SU SALUD.

Infórmese en su Centro de Salud



Distrito Sanitario Málaga
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD
Servicio Andaluz de Salud
Distrito Sanitario Málaga

Nunca es tarde para empezar:

!Elija Salud!



¿ QUÉ ES LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

Consiste en problemas en el corazón y los vasos sanguíneos. Es la primera causa de muerte en los adultos.

Hoy día los resultados de la investigación científica han identificado qué factores aumentan el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Algunos de éstos factores pueden ser inevitables, como la edad, el sexo, la raza, antecedentes familiares. Sin embargo, otros sí que se pueden evitar modificando nuestro estilo de vida.

¿Cuáles?

- Hipertensión arterial.
- Colesterol elevado.
- Diabetes.
- Tabaco.

Y además la obesidad, el sedentarismo y el estrés aparecen relacionados a los procesos cardiovasculares.

HÁBITOS SALUDABLES

ALIMENTACIÓN ADECUADA. Una alimentación poco saludable se relaciona además de con enfermedades del corazón, con obesidad, diabetes, colesterol alto ... Lo importante es comer de forma variada, moderando la sal, las grasas animales y alcohol, y aumentando frutas, verduras, legumbres y pescado.



¿Sabía que una alimentación sana y la práctica regular de ejercicio es la combinación ideal para evitar el sobrepeso y la obesidad?

Es mejor **COCER** o **ASAR** los alimentos que freír ... **Recuerde** que es conveniente beber al menos 2 litros de agua al día y **repartir** los alimentos en 4 o 5 comidas (desayuno, almuerzo, merienda y cena)

ACTIVIDAD FÍSICA: Aumenta la sensación de bienestar física y mental, y le ayuda a afrontar el estrés. Se puede hacer ejercicio saludable tanto en casa como fuera, en las actividades diarias (trabajo, caminar, subir y bajar las escaleras ...)

o en actividades especiales (ir a andar, natación, yoga, gimnasio ...). Los ayuntamientos, asociaciones, tanto públicas como privadas, peñas, etc., ofrecen actividades para todas las edades.



DEJAR DE FUMAR. La mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, pero pocos saben que también aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón, cerebro y arterias de las extremidades). Sabía usted que si deja de fumar en aproximadamente 5 años su riesgo cardiovascular se iguala al no fumador?



Si lo desea puede pedirle información a su médico y enfermera de los programas de deshabituación tabáquica existentes en los centros de salud.

Anexo IV
***MATERIAL AUXILIAR PARA USAR DURANTE
LAS SESIONES***

¿QUÉ ES UNA DIETA EQUILIBRADA?

Cuando nos alimentamos de forma equilibrada, lo hacemos obteniendo de los alimentos los nutrientes necesarios para mantener nuestra salud. Esta alimentación se adapta a

nuestras necesidades individuales: edad, sexo, actividad física, estilo de vida, y cualquier otra condición vital. Por tanto debe cumplir estas premisas:

- 1- Aportar suficientes nutrientes energéticos para los procesos metabólicos y trabajo corporal.
- 2- Suministrar suficientes nutrientes con función plástica y reguladora.
- 3- Asegurar el equilibrio entre todos los nutrientes que precisa cada individuo en cada etapa de su vida.

En nuestro país, una dieta equilibrada es la que el 12-15% de la energía la aportan las proteínas, el 60-80% por los hidratos de carbono y el 20-30% los lípidos (15%-20% monoinsaturados)

LOS NUTRIENTES

Son las sustancias contenidas en los alimentos que son imprescindibles para el mantenimiento de las funciones de nuestro cuerpo. Nos permiten obtener energía, formar y mantener estructuras corporales y regular los procesos metabólicos.

Estos nutrientes incluyen los **macronutrientes** que son los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, y los **micronutrientes** que son las vitaminas y los minerales.

Hidratos de carbono

Constituyen la principal fuente de energía de nuestra alimentación (aproximadamente un 50%). Proceden mayoritariamente de los vegetales (cereales, verduras, hortalizas, frutas y legumbres) aunque también estén presentes en el reino animal.

Proteínas

Cumplen un papel estructural y funcional. Las estructuras se encuentran en los músculos (elastina, actina y miosina), huesos (colágeno), dientes, piel (queratina), sangre (albúmina, fibrinógeno, hemoglobina) y otros fluidos corporales. Las hay de **origen animal**, carne, pescado, leche y huevos, y tienen mayor valor biológico, y de **origen vegetal**, son de menos calidad que las de origen animal, pero combinadas entre ellas se obtienen proteínas semejantes a las de origen animal. Están en los cereales, legumbres, hortalizas, frutos secos y soja.

Grasas

Nutriente energético por excelencia (aporta 9 Kcal por gramo), aunque también tienen las funciones de formar parte de membranas celulares y de algunas hormonas.

Hay de tres tipos:

- 1- **SATURADAS**: procedentes de grasas de animales terrestres y de sus derivados, de aceite de coco y de palma y de sus derivados (leche entera, mantequilla, nata, queso, embutidos, pastelería y bollería). Su consumo excesivo favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.
- 2- **MONOINSATURADAS**: presentes en el aceite de oliva, aceitunas, frutos secos.
- 3- **POLIINSATURADAS**: en los ácidos grasos esenciales, omega 6 (aceites de semilla como girasol, pepita, maíz, soja, sésamo etc) y omega 3 (grasa de pescado, nueces, aceite de soja, aceite de linaza, germen de trigo, de borraja, etc)

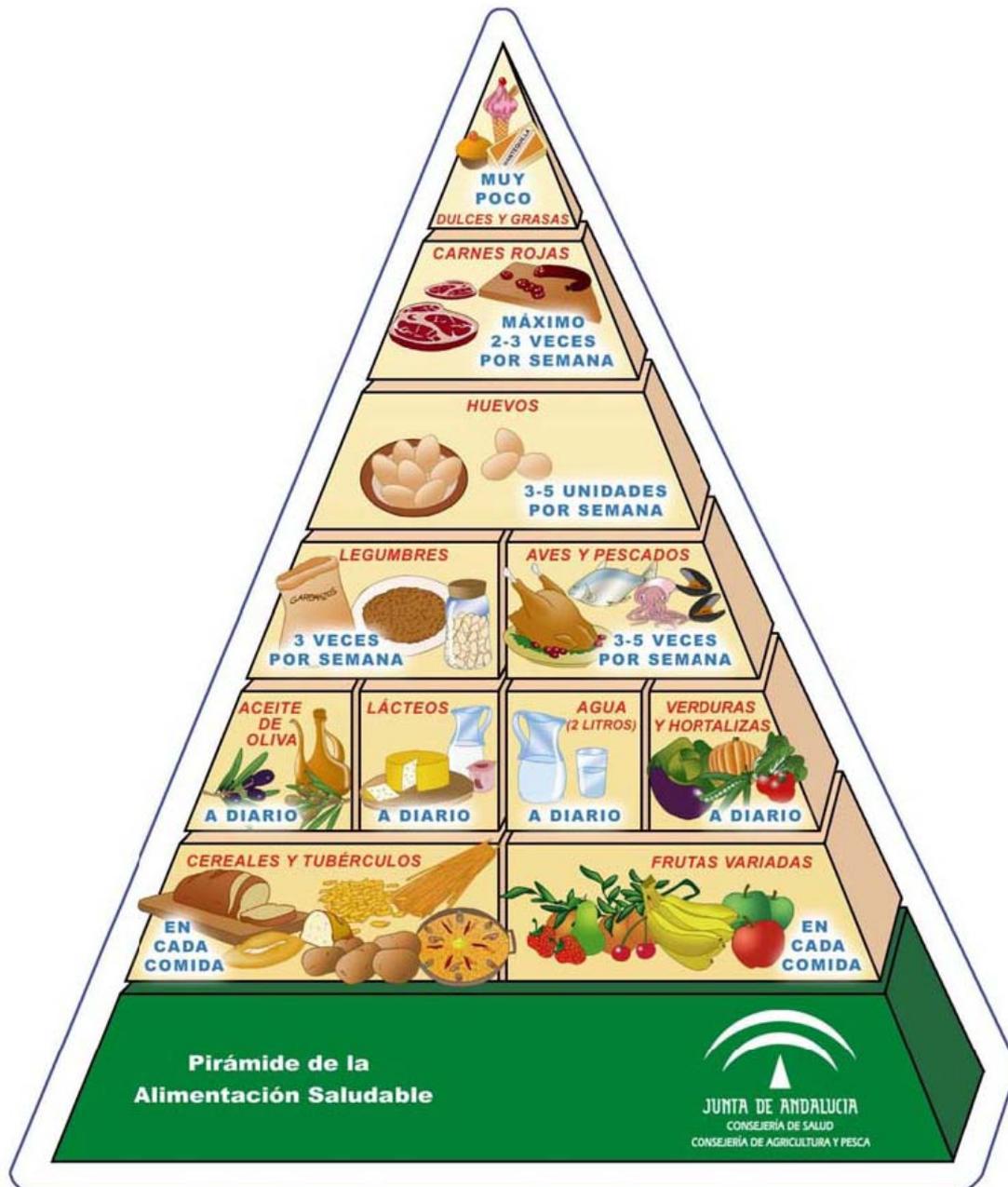


En España y desde el programa de Educación en la Alimentación y Nutrición (EDALNU) en los años sesenta se adoptó un modelo basado en los 7 grupos de alimentos.

GRUPOS DE ALIMENTOS

- Grupo 1: leche y derivados: quesos y yogur.
- Grupo 2: carne huevos y pescado.
- Grupo 3: patatas, legumbres y frutos secos.
- Grupo 4: verduras y hortalizas.
- Grupo 5: frutas.
- Grupo 6: pan, pasta, cereales, azúcar y dulces.
- Grupo 7: grasas aceite y mantequilla.

PIRAMIDE DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE CON LA EXPRESIÓN DEL CONSUMO SEMANAL



ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA⁸³

N.º	Pregunta	Modo de Valoración	
1	¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto	
2	¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día, incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc.?	2 ó más cucharadas = 1 punto	
3	¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)?	2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto	
4	¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 ó más = 1 punto	
5	¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día (1 ración = 100-150 g)?	Menos de 1 = 1 punto	
6	¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día (porción individual = 12 g)?	Menos de 1 = 1 punto	
7	¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume al día?	Menos de 1 = 1 punto	
8	¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	3 ó más vasos = 1 punto	
9	¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana (1 plato o ración = 150 g)?	3 ó más = 1 punto	
10	¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco)?	3 ó más = 1 punto	
11	¿Cuántas veces consume repostería comercial (no case-ra, como: galletas, flanes, dulces, bollería, pasteles) a la semana?	Menos de 3 = 1 punto	
12	¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g)?	1 ó más = 1 punto	
13	¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)?	Sí = 1 punto	
14	¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro elaborada a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)?	• 2 ó más = 1 punto	
		Resultado Final	

Valoración de la puntuación final

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Mínima adherencia							Máxima adherencia							

CONSUMO DE ALIMENTOS

CONSUMO DE ALIMENTOS



Cómo planificar una alimentación saludable

De forma general, las comidas han de estar elaboradas fundamentalmente con **alimentos frescos**, aprovechando los de temporada, y empleando diversidad de ingredientes para complementar sus nutrientes. Los **alimentos procesados** **no** son tan deseables, pues provienen generalmente de una cadena alimentaria larga, lo que representa inconvenientes como son: mayor manipulación, pérdida de nutrientes, empleo de grasas de mala calidad, exceso de sal, incorporación de aditivos, etc.

Para ayudarle a planificar su alimentación, deben tomarse medidas desde la compra de alimentos, su preparación y su consumo.

1. La compra inteligente: primer paso hacia una alimentación saludable

El primer paso es la planificación de los alimentos que queremos comprar. Para ello, sugerimos los siguientes pasos, **antes de ir a comprar**:

1. **Planificar anticipadamente el menú** (diario o semanal, dependiendo de qué manera realicemos la compra), tratando de incorporar una gran variedad de alimentos y de respetar las raciones de la pirámide. Si planifica con antelación lo que va a comer, ahorrará tiempo y dinero, logrará más variedad en sus comidas y satisfará mejor las necesidades nutricionales.
2. **Pensar qué comidas se harán en la semana**, y quién comerá en casa.
3. **Prestar atención a ofertas o listas de precios** de alimentos que podemos encontrar en los periódicos o revistas. Compare precios y calidad, no elija sólo por marcas.
4. **Repasar la despensa de su cocina**, para no comprar algo que todavía tengamos en suficiente cantidad.
5. **Confeccionar una lista** con los alimentos a comprar, con tres columnas: alimentos frescos (Ej.: leche, queso, carnes), no perecederos (Ej.: arroz, azúcar, cereales) y congelados; de esta forma le daremos un orden a la compra, y evitaremos pérdidas de calidad de los productos.

Consejos útiles... **en el supermercado**

1. Trate de ir a comprar **con tiempo, descansado y sin hambre**, así podrá comparar mejor los precios, la calidad de los productos y elegir la mejor opción.
2. Lea **la información que aparece en la etiqueta** de los envases. Esto le ayudará a hacer una mejor selección.
3. Verifique **la fecha de consumo preferente** o de caducidad de los alimentos.
4. Verifique la **información nutricional** de la etiqueta. Dicha información es muy útil a la hora de evaluar entre la calidad de un producto u otro.
5. Compruebe que el **envase del producto está en perfectas condiciones**. Debemos descartar los abollados, abombados o deteriorados.
6. La compra debe comenzar por los productos no perecederos, seguir por los frescos, y acabar por los refrigerados y congelados. Debemos colocar juntos los alimentos refrigerados y **guardar los congelados en una bolsa isotérmica** (así no se descongelarán antes de llegar a casa). Al escoger los productos congelados al final, **podremos conservar la cadena de frío** y prevenir el crecimiento anormal de microorganismos en estos alimentos. Para mantener la cadena de frío, es conveniente cargar primero los alimentos secos, luego los frescos como las frutas, verduras y lácteos, y por último, los alimentos congelados. Se recomienda el uso de la bolsa térmica para los congelados. Aproveche los productos de temporada. Son de mejor calidad, sabor y precio

2. Cómo preparar los alimentos de forma saludable

El **calor del cocinado destruye una parte de los nutrientes de los alimentos**. Por ello:

1. **No conviene prolongar innecesariamente el tiempo de cocinado**, cuando ya se ha obtenido la textura deseada y se ha eliminado el riesgo microbiológico.
2. Debe calentarse sólo la **cantidad de alimentos que se vayan a consumir** para no efectuar recalentamientos innecesarios.
3. Es aconsejable aplicar de manera habitual las **técnicas culinarias** que mejor preservan la composición natural de los alimentos y que incorporan menos grasa.
4. **La cocción** es un tratamiento culinario sano y recomendable, pero si los alimentos se trocean mucho, se emplea demasiada agua y se prolonga sin necesidad el tiempo de cocción, se pierden nutrientes. Por ello se recomienda cocer los vegetales enteros o en trozos grandes, con la cantidad justa de agua para cubrirlos, añadiendo unas gotas de limón o vinagre al agua y el tiempo imprescindible para que se hagan.

5. La olla a presión precisa menos cantidad de agua y tiempo de cocción, por lo que si se utiliza correctamente son menores las pérdidas nutritivas. También es una buena alternativa la cocción de los alimentos al vapor, pues los alimentos no entran en contacto con el agua.
6. En el agua de cocción de las verduras quedan disueltos algunos minerales y vitaminas; por este motivo se aconseja aprovecharla (excepto la de espinacas por su mayor contenido en nitratos) para hacer sopas, salsas, purés y guisos. Si no se utiliza de inmediato, guardarla en un envase cerrado, sin aire y en el frigorífico.
7. **El guisado** se inicia con un sofrito, seguido de una cocción en caldo corto (agua, caldo, vino...). El guiso resultará más saludable si se emplea poco aceite y gran variedad de ingredientes.
8. En la **fritura, asado, braseado, plancha y tostado**, hay que evitar que los alimentos queden excesivamente tostados o quemados, y no hacer un uso abusivo de barbacoas, pues las altas temperaturas y la combustión de la grasa, da lugar a sustancias indeseables (hidrocarburos aromáticos policíclicos...).
9. **La fritura** se realiza en baño de aceite, adquiriendo los alimentos un alto aporte calórico. Para freír se recomienda envolver el alimento con harina, pues evita la salida de nutrientes. El aceite inicialmente ha de estar caliente pero sin llegar a humear, pues el humo es signo de descomposición. Al finalizar la fritura del alimento escurrir bien el aceite y posar sobre papel de cocina absorbente. El aceite se debe filtrar después de cada uso y conservarlo en recipiente opaco y cerrado. No mezclar diferentes tipos de aceite, ni añadir aceite nuevo sobre el usado. Con los sucesivos calentamientos el aceite se degrada y se vuelve insano, por ello en cuanto aumente su densidad y/o cambie de color, hay que desecharlo.
10. Resulta mas sano cocinar las **patatas** con su piel, asadas al horno o al microondas, o bien cocidas en agua, en lugar de fritas. No consumir la piel, pues puede contener residuos de contaminantes. Retirar los brotes de las patatas, pues pueden contener solanina (toxica).
11. Las **pastas alimenticias** (macarrones, espaguetis, etc.) elaboradas con sémola de trigo duro son de mayor calidad. La cocción justo al dente resulta mas digestiva, y el acompañamiento con salsa de tomate y otros ingredientes vegetales, es la mejor

alternativa nutricional. No emplear habitualmente la pasta al huevo para no aumentar el aporte encubierto de huevos a la dieta.

12. Para cocinar las **legumbres** se recomienda el remojo previo 8 -12 horas y el empleo de la olla a presión. Si se va a añadir morcilla y/o chorizo, se aconseja previamente realizar varios pinchazos con un tenedor, calentarlos uno o dos minutos en el microondas y tirar la grasa que hayan soltado.
13. Para colorear **paellas** emplear mejor pimentón o azafrán, en lugar de colorante artificial (tartracina), el cual puede provocar reacciones alérgicas.
14. Para cocinar **piezas enteras de carne y aves**, conviene al principio aplicar alta temperatura, para que se forme una costra superficial que ayuda a retener los jugos, y a continuación reducir el calor, manteniendo temperaturas intermedias hasta que el interior quede completamente hecho.
15. Para que la **carne picada** destinada a hamburguesas, albóndigas, etc., no tenga excesiva grasa, conviene elegir una pieza de carne magra (ternera, pollo...) y quitarle previamente la grasa visible y en su caso la piel.
16. **No es aconsejable que las carnes, los pescados y los huevos, queden crudos o escasamente cocinados**, dado que se digieren peor, la clara del huevo cruda tiene una asimilación reducida y tienen peligro de contaminación microbiológica y parasitaria.

¿SAL EN LA DIETA?

Evite la sal añadida a los alimentos:

La sal, o cloruro de sodio, desempeña importantes funciones en nuestro organismo. El sodio contenido en la sal regula la cantidad de líquidos en nuestro cuerpo y coopera en la transmisión de impulsos nerviosos. Por esta razón necesitamos cierta cantidad de sal en la dieta. Se recomienda consumir unos 1500 miligramos de sodio diariamente, esto es menos de la cantidad contenida en una cucharadita de sal. Muchos alimentos contienen sodio en su estado natural por lo que por lo general no es necesario consumir productos con sal añadida o agregar sal a los alimentos.

Alimentos ricos en sodio:

El consumo excesivo de sal constituye un enemigo para la salud. La sal contribuye a que el organismo retenga más líquidos lo que produce una presión sobre las arterias y es el responsable del aumento de la presión arterial. Reducir el consumo de sal es una buena manera de evitar la aparición de la hipertensión.

La sal se puede ingerir directamente, salando los alimentos, o a través de la que contienen los mismos alimentos. Sin embargo la mayor parte de la sal se ingiere a través de aquellos productos procesados que contienen este mineral. Para evitar al máximo una ingestión excesiva de sal se tendrían que tener en cuenta las siguientes recomendaciones, que son especialmente obligatorias en la dieta de los hipertensos pero que deben tenerse en cuenta como una manera de prevenir la hipertensión en todas las personas:

- Evitar siempre sazonar los alimentos con sal. En su lugar puede darse sabor a las comidas utilizando hierbas o especias. Las hojas de romero , salvia, laurel, albahaca, etc, constituyen estupendos recursos que proporcionarán más sabor a los alimentos sin aumentar el consumo de sodio. Espolvorear la comida con polvo de ajo rallado o con cebolla, evitando la sal de ajo o la sal de cebolla pueden ser también dos recursos muy interesantes.
- Evitar el uso de carnes ahumadas o curadas que son muy ricas en sal. Entre estos alimentos mencionaríamos la panceta, el tocino, el jamón salado, los embutidos

(mortadela, salami, salchichas, pavo...) los pescados en conserva (sardinas, atún, caballa, salmón, etc.)

- Elegir preferiblemente alimentos frescos o, en su defecto, alimentos congelados, evitando los alimentos en conserva que contienen mucha sal. Cuando esto no sea posible, quitar la sal con abundante agua.
- Controlar la ingestión de queso eligiendo aquellas clases que contengan ninguna o poca sal y poca grasa.
- Evitar aquellas salsas que contengan sal. En su lugar sustituirlas por otras variedades bajas en sal.
- Evitar el uso de vegetales en salazón (pepinillos, aceitunas, ...)
- Evitar los frutos secos, cereales, frutas o tubérculos salados (almendras, cacahuetes, pistachos, nueces, avellanas, palomitas de maíz, pipas saladas, patatas fritas saladas, etc.) En su lugar utilizar estos alimentos sin salar.
- Evitar la tentación del uso de la sal, alejándola de la mesa.
- Cuando se compran los alimentos, controlar la presencia de la sal en las etiquetas, rechazando aquellos alimentos procesados cuyos datos no aparecen o no se puedan leer claramente. Existen alimentos que se venden como " dietéticamente sanos" que contienen cantidades excesivas de sal. Entre estos tenemos los cereales para el desayuno, el pan, quesos light, etc. Una ojeada al cuadro siguiente mostrará algunos alimentos que contienen mucha sal.

Una forma de reducir el consumo de sal es utilizando sabores alternativos, como, por ejemplo, limón, hierbas, vinagre o especias. Muchas personas se han acostumbrado a consumir alimentos que contienen un alto nivel de sal y piensan que sin sal los alimentos carecen de sabor. Sin embargo, esta percepción es meramente el resultado de que las papilas gustativas se han acostumbrado al sabor de la sal. Sin embargo, luego de varias semanas consumiendo alimentos con menos sal las papilas gustativas se acostumbran a estos alimentos y se comienza a disfrutar el sabor de alimentos con menos sal e incluso sin sal. De hecho una gran cantidad de sal en los alimentos puede tener el efecto de ocultar sabores más sutiles y cuando la persona se acostumbra a consumir alimentos con menos sal puede fácilmente llegar el momento en que los prefiera a los más salados.

Alimentación y Alcohol

Beber y comer son comportamientos asociados que se repiten habitualmente, y más todavía en ocasiones señaladas, como las fiestas. Y entre los excesos que más habitualmente se comete en torno a la mesa, destaca el abuso de bebidas alcohólicas. Si bien un consumo moderado o esporádico de bebidas como cerveza, vino o licores no entraña riesgo para la salud, cuando la cantidad es alta y el consumo frecuente puede intoxicar gravemente al organismo. No en vano el alcohol es, junto con el tabaco, la sustancia que más problemas de salud ocasiona a la población española de entre 15 y 65 años, según los últimos datos del Plan Nacional sobre Drogas (1999-2000).

¿Cómo se define el alcoholismo?

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el alcoholismo como la ingestión diaria de más de 50 gramos de alcohol en caso de las mujeres (10 vasos de vino o tres whiskys) y de 70 gramos en hombres (14 vasos de vino o cuatro whiskys). Estas cantidades resultan nocivas para el hígado y con el paso del tiempo pueden provocar una hepatopatía alcohólica, cuya gravedad variará dependiendo de la cantidad de alcohol consumida, del tiempo durante el que se ingirió y la susceptibilidad individual.

El contenido de alcohol de las bebidas alcohólicas: la unidad de bebida estándar

Habitualmente el contenido de alcohol de las distintas bebidas alcohólicas se expresa en forma de grados. Ello significa el porcentaje de alcohol que contienen por cada 100cc de bebida. Por ejemplo, si en una cerveza figura en su etiqueta que contiene 5° de alcohol, ello quiere decir que de cada 100cc de cerveza 5cc son de alcohol. Si se consume, por ejemplo, un orujo que tiene 42°, ello quiere decir que de cada 100cc, 42cc son de alcohol.

Con el fin de determinar la cantidad de alcohol que se ingiere, es preciso transformar el contenido de alcohol en grados en gramos de alcohol absoluto (alcohol puro). Para ello se multiplican los grados por cada 100cc por 0.8, ya que el alcohol es menos denso que el agua. Es decir, si consumimos 100cc de una bebida alcohólica que contiene 10°, habremos ingerido 8 gramos de alcohol absoluto (10°, es decir 10cc de alcohol en 100cc de la bebida; $10\text{cc de alcohol} \times 0.8 = 8 \text{ gramos}$). Si ingerimos 100 cc de una bebida con

42°, la cantidad de alcohol absoluto ingerida habrá sido de 33.6 gramos de alcohol absoluto ($42 \times 0.8 = 33.6$ gramos).

Dada la gran cantidad de bebidas alcohólicas, y las distintas posibilidades de su consumo (por ejemplo, en el caso de la cerveza: corto, caña, botellín, etc.), se ha establecido el concepto de unidad de bebida estándar. Básicamente con la unidad de bebida estándar, se quiere indicar el contenido habitual de alcohol absoluto en una consumición tipo. En nuestro país se establece en unos 10 gramos de alcohol absoluto. El tomar una caña o un botellín de cerveza, o un vaso de vino, equivale a haber consumido una unidad de bebida estándar. Por lo general, consumir un combinado o "cubata" supone consumir dos unidades de bebida estándar.

En la tabla siguiente se presenta el volumen y graduación de las distintas bebidas alcohólicas, así como el número de unidades de bebida estándar a que equivale una consumición tipo.

Bebida	Volumen (cc)	Graduación alcohólica	Gramos de alcohol	Número de bebidas estándar por cada consumición
Cerveza	200	6	9.6	1
Vino	100	12	9.6	1
Champán	100	13	10.4	1
Jerez	50	17	6.8	1
Vermut	70	16	9.0	1
Coñac	50	40	16.0	1
Anís	50	38	14.0	1
Sol y sombra	50	38	15.0	2
Ponche	50	28	11.2	2
Pacharán	50	28	11.2	2
Cointreau	50	40	16.0	2
Ginebra	50	40	16.0	2
Ron	50	42	16.8	2
Vodka	50	42	16.0	2
Whisky	50	45	18.0	2
Orujo	30	38	9.0	1

La ración diaria

El organismo **tolera sin problema un consumo moderado de alcohol**. Por consumo moderado se entiende el consumo habitual de 10 a 30 gramos de alcohol al día. Dado que las mujeres metabolizan el alcohol más lentamente que los hombres y que, como media, su volumen corporal es menor, el límite del consumo moderado en las mujeres es de 20 gramos al día. Una ingesta de 20-30 gramos de alcohol corresponde aproximadamente a de 2 ó 3 bebidas alcohólicas, sea una cerveza de 330 mililitros, un vaso de vino de 80-100 mililitros o la cantidad habitual en una copa de bebidas espirituosas (anís, coñac, etc.).

Evidencias del efecto del alcohol sobre la salud

Numerosos estudios sugieren que el consumo moderado y habitual de alcohol reduce el riesgo de enfermedad isquémica del corazón en varones y mujeres. Sin embargo, frente a este efecto favorable, el consumo moderado de alcohol aumenta el riesgo de obesidad, hipertensión arterial, hipertrigliceridemia, enfermedades hepáticas, pancreatitis, gastritis, cáncer orofaríngeo, de esófago y de estómago, y en otro orden, el riesgo de sufrir accidentes de tráfico y similares.

¿Cómo conocer la cantidad de gramos de etanol que hemos consumido?

El alcohol, llamado etanol o alcohol etílico, se encuentra en distintos porcentajes en cada tipo de bebida: del 0,9 al 5% en las cervezas; del 10 al 12% en los vinos naturales y del 40 al 50% en licores destilados. Tiene una densidad de 0,8. Esto significa que 1 centímetro cúbico de alcohol pesa 0,8 gramos. La siguiente fórmula nos proporciona en gramos la cantidad consumida de alcohol en función del volumen ingerido y del grado alcohólico:

$$\text{Alcohol (gramos)} = [\text{Grado alcohólico de la bebida} \times 0,8 \text{ (densidad del alcohol)} \times \text{Volumen ingerido en cl}] / 10$$

Ejemplo: 1/4 de litro de vino (25 cl) de 11° proporciona: $(11 \times 0,8 \times 25) / 10 = 22$ g de alcohol puro. Gramos de alcohol (etanol) por dosis de bebida habitual en centilitros (cl):

Vaso de vino tinto - 5 g (15 cl) Chupito de brandy - 15 g (5 cl)
Vaso de vino blanco - 12 g (15 cl) Chupito de licor - 8 g (5 cl)
Cerveza (botellín) - 9 g (25 cl) Chupito de aguardiente - 17 g (5 cl)
Botella de sidra: - 30 g (75 cl) Chupito de whisky - 16 g (5 cl)
Copa de vermouth - 21 g (15 cl) Chupito de ginebra - 16 g (5 cl)

PIRÁMIDE DE LA ACTIVIDAD FÍSICA



***CONSUMO DE ENERGÍA: MEDICIÓN ABSOLUTA
EN METS DE DIVERSAS ACTIVIDADES***

Mets	Actividad Laboral	Actividades de tiempo libre
1-2	Oficina, trabajos manuales ligeros, conducir un coche, médico, profesor, delineante, impresor, peluquero, barrer suelos y planchar	Coser y hacer punto, permanecer de pie, marchas a 1,5 km/h, y conducir una moto por terreno llano
2,5-3	Cerrajero, electricista, panadero, cirujano, conductor, grúas, guisar, lavar platos, quitar el polvo, sacudir alfombras y tender la ropa	Marchas a 3km/h. (en llano), montar a caballo al paso, billar, bolos, petanca, golf pesca con sedal y tocar instrumentos musicales
3,5-4	Camionero, picapedrero, soldador, mecánico, empujar de carretillas, limpiar cristales, abrillantar suelos	Marchas a 4km/h. bicicleta a 10km/h, tiro con arco, tenis de mesa, montar a caballo al trote y pescar con mosca y con botas de agua
4,5-5	Pintar con brocha, albañilería, carpintería, tapicería, peletería, barnizar y fregar suelos	Marchas a 5km/h., bicicletas a 13 km/h., bailar, tenis (dobles) y recoger hojas
5,5-6	Transportar objetos (30 Kg), cavar en el jardín y trabajo industrial	Marcha (7km/h.), bicicleta (16 km/h.), patinaje sobre ruedas o hielo, esquí náutico caza y levantar pesas (5 kgr. 10 veces por m.)
6,5-7	Transportar objetos (35 Kg) partir leña y trabajar con palas de 4,5 Kg	Carreras (8 km/h.), tenis individual, badminton y canoa (7 km/h.)
7,5-8	Transportar 40 Kg cavar zanjar, serrar madera dura y trabajos en zonas muy húmedas o con mucho calor	Montañismo, esquí de fondo, motocross y arbitrar (fútbol o baloncesto)
8,5-9	Mina, fundición, transportar objetos de 45 Kg	Correr (9 km/h.), ciclismo (23 km/h.) Natación y levantar pesas
> 9	Trabajar con palas de más de 7,5 Kg durante periodos de 10 minutos	Esgrima, rugby(10 met), baloncesto, fútbol, judo, lucha, pelota vasca (12 met) y hacer pesas de más de 13 kgr



Distrito Sanitario Málaga
 Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

1- Hacer abdominales reduce la grasa corporal.

El ejercicio estimula la movilización de grasa corporal mediante de hormonas que circulan a través del torrente sanguíneo y actúan sobre los depósitos de grasa en todo cuerpo. No existen evidencias de que los ácidos grasos sean liberados en una mayor proporción de los músculos que están activos, por lo tanto, hacer énfasis en un solo grupo muscular no es de mucha ayuda para quemar la grasa de la zona ejercitada. En todo caso se reforzará el grupo muscular trabajado.

2 -Es mejor usar fajas y trajes plásticos para hacer ejercicio y sudar mucho.

El empleo de saunas y vestimentas plásticas para aumentar la sudoración sólo entorpecen la actividad física haciéndola menos placentera. Por una parte el cuerpo estará mas caliente, se deshidrata y la percepción del esfuerzo aumenta, con lo cual la persona realiza menos ejercicio del que pudiera al vestir una ropa ligera y estar bien hidratado . Así mismo, la pérdida de peso después del ejercicio no implica pérdida de grasa, de hecho mas del 90% del peso perdido son fluidos que deben reponerse. En este caso en lugar de haber "rebajado" sólo se ha deshidratado.

3- El ejercicio provoca hambre y hace que se ingiera más alimento.

Muchas personas piensan que al hacer ejercicio se aumenta el apetito y para no pasar hambre dejan de realizarlo. El ejercicio físico produce endorfinas que aumentan el bienestar de la persona que lo realiza y en términos generales reduce el apetito. Para evitar “arrebatos de hambre”, lo mejor es mantener una pauta de ingesta regular sin saltar comidas.

4- Las agujetas desaparecen tomando bicarbonato o agua con azúcar.

Cuando una persona realiza ejercicio físico tras haber estado un tiempo sin hacerlo o bien porque ha hecho demasiado, se producen unas microrroturas de fibras, llamadas coloquialmente agujetas porque se asemejan a la sensación de que te clavan agujas. Se cree que se producen por la formación de los cristales de lactato y por ello se ingiere azúcar con agua y bicarbonato sin estar demostrado que sirvan para nada.

5- Sudar abundantemente es adecuado para perder peso.

Si se pierde peso de esta manera es por la pérdida de líquidos y la deshidratación provocada, con lo cual en cuanto te hidratas lo vuelves a ganar.

6- Cuando se deja de hacer pesas el músculo y la tonificación muscular que hayas logrado se convertirá en grasa directamente

Cuando se deja de ejercitar un músculo o grupo muscular este pierde su "hábito de entrenamiento" y plenitud y recupera con mucho tiempo su estado normal al igual que un corredor acostumbrado a hacer 40km semanales lo deja y luego no es capaz de hacer ni la mitad. Sencillamente pura lógica. La ganancia de grasa corporal responde únicamente a una mala alimentación y carencia de ejercicio.

7- Las tareas cotidianas son también ejercicio.

Si, pero si vamos buscando la pérdida de peso y el equilibrio metabólico es necesario incorporar a nuestra rutina diaria una tabla de ejercicio extra, pasear, correr, montar en bici...equilibrar la balanza entre la ingesta y el ejercicio.

8- El ejercicio físico sólo es para la persona que quiere perder peso

Aunque el ejercicio físico ayuda a reducir peso, en términos generales es para mantenerse saludable, tonifica los músculos y nos ayuda a mantenernos sanos a lo largo de nuestra vida, por estar relacionado con la prevención y mejora de muchas enfermedades.

Dieta

1- Los productos integrales engordan menos que los no integrales

Un alimento por sí sólo no tiene capacidad de engordar o no engordar. El valor energético de un alimento concreto está determinado por el contenido en macro nutrientes del alimento y la cantidad que la persona consuma a lo largo del día o habitualmente.

Los alimentos integrales aportan más fibra que los refinados, pero la composición en el resto de nutrientes es similar. Es decir, a igualdad de peso aportan las mismas calorías. Lo interesante de la fibra es que mejora el tránsito intestinal, contribuye a reducir los niveles de glucosa y colesterol de la sangre y previene enfermedades como el cáncer. Se aconseja incluir en la dieta productos integrales por estas razones, pero no como método para reducir calorías ni para reducir peso.

2- Al hacer menos comidas al día, se engorda menos

Es importante recordar que cada comida actúa como freno de la siguiente. Si se realizan todas las comidas, en cada una de ellas, consumidas aproximadamente cada 4 o 5 horas, se respetará el reloj biológico que rige el organismo. Además, existe lo que se llama termogénesis de los alimentos, es decir la cantidad de calorías que el cuerpo utiliza para metabolizar lo aportado en cada ingesta. Por lo tanto, cuantas más comidas, más calorías se emplearán en todos los procesos necesarios para la digestión, metabolización y absorción de los nutrientes.

3- Es mejor tomar margarina que mantequilla, porque está hecha con aceites vegetales, que previenen la enfermedad cardiovascular y el infarto.

No es cierto. Es una de las ideas más extendidas. Para convertir un aceite vegetal (líquido a temperatura ambiente) en una grasa para "untar", los fabricantes lo someten a un proceso de hidrogenación. Esas grasas artificialmente sólidas son las famosas grasas "trans", a las que numerosos estudios han asociado efectos incluso peores que los de las propias grasas de origen animal.

4- El pan, legumbres, patatas, arroz y pastas engordan mucho y hay que suprimirlas de la dieta

Todos estos alimentos proporcionan hidratos de carbono complejos, los nutrientes que el organismo requiere en mayor cantidad y que deben suponer entre el 50% y el 55% del total de calorías de la dieta de una persona sana con normo peso. Existe la creencia errónea de que los hidratos de carbono engordan. Su valor calórico es de 4 kilocalorías por gramo, como el de las proteínas, mientras que el de las grasas es de 9 Kcal. por gramo. A igualdad de peso las grasas aportan más calorías, es decir, los alimentos ricos en grasas son más calóricos que los alimentos ricos en hidratos de carbono.

Pero, no nos engañemos: en muchos casos lo que aumenta las calorías del pan es el acompañamiento (mantequilla, embutidos, bacón, quesos, azúcar, leche), la mayoría comestibles ricos en grasas.

5- El agua “me engorda”

Todos los alimentos excepto el agua aportan energía. El agua no aporta energía, pues no contiene macro nutrientes. Por lo tanto, no engorda aunque se tome antes, durante o después de las comidas. Si se bebe antes de comer puede provocar sensación de saciedad y así evita el consumo de otros alimentos. Tomar mucha agua durante las comidas puede hacer que la digestión sea más lenta debido a que se diluyen en ella los jugos gástricos, complicación ésta sin consecuencias adversas.

6- Los hidratos de carbono y las proteínas no se pueden combinar en la misma comida si se quiere adelgazar

Prácticamente todos los alimentos disponibles son una mezcla de hidratos de carbono, proteínas y grasas, por lo que no resulta lógico separar unos alimentos de otros cuando su propia composición es una mezcla compleja.

El aparato digestivo del ser humano está diseñado para realizar la digestión de la más variada mezcla de alimentos.

7- El aceite de oliva no engorda.

El aceite de oliva, al igual que el resto de aceites, aporta 9 calorías por gramo, tanto si se consume crudo o cocinado. La ventaja de este y los aceites de baja saturación es que no se convierten en grasa acumulada por el cuerpo fácilmente. Otros aceites como el de palma y coco, por sus características de metabolismo no sólo engordan, sino que son perjudiciales cuando los consumimos.

8- Los alimentos light ayudan a adelgazar.

Los alimentos light aportan menos cantidad de calorías que su equivalente normal si se toma la misma cantidad, pero eso no significa que sirvan para adelgazar. Además, por medio de métodos engañosos que los disfrazan, cuando se detallan en las etiquetas, se nos esconde el hecho de que *todos* contienen azúcares en todas sus variedades, por lo que terminan haciendo que quienes consuman estos ardides, engorden. Muchos productos light siguen siendo calóricos por su propia naturaleza, pues buena parte de sus ingredientes son grasas necesarias para su elaboración, para conferirles su sabor, textura... Ejemplos de esto son la mayonesa light, las patata fritas light o el paté light, que no deben consumirse porque siguen siendo muy calóricos, poseen grasas trans-saturadas y perjudican más que otros alimentos no light.

9- "El pan tostado adelgaza".

El pan tostado aporta las mismas calorías que el normal. Al tostarlo, sólo se elimina el agua que contiene, esto se puede extender a los piquitos, bizcotes y presentaciones similares de pan.

10- Si quieres estar sana/o y delgada/o, elimina las grasas de tu dieta

Habría que reducirlas de un 30 % para personas que tengan un peso adecuado a un 5% en personas con sobrepeso, también importa mucho el tipo de grasa que consumimos además de la cantidad.

11- Si tomas Sintrom no puedes tomar verduras o ensaladas porque se alteran los niveles de Sintrom

Falso. Cuando se toma Sintrom se debe hacer una dieta tan saludable o más que otro paciente, ya que la mayoría de pacientes anticoagulados son cardiopatas; esto incluye el consumo de todo tipo de verduras y vegetales. No existe ninguna contraindicación para su consumo, es más, está recomendado. Lo que debe evitarse son los cambios bruscos en la dieta, por ejemplo comer una semana sólo carne y pastas y a la siguiente sólo vegetales. Si la dieta es estable y variada los ajustes del Sintrom no se verán alterados en ningún caso.

Tabaco

1- La gente es libre de decidir si quiere fumar o no

En el caso del tabaco la libertad queda muy condicionada por la adicción que produce así como la fuerza de la industria tabaquera a través de anuncios publicitarios y otras formas más sutiles de influencia.

2- Los cigarrillos light son menos dañinos.

Estos productos son tan perjudiciales como el resto. Cuando se consumen éstos cigarrillos, los fumadores compensan la posible disminución de sustancias, consumiendo más cigarrillos e inhalando el humo más fuerte y profundamente de forma inconsciente...

3- Unos pocos cigarrillos al día no hacen daño. Si no se fuma el cigarrillo entero o no se traga el humo no es tan nocivo.

El riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco esta presente con cualquier consumo de cigarrillos. Se considera fumador a cualquier persona que haya consumido un solo cigarrillo en los últimos 6 meses.

4- Un fumador siempre será un fumador.

Cualquier persona que lo decida puede dejar de fumar. Existen muchas formas de ayuda, (terapia grupal e individual en los Centros de Salud del SSPA, fármacos específicos, etc.). En los últimos años el número de fumadores ha descendido notablemente, en cualquier grupo humano podemos observar como muchos de ellos ya no son fumadores.

5. Fumar relaja

El tabaco aumenta la frecuencia cardiaca ó pulso, la tensión arterial y libera adrenalina en nuestro organismo, por tanto fisiológicamente se produce un aumento de la tensión nerviosa, es un efecto “engañoso”, realmente sólo relaja los nervios que previamente ha destrozado ó dicho de otra forma aporta las sustancias que hacen a la persona “no sentirse mal”.

6. Dejar de fumar empeora la salud

Cuando se deja bruscamente el tabaco se producen síntomas de síndrome de abstinencia. Se producen algunas molestias físicas que forman parte del proceso normal

de regeneración corporal. Tras estos síntomas se produce una mejoría global muy importante.

7. Al dejar de fumar uno se vuelve más nervioso, más irascible

Algunos síntomas del síndrome de abstinencia son intranquilidad, ansiedad, malestar general, etc. Otra creencia es la de que uno se vuelve más irritable, que “casi muere”; esto también es consecuencia del síndrome de abstinencia. Pasadas una o dos semanas desaparecerá. Por otro lado el hábito de fumar es utilizado por muchas personas como estrategia de afrontamiento, al abandonar el hábito necesitan nuevas estrategias, en algunos casos surge la conducta agresiva que permite obtener más cosas que antes con su conducta pasiva (obtención de mayores beneficios). Por el contrario un efecto que muy probablemente nota al dejar de fumar es que mejora su humor, se siente más relajado, más tranquilo, puede llevar una vida más sosegada. Esto es posible porque la nicotina era un excitante y la relajación se producía antes por agotamiento del proceso excitatorio.

8. Al dejar de fumar se gana peso

No tiene por qué ocurrir. Si se gana peso al dejar de fumar es debido a que se pesaba menos de lo que debía pesar según altura y constitución o bien a que el fumador utilizaba frecuentemente el cigarrillo como un mecanismo para no comer. Otro aspecto que hay que apuntar es que cuando se deja de fumar las comidas saben mejor y huelen mejor, lo que lleva a comer más. En algún caso aislado se produce una fuerte sensación de hambre; esta dura una semana aproximadamente.

9. Al dejar de fumar se pierde la concentración

En casos aislados esto puede ocurrir de modo ligero en la última o penúltima semana del proceso de abandono. Esto se debe al papel excitante de la nicotina. Al dejar de fumar del todo notará que se concentra igual y que era simplemente una falsa alarma a veces sostenida por creencias infundadas.

10. Al dejar de fumar, si se fuma un cigarrillo se vuelve a recaer y a ser un fumador de nuevo.

Debemos distinguir entre caída y recaída. La caída es un incidente aislado (fumar un cigarrillo) que puede darse después de haber dejado totalmente el tabaco. Este incidente aislado no significa volver de nuevo a ser fumador. Si éste se da, debe estudiar el porqué se ha dado y poner los medios para que no se repita. Estas caídas se pueden dar especialmente en ocasiones señaladas como por ejemplo celebraciones, problemas personales, fuerte presión social, etc. Por recaída entendemos la repetición continua de la conducta de fumar que lleva a que uno se encuentre en la misma situación que con anterioridad. Por todo ello lo más aconsejable es intentar que la caída (incidente puntual) no se convierta en recaída, estando en guardia y aplicando las estrategias y procedimientos habituales

BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001; 286:1218–1227.
 - ² Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003;289:2560-2572
 - ³ National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). 2002
 - ⁴ Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE LA GUÍA EUROPEA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 435-438.
 - ⁵ De Backer G, Ambrosionie E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. *Rev Esp Salud Pública* 2004 (4); 78: 439-456
 - ⁶ SIGN. Risk estimation and prevention of cardiovascular disease. A national clinical guideline. 2007
 - ⁷ Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. National Institute of Clinical Excellence. 2006.
 - ⁸ Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM et al, for members of the Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ*. 2007; 176(8): S1-S13
 - ⁹ Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M et al. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006 A Scientific Statement From the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006; 114:82-96.
 - ¹⁰ Appel LJ, Brands MW, Daniels SR et al. Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2006; 47:296-308.
 - ¹¹ Bellido C et al. El paciente con exceso de peso: guía práctica de actuación en Atención Primaria. *Rev Esp Obes* 2006; 4 (1): 33-44
 - ¹² Sigal RJ, Kenny GP, Wasserman DH et al. Physical Activity/Exercise and Type 2. Diabetes. A consensus statement from the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2006; 29(6): 1433-38
 - ¹³ New Zealand Guidelines Group. Cardiac Rehabilitation. 2002
 - ¹⁴ Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2002
 - ¹⁵ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Consejo Dietético en Atención Primaria de la. 2005
 - ¹⁶ Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Guía de Consejo Dietético Intensivo en Atención Primaria de la. 2007.
 - ¹⁷ Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001; 323: 334-336
 - ¹⁸ Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391):1225-30
 - ¹⁹ Franco OH, Laet C, Peeters A, Jonker J, Mackenbach J, Nusselder W. Effects of Physical Activity on Life Expectancy With Cardiovascular Disease. *Arch Intern Med*. 2005;165:2355-60.
 - ²⁰ Blair SN, Kohl HW 3rd, Barlow CE, et al: Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995; 273(14): 1093-8
 - ²¹ Smith TC, Wingard DL, Smith B, Kritiz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Walking decreased risk of cardiovascular disease mortality in older adults with diabetes. *J Clin Epidem*. 2007; 60(2007): 309-317
 - ²² Eden KB, Orleans T, Mulrow C, Pender NJ, Teutsch SM. Does Counseling by Clinicians Improve Physical Activity? A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;137:208-215.
 - ²³ Health Technology Assessment Database: HTA-20031108. The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 - ²⁴ Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2003; 326:793-9.
 - ²⁵ Leon AS, Sanchez O. Meta-analysis of the effects of aerobic exercise training on blood lipids. *Circulation*. 2001;104(suppl II):II-414–II-415.
 - ²⁶ Thompson PD et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2003; 107:3109-3116.
 - ²⁷ Boulé NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA*. 2001;286(10):1218-27.
 - ²⁸ Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al, for the Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346:393–403.

-
- ²⁹ Gillies CL, Abrams KR, Lambert PC, et al. Pharmacological and lifestyle interventions to prevent or delay type 2 diabetes in people with impaired glucose tolerance: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2007;334: 299
- ³⁰ Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*. 2003;34(10):2475-81.
- ³¹ Ogilvie D, Foster CE, Rothnie H, et al. Interventions to promote walking: systematic review. *BMJ*. 2007; 334:1204
- ³² Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Cornell J, Summerbell C, Anagnostelis B, Brand M, Grimm R Jr. Dieta para reducir el peso corporal y controlar la hipertensión arterial en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd
- ³³ Aucott L, Poobalan A, Smith WC, Avenell A, Jung R, Broom J. Effects of Weight Loss in Overweight/Obese Individuals and Long-Term Hypertension Outcomes. A Systematic Review. *Hypertension*. 2005 ;45(6):1035-41.
- ³⁴ VJ Stevens et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. *Annals of Internal medicine* 2001 134: 1-11
- ³⁵ Trichopoulou A, Orfanos P, Norat Tet al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *BMJ* 2005;330;991-99.
- ³⁶ Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003;26(12):3230-6.
- ³⁷ Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Mathers JC, Alberti KG. Randomised controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance. *Diabetes Res Clin Pract*. 2006;72(2):117-27
- ³⁸ Laatikainen T, Dunbar JA, Chapman A et al. Prevention of Type 2 Diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) Diabetes Prevention Project. *BMC Public Health* 2007, 7:249
- ³⁹ Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M, Uutela A. Type 2 diabetes prevention in the "real world": one-year results of the GOAL Implementation Trial. *Diabetes Care*. 2007;30(10):2465-70
- ⁴⁰ Stevens VJ, Orbazane E, Cook NR et al. Long-Term Weight Loss and Changes in Blood Pressure: Results of the Trials of Hypertension Prevention, Phase II. *Ann Intern Med*. 2001; 134(1):1-11.
- ⁴¹ Hooper L, Summerbell CD, Higgins JPT, Thompson RL, Clements G, Capps N, Davey Smith G, Riemersma RA, Ebrahim S Reducción o modificación de las grasas en la dieta para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd
- ⁴² Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med*. 2001;344:3-10.
- ⁴³ Harsha DW, Sacks FM, Obarzane E et al. Effects dietary sodium intake on blood lipids. Results from the DASH sodium trial. *Hypertension*. 2004; 43: 393-8.
- ⁴⁴ Hooper L, Bartlett C, Davey Smith G, Ebrahim S Asesoramiento de reducción de la sal dietética para la prevención de enfermedades cardiovasculares (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- ⁴⁵ Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Jr., Kostis JB et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839-46.
- ⁴⁶ Appel LJ, Espeland MA, Easter L, Wilson AC, Folmar S, Lacy CR. Effects of reduced sodium intake on hypertension control in older individuals: results from the Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly (TONE). *Arch. Intern. Med* 2001;161:685-93.
- ⁴⁷ He FJ, MacGregor GA. Efecto de la reducción moderada de sal a largo plazo en la presión arterial (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- ⁴⁸ Cook NR, Cutler JA, Obarzane E, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ*. 2007; 334:885.
- ⁴⁹ Whelton PK, He J, Cutler JA, Brancati FL, Appel LJ, Follmann D et al. Effects of oral potassium on blood pressure. Meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *JAMA*. 1997;277:1624-32
- ⁵⁰ Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al, for the DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med*. 2001;344:3-10
- ⁵¹ Cappuccio FP, MacGregor GA. Does potassium supplementation lower blood pressure? A meta-analysis of published trials. *J Hypertens*. 1991;9:465-473.
- ⁵² Whelton PK, He J, Cutler JA, Brancati FI, Appel LJ, Follmann D, Klag MJ. Effects of oral potassium on blood pressure: meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *JAMA*. 1997;277:1624-1632.
- ⁵³ Geleijnse JM, Kik FJ, Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens*. 2003;17:471-480.

-
- ⁵⁴ Griffith LE, Guyatt GH, Cook RJ, Bucher HC, Cook DJ. The influence of dietary and nondietary calcium supplementation on blood pressure: an updated metaanalysis of randomized controlled trials. *Am.J Hypertens.* 1999;12:84-92.
- ⁵⁵ Burgess E, Lewanczuk R, Bolli P, Chockalingam A, Cutler H, Taylor G, et al. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension: 6. Recommendations on potassium, magnesium and calcium. *CMAJ* 1999;160(9 Suppl): F35-F45.
- ⁵⁶ Maclure M. Demonstration of deductive meta-analysis: ethanol intake and risk of myocardial infarction. *Epidemiol Rev.* 1993;15: 328-51
- ⁵⁷ Mukamal KJ, Conigrave KM, Mittleman MA, Camargo CA, Stampfer MJ, Willet WC, et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *N Engl J Med.* 2003; 348:109-18
- ⁵⁸ Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004; 364:937-52
- ⁵⁹ Estruch R. Efectos cardiovasculares del alcohol. *Med Clin (Bar).* 1995;105:628-35.
- ⁶⁰ Fernandez Sola J. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. *Hipertensión* 2005; 22(3):117-32.
- ⁶¹ Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hipertensión.* 2001;38:1112-7.
- ⁶² Spence JD, Barnett PA, Linden W, Ramsden V, Taenzer P. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. Recommendations on stress management. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. *CMAJ.* 1999.May.4 160;S46-S50
- ⁶³ Linden W, Chambers L. Clinical effectiveness of non-drug treatment for hypertension: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 1994;16:35-45
- ⁶⁴ Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S y col. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 953-962
- ⁶⁵ Davies HW, Teschke K, Kennedy SM, Hodgson MR, Hertzman C, Demers PA. Occupational exposure to noise and mortality from acute myocardial infarction. *Epidemiology.* 2005;16(1):25-32.
- ⁶⁶ van Kempen EE, Kruijze H, Boshuizen HC, Ameling CB, Staatsen BA, de Hollander AE. The association between noise exposure and blood pressure and ischemic heart disease: a meta-analysis. *Environ Health Perspect.* 2002;110(3):307-17.
- ⁶⁷ Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren W. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients A Systematic Review. *Circulation.* 2005;112:924-934.
- ⁶⁸ Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Rehabilitaci3n basada en ejercicios para la cardiopatía coronaria (Revisi3n Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 N3mero 1. Oxford: Update Software Ltd.
- ⁶⁹ Boul3 NG, Haddad E, Kenny GP, Wells GA, Sigal RJ. Effects of exercise on glycemic control and body mass in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of controlled clinical trials. *JAMA.* 2001; 286:1218-1227.
- ⁷⁰ Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change applications to addictive behaviors. *American Psychologist.* 1992;47:1102-14
- ⁷¹ McKee G, Bannon J, Kerins M, FitzGerald G. Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6(3):233-40
- ⁷² Adams J, White M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research* 2005 20(2):237-243
- ⁷³ Rosen CS. Is the Sequencing of Change Processes by Stage Consistent Across Health Problems? A Meta-Analysis. *Health Psychol.* 2000;19(6):593-604
- ⁷⁴ Riesma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather J, Watt IS, et al. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technol Assess* 2002;6(24).
- ⁷⁵ Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systematic and Comprehensive Review of Literature. *Health Promot Pract.* 2006, 7(4):428-443
- ⁷⁶ Rubak S et al. Motivational interview: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Practice;* 2005; 55(513):305-312
- ⁷⁷ Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior.* New York: The Guildford Press; 1991.
- ⁷⁸ Kinmonth AL, Wareham NJ, Hardeman W et al. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *The Lancet* 2008; 371:41-48

⁷⁹ Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁸⁰ Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La

Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

⁸¹ American Diabetes Association. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes. Diabetes Care. 2008; 31(Suppl 1): S61-S78

⁸² Wister A, Loewen N, Kennedy-Symonds H, McGowan B, McCoy B, Singer J.. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. CMAJ. 2007;177(8):859-65

⁸³ Trichopoulou A, Orfano P, Norat T, Bueno-de-Mesquita B, Ocké M, Peeters P H, et al. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC elderly prospective cohort study. BMJ 2005; 330: 1329-1330.