

PREGUNTA CLÍNICA N°6

¿QUÉ INTERVENCIONES SON MÁS EFICACES PARA CONSEGUIR MODIFICAR EL ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON DISLIPEMIA?

Fecha de edición: Noviembre 2014

RESUMEN

1. Introducción.

En la versión anterior de la guía (1) se recomendaba aconsejar el patrón dietético mediterráneo y que el consejo debería ser realizado fundamentalmente en las consultas de enfermería (2, 3).

En cuanto al alcohol, se recomendaba que la información sobre los efectos beneficiosos del alcohol debiera de ir acompañada de una clara explicación de las cantidades de alcohol que equivalen a una unidad de alcohol y de los efectos perjudiciales del consumo excesivo.

2. Resumen respuesta en GPC base.

Se recomienda realizar ejercicios que se pueden incorporar en la vida diaria (ej. subir las escaleras). Los consejos sobre actividad física deben tener en cuenta las necesidades personales, preferencias y circunstancias. Los objetivos deben acordarse con el paciente y se deben dar instrucciones por escrito sobre los beneficios de la actividad y las oportunidades que hay a nivel local. Los profesionales implicados pueden ser de diversas disciplinas (profesionales de la salud, nutricionistas, fisioterapeutas, instructores de gimnasio, miembros de la comunidad...).

3. Resumen de la evidencia.

La calidad global de la evidencia es baja.

Las intervenciones para mejorar estilos de vida pueden ser muy variadas en cuanto a técnicas utilizadas (educación, persuasión, incentivación...), combinación de distintas técnicas, variables de eficacia, complejidad de las intervenciones (simples o múltiples), intensidad y duración de las intervenciones, profesional que las aplica (sanitario o no, médico, enfermera...), poblaciones objetivo, etc. La calidad de los estudios en general es baja y con resultados fundamentalmente a corto plazo. Las variables de resultado no están estandarizadas y la adhesión a las recomendaciones suele ser variable. Por otra parte, el contenido de las intervenciones para mejorar comportamientos en salud a menudo está deficientemente informado en los estudios. Todo esto lleva a que es muy difícil obtener conclusiones sobre las características óptimas que deberían tener las intervenciones para lograr cambios en los estilos de vida.

Técnicas para el cambio de comportamiento

Entre las técnicas de cambio de comportamiento, la automonitorización del comportamiento, la comunicación de riesgos y el apoyo social se han mostrado relativamente más eficaces que otras técnicas (4).

En cuanto a intervenciones para mejorar la adhesión a consejos dietéticos en la prevención y manejo de enfermedades crónicas en adultos, las intervenciones más prometedoras han sido el seguimiento telefónico, los videos, los contratos, la retroalimentación/feed-back, las herramientas de nutrición y las intervenciones múltiples (5). No se ha podido identificar cual es la intervención más eficaz.

Las intervenciones sobre el cambio de comportamiento dietético y de actividad física a través de aplicaciones de ordenador tienen la potencialidad de poder llegar a grandes grupos de población y han mostrado resultados prometedores (6-8).

Las intervenciones dirigidas a mejorar la actividad física o los comportamientos dietéticos de forma aislada y tuvieron

se mostraron en general más eficaces que las intervenciones que querían mejorar ambos comportamientos (9).

Intensidad de la intervención

En general hay evidencia consistente en que las intervenciones intensivas consiguen mejores resultados en cambios de comportamientos saludables:

En 2003 la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomendaba el asesoramiento dietético conductual intensivo (sesiones múltiples de 30 o más minutos) para los pacientes adultos con hiperlipidemia y otros factores de riesgo conocidos de enfermedad crónica cardiovascular. Este asesoramiento conductual consistía en: automonitorización, habilidades para superar las barreras comunes para la selección de una dieta saludable, ayuda a los pacientes para establecer sus propias metas, guías de compra y de preparación de alimentos, juegos de rol, y organización de apoyo social (estrategia de las 5 Aes: Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) (10).

De la misma forma, en una revisión sistemática que evaluaba las intervenciones sobre asesoramiento conductual para promover el ejercicio y la dieta sana en pacientes sin enfermedad CV, HTA, DM ni hiperlipidemias (11) las intervenciones de intensidad media-alta (más de 30 minutos, 3 a 24 sesiones telefónicas o 1 a 8 sesiones personales) mostraron beneficios en la conducta y en variables de salud intermedias).

El consejo aislado en forma de material escrito y consejo breve sobre modificaciones de estilo de vida impartido de manera individual en una sesión de 30 minutos se ha mostrado menos eficaz disminuyendo los factores de riesgo cardiovascular en pacientes sanos con hipertensión en estadio 1 o prehipertensión que intervenciones en varias sesiones individuales o grupales (12).

Lugar de la intervención

Las intervenciones de promoción de actividad física en el medio escolar han mostrado efectos positivos en las conductas relacionadas con los estilos de vida y mejoras en la forma física (13).

En una revisión sistemática las intervenciones más eficaces en el cambio conductual de salud evaluados fueron el consejo médico o el consejo individualizado impartido en el lugar de trabajo o en la escuela (14).

Estrategias de intervención y necesidad de adaptación

El consejo de los profesionales sanitarios es efectivo contra el tabaco y el abuso del alcohol. Para modificar la dieta y aumentar el nivel de actividad física, las evidencias científicas disponibles son insuficientes, pero se recomienda su abordaje por los demostrados efectos saludables que conllevarían estos cambios. En nuestro medio, la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) se considera más factible y efectiva que otras, como la entrevista motivacional. Las estrategias adoptadas, exigen una adaptación al contexto en el que van a ser aplicadas, así como una reorganización de los centros. Entre las estrategias clínicas y organizativas que se han identificado que pueden facilitar la integración de estas intervenciones están: rediseño de las agendas dando mayor prioridad a los programas de promoción de la salud, cooperación entre los profesionales de los centros, especialmente el binomio médico-enfermera, selección de las poblaciones diana, nuevas herramientas de información y apoyo, coordinación con recursos y organizaciones en la comunidad, entre otras (15).

4. De la evidencia a la recomendación.

Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:

Los beneficios superan ligeramente los riesgos. Los beneficios de los estilos de vida saludable en la incidencia de enfermedad cardiovascular son conocidos, no lo son tanto las intervenciones adecuadas para lograr modificaciones en los estilos de vida. No se sabe con certeza qué intervenciones o cómo realizar esas intervenciones para lograr estilos de vida saludable.

Los inconvenientes son la pérdida de oportunidades de proporcionar otro servicio que tenga un mayor efecto/impacto en la salud

No se conoce cuál puede ser la opinión de los pacientes al respecto.

Los costes son altos en relación al beneficio obtenido, al no tener la certeza de cómo llevar a cabo la intervención de manera óptima.

Las consecuencias deseadas probablemente superan las consecuencias no deseadas.

Razonamiento justificación de la recomendación:

Las evidencias científicas disponibles sobre las estrategias óptimas para modificar la dieta y aumentar el nivel de actividad física, son insuficientes. Los efectos saludables que conllevarían estos cambios están demostrados: Puesto que no se sabe qué estrategia o que componentes de la intervención para modificar los estilos de vida son más

eficaces, se recomienda seleccionar aquellas estrategias que se consideren más factibles y que mejor se adapten a las preferencias, estilos de vida, valores y a los profesionales sanitarios, a sus habilidades y al contexto de cada organización.

Recomendación:

- Se sugiere estrategias de intervención basadas en consejo dietético y/o actividad física de manera continuada en pacientes seleccionados.
- Se sugiere seleccionar aquellas estrategias que mejor se adapten a las preferencias, estilos de vida, valores de los pacientes.
- √ Se sugiere la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) como estrategia más factible en nuestro medio.
- √ Se recomienda adherirse a los recursos locales sobre mejoras de estilo de vida.

Consideraciones para la implementación:

Dificultad de mantener intervenciones eficaces de promoción de la salud, en las condiciones actuales de la APS. La organización y recursos actuales de los centros de APS, dirigidos casi exclusivamente a la asistencia de la enfermedad, dificultan su implantación de forma sostenible.

Como estrategias clínicas y organizativas que pueden facilitar la integración de estas intervenciones se han propuesto las siguientes: rediseño de las agendas dando mayor prioridad a los programas de promoción de la salud, cooperación entre los profesionales de los centros, especialmente el binomio médico-enfermera, selección de las poblaciones diana, nuevas herramientas de información y apoyo, coordinación con recursos y organizaciones en la comunidad, entre otras.

Factibilidad:

Entre las estrategias de intervención de promoción de la salud, el consejo médico, siguiendo la estrategia de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar), se ha identificado como factible en nuestro medio y su efectividad ha sido más probada en el contexto de la APS que otras como la entrevista motivacional o el acercamiento comunitario. Esta estrategia, está claramente indicada para el hábito de fumar o el consumo de alcohol y se recomienda su extensión a la promoción de la actividad física y una dieta saludable, aunque la efectividad a largo plazo en las condiciones habituales de APS deba ser investigada.

Evaluación y prioridades para la investigación:

Las publicaciones futuras deben mejorar la información sobre el contenido de las intervenciones y la forma en la que se administran las intervenciones.

Se necesitan estudios adicionales de buena calidad con poco sesgo y con tamaño de muestra adecuado para detectar diferencias significativas entre los grupos.

Se necesitan estudios de mayor duración (12 meses o más).

5. Bibliografía.

- (1) San Vicente R, Irazusta I, Ibarra J, Berraondo I, Uribe F, Urraca J, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.
- (2) Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database Syst Rev. 2005(4):CD002128.
- (3) Thompson RL, Summerbell CD, Hooper L, Higgins JP, Little PS, Talbot D, et al. Dietary advice given by a dietitian versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD001366.
- (4) van Achterberg T, Huisman-de Waal GG, Ketelaar NA, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HC. How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. Health Promot Int. 2011;26(2):148-62.
- (5) Desroches S, Lapointe A, Ratte S, Gravel K, Legare F, Turcotte S. Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2:CD008722.
- (6) Neville LM, O'Hara B, Milat AJ. Computer-tailored dietary behaviour change interventions: a systematic review. Health Educ Res. 2009;24(4):699-720.
- (7) Neville LM, O'Hara B, Milat A. Computer-tailored physical activity behavior change interventions targeting adults: a systematic review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2009;6:30.

- (8) Webb TL, Joseph J, Yardley L, Michie S. Using the internet to promote health behavior change: a systematic review and meta-analysis of the impact of theoretical basis, use of behavior change techniques, and mode of delivery on efficacy. *J Med Internet Res*. 2010;12(1):e4.
- (9) Sweet SN, Fortier MS. Improving physical activity and dietary behaviours with single or multiple health behaviour interventions? A synthesis of meta-analyses and reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1720-43.
- (10) Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet in Adults at Increased Risk for Cardiovascular Disease, Topic Page. U.S. Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstfdiet.htm> (Acceso 07/01/2014).
- (11) Lin JS, O'Connor E, Whitlock EP, Beil TL. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2010;153(11):736-50.
- (12) Maruthur NM, Wang NY, Appel LJ. Lifestyle interventions reduce coronary heart disease risk: results from the PREMIER Trial. *Circulation*. 2009;119(15):2026-31.
- (13) Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD007651.
- (14) Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.
- (15) Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, Arrazola A, Benavides R, Goiria B, Mujika J, Torcal J, Vergara I. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Informe Osteba. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07.