

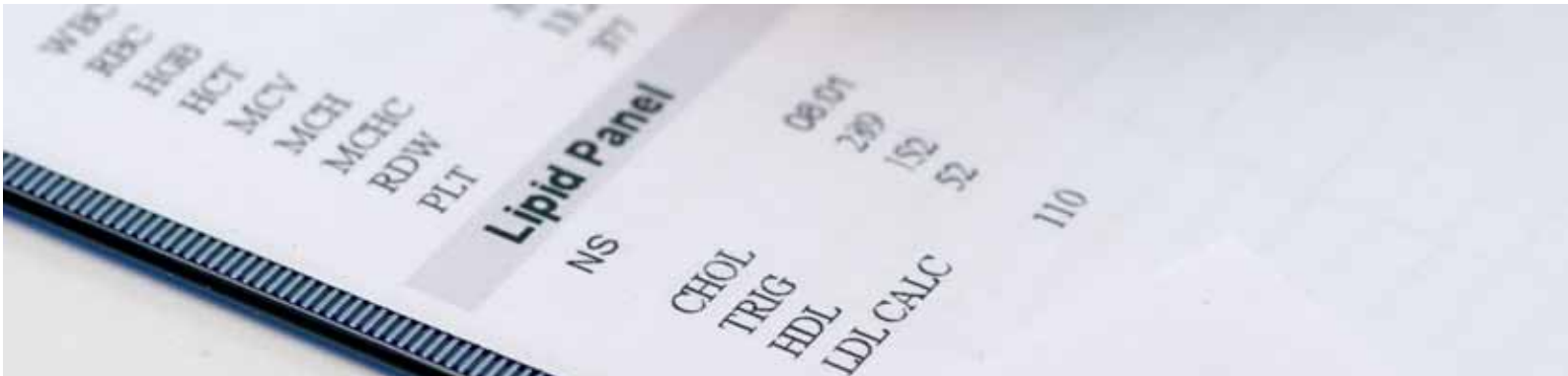
Abordaje de la Dislipemia

ÍNDICE

Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia

1. Introducción. Evidencias y recomendaciones.....	353
2. Consideraciones para el Abordaje de la Dislipemia.....	354
2.1 Concepto y criterios diagnósticos.....	354
2.2 Prevalencia de la dislipemia.....	356
2.3 Objetivos terapéuticos y seguimiento según nivel de riesgo cardiovascular.....	356
2.4 Tratamiento no farmacológico en la Dislipemia.....	359
2.4.1. La alimentación en la Dislipemia.....	359
2.4.2. Ejercicio Físico en la Dislipemia.....	361
2.5 Recomendaciones en la Dislipemia según nivel de Riesgo Cardiovascular.....	363
3. Plan de Cuidados sugeridos para el abordaje de la Dislipemia.....	364
3.1 Valoración focalizada y educativa.....	364
3.2 Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia según Fase del Proceso Educativo.....	365
3.3 Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia en Fase de Inmediata.....	366
3.4 Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia en Fase de Ampliación.....	368
3.5 Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia en Fase de Profundización.....	371
3.6 Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia en Fase de Incumplimiento.....	373
4. Aulas de Salud: Recursos didácticos en Educación para la Salud en Dislipemias.....	375
5. Recomendaciones para la intervención en la comunidad.....	375
6. Anexos.....	376
7. Bibliografía.....	377

Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia



1. INTRODUCCIÓN. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La hipercolesterolemia, especialmente el exceso de LDL-c, es uno de los principales factores de riesgo modificables en la prevención y tratamiento de la ECV, siendo Canarias una de las comunidades autónomas con mayor prevalencia de este problema.

Según el estudio de cohorte Corazón Diabetes y Cáncer de Canarias (CDC) para valores de colesterol total > 240 mg/dl, muestra una prevalencia estimada de un 31 % en mujeres y de un 32 % en hombres, siendo superior a la media nacional tanto para las mujeres (23,4%) como para hombres (27,3%).

La eficacia del cambio de estilo de vida, sobre todo, la alimentación y la pérdida de peso (en personas con sobrepeso y obesidad), se han evaluado repetidamente en relación al perfil lipídico. La realización de un patrón dietético saludable, como lo es la dieta mediterránea, ha confirmado que reduce la hipercolesterolemia y, en consecuencia, la aterosclerosis y el Riesgo Cardiovascular.

La Educación Sanitaria se convierte en el artífice principal para promover la voluntad de cambio en personas con dislipemia hacia un estilo de vida cardiosaludable.

El abordaje de la dislipemia debe sentar sus bases en la implicación del paciente en la gestión de su enfermedad, donde el cambio de hábitos y estilo de vida junto al cumplimiento de las medidas farmacológicas será la clave del adecuado control de este problema de salud.

Establecer Planes de cuidados individualizados desde la percepción del riesgo que tiene el paciente, la disposición para cambios de conductas (control de peso, alimentación con un patrón de dieta mediterránea baja en grasa saturadas y actividad física regular) y la implicación en procesos de enseñanza-aprendizaje para el autocuidado de la dislipemia y la gestión en la mejora de la salud cardiovascular en general, serán la clave para un abordaje eficaz.

Estructurar los Planes de Cuidados, según las Fases del proceso Educativo (Fase Inmediata, de Ampliación, de Profundización o Incumplimiento), con un enfoque motivacional, FACILITARÁ a los pacientes con dislipemia llevar a cabo el autocuidado de su enfermedad y la gestión de su salud cardiovascular.

Evidencias y recomendaciones.

Evidencias	
La dislipemia, junto con la HTA y la diabetes, son las enfermedades que más se benefician de las estrategias de intervención.	1+
Las intervenciones más efectivas combinan la educación nutricional orientada al cambio de comportamiento para ayudar a adquirir habilidades, motivación y apoyo necesario para alterar el patrón dietético y la preparación de la comida.	1+
El consejo dietético verbal o por escrito, tanto personal como telefónicamente, y realizado en grupos pequeños o individualmente, consigue pequeñas reducciones del CT y del c-LDL.	1+

Recomendaciones	
La intervención dietética se recomienda claramente como parte del manejo integral del colesterol y los lípidos sanguíneos.	A
La primera intervención terapéutica en pacientes con dislipemia debe consistir en el cambio de los estilos de vida.	A
La educación dietética debe ser adaptada al riesgo individual y perfil lipídico de cada individuo.	B
La educación dietética individualizada y otros cambios en el estilo de vida complementan el tratamiento farmacológico cuando este es preciso.	B
La educación individual sobre nutrición y otros cambios de estilos de vida se complementará con la prescripción de fármacos que modifican los factores de riesgo coexistentes para reducir el riesgo cardiovascular.	E

2. CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE DE LA DISLIPEMIA

La dislipemia es uno de los factores de riesgo cardiovascular mayores. Su presencia indicará, junto con otros parámetros o factores de riesgo, si el nivel de riesgo es alto o moderado, mediante la estimación del riesgo por la tabla de Framingham.

Se debe tener en cuenta que existen unos condicionantes clínicos que confieren por sí mismo un RCV alto considerando a estas personas "**clínicamente definidas de riesgo alto**", sin necesidad de estimar el riesgo por la tabla de Framingham, en presencia de cualquiera de las siguientes alteraciones:

La alteración acusada de CT \geq 320 mg/dl y/o el cLDL \geq 240 mg/dl.

Alteraciones específicas de los lípidos de carácter genético

- Hipercolesterolemia familiar (HF). Hiperlipemia familiar combinada (HFC).

- Deficiencia familiar de lipoproteínas de alta densidad (Hipoalfalipoproteinemia, cHDL $<$ 35 mg/dl).

2.1 Concepto y criterios diagnósticos

El concepto de dislipemia se basa en la alteración de algunos de estos parámetros lipídicos (colesterol total, cLDL, cHDL, Triglicéridos y colesterol NO HDL).

Toda persona debe tener registrada en su historia de salud las cifras de colesterol sérico. Para la detección precoz, en Riesgo Cardiovascular Bajo se recomienda:

- En mujeres $<$ de 45 al menos una determinación. A partir de esa edad y hasta los 75 años cada 5 o 6 años.
- En hombres $<$ de 35 al menos una determinación. A partir de esa edad y hasta los 75 años cada 5 o 6 años.
- En las personas mayores de 75 años a las que nunca se les haya medido el colesterol se les debe determinar al menos una vez.

Hipercolesterolemia

Colesterol Total < 200 mg/dl y cLDL < 100 mg/dl	Cifras de colesterol normales
Colesterol Total 200-249 mg/dl ó cLDL 100-129 mg/dl	Hipercolesterolemia LÍMITE
Colesterol Total ≥ 250 mg/dl ó cLDL ≥ 130 mg/dl	Hipercolesterolemia DEFINIDA

Hipertrigliceridemia

Triglicéridos < 150 mg/dl	Cifras de triglicéridos normales
Triglicéridos 150-199 mg/dl	Hipertrigliceridemia LÍMITE
Triglicéridos ≥ 200 mg/dl	Hipertrigliceridemia DEFINIDA

Colesterol NO-HDL Elevado

Colesterol No-HDL ≥ 160 mg/dl

Dislipemia Mixta

Colesterol Total ≥ 250 mg/dl y Triglicéridos ≥ 200 mg/dl

Dislipemia Familiar o Severa

Colesterol Total ≥ 320 mg/dl y cLDL ≥ 240 mg/dl

Colesterol HDL Bajo Aislado

Cifras de Colesterol Total, cLDL y Triglicéridos normales o límites con colesterol HDL < 40 mg/dl en los varones y < 45 mg/dl en las mujeres



2.2 Prevalencia de la Dislipemia.

En Canarias al igual que para el resto de Factores de riesgo, excepto el tabaco, la dislipemia se sitúa por encima de la media nacional tanto en hombres como en mujeres.

Prevalencia (%) de los principales factores de riesgo en Canarias		Hombres	Mujeres
Tabaquismo	Canarias	32	21
	España	41,1	24,3
Colesterol (≥ 240 mg/dl)	Canarias	32	31
	España	27,3	23,4
HTA ($\geq 140/90$)	Canarias	43	33
	España	34,8	33
Diabetes	Canarias	12	10
	España	11,7	8,4
Obesidad ($IMC \geq 30$ Kg/m ²)	Canarias	27	29
	España	17,9	23,2

Fuentes: "Factores de riesgo cardiovascular en la población española. Med Clin (Barc) 2005; 124 (16):606-612" y "Presentación de la cohorte CDC de Canarias: objetivos diseño y resultados preliminares. Rev Esp Salud Pública 2008;82:519-534"

2.3 Objetivos terapéuticos y seguimiento según nivel de riesgo cardiovascular.

En la siguiente tabla se muestran los diferentes objetivos terapéuticos según el nivel de riesgo, establecidos en el programa de Prevención y Control de la Enfermedad Vascul ar Aterosclerótica de Canarias, teniendo siempre en cuenta la individualización de éstos según la situación clínica y característica del paciente. Para conseguir estos objetivos, además del tratamiento

farmacológico hay que intervenir sobre hábitos y estilos de vida.

Seguimiento según nivel de riesgo cardiovascular.

El seguimiento recomendado según el nivel de riesgo se muestra en la tabla de la siguiente página, considerando la individualización del mismo dependiendo de la evolución clínica, la terapia farmacológica y las características del paciente que será lo que determine los requerimientos específicos de seguimiento.

Objetivos terapéuticos de perfil lipídico según nivel de riesgo

Dislipemia	
En EVA establecida	cLDL < 100 mg/dl (< 80 mg/dl si es factible) Colesterol No HDL < 130 mg/dl. Si es factible < 100 cHDL Hombres ≥ 40 mg/dl Mujeres ≥ 45 mg/dl
En RCV alto	cLDL < 130 mg/dl. Si Diabetes < 100 mg/dl Colesterol No HDL < 160 mg/dl. Si Diabetes < 130 mg/dl cHDL Hombres ≥ 40 mg/dl Mujeres ≥ 45 mg/dl
En RCV moderado	cLDL < 130 mg/dl Colesterol No HDL < 160 mg/dl. cHDL Hombres ≥ 40 mg/dl Mujeres ≥ 45 mg/dl
En el RCV bajo	Detección precoz Colesterol total > 200 mg/dl

Seguimiento del paciente con enfermedad vascular aterosclerótica		
Trimestralmente	Semestralmente	Anualmente
<ul style="list-style-type: none"> - Interrogar hábito tabáquico. - Investigar la aparición de síntomas cardiovasculares (disnea, dolor torácico, claudicación intermitente...). - Toma de la presión arterial y frecuencia cardíaca. - Medición de peso. - Valorar el cumplimiento terapéutico. - Detectar posibles efectos secundarios de los fármacos. - Determinar el CT, cLDL, cHDL, TG. Si el perfil lipídico se encuentra por debajo de los objetivos terapéuticos recomendados las determinaciones pueden hacerse semestralmente. - Determinar creatinina, filtrado glomerular e iones si está con inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona o con diuréticos al inicio del tratamiento. - Determinar transaminasas el primer año de tratamiento con estatinas. - Determinar Glucemia y HbA1c si diabetes mal controlada o cambios en el tratamiento. En caso de buen control se realizaran semestralmente. - Autocontroles de glucemia capilar si procede. - Reforzar medidas de educación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de peso y Perímetro Abdominal. - Determinar CT, cLDL, cHDL, TG si perfil lipídico controlado. - Determinar glucemia y HbA1c si diabetes controlada. - Si ERC estadios 1 y 2 determinar Creatinina, FG y sistemático de orina. Si ERC, estadio >2 ver apartado de ERC. - Reforzar medidas de educación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración física. Peso y P. Abdominal. Si diabetes exploración de neuropatía diabética y examen de los pies. - Análítica Sangre: Hemograma, Creatinina, FG, Glucemia, CT, cLDL, cHDL y TG, Ácido Úrico (en pacientes tratados con diuréticos e inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona), iones y transaminasas (si está en tratamiento con estatinas). - Análítica Orina: Sistemático. - Si diabetes o HTA: despistaje de microalbuminuria mediante el cociente albúmina/creatinina. - ECG - Fondo de ojo si diabetes. Se pueden considerar las revisiones cada 2-3 años cuando al menos dos Fondos de Ojo consecutivos sean normales. - Vacunación antigripal.

Tras un año de estabilización de la Enfermedad Vascular Aterosclerótica, la periodicidad de los controles se individualizaran, considerándose un mínimo de una revisión anual.



Seguimiento del paciente con RCV Alto		
Trimestralmente*	Semestralmente**	Anualmente
<p>Interrogar sobre hábito tabáquico. Valorar estadio de cambio.</p> <p>Investigar sobre la aparición de síntomas cardiovasculares (disnea, dolor torácico, claudicación intermitente, etc).</p> <p>Toma de la Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca.</p> <p>Valorar cumplimiento terapéutico.</p> <p>Detectar posibles efectos secundarios de los fármacos.</p> <p>Si diabetes, autoanálisis de glucemia según pauta.</p> <p>HbA1c si mal control o cambios en el tratamiento.</p> <p>Reforzar medidas de educación sanitaria.</p>	<p>Determinar Peso y P. Abdominal CT, cLDL, cHDL y Triglicéridos Sistemático de orina</p> <p>Si diabetes: HbA1c</p> <p>Si ERC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadio 1 y 2: Creatinina y FG. Si proteinuria: Índice albúmina creatinina. - Si ERC estadio > 2 seguir observaciones apartado de ERC. 	<p>Exploración física.</p> <p>Análítica:</p> <p>Sangre: Hemograma, Creatinina, FG, Glucemia, CT, cLDL, cHDL y TG, Ácido Úrico (en pacientes tratados con diuréticos e IECAS) e Iones. Transaminasas y CPK si el tratamiento lo requiere.</p> <p>Orina: Sistemático.</p> <p>ECG. Bienal. Si DM tipo 2 anual.</p> <p>Si diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fondo de ojo. En caso de dos valoraciones consecutivas normales, se puede considerar el disminuir la frecuencia de las revisiones cada 2-3 años según evolución clínica del paciente. - Exploración de neuropatía diabética y examen de los pies. - Despistaje de microalbuminuria. Índice albúmina / creatinina. <p>Reevaluación del RCV</p>

* Estas actividades serán realizadas trimestralmente durante el primer año de inclusión en el programa EVA, pudiendo distanciarse a medida que se vayan obteniendo los objetivos establecidos. Tras ello, estas actividades han de realizarse al menos una vez al semestre.

** Estas actividades serán realizadas semestralmente durante el primer año de inclusión en el programa EVA, pudiendo distanciarse a medida que se vayan obteniendo los objetivos establecidos. Tras ello, estas actividades han de realizarse al menos una vez al año.

Seguimiento del paciente con RCV Moderado				
Factores de riesgo	Seguimiento			
	Oportunista	Trimestral / Semestral	Anual	Cada 2/4 años
Dislipemia	<ul style="list-style-type: none"> - Consejo dietético. - Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida. 		<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis y Exploración - TA. - Peso. Perímetro Abdominal - Cumplimiento Terapéutico. - Efectos Secundarios. - CT, cHDL, cLDL, TG y Glucemia - Estimación RCV. - Consejo dietético - Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida. 	
HTA	<ul style="list-style-type: none"> - Consejo dietético. - Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - TA, FC - Peso, Perímetro Abdominal - Cumpli. Terapéutico - Efectos secundarios - Educación Sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis/exploración - Sangre: Cr, FG, Glucemia, CT, cLDL, cHDL, TG, Ac.Urico e Iones. - Orina: sistemático. Ind. Alb/Cr - Estimación RCV. 	ECG cada 2 años.

<p>Tabaco</p>	<p>Interrogar y valorar hábito tabáquico: grado de dependencia, estadio del proceso de cambio, grado de motivación para dejar de fumar, apoyos y dificultades</p> <p>Intervención motivacional si es un fumador que no desea abandonar el tabaco o intervención destinada a conseguir el abandono del hábito si la persona desea dejar el tabaco</p> <p>Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida.</p>	<p>Si >35 años cada dos años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis, TA, Peso, CT, cLDL, cHDL, Glucemia - Estimación RCV - Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida. <p>Si <35 años cada cuatro años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TA, Peso, CT, cLDL, cHDL, Glucemia - Estimación RCV - Recomendaciones sobre otros hábitos y estilos de vida.
----------------------	--	---

Ante un mal control de los FR o la introducción o cambios en la medicación, se requerirán visitas de seguimiento más frecuentes para control clínico y/o pruebas complementarias. En este grupo de pacientes cuando coexisten varios FR, la periodicidad de los controles de seguimiento será la de aquel factor que requiera controles más frecuentes.



2.4 Tratamiento no farmacológico en la Dislipemia.

El tratamiento no farmacológico es una medida terapéutica potente, tanto en la prevención como en el tratamiento de la dislipemia. Consiste básicamente en las medidas higiénico-dietéticas generales y cambios en los estilos de vida; consejo antitabaco, dietas y actividad física.

2.4.1 La alimentación en la Dislipemia.

El debate sobre los beneficios de la dieta mediterránea tiene su origen en el estudio de los 7 países. Estudios epidemiológicos posteriores reforzaron estas hipótesis, como, por ejemplo, el proyecto MONICA de la Organización Mundial de la Salud.

Es importante destacar que la dieta mediterránea debería ser considerada más como un estilo de vida, en la que se incluyen otros hábitos de vida saludables como la actividad física, que como un simple patrón dietético.

Aunque con variaciones entre las diferentes regiones, las características básicas de este tipo de dieta son las siguientes:

- Alto consumo de cereales, legumbres, fruta, verduras y frutos secos.
- Aceite de oliva como fuente principal de grasa.
- Consumo moderado de pollo, pescado, leche y productos lácteos (en forma de queso y yogures).
- Bajo consumo de carne.

La intervención dietética que se recomienda con más frecuencia para modificar el perfil lipídico y, subsiguientemente, para la protección de las enfermedades cardiovasculares, es la dieta baja o modificada en grasas. En las dietas bajas en grasas, el consumo total de grasas debe ser menor del 30% de las calorías de la dieta, con un aporte de grasas saturadas inferior al 10% y con una ingesta limitada de alimentos ricos en colesterol (menos de 300 mg/día en prevención primaria).

En relación con la efectividad de este tipo de dietas, se ha identificado una revisión sistemática (RS) que incluye 27 ECA comparando dietas bajas o modificadas en grasas y/o colesterol con la dieta habitual, control o placebo. En esta revisión, en los estudios con un seguimiento mayor de 2 años, se apreció una reducción de los eventos cardiovasculares [RR 0,76 (IC95%:0,56-0,90)]. No se observaron diferencias en mortalidad. Estas diferencias en la proporción de eventos fueron similares en los pacientes de alto y bajo RCV.

Otra RS reciente, que comparó dieta baja en grasas con dietas bajas en carbohidratos, mostró que ambas producían una reducción de peso similar. Sin embargo las dietas bajas en carbohidratos producían cambios más favorables en los niveles de triglicéridos y cHDL, mientras que las dietas baja en grasa producían mayores descensos de colesterol total y cLDL.

Una revisión sistemática (RS) demuestra que la ingesta de 4 nueces por día (40-84 g/d), en comparación con una dieta control, disminuye el CT entre un 2 y 16% y las cifras de cLDL entre un 2% y 19%.

Intervención nutricional en la Dislipemia.

Un pilar básico en la intervención de la dislipemia lo constituyen los cambios de estilo de vida que más afectan al perfil lipídico: el patrón nutricional y el ejercicio físico.

El programa de Prevención y Control de la EVA, recoge entre otras las siguientes evidencias que ponen de manifiesto los efectos de las intervenciones nutricionales sobre el perfil lipídico:

- El patrón nutricional para la intervención de la dislipemia ha sido definido ampliamente por diversos consensos de expertos y guías, mostrándose consistente la recomendación de la reducción y sustitución progresiva de las grasas saturadas, el aumento del consumo de fibra y la reducción, cuando está indicado, del peso corporal. Con estas medidas se puede lograr una reducción del cLDL de aproximadamente un 12% (1+).
- Los ácidos grasos saturados son la grasa que más eleva el colesterol. La adición de ácidos grasos poli-insaturados a la dieta disminuye el cLDL independientemente del contenido de ácidos grasos saturados de la dieta, pero los ácidos grasos mono-insaturados sólo disminuyen el cLDL cuando sustituyen a los ácidos grasos saturados (1+).
- Se disponen evidencias, soportadas por revisiones sis-

temáticas y metanálisis de estudios de cohortes, que la ingesta abundante de fruta y verduras se asocia a una menor tasa de eventos cardiovasculares (2+).

- Estudios observacionales y una revisión sistemática han demostrado un incremento de las cifras de colesterol HDL en relación al consumo moderado de alcohol, asociándose un aumento de 4 mg/dl a un consumo medio de 30 gr. de alcohol al día (2+).
- La dieta mediterránea se considera un patrón dietético cardiosaludable de referencia, pues se asocia a una menor incidencia de enfermedad cardiovascular e incluso de mortalidad coronaria en prevención secundaria. Este patrón dietético mejora el perfil lipídico aumentando el colesterol HDL y disminuyendo el colesterol LDL y los triglicéridos (2+).
- La pérdida de peso mejora el perfil lipídico, con un mayor efecto sobre los triglicéridos y el colesterol HDL, de tal forma que por cada 1% de descenso en el peso corporal los triglicéridos disminuyen 0,9 mg/dl y el colesterol HDL aumenta 0,4 mg/dl (1+).

Eficacia de la intervención dietética.

El **asesoramiento dietético** es la base de la intervención en la alimentación. Cualquiera que sea la forma de administrar este asesoramiento (personalizado, grupal o por escrito), en comparación con ningún asesoramiento o un asesoramiento menos intenso, produce una mejoría en los FRCV y en los hábitos dietéticos. Se pueden introducir cambios en los hábitos alimentarios de forma que aumenta la ingesta de fruta, verdura y de fibra, así como disminuir el aporte calórico total y de grasas saturadas.

Cuando se consigue disminuir o modificar la ingesta de grasas (reduciendo las grasas saturadas y reemplazándolas parcialmente por insaturadas), se observan pequeñas pero potencialmente importantes reducciones de los FRCV.

Cuando el asesoramiento dietético es proporcionado por dietistas, se consiguen mayores cambios en la alimentación que cuando es proporcionado en las consultas médicas.



Efecto de los nutrientes en el perfil lipídico.

Nutrientes	Tipo de Efecto y Mecanismo de Acción sobre los FRCV	Nivel Evidencia
Efecto beneficioso sobre el perfil lipídico		
AGM (ác. Oleico) (*)	Disminuye los niveles plasmáticos de Colesterol total, de cLDL y aumenta cHDL. Acción antiagregante plaquetaria y vasodilatadora.	(1+)
AGP (omega-3)	Disminuyen los niveles plasmáticos de TG y VLDL. Acción antiagregante plaquetaria y vasodilatadora.	(1+)
Fibra soluble	Por cada 10 gramos se reduce. - cLDL plasmático - Riesgo de enfermedad coronaria - Reduce la TA	(2++)
Fibra insoluble	Efecto beneficioso sobre perfil lipídico más intenso que con la fibra soluble.	(2++)
Esteroles vegetales	Reducen el cLDL mediante la disminución de la absorción intestinal de grasas.	(2++)
Fitoestrógenos (isoflavonas)	Reducen los niveles plasmáticos de Colesterol total y cLDL, sin afectar al cHDL. El efecto es más intenso en sujetos hipercolesterolémicos.	(1++)
Proteínas de soja	Existe un efecto beneficioso sobre la EVA en relación con el contenido de los alimentos derivados de soja de fibra, vitaminas y AGP.	(1++)

Efectos sobre el perfil lipídico de los frutos secos.

Los frutos secos son ricos en ácidos grasos poliinsaturados. Por lo tanto, a través del consumo de frutos secos, sin un aumento del contenido calórico total de la dieta, se reduce la colesterolemia.

También son ricos en otros componentes beneficiosos para la salud cardiovascular, como arginina (precursor del ácido nítrico, el vasodilatador endógeno), ácido fólico (contribuye a reducir la homocisteinemia), vitamina E y polifenoles antioxidantes, fitoesteroles y otros compuestos.

Existen evidencias epidemiológicas en estudios prospectivos de seguimiento de cohortes de que el consumo frecuente de nueces reduce el riesgo de enfermedad coronaria. Las personas que comían frutos secos cinco o más veces a la semana, mostraban una reducción del 50% de enfermedad coronaria en relación con los que nunca los consumían.

No hay diferencias significativas en el efecto beneficioso en función del tipo de fruto seco estudiado.

Los estudios preliminares disponibles hasta la fecha muestran que la incorporación de frutos secos a la dieta en cantidades de hasta 50 gramos diarios no incrementa el peso, tanto por su efecto saciante como por inducir una discreta mala absorción de grasa.

Estudios clínicos de intervención dietética a corto y medio plazo en voluntarios sanos muestran que el consumo diario de una cantidad razonable de frutos secos tiene un efecto reductor de la colesterolemia.

2.4.2 Ejercicio físico en la Dislipemia.

Mejorar los niveles de lípidos en sangre con ejercicio físico aeróbico puede requerir varias semanas o meses de entrenamiento, dependiendo de las cifras de lípidos y del gasto calórico semanal.

El programa de Prevención y Control de la EVA, recoge entre otras las siguientes evidencias que ponen de manifiesto los efectos del ejercicio físico en personas con riesgo cardiovascular alto o moderado, sobre el perfil lipídico.

La actividad física ha demostrado cambios favorables en las distintas fracciones lipídicas, siendo el resultado más consistente un incremento en el cHDL, si bien se observa cierta variabilidad en los resultados. En un metanálisis, 24 de 51 estudios mostraron un aumento del cHDL de forma significativa, pero en un rango global que variaba entre -5.8% a +25%. En este metanálisis no fue posible establecer una relación dosis-respuesta entre duración, intensidad o frecuencia del ejercicio y respuesta de las fracciones lipídicas (1+).

Las reducciones del cLDL, triglicéridos y colesterol total han sido observados con una mayor variabilidad, existiendo pues una marcada inconsistencia en la respuestas de estas fracciones lipídicas en respuesta al ejercicio físico. En cualquier caso, la actividad física produce cambios en el perfil lipídico, desciende los TG y las concentraciones de CT, elevando las cifras de cHDL (1+).

Efectos e indicaciones del ejercicio físico en la Dislipemia.

La Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular de la Sociedad Española de Hipertensión, en su 2ª edición, recientemente publicada (2014), nos aporta evidencias y claves para la práctica adecuada de ejercicio físico en la dislipemia, algunas de las cuales se plantean en este epígrafe.

Las recomendaciones de EF en pacientes con dislipemia sin comorbilidades, sobre el tipo de ejercicio, intensidad, frecuencia y duración son similares a las recomendaciones para la población adulta sana.

El descenso del colesterol total es mayor en los pacientes que realizan EF con mayor intensidad, sugiriendo una relación dosis respuesta. La mejora del perfil lipídico es mayor cuanto peor es el perfil lipídico basal.

La intensidad de los cambios en los lípidos y lipoproteínas mediante el EF dependen de varios factores: intensidad, duración y frecuencia del mismo, la dieta y el sexo, los valores basales de lipoproteínas y la medicación del paciente.

Los cambios en el perfil lipídico no se producen en los casos de dislipemias de origen genético, donde los efectos del EF serán pocos o nada apreciables. No obstante, el EF aporta beneficios en estos pacientes ya que inducen otras adaptaciones beneficiosa para la su salud.

- **La edad** no parece influir en la respuesta del perfil lipídico al EF, cuando se realizan comparaciones por diferentes grupos etarios.
- **El sexo** produce diferencias en la respuesta al EF del perfil lipídico, los motivos pueden ser debidos a que los hombres suelen tener un peor perfil lipídico que las mujeres, por tanto existen mayores posibilidades de mejora. Además los hombres pierden peso con el EF con mayor facilidad que las mujeres, debido a que la grasa glúteo-femoral, predominante en las mujeres, es menos lipolíticamente activa que la grasa abdominal predominante en la obesidad masculina.
- **La intensidad y duración**, los cambios inducidos por el EF en el perfil lipídico dependen de la intensidad y duración. Los cambios a corto plazo de los lípidos en sangre tienden a mantenerse durante 48 horas tras el ejercicio intenso y 24 horas cuando el ejercicio es de menor intensidad. Estos datos son de especial relevancia, ya que supone que la determinación de los lípidos en sangre debe realizarse tras 24 o 48 horas después de la realización de EF moderado o intenso.
- **El ejercicio físico aeróbico** parece ser más eficaz en el descenso de triglicéridos, elevación de HDL colesterol y ApoA1. Además, hay una mayor persistencia en el tiempo de la mejora de los valores cuando se realiza EF aeróbico que cuando el EF es aeróbico/anaeróbico.
- **Los fármacos** hipolipemiantes producen alteraciones en el rendimiento muscular. Así los fibratos, pueden

producir fatiga prematura durante el EF prolongado de intensidad moderada. Las estatinas pueden dar lugar miopatías leves reversibles, con mayor frecuencia si se asocian a fibratos. No ocurre este fenómeno de adición cuando las estatinas se administran junto con niacina. La niacina (vitamina B3) no influye en la capacidad funcional del músculo aunque puede reducir la TA y aumentar el riesgo de hipotensión postural.

Prescripción del ejercicio físico en la Dislipemia.

La dosis de ejercicio físico FITT: Frecuencia, Intensidad, Tipo, Tiempo (duración) recomendado de forma general en la dislipemia se describe a continuación, si bien, la presencia de obesidad o hipertensión arterial pueden modificarla, al igual que la ingesta de medicamentos inhibidores de la hidroximetil glutamil coenzima A reductasa (HMGCoA) o fibratos; así como cualquier otra situación clínica o característica del paciente, manteniendo siempre el principio de individualidad con una actitud conservadora.

Mejorar los niveles de lípidos /lipoproteínas en sangre con EF aeróbico requiere de varias semanas o meses de entrenamiento, dependiendo de los niveles de lípidos basal y el gasto calórico semanal que se realice.

- **Frecuencia:** recomendable 5 o más días a la semana para maximizar el gasto calórico
- **Intensidad:** entre el 40-75% de la Frecuencia Cardiaca de Reserva (FCR). El aumento del HDL-colesterol requiere alcanzar una intensidad del 75% del volumen de oxígeno máximo (VO₂ max) durante 12 semanas, con la frecuencia y duración adecuada. Los valores de triglicéridos disminuyen cuando mayor es la intensidad del EF. Recordamos que la FCR se calcula restando a la FCmax la Frecuencia Cardiaca en reposo (FCr).

$$FCR = FC_{max} - FCr$$

- **Tipo de EF:** El más aconsejable es el aeróbico, movilizándolo grandes grupos musculares. Los ejercicios de flexibilidad y resistencia deben formar parte de la prescripción aunque su menor influencia sobre el gasto calórico los hace de menor utilidad para la mejora del perfil lipídico pero no para la salud cardiovascular y ósea en general.
- **Tiempo (duración de la sesión):** entre 40 y 60 minutos o 2 sesiones al día de 20/30 minutos.

Se requiere un gasto calórico semanal mínimo de 1200 calorías para conseguir modificaciones significativas del perfil lipídico. Aunque consumos de 1000 calorías producen modificaciones sobre HDL colesterol, es necesario un gasto de 1500 calorías semanales para conseguir variaciones en el HDL₂ colesterol. Para conseguir la regresión de la placa de ateroma en pacientes sin medicación hipolipemiente se requiere un consumo de 2200 calorías semanales.

2.5 Recomendaciones en la Dislipemia según nivel de Riesgo Cardiovascular.

Recomendaciones en Dislipemia en la Enfermedad Vascul Aterosclerótica Establecida.	
El objetivo terapéutico en prevención secundaria es conseguir un cLDL < 100 mg/dl.	B
En personas con diabetes o recurrencia de eventos cardiovasculares se puede considerar como objetivo cLDL < 70-80 mg/dl, tras valorar de forma individualizada los beneficios y riesgos.	C
En personas con síndrome metabólico se puede considerar como objetivo cLDL < 70-80 mg/dl, tras valorar de forma individualizada los beneficios y riesgos.	D
La dieta "mediterránea" es recomendable en las personas que han sufrido un evento coronario.	A
El tratamiento con estatinas debe recomendarse a todas las personas con CI.	A
En pacientes con Ictus isquémico se recomienda iniciar tratamiento con estatinas a dosis moderadas independientemente de las cifras basales de cLDL.	B
Si existe claudicación intermitente y comorbilidad asociada se recomienda estatinas a dosis moderadas.	B
El tratamiento con dosis altas de estatinas, cuando no se consigue el objetivo de cLDL <100 mg/dl, requiere una valoración de riesgo y beneficios individualizada.	D
En personas en Prevención secundaria en las que no se alcance el objetivo de cLDL con dosis altas de estatinas puede considerarse la combinación de estatina -ezetimiba.	D
En las personas con CI que presenten cHDL bajo, añadida a la estatina debe considerarse el uso de fibratos o ácido nicotínico.	B
Recomendaciones en la Dislipemia en Riesgo Cardiovascular Alto y Moderado.	
Un patrón dietético cardiosaludable, basado en la dieta mediterránea, es recomendable en la intervención de las dislipemias.	A
En las personas con dislipemia y con un patrón de consumo de alcohol en franja de bajo riesgo (menos de 3 unidades/día en los varones y de 2 unidades en las mujeres) se les puede aconsejar continuar con este hábito salvo contraindicaciones metabólicas o clínicas.	C
En pacientes con hipertrigliceridemia y consumo de alcohol se les debe aconsejar la reducción o abandono de la ingesta de alcohol.	A
En las personas con sobrepeso u obesidad se recomienda una reducción de la ingesta calórica y un aumento de la actividad física.	C
Se recomienda, de forma general, la prescripción de ejercicio físico con criterios cardiosaludables (tipo, intensidad, duración y frecuencia).	B
En pacientes con dislipemia y tabaquismo activo se les debe de aconsejar el abandono del hábito para aumentar los niveles de colesterol HDL.	B
El colesterol LDL debe de ser la diana terapéutica y el indicador para la monitorización de las intervenciones.	C
Las decisiones terapéuticas han de estar basadas en el riesgo cardiovascular absoluto de cada individuo.	B
Las estatinas son los fármacos de primera elección para el tratamiento de la dislipemia.	A
El tratamiento farmacológico hipolipemiante está indicado en pacientes con riesgo cardiovascular alto (RCV \geq 20%) y cifras de colesterol LDL \geq 130 mg/dl, tras tres meses de tratamiento con medidas no farmacológicas.	C

Recomendaciones en la Dislipemia en Riesgo Cardiovascular Alto y Moderado.	
Las personas con colesterol LDL \geq 240 mg/dl han de recibir consejo sobre hábitos de estilo de vida y deben iniciar tratamiento con estatinas desde el diagnóstico, con el objetivo de reducirlo a cifras $<$ 130 mg/dl.	C
En las personas con diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2 se recomienda como objetivo terapéutico mantener el cLDL $<$ 100 mg/dl.	C
A las personas con diabetes se les ha de indicar tratamiento con estatinas si el cLDL es \geq 100 mg/d.	A
La decisión de tratar con estatinas a personas ancianas debe hacerse de forma individualizada, basada en la expectativa y calidad de vida.	D
En las personas con un RCV \geq 20% y con bajo colesterol HDL y/o triglicéridos elevados, se les debe aconsejar un intenso plan de cuidados sobre estilos de vida y, en algunos casos de muy elevado riesgo, se podría valorar el tratamiento combinado.	D
Cuando las cifras de triglicéridos superen los 500 mg/dl, y hayan fracasado las medidas higiénico-dietéticas, se ha de indicar un fibrato.	D
En las personas con alto riesgo cardiovascular y que presentan de forma aislada cifras bajas de colesterol HDL, puede considerarse la indicación de fibratos o ácido nicotínico.	D
En las personas con muy alto riesgo cardiovascular y especialmente en pacientes con diabetes que presentan colesterol no-HDL $>$ 130 mg/dl, tras tratamiento con estatinas, puede considerarse la indicación de terapia combinada con ácido nicotínico y fibratos.	D
En las personas con muy alto riesgo cardiovascular que no logren el objetivo terapéutico de colesterol LDL ($<$ 130 mg/dl y si diabetes $<$ 100 mg/dl) con dosis moderadas-altas de estatinas o presenten intolerancia a estas dosis, puede considerarse la combinación estatina-ezetimiba.	D
En las personas con muy alto riesgo cardiovascular con colesterol LDL elevado y no toleren las estatinas o éstas estén contraindicadas, puede considerarse la intervención con fibratos, o ezetimiba como alternativa, en monoterapia.	D
Recomendaciones en la Dislipemia en Riesgo Cardiovascular Bajo.	
Para mejorar el perfil lipídico se debe recomendar una reducción de la ingesta de grasas saturadas, grasas trans y colesterol, así como pérdida de peso y aumento de la actividad física.	A
Se recomienda practicar una determinación de colesterol total sérico al menos una vez, en los hombres antes de los 35 años de edad y en las mujeres antes de los 45 años. Después, se determinará con una periodicidad de cinco o seis años hasta los 75 años de edad.	D
En las personas mayores de 75 años a las que nunca se les haya medido el colesterol sérico se recomienda determinárselo al menos una vez.	D
Se recomienda aconsejar el patrón dietético mediterráneo (dieta y ejercicio físico) a la población en general.	A

3. PLAN DE CUIDADOS SUGERIDO PARA EL ABORDAJE DE LA DISLIPEMIA

3.1 Valoración focalizada y educativa.

El abordaje de la Dislipemia requiere en primer lugar, conocer la percepción que el paciente tiene del riesgo que supone para su salud dicho FR, los conocimientos y creencias al respecto y sobre todo los hábitos y estilo de vida, especialmente la alimentación y la actividad física; todos ellos son fundamentales para personalizar un abordaje eficaz.

El análisis de la valoración integral permite conocer la aceptación como problema de salud y la percepción de riesgo, el nivel de conocimientos y la disposición para el aprendizaje y cambios de conducta requeridos para el control de este problema, todo ello, determina la Fase del Proceso Educativo en que se encuentra (Fase inmediata, de Ampliación, de Profundización o incumplimiento) para estructurar el Plan de Cuidados individualizado.

Patrón 1. Manejo-Percepción de la Salud

- Percepción del riesgo para la salud respecto de la dislipemia.
- ¿Conoce los efectos de las cifras altas de colesterol sobre su salud?, ¿Cree que puede ocasionarle problemas de salud? ¿Por qué?
- Cumplimiento farmacológico.

Patrón 2. Nutricional-Metabólico

- Patrón de alimentación.
- Adherencia a la dieta mediterránea.
- Hábitos culinarios y alimenticios que influyen en el perfil lipídico: técnicas de cocción, lugar de las comidas...

Patrón 4. Actividad-Ejercicio

- Patrón habitual de actividad/ejercicio o deporte.
- Características: tipo, duración, frecuencia, intensidad, gasto calórico.
- La práctica de actividad/ejercicio físico y su influencia sobre el control de la dislipemia.

Patrón 6. Cognitivo-Perceptivo

- Investigar los conocimientos relacionados con la dislipemia y las repercusiones sobre la salud.
- Investigar conocimientos sobre el control de la dislipemia (alimentación bajo en grasas beneficios de la actividad física, hipolipemiente).
- Percepción de la influencia de su dislipemia en su entorno familiar, laboral...

Patrón 8. Rol-Relaciones

- Experiencias y antecedentes en el núcleo familiar con relaciones a la Dislipemia.
- Dificultades y/o apoyos en el ámbito familiar, laboral y social para adaptar el estilo de vida para el control adecuado de la dislipemia.

Patrón 11. Valores-Creencias

- Aspectos culturales y de creencias que pueden influir en el control de la dislipemia.
- Valores y creencias sobre la dislipemia.

3.2 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia según Fase del Proceso Educativo.

La Dislipemia constituye uno de los factores de riesgo cardiovascular mayor y el control inadecuado de las cifras de colesterol aumenta el riesgo cardiovascular.

El control y mantenimiento de cifras adecuadas requiere cambios en los hábitos y estilo de vida, fundamentalmente en la alimentación, que siga el patrón de la dieta mediterránea y la práctica regular de ejercicio físico con criterios cardiosaludables, además del cumplimiento de las medidas farmacológicas, si precisa. Por ello, es imprescindible contar con la implicación del paciente para el autocuidado.

En las personas con dislipemia se suele identificar una **negación ineficaz**, en cuanto a no reconocer los riesgos reales o potenciales de un inadecuado control de las cifras de lípidos. Si bien, los medios de comunicación están influyendo en el cambio de la percepción del riesgo, se evidencia la necesidad de mejorar los **conocimientos deficientes**, con el objetivo de lograr **conocimientos: sobre el control de la dislipemia**, que permita al paciente llevar a cabo un adecuado cumplimiento terapéutico mediante intervenciones de **enseñanza sobre el proceso de la enfermedad, de la medicación, alimentación y de la actividad /ejercicio y del fomento del ejercicio**.

Superada la primera fase se manifiesta una **Disposición para mejorar los conocimientos y la gestión de la propia salud**, cuyo objetivo es dar un paso más en el **Control del riesgo: salud cardiovascular**, mediante intervenciones para la prevención y el control de otros factores de riesgo como **Ayuda para disminuir peso y dejar de fumar**.

Las características del abordaje dependen del momento del diagnóstico y la aceptación del nuevo estado de salud, de los conocimientos y creencias respecto a la misma, de la disposición para el aprendizaje de conocimientos y habilidades que le permitan llevar a cabo los cambio de conducta, es decir, de la Fase del Proceso Educativo en que se encuentre. Realizar un abordaje eficaz requiere adaptar las intervención a la situación del paciente.



Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia según Fase del Proceso Educativo			
Fase del Proceso Educativo	Diagnósticos NANDA	Resultados NOC	Intervenciones NIC
Fase Inmediata <i>Dx reciente de Dislipemia, no acepta el diagnóstico, niega o minimiza los riesgos para la salud y/o bien, no dispone de suficientes conocimientos para el autocuidado.</i>	Negación ineficaz (00072) Conocimientos deficientes (00126)	Aceptación estado de salud (1300) Conocimientos: cuidados de la enfermedad (1824)	Aumento del afrontamiento (5230) Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza : actividad/ejercicio prescrito (5612)
Fase de Ampliación: <i>Acepta el diagnóstico y está en disposición de negociar acciones para implicarse en el autocuidado de la dislipemia.</i>	Disposición para mejorar los conocimientos (00161) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824) Control del riesgo: salud cardiovascular (1914)	Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612) Ayuda para disminuir peso (1280) Ayuda para dejar de fumar (4490)
Fase de Profundización: <i>Dispone de conocimientos y habilidades para el autocuidado y está motivado para implicarse en la gestión de su enfermedad y aumentar la autonomía en el manejo de la salud.</i>	Disposición para mejorar los conocimientos (00161) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162)	Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824) Control del riesgo: salud cardiovascular (1914)	Enseñanza: dieta prescrita (5614) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612) Ayuda para perder peso (1280) Ayuda para dejar de fumar (4490) Enseñanza en grupo (5604)
Fase de Incumplimiento: <i>Vuelve a la situación inicial abandona el cumplimiento de las medidas terapéuticas y el autocuidado de la Dislipemia.</i>	Incumplimiento (00079)	Motivación (1209) Conducta de cumplimiento (1601)	Facilitar la autorresponsabilidad (4480) Acuerdo con el paciente (4420)

3.3 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase Inmediata.

Se sitúan en Fase Inmediata las personas con diagnóstico reciente de Dislipemia y aquellas con diagnóstico previo, que aún no reconocen los riesgos para la salud, los conocimientos son insuficientes o posee creencias erróneas respecto de los autocuidados necesarios para lograr un adecuado cumplimiento terapéutico.

En esta fase los cuidados van encaminados a superar la **negación ineficaz** y mejorar **Conocimientos deficientes** para lograr la **Aceptación estado de salud y adquirir cono-**

cimiento sobre cuidados en la enfermedad, que en esta fase serán los mínimos e imprescindibles, basados fundamentalmente en corregir errores y creencias erróneas.

Para ello, las intervenciones van encaminadas a **Aumentar el afrontamiento** y la **Enseñanza** respecto de las diferentes medidas terapéuticas, ejes de su tratamiento: alimentación, actividad física y medicación.

El objetivo en esta fase, es que la persona reconozca los riesgos que supone el inadecuado control de las cifras de colesterol y adquiera los conocimientos y habilidades para iniciar el cumplimiento de las diferentes medidas terapéuticas.

Plan de Cuidados sugerido para el abordaje de la Dislipemia en Fase Inmediata

Diagnóstico NANDA: Negación ineficaz (00072)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Aceptación estado de salud (1300)</p> <ul style="list-style-type: none"> Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. Se adapta al cambio en el estado de salud. Toma de decisiones relacionadas con la salud Realización de tareas de cuidados personales. 	<p>Aumento del afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad. Indagar las razones del paciente para su autocrítica. Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado, depresión). Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones. Ayudar a clarificar los conceptos equivocados y miedos. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Diagnóstico NANDA: Conocimientos deficientes (00126)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<ul style="list-style-type: none"> Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824) Proceso específico de la enfermedad. Dieta recomendada Uso correcto de la medicación prescrita Actividad y ejercicio prescrito. 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede. <p>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</p> <ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación. Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. <p>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</p> <ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación. <p>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel de conocimientos de la dieta prescrita. Explicar el propósito de la dieta. Instruir al paciente sobre comidas permitidas y prohibidas. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. <p>Enseñanza actividad/ejercicio prescrito (5612)</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad del paciente. Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito. Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida.

Metodología.

En esta fase las intervenciones van encaminadas a desarrollar actividades para que la persona reconozca los riesgos de un inadecuado control, de forma que se implique en los cambios de comportamiento que deberá llevar a cabo para mejorar las cifras de lípidos y su salud cardiovascular.

En esta fase se debe ofrecer información básica, imprescindible y personalizada a su situación, desarrollar estrategias motivacionales a nivel individual y estimular al cambio de conductas desde la participación activa de la persona, mediante la entrevista motivacional.

Estrategias Motivacionales recomendadas en la Fase Inmediata

Facilitar una relación empática, de escucha y entendimiento, de respeto en la autonomía y en la toma de decisiones de la persona.

"Observo que las cifras de colesterol no son las adecuadas, entiendo que puede no ser fácil reducir las grasas. Para empezar... ¿Qué podría reducir?"

Detallar los beneficios a obtener relacionados con su situación concreta de salud

"Como puede observar en el cálculo de su riesgo cardiovascular si su cifra de colesterol pasa de... a esta cifra verá que su nivel de riesgo baja"

Dar información pertinente sobre aquello que le preocupa, adaptar al lenguaje de la persona, dosificando la información y priorizando los aspectos básicos para el autocuidado.

"Existen diferentes tipos de grasas: unas son más saludables y otras menos. Las más saludables las encontramos en..." ¿cómo podría reducirla o cambiar la forma de cocinar?"

Mostrar sensibilidad a las dificultades en lugar de reprochar o culpabilizar, ayudar en la búsqueda de soluciones.

"Dice tomar mantequilla de manera habitual. Debe saber que contiene grasa animales que aumentan su colesterol. ¿Por qué otro alimento puede sustituirla? ¿Qué tal el aceite de oliva virgen?, que es una grasa más beneficiosa y ayuda a prevenir las enfermedades cardiovasculares?"

Establecer acuerdo educativo y facilitar hoja informativa individualizada: el consejo será más eficaz si se acompaña de información por escrito.

"Para empezar me parece estupendo que decida comer menos grasas animales. Este folleto le servirá de ayuda para escoger alimentos recomendados para su alimentación"

Desarrollar un papel facilitador de conductas saludables evitar imponer, mostrar la disposición de ayuda pero implicándole en el tratamiento, "sin su colaboración no será posible". Ofertar educación para la salud individual y otras herramientas a su alcance y capacidad.

"Si decide hacer cambios en su alimentación para controlar la dislipemia, puedo ayudarle, ¿concertamos una cita?"

Recursos Educativos:

Desde el portal Drago se ofertan recomendaciones para personas con dislipemia.

Tema endocrino-metabólicos:

- Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Objetivos y recomendaciones.
- Recomendaciones dietéticas en hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

En la Historia de Salud del paciente, se puede acceder a diferentes Guías Prácticas Clínica (semFYC...).

- Unidad 11. Enfermedades del metabolismo: Cómo controlar el colesterol alto.
- Unidad 1. Prevención y promoción de la salud: Manténgase en forma, haga ejercicio.

Anexos específicos en los Planes de cuidados de alimentación y ejercicio.

3.4 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Ampliación.

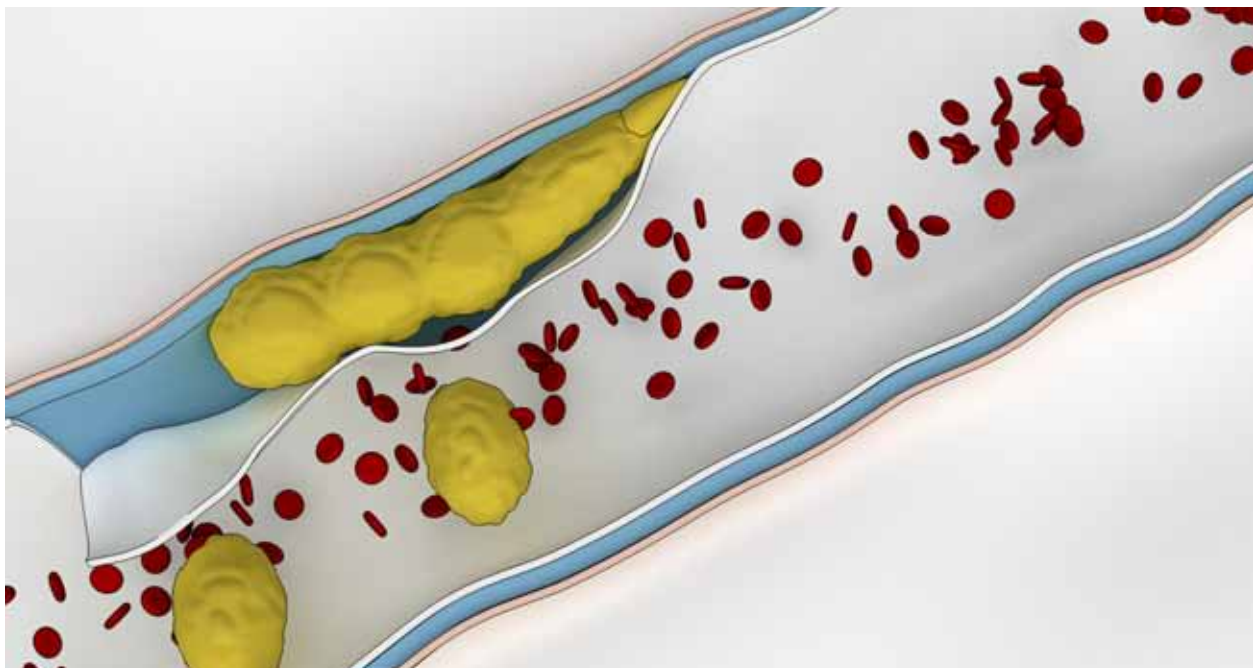
En esta fase se sitúan las personas con Dislipemia que reconocen los riesgos de esta patología, poseen conocimientos mínimos sobre su control y desean ampliar conocimientos y habilidades para mejorar el autocuidado de la dislipemia y la gestión de su salud cardiovascular.

Superada la primera fase se manifiesta la **Disposición para mejorar los Conocimientos y la gestión de la propia salud**, cuyo objetivo es ampliar conocimientos y dar un paso más en el **Control del riesgo: salud cardiovascular**, mediante intervenciones de enseñanza y para la prevención y el control de otros factores de riesgo como **Ayuda para disminuir peso y dejar de fumar**.

Plan de Cuidado sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Ampliación

Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso específico de la enfermedad. • Dieta recomendada. • Uso correcto de la medicación prescrita. • Actividad y ejercicio prescrito. 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el proceso de la enfermedad. • Identificar las etiologías posibles, si procede. • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad. • Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad. <p>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los sentimientos /actitud del paciente acerca de la dieta prescrita y el grado de cumplimiento dietético esperado. • Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita. • Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede. <p>Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. • Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio. • Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad /ejercicio y la importancia de tal acción. <p>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar /prevenir ciertos efectos secundarios. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que se deben tomar si se producen efectos secundarios.



Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00126)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Control del riesgo: salud cardiovascular (1914)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular. • Evita el consumo de cigarrillos. • Controla la presión arterial • Sigue estrategias de control de peso. • Sigue la dieta recomendada • Participa en la detección del colesterol. • Utiliza los medicamentos como están prescritos. • Participa en ejercicio regular/aeróbico. 	<p>Ayuda para disminuir el peso (1280) (ver Plan de cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y la motivación de la persona para reducir peso. • Ayudar al paciente a determinar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer. • Establecer una meta de pérdida de peso. • Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía. • Pesarle semanalmente (periódicamente). • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables. <p>Fomento del ejercicio (0200) (ver Plan de cuidados sugeridos para el abordaje del Sedentarismo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicio. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a sus necesidades. • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y medio plazo del programa de ejercicio. • Instruir acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseados de los ejercicios del programa. • Instruir al individuo en los ejercicios de calentamiento y relajación adecuados. • Instruir acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicio. • Controlar el cumplimiento del programa /actividad de ejercicio. • Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. <p>Ayuda para dejar de fumar (4490) (ver Plan de cuidados sugeridos para el abordaje del tabaquismo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar. • Aconsejarle de forma clara y consistente dejar de fumar. • Ayudarle a identificar las razones para el abandono del hábito y las barreras que percibe. • Ayudar al paciente a identificar aspectos psicosociales (p. ej., sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar) que influyen en la conducta de fumar. • Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar cuando el paciente este decidido a dejarlo. • Ayudar a los pacientes motivados a fijar fecha para dejar de fumar.

Metodología.

La educación individual sigue siendo la apropiada, en los primeros momentos de esta fase, permite individualizar los aspectos terapéuticos en cuanto a la medicación y modificación de hábitos. No obstante, el grupo puede ser una opción adecuada si se dispone de este servicio y el paciente acepta dicha fórmula en momentos avanzados de esta fase. El Servicio de Aulas de Salud dispone de oferta didáctica en este sentido.

En las intervenciones de enseñanza, es recomendable concluir con un resumen de los conceptos principales con el acuerdo respecto de los cambios de conducta, determinar conjuntamente las estrategias para llevarlas a cabo, aumentando así su implicación.

Estrategias motivacionales recomendadas en la Fase de Ampliación

Identificar y valorar los logros obtenidos por la persona.

"Ya veo que evita el consumo de fritos. Es una buena manera de ingerir menos grasas. ¿Qué otros cambios ha realizado para reducir su consumo?"

Facilitar la identificación de obstáculos y dificultades para llevar a cabo los cambios:

- Facilitar que exponga las dificultades:

"Que se tome la medicación todos los días es lo correcto. ¿Qué dificultades se encuentra cuando sale a comer fuera de casa?"

- Facilitar que exponga las dificultades:

"¿Le parece bien que veamos qué ha ido bien y qué dificultades ha encontrado a la hora de realizar el ejercicio acordado?"

Ayudarle en la búsqueda de soluciones o alternativas para iniciar o continuar los cambios:

- Valorar balances beneficios/costos:

"Dice que le gusta cocinar pero no tiene tiempo para preparar la comida. ¿Se le ocurre alguna solución?, si le ayudo a preparar un menú ..."

- Prever las dificultades que los cambios pueden presentar (físicos, emocionales, sociales), sugiriendo opciones que reduzcan el esfuerzo percibido:

"... lo ha estado haciendo muy bien. Me dice que la próxima semana se va de viaje. ¿Le preocupa lo que haga con las comidas? ¿Qué le parece empezar los menús con una ensalada? ¿Y salir a pasear después de las comidas?"

Verbalizar el compromiso de cambio: Facilitar que exprese directamente qué cambios va a llevar a cabo y de que manera lo hará, ello hace que refuerce su compromiso.

Destacar los logros para favorecer la autoconfianza y reforzar los hábitos adquiridos y mantener el ofrecimiento de ayuda.

Recursos Educativos:

- **Recursos de Internet acreditados:** El Plan Cuidate +, cuyo acceso es a través de la página de Internet: <http://www.plancuidatemas.aesam.mssi.gob.es/>
- **Recursos ofertados por el servicio Aulas de Salud a nivel grupal** (ver apartado 3: Aulas de Salud: recursos didácticos en EPS en dislipemia.
- **Anexos específicos en los Planes de cuidados de alimentación y ejercicio** (dietas por intercambio,...)
- **Recurso del Portal Drago.** Tema Uso Racional del medicamento:
 - Medicamento por principio activo. Medicamento genérico.
 - Sustitución de medicamentos.
- **Recurso de la Historia de Salud Electrónica,** se puede acceder a diferentes Guías de Prácticas Clínica (se-mFYC,...).
 - Unidad 1. Prevención y promoción de la salud: Cuide su alimentación, cuide su salud.
 - Unidad 24. Miscelánea: Etiquetado de los alimentos. En qué conviene fijarse.
 - Unidad 24. Miscelánea: automedicación.
- **Anexos específicos en los Planes de cuidados de alimentación y ejercicio.**

3.5 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Profundización.

En esta fase educativa las personas con Dislipemia profundizarán en conocimientos y habilidades, para desarrollar hábitos cardiosaludables con el fin de mejorar su autonomía en el control de la Dislipemia y la gestión de su salud personal e incluso familiar.

En esta fase se mantiene la **Disposición para mejorar los Conocimientos y la gestión de la propia salud**, cuyo objetivo es profundizar en conocimientos y habilidades dar un paso más en la implicación sobre el **Control del riesgo: salud cardiovascular**, mediante intervenciones de enseñanza individual y en grupo que facilita la interiorización de las conductas saludables y favorezca la socialización de las mismas en su entorno próximo.



Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Profundización

Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar los conocimientos (00161)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso específico de la enfermedad. • Dieta recomendada. • Uso correcto de la medicación prescrita. • Actividad y ejercicio prescrito. • Régimen terapéutico. 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remitir a la persona a centros/ grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno. <p>Enseñanza: dieta prescrita (5614)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas. • Incluir a la familia/ser querido, si procede • Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. <p>Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612) (ver Plan de cuidados sugeridos para el abordaje del sedentarismo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad/ejercicio y el fundamento de tal acción. • Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal. • Incluir a la familia/ser querido si resulta apropiado. • Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento. <p>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente a reconocer las características -distintivas de los medicamentos. • Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. • Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita. • Incluir a la familia/ser querido, si procede.

Diagnóstico NANDA: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00126)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Control del riesgo: salud cardiovascular (1914)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el riesgo de enfermedad cardiovascular. • Evita el consumo de cigarrillos. • Controla la presión arterial. • Sigue estrategias de control de peso. • Sigue la dieta recomendada. • Participa en la detección del colesterol. • Utiliza los medicamentos como está prescrita. • Participa en ejercicio regular/aeróbico. 	<p>Ayuda para disminuir el peso (1280) (ver Plan de cuidados sugerido para el Abordaje de la Obesidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a ajustar las dietas al estilo de vida y al nivel de actividad. • Enseñarle a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen. • Pesarle semanalmente (periódicamente) • Potenciar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso. <p>Fomento del ejercicio (0200) (ver Plan de cuidados sugeridos para el abordaje del sedentarismo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a integrar el programa de ejercicio en su rutina semanal. • Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicio. • Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (p.ej., estimación de aumento de la resistencia, pesajes semanales). <p>Ayuda para dejar de fumar (4490) (ver Plan de cuidados sugeridos para el abordaje del tabaquismo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia a la nicotina (p. ej., cefaleas, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio).

- Ayudar al paciente a desarrollar métodos prácticos para resistir las ansias de fumar.
- Ayudar al paciente a planificar estrategias de enfrentamiento de problemas resultantes del hecho de dejar de fumar.
- Remitir al paciente a programas de grupo o a terapia individual según resulte oportuno.

Enseñanza en grupo (5604)

- Incluir a la familia, si resulta óptimo.
- Proporcionar un programa escrito que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones.
- Adaptar los métodos materiales educativos a las necesidades y características de enseñanza del grupo.
- Evaluar el progreso del paciente en el programa y dominio del contenido.

Metodología.

La educación individual debe mantenerse, aunque su periodicidad se puede alargar paulatinamente, para favorecer la autonomía del paciente, siendo el complemento ideal la educación en grupos, bien dentro de la propia institución sanitaria o mediante encuentros en el ámbito comunitario.

La mayoría de las actuaciones que influyen en el control del colesterol y de otros factores de riesgo, se producen en la vida diaria (elección de menús bajos en grasa y azúcares, control de la ingesta de alcohol, actividad física en la vida cotidiana y práctica de ejercicio o deporte; por ello, el paciente es quien debe gestionar dichas situaciones con la mayor eficacia posible, siendo la Educación en Grupo la estrategia adecuada para interiorizar y socializar las conductas saludables.

Mantener la motivación, reforzar la autoeficacia, el autoaprendizaje y la autonomía del paciente en el manejo de su salud, constituyen las claves para lograr la mejor evolución posible de esta patología.

Las nuevas tecnologías pueden constituir una herramienta de apoyo al profesional e ideal para la autoformación en determinados paciente:

Recursos Educativos:

- **Recursos de Internet acreditados: El Plan Cuidate +**, cuyo acceso es a través de la página de Internet: <http://www.plancuidatemas.aesam.mssi.gob.es/>
- **Recursos ofertados por el servicio Aulas de Salud a nivel grupal** (ver apartado 3: Aulas de Salud: recursos didácticos en EPS en dislipemia.
- **Anexos específicos en los Planes de cuidados de alimentación y ejercicio** (dietas por intercambio,...)
- **Recurso del Portal Drago.** Tema Uso Racional del medicamento:

- Medicamento por principio activo. Medicamento genérico.
- Sustitución de medicamentos.

- **Recurso de la Historia de Salud Electrónica**, se puede acceder a diferentes Guías de Prácticas Clínica (semFYC,...).

- Unidad 1. Prevención y promoción de la salud: Cuide su alimentación, cuide su salud.
- Unidad 24. Miscelánea: Etiquetado de los alimentos. En qué conviene fijarse.
- Unidad 24. Miscelánea: automedicación.

3.6 Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Incumplimiento.

El riesgo de incumplimiento terapéutico está presente a lo largo de la evolución de un proceso crónico. Esta situación se puede dar en cualquier momento y en diversas ocasiones y se puede producir igualmente para las medidas farmacológicas como para las no farmacológicas.

El **Incumplimiento**, desde el punto de vista de los cuidados se define como: *“Conducta de una persona o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado entre la persona (familia o comunidad) y un profesional de la salud. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parciales o totalmente ineficaces”*.

Abordar el **Incumplimiento** supone facilitar que la persona reconozca dicha situación y desee modificarla, **motivar** mediante la **autorresponsabilidad** y lograr de nuevo una **conducta de cumplimiento** con intervenciones para llevar a cabo **acuerdos con el paciente** para lograr el cumplimiento terapéutico.

Plan de Cuidados sugerido para el Abordaje de la Dislipemia en Fase de Incumplimiento

Diagnóstico NANDA: Incumplimiento (00079)

Resultado NOC	Intervenciones NIC
<p>Conocimientos: cuidados en la enfermedad (1824)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso específico de la enfermedad. • Dieta recomendada. • Uso correcto de la medicación prescrita. • Actividad y ejercicio prescrito. • Régimen terapéutico. 	<p>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias. • Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad. • Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. • Fomentar la independencia pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
<p>Conducta de cumplimiento (1601)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunica seguir pauta prescrita. • Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario. • Monitoriza la respuesta al tratamiento. • Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción. • Busca ayuda externa para ejecutar la conducta sanitaria. 	<p>Acuerdo con el paciente (4420)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. • Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos. • Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir los objetivos. • Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales que pueden interferir en la consecución de los objetivos. • Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de los objetivos. • Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos. • Facilitar la implicación de seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea.

Metodología.

La Educación Individual mediante la entrevista motivacional es una de las herramientas más adecuadas para abordar esta situación; permite identificar los motivos y situaciones desencadenantes del incumplimiento, orientando hacia las estrategias más eficaces para retomar nuevamente las conductas producto del incumplimiento; mediante intervenciones para autorresponsabilizarle y llegar a acuerdos con el paciente.

Determinados aspectos o circunstancias pueden incidir en esta situación tales como:

- **Las creencias y conocimientos:** suprimir la medicación cuando se consume alcohol o aumentarla cuando se han hecho transgresiones dietéticas, son algunos de los

motivos para el incumplimiento.

- **Las características del tratamiento farmacológico:** el número (polimedicados) y la complejidad de la dosificación.
- **Características socioculturales:** Personas muy mayores, muy jóvenes o en situaciones de vulnerabilidad (desestructuración familiar, recursos socioeconómicos deficientes, ciertas discapacidades...), son entornos que favorecen el incumplimiento.

Estrategias y técnicas motivacionales como la empatía y las preguntas abiertas permiten expresar percepciones o sentimientos, explorar los motivos desencadenantes y buscar alternativas, reforzar la autoeficacia y la motivación destacando las habilidades demostradas y logros obtenidos. Evitar culpabilizar o reñir por dicha situación y manifestar nuestra confianza en su capacidad, es útil para abordar el incumplimiento.

Estrategias motivacionales recomendadas en Fase de Incumplimiento

Mantener un clima empático, evitar culpabilizar.

El *señalamiento emocional*, es una técnica útil; decir frases que muestren sus sentimientos o emociones, para romper con los sentimientos de culpa que se siente ante la recaída.

"Te veo un poco desanimado..." los resultados del análisis no están como esperabas..."

Proporcionar información sobre el cambio de una conducta. El incumplimiento o recaída forma parte del proceso de cualquier cambio de conducta y en ningún caso es una derrota, si se aprende a superar los motivos que han producido ese abandono de la dieta y volver a intentarlo.

Analizar motivos de la recaída: Facilitar que averigüe y analice los motivos, situaciones personales, familiares o laborales o circunstancias concretas que han provocado el abandono de los cambios logrados y haya vuelto a las conductas anteriores. Estos, constituirán la base de las estrategias para retomar de nuevo la dieta, actividad física,...

Buscar alternativas a los motivos de la recaída: evitar recomendaciones generales y centrarse en los motivos identificados y en las alternativas que el paciente cree posibles llevar a cabo.

Destacar y Facilitar que identifique los logros obtenidos favorece para elaborar un nuevo plan de acción así como, poner en valor su capacidad para ello.

"En otras ocasiones lo ha conseguido. No veo por qué ahora no pueda ser así."

"Estar aquí, hablando de ello, ya es positivo."

"En vacaciones le pasó algo parecido, ¿se acuerda? Esa experiencia le sirvió para aprender la forma de salvar esa dificultad y, a la vez, disfrutando y manteniendo el control de la situación."

Incrementar la autoestima y la autoeficacia. Cuando se abandonan los cambios logrados se siente la sensación de fracaso, se produce en el paciente una merma en su autoestima y en su capacidad para lograr el objetivo, reactivarlos y aumentarlos será la clave para volver a intentarlo.

Ayudar para acordar el plan para un nuevo intento, incorporando aquello que le fue útil y tener previstas estrategias para las situaciones de riesgo de incumplimiento.

"Recuerdo que la otra vez le ayudó usar menos el coche, ir a buscar a los niños al colegio caminando y subir las escaleras caminando con más frecuencia en lugar de usar siempre el ascensor. ¿Cree que ahora también le puede servir de ayuda? ¿Qué dificultades tiene para hacerlo?"

Todas las estrategias ayudarán a la persona con dislipemia a ser conscientes de lo que supone dicha situación, retomar nuevamente los cambios y elaborar sus propias estrategias para prevenir las situaciones desencadenantes y mantener en el mayor grado posible en cumplimiento de todas las medidas terapéuticas, farmacológicas y no farmacológicas.

4. Aulas de Salud: Recursos didácticos en Educación para la Salud en Dislipemias

El Servicio Aulas de Salud contempla ya acciones determinadas en educación grupal sobre la dislipemia. Se cuenta con un taller específico sobre dislipemia:

- **Taller: consejos para las personas con colesterol y/o triglicéridos. Autor: Aulas de Salud:** ficha metodológica para realizar un taller repartido en 3 sesiones grupales, incluyendo los recursos didácticos y las dinámicas grupales educativas de apoyo.

A continuación mencionamos las actividades y documentos de apoyo que pueden utilizarse:

Fichas metodológicas de dinámicas:

- Colesterol bueno, colesterol malo.
- Disfruta comiendo... sano (dislipemia).
- Los ácidos grasos.
- El túnel del colesterol.

Documentos de apoyo:

- Consejos dietéticos para pacientes con dislipemias.
- Recomendaciones para reducir la variabilidad preanalítica en la determinación de los lípidos.

Otros recursos didácticos para la educación grupal en alimentación sana y ejercicio físico, los encontraremos en los documentos específicos en el apartado correspondiente de Aulas de Salud.

5. Recomendaciones para la Intervención en la Comunidad

La sociedad también tiene un papel importante en la promoción de hábitos saludables y la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y/o sus factores de riesgo. La influencia de los aspectos socioeconómicos y culturales de las personas contribuye sobremanera a la introducción de cambios culturales, políticos y legislativos que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables.

Las acciones a realizar en la comunidad irán orientadas al fomento de hábitos y estilos de vida saludables en relación con la dislipemia. Existen diversas situaciones de promoción de hábitos alimentarios saludables en la población, como pueden ser:

- Realización de espacios informativos en relación a alimentación pobre en grasas y hábitos cardiosaludables.
- Celebración de actos en conmemoración del Día Mundial de la Salud: exposición de alimentos cardiosaludables, exhibición de técnicas de cocción saludables con poca grasa.
- Realización de un programa de educación en alimentación sana con reducción de las grasas en la dieta y estilos de vida saludables en colegios e institutos, AA.VV.
- Promoción de hábitos y estilos de vida saludables a través de la celebración de obras de teatro.
- Organización de grupos para la realización de ejercicio físico y eventos deportivos, con de los recursos sociales y deportivos de la zona.
- Realización de cursos alimentación saludable y elaboración de comidas con alimentos/ingredientes que contengan ácidos grasos saludables.
- En fiestas locales, realizar exhibición y degustación de alimentos típicos, elaborados con alimentos/ingredientes que contengan ácidos grasos saludables (galletas, dulces...).
- Tener en cuenta actividades del Programa de Escuelas Promotoras de Salud.

Anexos

Anexo 1.

Recomendaciones Nutricionales en la Hipercolesterolemia.

El tratamiento dietético para la hipercolesterolemia se basa en pautar una dieta pobre en colesterol, grasas saturadas, potenciando los ácidos grasos mono y poliinsaturados, y rica en fibra. Las recomendaciones dietéticas para seguir una dieta en personas con hipercolesterolemia son las siguientes:

1. Deberá mantener siempre el peso adecuado, debiendo realizar una dieta hipocalórica si es obeso.
2. Su alimentación deberá ser siempre equilibrada, saludable y variada, debiendo reducir la ingesta de colesterol en la dieta por debajo de 300 mg/día y debe disminuir la ingesta de grasas a un 25-30%. Se deberá disminuir el consumo de grasas saturadas y aumentar las grasas mono y poliinsaturadas. Para ello le recomendamos:
 - Coma pocas grasas, tanto de origen animal (Ej. carnes rojas, mantequilla) como vegetal (Ej. margarinas) y evitar especialmente las llamadas grasas saturadas.
 - Para cocinar utilice siempre aceite de oliva.
 - No coma más de tres yemas de huevo a la semana. Puede tomar las claras que quiera. Puede hacer, por ejemplo, una tortilla a la francesa con 2 claras y una sola yema.
 - Intente comer pocas carnes grasas (cordero, algunas partes del cerdo, vísceras, embutidos, etc.). Procure tomar carnes menos grasas y elimine siempre la grasa visible de las carnes.
 - Todos los productos lácteos que tome serán desnatados.
 - Procure cocinar los alimentos con las técnicas más sencillas: cocidos, en papillote, en microondas, asados o a la plancha; evite los empanados, rebozados, estofados, etc. En su condimentación puede utilizar

hierbas aromáticas, mostaza, vinagre, limón, sal o vinagreta.

- Evite los alimentos preparados con azúcar, como caramelos, gominolas (pastillas de goma), frutas en almíbar, mermeladas, compotas, confituras, así como los productos de pastelería y repostería tipo ensaimadas, croissants, donuts, magdalenas, pastelitos con chocolate, pan de molde y galletas.
 - También evitará los helados cremosos.
 - No tome alimentos precocinados como fritos de pescado, empanados de pollo, empanadillas, croquetas, "snacks" en general, patatas chips, canelones, lasaña, guisos, pizzas, etc.
 - Procure tomar al menos tres veces a la semana pescado azul (sardinas, boquerones, atún, salmón, caballa, etc.).
 - No existe ningún tipo de limitación en esta dieta para tomar frutas, verduras, cereales, legumbres u hortalizas, de forma que se debe incrementar el aporte de fibra en la dieta. Sólo deberá seguir las limitaciones que se le indique si usted padece otras enfermedades, como obesidad, hiperuricemia o diabetes mellitus.
3. El ejercicio debe formar parte de su vida. Todos los días realizará algún tipo de actividad física, de forma regular durante una hora (andar, correr, nadar, montar en bicicleta, etc.), según sus posibilidades. No se complique la vida ni busque excusas: deberá realizar de forma programada la actividad que tenga más a mano. Sea más activo, haga las tareas diarias dejando el coche en el garaje y subiendo las escaleras andando, no utilizando el teléfono inalámbrico, el portero automático o el mando a distancia del televisor (es decir, levántese y muévase para hacer las cosas).

Anexo 2.

Alimentos permitidos y prohibidos en la Hipercolesterolemia

Permitidos	Prohibidos
<ul style="list-style-type: none"> • Leche desnatada y derivados. • Queso fresco o bajo en grasa. • Pasta y arroz. • Jamón serrano ibérico. • Verduras. • Legumbres secas. • Carnes magras: Ternera, buey, pollo, pavo, conejo. • Clara de huevo. • Pescados blancos o azules. • Aceite de oliva, girasol, soja o maíz. • Frutas todas (se debe consumir un cítrico todos los días). • Pan blanco, integral, cereales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lácteos enteros y derivados. • Quesos duros o muy grasos. • Nata y mantequilla. • Pastas con huevo. • Embutidos, fiambres y tocino. • Caza. • Carne roja, cerdo, vísceras, pato, ganso, patés. • Pescados grasos. • Foie-gras. • Mariscos. • Frutas (coco, frutos secos, aguacate). • Cacao y derivados. • Mayonesa. • Repostería, bollería y aperitivos.

SEEN (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición). Unidad de Nutrición. Clínica y Dietética, Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. De Pereira Cunill JL, García Luna PP. Recomendaciones nutricionales para el paciente con hipercolesterolemia. Disponible en <http://www.seen.es/pdf/recomendaciones/hipercolesterolemia.pdf>

Anexo 3.

Consejos dietéticos para pacientes con Dislipemia.

1. **Los lácteos** deben ser siempre **desnatados** (leche, queso, yogur).
2. **Utilizar aceites vegetales**, preferiblemente aceite de oliva o maíz para condimentar ensaladas, verduras, etc. **No utilizar grasas sólidas** (pancetas, tocinos, etc.)
3. **No utilizar mantequillas** ni margarinas ni nata.
4. **No consumir embutidos** (jamón, chorizo, salchichón).
5. **Se recomienda** comer abundantes **frutas naturales y verduras** (guisadas y en ensaladas).
6. **Se recomienda** el consumo de **legumbres** (lentejas, garbanzos, judías). Atención a la preparación **sin tocinos, chorizos, etc.**
7. **Utilizar carnes magras** (poco grasas) retirándoles la grasa visible antes de la cocción. Se recomienda la carne de pollo y pavo. Siempre guisadas, asadas o a la plancha.
8. **Se pueden consumir pescados blancos y azules**, pero siempre guisados, asados o a la plancha. Evitar rebozados, empanados y salsas.
9. **No consumir más de 3 yemas de huevo a la semana.**
10. **Evitar productos de pastelerías:** dulces, pasteles, bollos, galletas, etc., hechos frecuentemente con aceites de coco, palma y palmiste, Evitar confituras y mermeladas y **los alimentos precocinados.**
11. **Leer las etiquetas informativas de los alimentos:** Evitar aquellos que introduzcan en su composición grasas hidrogenadas, parcialmente hidrogenadas o grasas trans.
12. Consumo moderado de café.
13. Consumo moderado de alcohol. Prescindir de bebidas gaseosas.
14. Condimentos: utilizar poca sal. Pueden utilizarse ajo, perejil, pimienta, etc.
15. SIGA SIEMPRE LA DIETA INDICADA POR SU EQUIPO SANITARIO.
16. RECUERDE QUE LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO REGULAR ES CONVENIENTE PARA LA SALUD.
17. SE RECOMIENDA NO FUMAR. RECUERDE QUE FUMAR PERJUDICA SU SALUD.

Bibliografía

1. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986 Dec; 124 (6):903-15.
2. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 years results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet*. 1999;353: 1547-57.
3. 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, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
4. Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, Keller U, Yancy WS, Jr., Brehm BJ, et al. Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006 Feb 13; 166 (3):285-93.
5. Mukuddem-Petersen J, Oosthuizen W, Jerling JC. A systematic review of the effects of nuts on blood lipid profiles in humans. *J Nutr* 2005 Sep; 135 (9):2082-9.
6. Rimm, EB, Williams, P, Fosher, K, et al. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ* 1999; 319:1523.
7. Singh IM, Shishehbor MH, Ansell BJ. High-density lipoprotein as a therapeutic target: a systematic review. *JAMA* 2007 Aug 15; 298 (7):786-98.
8. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Walking and Non-HDL-C in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Cardiol* 2005;8 (2):102-7.
9. Halbert JA, Silagy CA, Finucane P, Withers RT, Hamdorf PA. Exercise training and blood lipids in hyperlipidemic and normolipidemic adults: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Eur J Clin Nutr* 1999 Jul; 53 (7):514-22.
10. Avenell A, Broom J, Brown TJ, Poobalan A, Austin MA, Stearns SC, et al. Systematic review of the long-term effects and economic consequences of treatments for obesity and implications for health improvement. *Health Technology Assessment* vol 8:nº21 2004 [accedido noviembre 2007]; Disponible en: <http://www.nchta.org/>
11. World Health Organisation (WHO). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation. Geneva: WHO. (WHO technical report series 894). Disponible en: <http://apps.who.int>
12. Rodríguez Pérez MC, Cabrera de León A, Aguirre Jaime A, Domínguez Coello S, Brito Díaz B, Almeida González D, et al. El cociente perímetro abdominal/estatura como índice antropométrico de riesgo cardiovascular y de diabetes. *Med Clin (Barc)* 2010;134:386-91
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. SIGN 2010.
14. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese

- adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obesity* 2005;29:1153-67
15. Del Alamo Alonso AJ, González Álvarez A, González Rodríguez M. Obesidad. *Fisterra. Guías Clínicas* 2010; 10 (29)
 16. De Koning L, Merchant AT, Pogue L, Anand SS. Waist circumference and waist-to-hip ratio as predictors of cardiovascular events: meta-regression analysis of prospective studies. *Eur Heart J*. 2007;8:850-6
 17. World Health Organisation (WHO). Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report on a WHO Consultation. Geneva: WHO. (WHO technical report series 894). Disponible en: <http://apps.who.int>
 18. Rodríguez Pérez MC, Cabrera de León A, Aguirre Jaime A, Domínguez Coello S, Brito Díaz B, Almeida González D, et al. El cociente perímetro abdominal/estatura como índice antropométrico de riesgo cardiovascular y de diabetes. *Med Clin (Barc)* 2010;134:386-91
 19. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. SIGN 2010.
 20. Douketis JD, Macie C, Thabane L, Williamson DF. Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obesity* 2005;29:1153-67
 21. Del Alamo Alonso AJ, González Álvarez A, González Rodríguez M. Obesidad. *Fisterra. Guías Clínicas* 2010; 10 (29)
 22. Steptoe A, Perkins-Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S. Behavioral counselling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomised trial. *BMJ* 2003;326:855-60
 23. Brunner EJ, Rees K, Ward K, Burke M, Thorogood M. Intervenciones dietéticas para la reducción del riesgo cardiovascular. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007. Número 4. Oxford:Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
 24. Hooper N, Summerbell CD, Higgins JPT, Thompson RL, Clements G, Capps N, et al. 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 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.)
 25. Thompson RL, Ebrahim S. Asesoramiento dietético por un dietista versus otro profesional de la salud o recursos de autoayuda para reducir el colesterol en sangre (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.)
 26. Keys A, Menotti A, Aravanis C, Blackburn H, Djordjevic BS, Buzina R et al. The seven countries study: 2,289 deaths in 15 years. *Prev Med* 1984; 13(2):141-154.
 27. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *JAMA* 1986; 256(20):2823-2828.
 28. Neaton JD, Blackburn H, Jacobs D, Kuller L, Lee DJ, Sherwin R et al. Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med* 1992; 152(7):1490-1500.
 29. Neaton JD, Wentworth D. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease. Overall findings and differences by age for 316,099 white men. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern Med* 1992; 152(1):56-64.
 30. Smith GD, Shipley MJ, Marmot MG, Rose G. Plasma cholesterol concentration and mortality. The Whitehall Study. *JAMA* 1992; 267(1):70-76.
 31. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T, McNamara PM. Serum cholesterol, lipoproteins, and the risk of coronary heart disease. The Framingham study. *Ann Intern Med* 1971; 74(1):1-12.
 32. Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham study. *JAMA* 1987; 257(16):2176-2180.
 33. Kannel WB. Range of serum cholesterol values in the population developing coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1995; 76(9):69C-77C.
 34. Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? *BMJ* 1994; 308(6925):367-372.
 35. Law MR, Wald NJ. Risk factor thresholds: their existence under scrutiny. *BMJ* 2002; 324(7353):1570-1576.
 36. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360(9326):7-22.
 37. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM, Jr, Kastelein JJ et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008; 359(21):2195-2207.
 38. Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C et al. Efficacy and safety of cholesterol lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366(9493):1267-1278.
 39. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010; 376(9753):1670-1681.
 40. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002; 106(25):3143-3421.
 41. Yu-Poth S, Zhao G, Etherton T, Naglak M, Jonnalagadda S, Kris-Etherton PM. Effects of the National Cholesterol Education Program's Step I and Step II dietary intervention programs on cardiovascular disease risk factors: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999; 69(4):632-646.
 42. Mensink RP, Katan MB. Effect of dietary fatty acids on serum lipids and lipoproteins. A meta-analysis of 27

- trials. *Arterioscler Thromb* 1992; 12(8):911-919.
43. Hooper L. Primary prevention of CVD: diet and weight loss. *Clin Evid (Online)* 2007; 2007.
 44. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. *Circulation* 2005; 112(6):924-934.
 45. Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *J Nutr* 2006; 136(10):2588-2593.
 46. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens* 2007; 21(9):717-728.
 47. Rimm EB, Williams P, Fosher K, Criqui M, Stampfer MJ. Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. *BMJ* 1999; 319(7224):1523-1528.
 48. Singh IM, Shishehbor MH, Ansell BJ. High-density lipoprotein as a therapeutic target: a systematic review. *JAMA* 2007; 298(7):786-798.
 49. Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986; 124(6):903-915.
 50. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas 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(9438):937-952.
 51. Tanasescu M, Leitzmann MF, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *JAMA* 2002; 288(16):1994-2000.
 52. Lee IM, Sesso HD, Oguma Y, Paffenbarger RS, Jr. Relative intensity of physical activity and risk of coronary heart disease. *Circulation* 2003; 107(8):1110-1116.
 53. Cox KL, Burke V, Morton AR, Gillam HF, Beilin LJ, Puddey IB. Long-term effects of exercise on blood pressure and lipids in healthy women aged 40-65 years: The Sedentary Women Exercise Adherence Trial (SWEAT). *J Hypertens* 2001; 19(10):1733-1743.
 54. Kukkonen-Harjula K, Laukkanen R, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Nenonen A et al. Effects of walking training on health-related fitness in healthy middle-aged adults--a randomized controlled study. *Scand J Med Sci Sports* 1998; 8(4):236-242.
 55. Scott M, Grundy JI, Cleeman C. y Bairey Merz N. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004; 13:227-34.
 56. Savage MP, Petratis MM, Thomson WH, Berg K, Smith JL, Sady SP. Exercise training effects on serum lipids of prepubescent boys and adult men. *Med Sci Sports Exerc.* 1986; 18:197-204.
 57. Woolf May K, Kearney EM, Jones DW, Davison RC, Coleman D, Bird SR. The effect of two different 18-week walking programmes' on aerobic fitness, selected blood lipids and factor Xlla. *J Sports Sci.* 1998; 16:701-10.
 58. Woolf-May K, Prescripción de ejercicio: Fundamentos fisiológicos. *Guía para profesionales de la salud, del deporte y del ejercicio físico.* Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
 59. Bjorntorp PA. Sex differences in the regulation of energy balance with exercise. *Am J Clin Nutr.* 1989; 49(5 Suppl):958-61.
 60. Pronk NP. Short term effects of exercise on plasma lipids and lipoproteins in humans. *Sports Med.* 1993; 16:431-48.
 61. Hambrecht R, Niebauer J, Marburger C, Grunze M, Kälberer B, Hauer K, et al. Various intensities of leisure time physical activity in patients with coronary artery disease: effects on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesions. *J Am Coll Cardiol*, 1993; 22:468-77.
 62. Leon AS, Sanchez OA. Response of blood lipids to exercise training alone or combined with dietary intervention. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(6 Suppl):S502-S515.
 63. Halbert JA, Silagy CA, Finucane P, Withers RT, Hamdorf PA. Exercise training and blood lipids in hyperlipidemic and normolipidemic adults: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53(7):514-522.
 64. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV. Walking and Non-HDL-C in adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Cardiol* 2005; 8(2):102-107.
 65. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular: Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. 2014 (SEH-LELHA)
 66. <http://www.seh-lilha.org/pdf/GuiaEjercicioRVC14.pdf>
 67. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: ELSEVIER; 2010.
 68. Rosalinda Alfaro, RN, MSN. Aplicaciones del Proceso de Enfermería: Guía Práctica. Doyma. Barcelona; 1998.
 69. María Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Masson: Barcelona; 2002.
 70. Rice Vh, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (revisión Cochrane traducida). En la biblioteca Cochrane plus 2006 número 2. Oxford: update-software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (traducida de The Cochrane Library, 2006.
 71. Huang Z, Willett WC, Manson JE et al. Body Weight, weight change, and risk for hypertension in women. *Ann Intern Med* 1998, 128, 81-8.
 72. ACSM. Quantity and Quality for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults. Guidance for prescribing exercise. *Med. Sci. Sports. Exec.* 2011; 43(7):1334-1359.