

Revisamos



Aconsejar o prescribir ejercicio. ¿Es lo mismo?

Manuel Sarmiento Cruz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Residente de segundo año de Medicina de la Educación Física y el Deporte. Centro de Salud Santa Ponsa-Calviá (Mallorca), Islas Baleares.

José Ignacio Ramírez Manent

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina de la Educación Física y el Deporte. Centro de Salud Santa Ponsa-Calviá (Mallorca), Islas Baleares.

Resultado:

★★★★☆ 3 votos

0 comentarios

Resumen

Son conocidos los beneficios de la actividad física para la salud. Además, el ejercicio físico forma parte de las actividades preventivas y del tratamiento de muchas de las dolencias que se tratan desde atención primaria. Hay que buscar estrategias de intervención para mejorar la actividad física de la población. Dentro de las estrategias en la consulta podemos dar consejo y realizar una prescripción de ejercicio. Para ello, primero de todo hay que conocer el estado físico del individuo y tener en cuenta sus factores personales y su patología de base. Además, como cualquier estilo de vida, si pretendemos un cambio, deberemos conocer en qué estadio del cambio se encuentra. Dar consejo no ha demostrado ser eficaz, aunque es posible que se deba a que el consejo debe ser individualizado y adaptado a las características de cada persona y a su estadio. La prescripción de ejercicio sí que tiene evidencia de que aumenta los niveles de actividad física de la población, aunque hace falta que se realicen intervenciones continuadas para que éstos se mantengan.

Escenario

La «actividad física» se puede definir como el movimiento o conjunto de movimientos realizados por la musculatura esquelética que genera un gasto energético. «Ejercicio físico» es una actividad física programada y planificada. Por último, «deporte» es un ejercicio físico con una normativa y reglamento (y normalmente con un objetivo competitivo). Existen numerosas evidencias del beneficio de la actividad física en la salud de las personas, incluso la inactividad física o sedentarismo es uno de los principales factores de riesgo modificables según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. Por ello, mantener un estilo de vida físicamente activo forma parte de la mayoría de Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS)². Se recomienda, en general, realizar ejercicios aeróbicos que movilicen grandes grupos musculares, como pueden ser nadar, correr, caminar e ir en bicicleta. La intensidad debe ser moderada (entre el 60-85% de la frecuencia cardíaca máxima real o teórica). La duración debe ser de unos 30 minutos al día y durante la mayoría de los días de la semana. En todas estas recomendaciones se tienen que tener en cuenta aspectos específicos como la actividad física de base que realiza el sujeto, las enfermedades presentes y la edad del sujeto; es decir, es necesario personalizar la recomendación.

Las actividades que se desarrollan en atención primaria comprenden no sólo los aspectos curativos, sino también de prevención y promoción de la salud. A pesar de recomendarse la actividad física dentro de los programas preventivos, no es el aspecto en el que se realizan más estrategias ni en el que las instituciones aportan más medios. Además, un 40% de la población no realiza una actividad física acorde con las recomendaciones de las principales guías³.

Ante este panorama, ¿sabemos qué hay que hacer? Las recomendaciones están claras, aunque no es fácil incluirlas dentro de los hábitos de la población. La actividad física como un componente de los estilos de vida se puede abordar desde diferentes estrategias, ya sean comunitarias o en la consulta. Y, dentro de la consulta, podemos aconsejar que aumenten su actividad física diaria o podemos prescribir un programa de ejercicio físico. Aconsejar implica informar sobre los beneficios de la actividad física y sobre la situación específica del sujeto respecto a las recomendaciones, para dar consejo de manera muy general, dejando la opción de hacerlo o no: «Debería mantener su actividad física», «Debería aumentarla» o «Debería reducirla». Por otro lado, prescribir ejercicio supone personalizar mucho más la acción estableciendo una posología como si fuera un medicamento y, además, es una acción más dirigida y estableciendo una orden.

Con todo esto, ¿qué estrategia es más eficaz? ¿Y cuál es la más eficiente? ¿Quién la tiene que hacer? ¿Estamos preparados para ello?

Estrategias de búsqueda de fuentes utilizadas para la revisión

Existen guías de práctica clínica y de promoción de salud que nos pueden orientar sobre qué hacer para mejorar el grado de actividad física de nuestra población. Estas guías suelen ser de acceso gratuito.

La mayoría de los estudios se han obtenido mediante la base de datos de Medline a través de Pubmed. También fueron revisadas las referencias bibliográficas para la obtención de artículos.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: *exercise, physical activity, prescription, counseling, lifestyle interventions, primary care y general practitioners*.

Relación de estudios seleccionados y especificación de los criterios empleados para valorar la validez e importancia

Se seleccionaron los artículos por su validez, importancia y adecuación al tema, primero por título, después tras leer el resumen y, por último, tras leer el artículo original completo. Se han seleccionado preferentemente metaanálisis y artículos de revisión, aunque existen otras clases de estudios. Se ha seleccionado un editorial que, por su antigüedad e importancia, se ha pensado que era significativo. También se han tenido en cuenta especialmente artículos españoles y realizados en nuestro medio para, de esta manera, poder sacar conclusiones más adecuadas. No se han seleccionado artículos sobre prescripciones específicas en enfermedades determinadas.

Resultados

El primer artículo⁴ que encontramos en la literatura que habla específicamente sobre prescripción de ejercicio físico para la salud es un editorial de *The Canadian Medical Association Journal*, en el que ya nos especifica que la prescripción debe ser individualizada, teniendo en cuenta las características y morbilidad de la persona. También se compara la prescripción de ejercicio con la de un medicamento, y se señala que se debe especificar la dosis, la frecuencia y la duración. En ese mismo artículo de 1967, ya se critica el hecho de recomendar o prescribir ejercicio genéricamente diciendo, por ejemplo: «Haga deporte» o «Haga más ejercicio».

En el proyecto PEPAF⁵ (Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física), realizado en 13 centros de salud de España por 56 médicos de atención primaria, se seleccionaron y siguieron 3.691 pacientes, que no cumplían las recomendaciones de actividad física necesarias, repartidos en un grupo de intervención PEPAF y en un grupo control. En el grupo de intervención se realizó consejo (información oral y folletos) y 15 minutos adicionales de prescripción basándose en técnicas de cambio de comportamiento. En el grupo control no se realizó ninguna intervención. En un seguimiento longitudinal de 2 años, se concluyó que la intervención era eficaz para incrementar los niveles de actividad física en los pacientes inactivos, pero que ese incremento significativo respecto al grupo de control no se mantenía más allá de 6 meses (ni a los 12 meses ni a los 24 meses). Únicamente en un subgrupo del grupo de intervención en el cual los pacientes recibieron repetidas pautas de prescripción de actividad física se mantuvo ese efecto.

Herrera-Sánchez y sus colaboradores⁶, en un estudio prospectivo de 178 sujetos, realizaron una intervención desde la consulta de atención primaria (médico y enfermería) con «consejo» personalizado y adaptado a las características del paciente, y compararon esta acción con un grupo control en el cual únicamente se cuantificaba la actividad física que realizaban. Al año de la intervención ambos grupos habían aumentado su nivel de actividad física, pero la del grupo de intervención se había incrementado mucho más; había diferencias significativas. Aunque en este estudio se hable de «consejo», lo que verdaderamente se hizo fue una prescripción individualizada.

En un metaanálisis de Van Sluijs y sus colaboradores⁷ se estudió la eficacia de 13 intervenciones en estilos de vida basadas en entrevistas motivacionales, consejo con o sin material y otras (telefónicas, visualización de vídeos, etc.) sobre los estadios del cambio en atención primaria. Ni sobre el estadio del cambio ni en lo que se refería al nivel de actividad física no existían evidencias de que hubiera cambios en seguimientos a corto, medio o largo plazo. Concluía diciendo que existían estudios en los que se mostraba eficacia, pero otros tantos demostraban que no. Proponían que, en comparación con las intervenciones en tabaquismo, el nivel de actividad física es algo cuantitativo y no cualitativo como las intervenciones en tabaco (se fuma o no se fuma), por lo que la clasificación y los conocimientos que hay que tener para realizar las intervenciones podían diferir mucho.

Pavey y sus colaboradores⁸ hicieron una revisión en la que seleccionaron 13 publicaciones (con 5.190 participantes en total) en las que se había realizado una intervención con un programa de ejercicio y se comparaba con otros tipos de intervenciones. Se encontró una evidencia débil de un aumento a corto plazo en la actividad física y la reducción de los niveles de depresión de los individuos sedentarios tras participar en un programa de ejercicio (10-12 semanas en un centro de ocio) comparándolo con la atención habitual. En cambio, no se hallaron pruebas consistentes de beneficio para la calidad de vida, los niveles de colesterol, la glucemia, la obesidad, la presión arterial, etc.

En un estudio australiano⁹ comparan seis estrategias de intervención para mejorar la actividad física de sus habitantes y evalúan la eficiencia. Concluyen que programas de intervención con uso de podómetros y campañas comunitarias basadas en medios de

comunicación (televisión, periódicos, radios, etc.) son las estrategias más costo-efectivas. Algo menos costo-efectivos resultaron ser un programa de intervención basado en Internet (información mediante una web y/o correo electrónico), un programa basado en la prescripción desde el médico de atención primaria y un programa de transporte inteligente (incentivar el uso de caminos, ir en bicicleta, premios por no coger el coche, etc.). Y el peor de todos resultó ser la derivación desde el médico de atención primaria a un especialista en fisiología del ejercicio para realizar un programa de prescripción. Cabe destacar que, aunque desde atención primaria se supone que el médico de familia tiene acceso al 100% de la población, en este estudio se comenta que únicamente se tiene acceso a un 25% de población sedentaria y un 10% de insuficientemente activa, por lo que el único método de intervención que llega a un 100% de la población serían las campañas en los medios de comunicación.

Sobre quién tiene que hacer la intervención, existe un metaanálisis de Tulloch¹⁰ en el que se estudiaron 19 publicaciones (ya seleccionadas por su calidad) en las que había diferentes intervenciones (telefónicas, entrevista personal citada por teléfono, en centros de atención primaria, en centros de ocio, etc.) y en las que participaban personal sanitario, personal no sanitario y combinación de ambos. Sobre los efectos a corto plazo de la intervención, parece que hay un incremento del nivel de actividad física en las intervenciones en las que participaba personal no sanitario, ya fuera sólo o conjuntamente con un sanitario, aunque atribuyen ese efecto a que las intervenciones de éstos eran más intensivas (20-40 minutos) respecto a las del personal sanitario (2-5 minutos). A largo plazo, las intervenciones más exitosas fueron las que dedicaban más tiempo (11-30 minutos) o las que realizaban más visitas y mejor seguimiento, también tuvieron más éxito aquellas en las que se introducía un mayor número de componentes (folletos, recursos comunitarios, etc.) y, en general, las realizadas por personal no sanitario. Proponen un modelo interdisciplinar en el que el médico use su credibilidad y relación con el paciente para captar y recomendar el cambio de estilo de vida y ofrecer la intervención de otros profesionales no sanitarios más especializados en el tema, ya que están más motivados, tienen más tiempo, tienen conocimientos más específicos sobre el tema y además son más baratos.

Discusión

¿Hay que prescribir o hay que dar consejo? Casi 45 años después seguimos realizando el mismo discurso, incluso aún existen muchos artículos en los que se confunde aconsejar con prescribir, y aunque hemos avanzado algo en el conocimiento de encontrar esa dosis mínima de ejercicio que debemos prescribir, todavía nos queda mucho por saber. En general, los estudios en la materia son muy heterogéneos, con lo que es difícil comparar y sacar conclusiones claras y niveles de evidencia.

En los dos estudios de nuestro medio se compara prescribir ejercicio con no hacer nada (o hacer lo que se hace normalmente), y aunque en el estudio de 2006⁶ sí que existe mejoría al año, el PEPAF⁵ (con una muestra mucho mayor) no demuestra mejoría a partir de los 6 meses. En la revisión de 2011⁸ había una débil mejoría a los 6 meses. Con todo ello, da la sensación de que sí que puede haber un aumento en las cifras de actividad física que realiza una persona, tras una prescripción o una intervención intensa, aunque pierde su efecto, por lo que es importante reforzarla o repetirla.

Sobre el dar consejo, parece ser que no es demasiado eficaz. En el metaanálisis de Van Sluijs⁷, se indica que el hecho de que el nivel de actividad física que tiene una persona sea una variable cuantitativa puede hacer que el consejo que se está dando no sea el adecuado para esa persona. Se puede «transformar» esa variable en cualitativa como sedentario, moderadamente activo o activo, tal y como hacen algunos estudios, pero seguramente no sea suficiente y seguimos perdiendo fiabilidad en la acción del consejo.

Así que es posible que el consejo sea eficaz siempre que se dé a la persona adecuada y en el momento justo.

Sobre la eficiencia de las acciones, está claro que las intervenciones comunitarias a través de medios de comunicación son las más costo-efectivas⁹, pero la prescripción desde el médico de familia sigue siendo bastante eficiente y podría aumentar si en la evaluación del coste-efectividad de las prescripciones en las que participa el médico de atención primaria no se contase como coste el desplazamiento del paciente al centro de salud para la intervención, cosa que podría ser subsanada si aprovechásemos una visita por otro motivo para realizar la intervención.

Estrategias basadas en el uso del podómetro no sólo son eficaces y eficientes, sino que además nos sirven para cuantificar la actividad física que realiza una persona en su vida habitual.

Aunque el estudio de Tulloch¹⁰ demuestre que es mejor que la prescripción no la realice el médico de familia, curiosamente las características que debería tener el profesional ideal que tiene que hacer la acción son los mismos factores que suele expresar el médico como excusa para no realizar la intervención: la falta de formación y la falta de tiempo. Por lo que es muy probable que un profesional de atención primaria bien formado, bien motivado y con tiempo suficiente, sea la persona ideal y más costo-efectiva para hacer una prescripción de ejercicio físico.

Resolución de problema y recomendaciones

Dar consejo y prescribir no es lo mismo. Existe evidencia de que dar consejo no es eficaz, o por lo menos no lo es cuando no es personalizado. Prescribir ejercicio parece que pudiera tener beneficios en mejorar la actividad física de la población, aunque no hay suficiente evidencia para reforzarlo, sobre todo a largo plazo. No obstante, sí que parece que, sea cual sea la intervención, ésta debe ser adaptada a cada individuo y ser constante, y que hay que realizar un seguimiento adecuado.

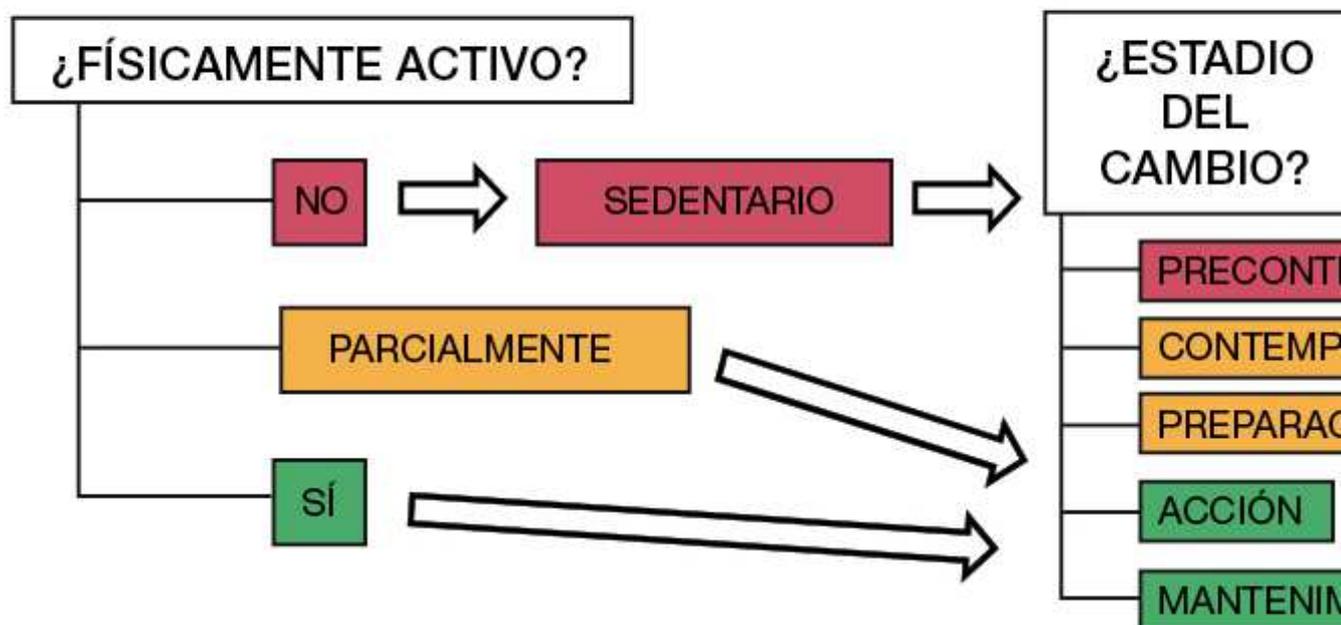
En primer lugar, hay que cuantificar la actividad física que desarrolla normalmente el individuo, ya sea laboral, doméstica o de tiempo libre (herramientas como test y podómetros nos pueden ayudar a medirla), además de sus factores personales y su patología de base, y también es preciso conocer en qué estadio del cambio se encuentra, para así poder personalizar e individualizar el consejo o la prescripción de ejercicio. Siguiendo el algoritmo [figura 1](#), si una persona sedentaria está en fase precontemplativa, deberemos aconsejar. Por otro lado, si está en fase contemplativa, preparación o acción, deberemos prescribir. Si ya es físicamente activa y está en fase de mantenimiento, deberemos reforzar y animar a seguir igual.

Quizá las actividades comunitarias son las que llegan a un número mayor de personas y las más costo-efectivas, pero necesitan ser continuas en el tiempo y constantes.

No hay que dejar de actuar por desconocimiento del tema, hay que informarse y formarse. No hay que dar recomendaciones genéricas: no sirve el «haga ejercicio» o «camine»; es preciso realizar prescripciones de ejercicio adaptadas a la persona, con metas asequibles a las posibilidades del individuo.

FIGURA 1

Individualización del consejo o la prescripción de ejercicio físico



Lecturas recomendadas

Prescripción de Ejercicio en el tratamiento de enfermedades crónicas. Grupo de Trabajo de Actividad Física y Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Barcelona: semFYC ediciones; noviembre de 2006. [Enlace al libro](#).

Una buena fuente teórica donde consultar cualquier duda sobre prescripción en general y sobre prescripción en las enfermedades crónicas más prevalentes en atención primaria. Los autores son todos médicos de familia.

Guía PEFS. Guía de prescripció d'exercici físic per a la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007 [Enlace a la guía](#).

Una buena guía para prescribir ejercicio, muy práctica y con herramientas y algoritmos útiles para el «día a día» en la consulta. Es una guía de consenso entre diferentes profesionales e instituciones. Está en catalán.

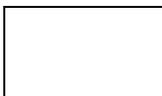
Bibliografía

1. WHO. The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life; 2002. [Enlace a la guía](#).
2. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción para la Salud de la semFYC. Recomendaciones PAPPs 2009. Recomendaciones sobre estilos de vida. Barcelona: semFYC ediciones; 2009. [Enlace a la guía](#).
3. Ministerio de Salud y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España; 2006. [Enlace al documento](#).
4. A personal activity prescription [Editorial]. Can Med Assoc J. 1967 Apr 29;96(17):1224-5. [Enlace al artículo](#).

5. Grandes G, Sánchez A, Montoya I, Ortega Sánchez R, Torcal J; PEPAF Group. Two-Year Longitudinal Analysis of a Cluster Randomized Trial of Physical Activity Promotion by General Practitioners. PLoS ONE. 2011;6(3): e18363. [Enlace al artículo.](#)
6. Herrera B, Mansilla JM, Perdigón P, Bermejo C, et al. Effectiveness of clinical counseling after increasing physical activity. A prospective randomized study. Med Clin (Barc). 2006 Mar 18;126(10):361-3. [Enlace al artículo.](#)
7. Van Sluijs EM, Van Poppel MN, Van Mechelen W. Stage-Based lifestyle interventions in primary care: Are they effective? Am J Prev Med. 2004 May; 26(4):330-43. [Enlace al artículo.](#)
8. Pavey TG, Taylor AH, Fox KR, Hillsdon, Anokye N, Campbell JL, et al. Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2011 Nov 4;343:d6462. [Enlace al artículo.](#)
9. Cobiac LJ, Vos T, Barendregt JJ. Cost-Effectiveness of Interventions to Promote Physical Activity: A Modelling Study. PLoS Med. 2009;6(7): e1000110. [Enlace al artículo.](#)
10. Tulloch H, Fortier M, Hogg W. Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? Patient Educ Couns. 2006 Dec;64(1-3):6-20. [Enlace al artículo.](#)

AMFj2012;1(2):1

 [Ir arriba](#)



AMF

[Acercas de AMF - Contacte](#)

semFYC

Diputació, 320. 08009 BARCELONA [\[ver mapa\]](#)

Tel. 93.317.03.33 | Fax. 93.317.77.72 | semfyc@semfyc.es



© 1983 - 2011 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. [Aviso legal](#)

Información referente a la Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y el Comercio Electrónico (LSSI - Ley 34/2002, de 11 de Julio. Ley Aplicada al comercio electrónico [...]) [Acceder más.](#)