

1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España

Libro de resúmenes

Resúmenes ejecutivos y comunicaciones aceptadas

ÍNDICE

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL	5
Resumen ejecutivo	7
Comunicaciones aceptadas	10
Estudio nutricional de la población infantil de Madrid	10
Efectividad de una intervención de actividad física de tiempo libre para prevenir la obesidad infantil. Estudio de Cuenca	10
Prevalencia de obesidad en Castilla - La Mancha. Encuesta de salud 2006	11
PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL	13
Resumen ejecutivo	15
Comunicaciones aceptadas	19
Análisis de la publicidad sobre promoción y consumo de bebidas alcohólicas aparecidas en radio y televisión, y su repercusión en los hábitos de salud de la población adolescente	19
PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES	21
Resumen ejecutivo	23
Comunicaciones aceptadas	33
Prevalencia de discapacidad en mayores españoles según niveles CIF establecidos con WHO-DAS II	33
PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR	35
Resumen ejecutivo	37
Comunicaciones aceptadas	39
Intervención preventiva telefónica en población laboral de alto riesgo cardiovascular	39
Riesgo de cardiopatía isquémica asociada al síndrome metabólico en población laboral española	40
Calidad de la prescripción de ejercicio físico en prevención cardiovascular	40
HACIA LA CREACIÓN DE UN COMITÉ ESPAÑOL SOBRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	41
Resumen ejecutivo	43

PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

GRUPO IMPULSOR

Eduardo Toledano Marin (Coordinador)
Susana Aznar Lain
Olga Cortés Rico
Ignacio Ferreira Montero
Ana María Gandarillas Grande
Alberto Grima Serrano

Juana María Janer Llobera
Begoña Merino Merino
Jesús Millán Nuñez-Cortés
Ricardo Ortega Sanchez-Pinilla
Miguel Angel Royo Bordonada

EXPERTOS CONSULTORES

Isabel Alonso Ceballos
Javier Aranceta Batrina
Alberto Armas Navarro
Antonio Arribas
Juan Manuel Ballesteros Arribas
Susana Belmonte
M^a Carmen Bonilla Miera
Elena Cabeza Irigoyen
Julia Colomer Revuelta
Margarita Echaury Ozcoidi
María Isabel Espín Ríos
Mario Foz Sala
Antonio Garcia Iriarte
Blas Gil Extremera

José Joaquín Gutiérrez García
Carmen Pilar Jiménez Lorente
Teresa Mantilla Morato
Begoña Martínez Argüelles
Ana Martínez Rubio
Maria Eugenia Medina Chozas
Margarita Medina Vinuesa
Susana Monereo
Basilio Moreno Esteban
Joan Quiles Izquierdo
Eulalio Ruiz Muñoz
Vicente Sánchez Vázquez
Manuel Serrano Ríos
Itziar Vergara Mitxelorena

EXPERTOS A PROPUESTA DE

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)
Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de Salud Mental (AEN)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)
Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA)
Sociedad Española de Cardiología (SEC)
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Sociedad Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)
Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas
Ministerio de Sanidad y Consumo

RESUMEN EJECUTIVO

DEFINICIÓN Y TERMINOLOGÍA

En este capítulo se revisa la terminología empleada en la definición de la obesidad en los diferentes estudios, así como los criterios más exactos para su diagnóstico, resaltándose el inconveniente de la falta de un estándar universalmente aceptado del contenido graso «correcto» en la infancia (o en el adulto).

Igualmente, se pasa revista a los parámetros más aceptados en la estimación del contenido de grasa del organismo, medidas antropométricas, métodos isotópicos, químicos y físicos, y la aceptación y utilización en la práctica clínica en Estados Unidos y Europa del índice de masa corporal (IMC) (peso en kg/talla en m²), relacionado con la edad y el sexo en niños y niñas de 2 a 18 años.

Asimismo, se hace referencia a los puntos de corte para categorizar la obesidad y el sobrepeso: percentiles de desarrollo frente a valores correspondientes a la definición de obesidad en adultos, así como su utilización para el cribado clínico de referencias nacionales y para estudios epidemiológicos y de comparación de prevalencias entre poblaciones.

Por último, se objetivan unas necesidades de investigación que se resumen en los siguientes puntos:

- Comparación y validación de los valores de IMC nacionales con otros métodos de referencia que evalúen la grasa corporal.
- Conocer cuáles de entre las referencias nacionales de gráficas de comparación correspondientes a años diferentes habría que utilizar.
- Profundizar en el consenso de tipificación ponderal de la población infantil española para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad.
- Profundizar en la investigación del valor predictivo de riesgo cardiovascular de la circunferencia de la cadera y la de la cintura en la infancia.
- Búsqueda de la población ideal de comparación (curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud [OMS] con población infantil de varios países).

JUSTIFICACIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA. ÁMBITO ESTATAL E INTERNACIONAL

Este capítulo revisa, en primer lugar, la dificultad de establecer comparaciones entre los resultados obtenidos, dada la gran variabilidad en la metodología empleada, así como la heterogeneidad en el tipo de población de estudio, y la definición de sobrepeso y obesidad.

Posteriormente, se profundiza en los estudios de prevalencia de sobrepeso/obesidad infantil y juvenil en

España, que tienen en cuenta puntos de corte diferentes, estableciéndose como conclusiones que en todas las clasificaciones es entre los 6 y los 13 años donde existe mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, y para todas las edades las prevalencias son superiores en chicos. Del mismo modo, se estudia la evolución de la obesidad infantil en las últimas décadas en nuestro país, y la prevalencia comparativa: interregional, nacional e internacional.

Asimismo, se hace un repaso en profundidad de la situación internacional; características epidemiológicas de la obesidad infantil y juvenil y de sus consecuencias, aumento de la prevalencia en todo el mundo y patrones de cada uno de los continentes, con la conclusión de que la pandemia está avanzando a tal ritmo que las estadísticas de prevalencia de obesidad quedan desfasadas cada vez más rápidamente.

Respecto a los factores de riesgo, se analizan los asociados con una mayor prevalencia de obesidad, y entre los que se destacan en concreto: peso al nacer, ausencia de lactancia materna, aumento de la ingesta de grasa, gran consumo de bollería, refrescos y embutidos, consumo escaso de frutas y verduras, actividad sedentaria y falta de práctica deportiva. También se repasan como factores implicados en el desarrollo de la obesidad: algunas enfermedades que producen obesidad secundaria, la herencia genética y el ambiente en el que se vive.

Continúa el capítulo destacando, entre las consecuencias cardiovasculares, el aumento de los factores de riesgo cardiovascular en los niños obesos respecto a la población de la misma edad de peso normal, como el incremento de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), de los niveles plasmáticos de triglicéridos y del colesterol LDL (c-LDL)-, así como una disminución del colesterol HDL (c-HDL)-, demostrándose igualmente en los jóvenes obesos hiperinsulinismo e índices altos de resistencia a la insulina. Se hace referencia también al aumento de la masa ventricular izquierda y a las alteraciones de la pared vascular como factores de riesgo cardiovascular.

El tratamiento del sobrepeso durante la infancia y la adolescencia debe considerarse eficaz para prevenir el incremento de la masa ventricular izquierda y el riesgo cardiovascular. Esta prevención y tratamiento deben comenzar en la infancia como planteamiento más precoz y eficaz de la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

En lo que hace referencia a las consecuencias metabólicas, se analizan particularmente los factores que acompañan a la obesidad, como la dislipemia, la hipertensión arterial (HTA), la insulinoresistencia y la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), aunque no se descarta que algunos

otros factores podrían desempeñar también un papel decisivo en el desarrollo de lesiones vasculares ateroscleróticas en personas obesas.

Se analizan también los componentes definitorios del síndrome metabólico, que son la obesidad, la dislipemia aterogénica y la insulinoresistencia-intolerancia a la glucosa, así como otros componentes asociados, como los estados proinflamatorio y protrombótico, estableciéndose las alteraciones fisiopatológicas relacionadas con el metabolismo en tres niveles: derivadas de la propia obesidad, derivadas del síndrome metabólico acompañante y de la resistencia a la insulina, y derivadas de las modificaciones de los mediadores humorales y celulares relacionados con la inflamación y la trombosis.

Las consecuencias locomotoras vienen dadas como factores de riesgo de la obesidad para el inicio y progresión de patología osteomuscular y otras lesiones de tendones, fascias y cartílagos, debido a la mecánica aberrante que la sobrecarga ponderal impone durante la locomoción.

Los trastornos psicológicos y sociales se objetivan en dificultades en la maduración psicológica y en la adaptación social, como consecuencia de la discriminación precoz y sistemática que los niños obesos sufren por parte de sus compañeros, familiares y la sociedad en general, y que afecta a muchos aspectos de su vida. Esta estigmatización favorece la aparición de otros trastornos psiquiátricos, como escasa autoestima, depresión, distorsión de la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario.

También se hace referencia al exceso de peso como uno de los factores predisponentes tanto para la anorexia nerviosa como para la bulimia nerviosa. Igualmente, se analiza la relación de la obesidad con conductas de ayuno y trastornos afectivos que actuarían a su vez como factores predisponentes o de mantenimiento del trastorno.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL (Acciones relevantes en curso)

En este capítulo se analiza la relación del peso corporal con el balance energético durante un período extenso de tiempo. Los estudios observacionales de que se dispone objetivan que una gran parte de la población ingiere más calorías que las pasadas generaciones con el mismo gasto energético; otra parte tiene un gasto energético inferior y sigue ingiriendo las mismas calorías, y el resto ingiere menos calorías que las pasadas generaciones, pero su gasto energético es todavía más bajo. La reducción del gasto energético es, pues, un factor más determinante que la ingesta de calorías en el aumento de la prevalencia de la obesidad.

Asimismo, se estudian los componentes tanto de la ingesta energética diaria (accesibilidad a los alimentos, la

calidad o composición y la cantidad), como del gasto energético diario (tasa metabólica basal, efecto térmico de los alimentos, y la actividad física). Los datos disponibles indican, por un lado, que la actividad física de la vida cotidiana ha disminuido sustancialmente, y por otro, que en la vida escolar, la actividad física desarrollada en esta ocupación por los niños y adolescentes también ha declinado.

Se objetivan, por otra parte, una disminución de la actividad física de tiempo libre, y un aumento de conductas sedentarias como el uso del ordenador y el número de horas de televisión, que están relacionadas con el aumento del IMC.

Las acciones emprendidas hasta el momento a nivel institucional se incluyen en la estrategia NAOS (Nutrición y actividad física en la obesidad y sedentarismo), con el objetivo principal de fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad en cuatro ámbitos de actuación: familiar-comunitario, escolar, empresarial y sanitario.

El programa PERSEO (Programa piloto escolar para la salud y el ejercicio contra la obesidad), que nace en junio de 2006, tiene como objetivos: promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y estimular la práctica de la actividad física regular entre los escolares, detectar precozmente la obesidad y evitar que progrese, sensibilizar a la sociedad en general y al entorno escolar de la importancia de los educadores en este campo, y crear un ambiente escolar y familiar que favorezca una alimentación equilibrada y la práctica frecuente de actividad física.

ESTRATEGIAS Y MÉTODOS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

Para poder prevenir el constante aumento del sobrepeso y la obesidad infantil es necesario actuar sobre todos aquellos factores que influyen en su desarrollo, lo cual implica una serie de iniciativas para modificar los estilos de vida relacionados con la etiología de la obesidad, como son: el consumo excesivo de alimentos de alta densidad energética, la falta de actividad física y el comportamiento sedentario. La prevención sigue siendo el arma más importante en la lucha contra la obesidad infantil, y más efectiva que el tratamiento de los niños con sobrepeso/obesidad ya establecida.

Este capítulo aborda, con respecto a los factores de riesgo de obesidad, los períodos importantes sobre los que se puede influir en la prevención, conociendo e intentando modificar dichos factores de riesgo, y que son: período de gestación y lactancia, período del rebote adiposo precoz, y con el niño escolar y adolescente.

A continuación se abordan las propuestas de inter-

vencción, que en la prevención primaria deben basarse en consejos dirigidos a toda la población, debiendo llevarlos a cabo en conjunto desde los distintos ámbitos sociales que rodean al niño/a: atención primaria de salud, guarderías y centros escolares, comunidad y medios de comunicación. Así, se analizan sucesivamente la promoción de la lactancia materna, de la alimentación saludable, de la actividad física, y el enfoque familiar de estos aspectos.

Asimismo, se analizan las estrategias y métodos comunitarios de promoción de la salud y prevención de la obesidad infantil y juvenil, revisando las recomendaciones sobre actividad física para la infancia y adolescencia, con diferentes niveles de actividad, abordando a continuación las percepciones de las personas adultas sobre la educación y la actividad físicas. Igualmente, se estudian las recomendaciones relativas a la promoción de la actividad física entre niños, niñas y adolescentes en los entornos escolar, comunitario y doméstico.

Por último, se repasan las acciones para promocionar la alimentación equilibrada y saludable, y se estudia el papel del entorno escolar y familiar actuando junto con los servicios sanitarios, como estrategia clave para la prevención de la obesidad infantil y juvenil.

La prevención secundaria, cuyo objetivo es la identificación y el seguimiento de pacientes de riesgo, es recomendable por la importancia del problema a prevenir, y la suficiente evidencia que relaciona las técnicas de cribado propuestas con la detección del problema de salud.

Las conclusiones del capítulo ponen énfasis en la importancia del macroentorno escolar y comunitario en la prevención de la obesidad infantil y juvenil, siendo en el microentorno familiar, escolar concreto, y el de los servicios sanitarios de pediatría y atención primaria, donde deben arbitrarse las recomendaciones sencillas y fáciles de cumplir que todos los actores deben tener en cuenta.

EFICACIA Y VIABILIDAD DE LAS POSIBLES INTERVENCIONES

En este capítulo se analiza la eficacia de las intervenciones en los factores de riesgo de la obesidad. Se demuestra que con el ejercicio físico se pierde la grasa y se reduce la proporción de sobrepeso.

Debido a que el gasto energético diario es uno de los factores que influyen en el balance energético, el reto planteado es cómo aumentar el nivel de actividad física para evitar la obesidad en personas de riesgo.

De los tres componentes de la actividad física total (gasto calórico de las actividades de la vida cotidiana, del tiempo libre y de la actividad escolar), es precisamente el de la actividad escolar el que más puede incrementarse, mediante la clase de educación física y los recreos.

Por último, se revisa la eficacia del consejo sanitario para que los niños y adolescentes aumenten sus niveles de actividad física, y la importancia del consejo a los padres para que sus hijos practiquen algún deporte.

PUNTOS CLAVE PARA LA DISCUSIÓN

1. Se constata la necesidad de realizar estudios de ámbito estatal que permitan monitorizar el sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil y evaluar los programas de intervención ya iniciados.
2. Dada la heterogeneidad en la definición de sobrepeso y obesidad (puntos de corte y tablas de referencia), se debería llegar a un consenso que permita las comparaciones entre estudios.
3. Se debería pedir a los autores de los estudios de prevalencia que, independientemente de que tomen los criterios que consideren más adecuados para definir sobrepeso y obesidad, aporten las cifras tomando los criterios de Cole, que permiten comparaciones internacionales.
4. La obesidad infantil y juvenil constituye el trastorno nutricional más frecuente en niños y adolescentes españoles, con tendencia al incremento constatado por numerosos autores. Se confirma la importancia de potenciar la autoestima en los programas de prevención de la obesidad.
5. Para tratar de evitar el sesgo y la estigmatización social de las personas con obesidad es necesario establecer programas educativos que abarquen no sólo el ámbito escolar, sino incluso a los profesionales sanitarios.
6. La obesidad y el sobrepeso infantil y juvenil: ¿en qué medida se relacionan con los factores de riesgo cardiovascular?
7. La obesidad y el sobrepeso infantil y juvenil: ¿predicen el riesgo cardiovascular durante toda la vida adulta?
8. La reducción de peso en los niños y adolescentes con sobrepeso: ¿en qué medida modifica los factores de riesgo cardiovascular?
9. ¿Qué recomendaciones efectivas, sencillas y fáciles de cumplir deben transmitirse desde los servicios sanitarios, tanto en el campo de la alimentación como en el de la actividad física? ¿Qué medidas de apoyo deben ponerse en marcha para facilitar su seguimiento por la población concernida?
10. ¿Cómo puede el sistema sanitario colaborar en las amplias estrategias de prevención de la obesidad infantil?
11. ¿Cómo puede actuar el sistema sanitario en caso de obesidad infantil para que se normalice en el peso? ¿Cuál sería su función más eficaz?

12. ¿Cómo puede el sistema educativo colaborar en el tratamiento de la obesidad infantil?
13. ¿Cuáles serían las principales recomendaciones que podrían hacerse desde el sistema sanitario?:
- ¿Al conjunto de profesionales sanitarios?
 - ¿A los padres, madres y cuidadores de niños y niñas?
 - ¿A responsables de los entornos escolares y comunitarios?
 - ¿A las autoridades locales y a otros responsables de las administraciones sanitarias y educativas?

COMUNICACIONES ACEPTADAS

ID 7

Estudio nutricional de la población infantil de Madrid

Junco Torres, Isabel
Requejo Marcos, Ana María
Ortega Anta, Rosa María
Losas Villamarzo, Araceli

Equipo investigador de nutrición de la Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid
Equipo investigador del Instituto de Salud Pública. Madrid Salud.
Servicio de Prevención y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se asocia con riesgo de enfermedades crónicas en la vida adulta. Su prevalencia en la infancia se ha duplicado en 15 años (del 6,4 al 13,9%), y prevenirla requiere conocer la situación actual. Este estudio analiza la problemática nutricional de escolares de Madrid.

OBJETIVOS

Estudiar en escolares (9-11 años) de la ciudad de Madrid el estado nutritivo, la dieta consumida en casa, la dieta ofrecida/consumida en comedores escolares, y la actividad física realizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestreo estratificado bietápico (colegio y alumno). Excluyendo centros con matrícula inferior a 100 alumnos (4.º-6.º de Primaria). Para ser representativa de Madrid, la muestra se estimó en 380 escolares. Se realizó una encuesta sociofamiliar y de actividad física, antropometría (peso, talla, pliegues), bioquímica (hemoglobina, colesterol, vitamina D, etc.), estudio dietético registrando el consumo de alimentos de domingo a martes y el menú del comedor escolar (contenido e ingesta por pesada precisa individual). Para el análisis se calcularon los valores medios y la desviación típica. La diferencia entre medias se efectuó mediante la t de Student. La asociación entre variables cualitativas se valoró a través de la chi cuadrado.

RESULTADOS

Realizaron el estudio completo 366 alumnos (44% varones, 56% mujeres), con una media de edad de 10,6±0,82, un índice

de masa corporal (IMC) medio de 18,8±3,4 kg/m²; el 15% presentó sobrepeso, y el 12,8%, obesidad. El 19,9% de los escolares presentó colesterol superior a 200 mg/dl, el 5,8% superaba los 220 mg/dl. El índice de actividad física (PAL, del inglés *physical activity level*) medio es 1,61±0,07 (actividad ligera). El número medio de miembros en cada familia es de 3,22±1,10. El consumo medio de alimentos es adecuado para frutas y lácteos, elevado para carnes y azúcar, insuficiente para pescado, huevos y verduras y deficiente para cereales y legumbres. La ingesta de alimentos consumidos en el comedor escolar cubre el 28,5% de las necesidades energéticas diarias. Los alimentos más consumidos (90%) son precocinados, huevos y lácteos, y los menos, frutas (77%). La cantidad de energía ingerida es adecuada pero su calidad presenta exceso de calorías a expensas de lípidos y de proteínas en detrimento de los hidratos de carbono.

CONCLUSIONES

Se aborda la problemática nutricional con un enfoque multifactorial. La prevalencia sobrepeso/obesidad es similar a la observada en otros estudios realizados en nuestro entorno. Se comprueban errores dietéticos en el comedor escolar y en el hogar. La actividad física es inferior a la recomendada. Es necesario tomar medidas para corregir los errores detectados.

ID 10

Efectividad de una intervención de actividad física de tiempo libre para prevenir la obesidad infantil. Estudio de Cuenca

Salcedo Aguilar, Fernando
Torrijos Regidor, Rosa Ana
Morant Sánchez, Alberto
Domínguez Contreras, M.^a Luz
Sánchez López, Mairena
Martínez Vizcaíno, Vicente

Centro de estudios sociosanitarios. Cuenca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de una intervención de actividad física de tiempo libre para prevenir el sobrepeso/obesidad infantil y otros factores de riesgo cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Ensayo de campo aleatorizado por *cluster*. Población: participaron en el estudio 1.119 escolares de 4.º y 5.º curso de Educación Primaria de 20 colegios de la provincia de Cuenca, divididos al azar en dos grupos: 10 colegios al grupo de intervención (GI), en el que se realizó una intervención de promoción de actividad física de tiempo libre (MOVI), y los otros 10 colegios al grupo control (GC), que siguieron con sus actividades habituales.

Variables

A todos los escolares que aceptaron participar se les midieron las siguientes variables: prevalencia de sobrepeso/obesidad, índice de masa corporal (IMC), pliegue cutáneo tricótipal (PCT), % de grasa corporal (%FM) por bioimpedancia eléctrica, Apo-AI, Apo-B, presión arterial diastólica (PAD) y presión arterial sistólica (PAS). Intervención: MOVI se realizó durante dos cursos escolares, e incluía tres sesiones semanales de 90 minutos de duración que comprendían 60 minutos de ejercicios de resistencia aeróbica, 15 minutos de flexibilidad y 15 minutos de fuerza resistencia, por sesión. En los juegos se utilizaban materiales alternativos como *freesbees*, paracaídas, pelotas gigantes, zancos, etc.

RESULTADOS

El análisis de los resultados por colegios muestra que la prevalencia de sobrepeso/obesidad en los escolares en los que se ha realizado el programa se ha reducido un 6,1%, pasando del 33,2 al 27,1%. El pliegue cutáneo tricótipal aumentó en el grupo control y disminuyó en el grupo de intervención y el porcentaje de grasa corporal disminuyó en ambos grupos. La Apo-AI experimentó un aumento más elevado en el GI ($p = 0,010$) que en el GC ($p = 0,349$) y la Apo-B experimentó un descenso más acusado en el GI que en el GC ($p = 0,017$).

CONCLUSIONES

El programa de ejercicio físico ha sido efectivo para reducir la prevalencia de sobrepeso/obesidad un 6% en las niñas y un 2% en los niños. Ha mejorado el perfil lipídico de los escolares del GI frente a los del GC y no ha mostrado modificaciones significativas de la PAD y PAS. MOVI ha evidenciado ser una intervención efectiva, exenta de riesgos, factible, que tiene un buen seguimiento y un coste razonable.

ID 15

Prevalencia de obesidad en Castilla - La Mancha. Encuesta de salud 2006

Medina Chozas, María Eugenia

Alonso Alonso, María Teresa

Solas Gaspar, Olga

De la Fuente Sánchez, Miguel

FISCAM (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Muchas son las propuestas e iniciativas dirigidas a prevenir el aumento de peso que se está produciendo en la población, sobre todo entre los más jóvenes. Este incremento se ha relacionado con el aumento de ingesta y la disminución del gasto energético. La Encuesta de Salud 2006 ha prestado especial atención a la estimación del exceso de peso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio en 1.020 personas.

RESULTADOS

Prevalencia de exceso de peso global del 29,2%, niños (33,6%), población mayor de 50.000 habitantes (31,3%), Toledo (32,5%), estatus socioeconómico III (39,6%). Prevalencia de obesidad del 11,0%. Grado de concordancia entre peso real y referido: 98%. No realizan actividad física o deportiva en el tiempo libre el 35,5% (17,5% en < 5 años y 70,5% entre 13 y 15 años).

CONCLUSIONES

Existe una elevada prevalencia de exceso de peso infantil, más en niños, menores de 5 años, clases socioeconómicas medias, en Ciudad Real y Toledo, y en poblaciones de más de 50.000 habitantes. Hay un buen conocimiento de los padres del peso del menor. La ingesta de alimentos es considerable y superior a la recomendada, especialmente la de dulces. Realizan más ejercicio físico durante el tiempo de ocio los niños/niñas (hasta los 5 años), con tendencia descendente según aumenta la edad y disminuye el estatus socioeconómico. Los patrones de uso del tiempo de ocio fomentan el sedentarismo (ver la televisión, jugar con el ordenador), reduciendo el tiempo dedicado a actividades físicas o deportivas.

PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

GRUPO IMPULSOR

Vicenta Lizarbe Alonso (Coordinadora)
Alicia Rodríguez-Martos (Coordinadora)
Javier Álvarez
M.^a del Carmen Cabezas Peña
Joan Colom Farran

Iñaki Galán Labaca
Antoni Gual i Solé
Beatriz Rosón Hernández
Lidia Segura García

EXPERTOS CONSULTORES

Ana Rosa Agius Pelegrín
M.^a Ángeles de Álvaro Prieto
Ramón Aguirre Martín-Gil
Manuel Barragán Rodríguez
Amador Calafat Far
Rodrigo Córdoba
Pedro Cuadrado Callejo
Juan del Pozo Iribarría
Ana Esteban Herrera
Gerardo Flórez Menéndez
José Galbe Sánchez-Ventura
M.^a Jesús Gayoso Orol
M.^a Trinidad Gómez-Talegón
Ana González Izquierdo

Eduardo Gutiérrez Cienfuegos
Ángel Herrera García
M.^a Eugenia López Delgado
Jacinto Mosquera Nogueira
Manel Nebot Adell
Enriqueta Ochoa Mangado
Marta Ozcoidi Val
Francisco Pérez Riquelme
José Carlos Quintas Fernández
Cleopatra R'Kaina Liesfi
Susana Redondo Martín
Teresa Robledo de Dios
Amando Vega Fuente

GRUPO DE EXPERTOS A PROPUESTA DE

Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental (AEN)
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Sociedad Española de Medicina del Tráfico (SEMT)
Sociedad Española de Toxicomanías (SET)
Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas
Ministerio de Sanidad y Consumo

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

Con este documento se pretende abordar la prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol, con la finalidad de plantear entre todos una serie de puntos clave y recomendaciones que sirvan de base para el desarrollo de las actuaciones preventivas en la práctica clínica, especialmente en atención primaria y en otros ámbitos de actuación. También puede ser aprovechado por personas que se dediquen al diseño de políticas, gestores, etc.

Para ello, lo primero que se ha hecho es una descripción tanto de la magnitud de este problema como de la definición y terminología empleadas cuando nos referimos a su consumo.

También se ha tratado de enmarcar este problema dentro del desarrollo normativo que ha tenido lugar en estos últimos años, tanto en el ámbito internacional, como estatal y autonómico. Estas actuaciones se han visto reflejadas en las distintas estrategias y métodos de prevención y promoción de la salud llevadas a cabo y conocidas como «políticas de alcohol».

Se han revisado la eficacia, la efectividad y la visibilidad de las posibles intervenciones en la práctica clínica, profundizando en el cribado del consumo de riesgo y en la utilidad de las intervenciones breves.

Dentro de la práctica clínica es imprescindible conocer las interacciones que pueden producirse entre el alcohol y los medicamentos. Este tema se desarrolla como anexo.

Por último, se realizan una serie de consideraciones especiales sobre las estrategias que deben llevarse a cabo para mejorar la implicación del profesional en atención primaria.

JUSTIFICACIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

Este capítulo describe la magnitud de este problema, comenzando por las consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol, relacionadas con importantes problemas de salud tanto físicos, como mentales y sociales. Se describen los efectos derivados del consumo de alcohol y los riesgos relativos de enfermedades seleccionadas para diferentes niveles de consumo, según sexo.

Asimismo, se pretende clarificar las posibles consecuencias positivas derivadas del consumo de alcohol, en relación con la cardiopatía isquémica y las enfermedades cardiovasculares.

También se revisa la carga de enfermedad asociada al alcohol en Europa, así como los costes tangibles e intangibles derivados del consumo de esta sustancia.

Se realiza una aproximación al consumo de alcohol en España, analizando la disponibilidad dentro del mercado (consumo per cápita) y, de forma directa, estimando individualmente el consumo mediante las encuestas de salud. Se analizan las ventajas de conocer el consumo per cápita de alcohol, ya que permiten las comparaciones internacionales y estudios temporales, siendo un indicador válido para la monitorización del consumo de alcohol en la población, aunque internacionalmente se admite que la mejor forma de aproximarse al patrón de consumo de bebidas alcohólicas en la comunidad es mediante la realización de encuestas de base poblacional.

Se describen los resultados de las siguientes encuestas y estudios:

1. Encuesta domiciliaria sobre drogas, dirigida a la población de 15-64 años y realizada con periodicidad bienal por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo (2003).
2. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria, dirigida a jóvenes de 14-18 años (2004).
3. Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC); aporta información sobre el consumo de alcohol en estudiantes españoles con una metodología similar a la empleada en varios países europeos, dirigida a escolares de 11 a 15 años.
4. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (1999).
5. Estudios sobre hábitos de consumo de alcohol durante el embarazo: en España se dispone de escasa información.
6. Patrón de consumo *binge drinking*. En España no se dispone de información sobre este patrón de consumo a nivel estatal. En la Comunidad de Madrid, el SIVFRENT (Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles) monitoriza este indicador con base poblacional tanto en adultos como en adolescentes.

Este capítulo finaliza con la estimación de la mortalidad atribuible y la mortalidad prematura por consumo de alcohol en España.

Puntos clave

- El consumo de alcohol se asocia negativamente con más de 60 enfermedades de tipo físico y mental, así como con numerosos problemas sociales que afectan a personas ajenas al propio bebedor y tienen en la violencia una clara repercusión. Muchos de estos efectos se producen incluso con dosis muy bajas, por lo que en la actualidad no hay una dosis de consumo que sea segura o que produzca un efecto beneficioso neto sobre

la salud a nivel poblacional. Por el contrario, el consumo de bajas cantidades de alcohol se asocia con una menor mortalidad por cardiopatía isquémica y posiblemente con la isquemia cerebral, pero no se debe extender o generalizar al conjunto de las enfermedades cardiovasculares.

- La información disponible sobre el consumo de alcohol y los problemas derivados en España, es insuficiente, limitándose a la estimación del consumo sostenido e intoxicación etílica. Faltan datos sobre el patrón de consumo, dependencia y conductas de riesgo, así como sobre las consecuencias, principalmente las agudas.
- España se sitúa a la cabeza del consumo de alcohol en Europa. Después de alcanzar un máximo durante la segunda mitad de la década de 1970, descendió para estabilizarse en los últimos años. En la población adolescente puede haber un cambio de tendencia muy reciente hacia el incremento del consumo, que habrá que confirmar en un futuro.

Recomendaciones

1. Sería conveniente la realización de una encuesta nacional con base poblacional sobre alcohol, que estimara los principales indicadores relacionados con el consumo sostenido, el patrón de consumo, la dependencia, las conductas de riesgo y los problemas asociados; así como un estudio que evaluara el impacto económico que genera en la actualidad.
2. Consideramos conveniente también la estimación con base poblacional de la dependencia de consumo de alcohol en población clínica. Para ello, se podría utilizar la estructura de las Redes de Médicos Centinela de las comunidades autónomas.
3. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el mensaje **«Alcohol: cuanto menos mejor»**, con el que se pretende transmitir la idea de que no existe un límite estricto en relación con el nivel de consumo a partir del cual éste empieza a ser perjudicial para la salud, pero que, en cualquier circunstancia, cuanto menos alcohol se consuma, mejor. En nuestra opinión, éste es el mensaje que los profesionales sanitarios debemos transmitir tanto a la población general como a nuestros pacientes.

DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

En este capítulo se revisa, de forma crítica, la terminología empleada para designar los distintos niveles y formas de consumo de bebidas alcohólicas y las correspondientes consecuencias, partiendo principalmente de los conceptos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su correspondiente definición. Ante formas de consumo, como el *binge drinking* (literalmente,

«atracción de bebida»), en alza en la juventud europea, pero sin denominación ni definición unánimemente aceptados, se revisan ampliamente su significado y elementos característicos, y se propone un nombre (episodios de consumo concentrado) y una definición de este concepto.

Asimismo, se aporta un listado de terminología no recomendada por la ambigüedad de su significado, aunque su empleo esté socialmente consolidado (p. ej., consumo excesivo, moderado, prudente o responsable). El capítulo aporta también la definición de unidad de bebida estándar, con su equivalente en gramos de alcohol puro, y los límites de riesgo, no sólo para la población general, sino para poblaciones especiales como los menores de 18 años, los mayores de 65 años, y las circunstancias especiales, como el embarazo y la conducción de vehículos.

Puntos clave

- Una bebida estándar (1 vaso de vino o un quinto de cerveza o media copa de licor) contiene, en España, 10 gramos de alcohol puro. Esta medida estándar está, sin embargo, sujeta a variaciones de volumen y graduación, por lo que constituye más un instrumento para facilitar el cálculo que una medición rigurosa.
- El nivel 0 de riesgo no existe. A nivel poblacional, cuanto menos alcohol, mejor.
- Aunque no existe un umbral de riesgo unánimemente aceptado y se estima que el riesgo se incrementa paralelamente al consumo, existe cierto consenso en acordar como nivel de riesgo que merece intervención el consumo de más de 20 g/día en la mujer y de más de 40 g/día en el hombre (> 140 y > 280 gramos por semana, respectivamente).
- Es importante asumir una terminología común en la que se recojan conceptos formalmente aceptados.

Recomendaciones

1. Procurar guiarnos por los parámetros europeos (la bebida de Estados Unidos es más elevada que la nuestra).
2. Tener siempre en cuenta poblaciones y circunstancias especiales, en las que no son válidas las categorías de consumo según los niveles de riesgo citados para la población adulta sana.
3. Crear una nueva categoría diagnóstica para el *binge drinking*.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL: ÁMBITO INTERNACIONAL, ESTATAL, AUTONÓMICO Y OTROS

En este capítulo se describen las resoluciones, planes de actuación, declaraciones y objetivos que, a lo largo de estos años, han adoptado los distintos organismos y que,

en muchos casos, han sido el inicio de la elaboración y puesta en marcha de políticas y acciones a nivel mundial, regional, nacional y local.

Todas ellas han marcado unas directrices orientadas a desarrollar estrategias con el objetivo de disminuir los problemas causados por el consumo de alcohol.

Se han repasado las políticas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus Asambleas Mundiales, los Planes Europeos de Actuación sobre el alcohol, así como la Carta europea sobre Alcohol y la declaración de Estocolmo, en la que se recogen los objetivos para reducir tanto el consumo de alcohol en los jóvenes como los daños derivados del consumo.

En cuanto a la Unión Europea, no ha existido una política comunitaria de salud pública en materia de alcohol hasta hace unos años; en el año 2001 el Consejo aprobó las conclusiones sobre una Estrategia comunitaria dirigida a reducir el daño derivado de los problemas del alcohol.

Actualmente, la Estrategia de la Unión Europea (2006), que permite ayudar a los estados miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol, en la que se propone a los estados miembros que para el año 2012 todos hayan implantado medidas para paliar los daños y los peligros relacionados con dicho consumo.

En España, la intervención en este ámbito se ha desarrollado a nivel nacional y de las comunidades autónomas. En el ámbito estatal mediante la estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008, y en las comunidades autónomas las actuaciones legislativas sobre alcohol han sido importantes, en unos casos se han llevado a cabo desde planes regionales de drogodependencias y en otros desde la responsabilidad de salud pública.

En el ámbito de la atención primaria es importante resaltar el Programa de Actividades y de Promoción de la Salud (PAPPS) que como proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) pretende promover las actividades preventivas en los centros de salud.

Entre estas actividades, el Grupo de Educación Sanitaria del PAPPS ha elaborado la *Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol* en las consultas de atención primaria. También hemos destacado las recomendaciones que este grupo de expertos ha realizado para la prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol:

Grupos de expertos del PAPPS¹ han realizado diversas *Recomendaciones sobre el estilo de vida*, después de analizar los factores (tabaco, abuso de alcohol, actividad física, alimentación y accidentes de tráfico) sobre los que el personal de atención primaria puede realizar una actividad preventiva para modificar el estilo de vida. En relación con las recomendaciones para la prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol pueden ser consultadas en:

<http://www.papps.org/recomendaciones/06-expertos-estilos-vida.pdf>

ESTRATEGIAS Y MÉTODOS EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD. POLÍTICAS DE ALCOHOL

Este capítulo revisa someramente los conceptos de política de alcohol y de salud pública, así como los de promoción de salud y estrategias preventivas, en los tres niveles de prevención actualmente aceptados: universal, selectiva e indicada.

Seguidamente, revisa, de forma detallada, las diferentes estrategias de prevención de acuerdo con su efectividad, amplitud de soporte científico, transculturalidad y coste de implementación, a partir de la más reciente literatura científica: 1) política impositiva y de precios; 2) medidas que regulan la disponibilidad física del alcohol, como la edad mínima y otras restricciones a la venta (las referidas a días u horarios, o a la densidad de los locales); 3) estrategias que modifican el contexto del consumo, como la dispensación responsable de bebidas alcohólicas, la responsabilidad del camarero o del local, la promoción del ocio sin alcohol, etc.; 4) estrategias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol, entre las que destacan como más eficaces un límite de alcoholemia legal bajo, controles frecuentes y aleatorios muy visibles y la posibilidad real de sanciones graves; 5) estrategias para regular la promoción de bebidas alcohólicas, concretamente la publicidad, revisando la efectividad de reducir su volumen y de controlar su contenido; 6) estrategias educativas y de persuasión, revisando la educación escolar, las campañas educativas y las etiquetas con advertencias, y 7) estrategias de prevención indicada, en las que se revisan la efectividad y la aplicación de las intervenciones breves para bebedores de riesgo desde distintos ámbitos.

Al revisar cada una de estas estrategias, se añade un comentario sobre la situación al respecto en España.

Las medidas más efectivas que hay que tener en cuenta en cada uno de los distintos grupos de estrategias propuestas, son, de acuerdo con la evidencia científica, la edad mínima para comprar alcohol, las restricciones de días y horas de venta, las restricciones a la densidad de los locales, los impuestos sobre el alcohol, los controles de alcoholemia, un bajo límite de la alcoholemia legal, la suspensión administrativa del permiso de conducir, el permiso graduado para conductores noveles y las intervenciones breves para bebedores de riesgo. Todas ellas tienen especial repercusión en los jóvenes.

Puntos clave

- La mejor manera de disminuir el daño producido por el alcohol es reducir su consumo per cápita.
- A nivel poblacional, desde un punto de vista sanitario,

nunca se debe promover el consumo (*alcohol, cuanto menos, mejor*), lo que no se opone a los eventuales beneficios en individuos concretos, bajo recomendaciones personalizadas.

- Las medidas que afectan a la prevención de la oferta (precios, disponibilidad, edad legal, etc.), así como otras estrategias de control externo (alcoholemias legales y controles de alcoholemia, etc.), son las más efectivas para reducir el daño por alcohol.
- La educación y la sensibilización ayudan a desarrollar el control social y, a la larga, el interno o ético, que condicionan la aceptación y la sostenibilidad de las medidas.

Recomendaciones para una política de alcohol efectiva

1. El establecimiento de una política de alcohol debería constituir un *proceso circular*: evaluación de los problemas existentes, aplicación de estrategias con efectividad basada en la evidencia y evaluación sistemática que permita modificaciones. Aunque no siempre puede seguirse este proceso, es importante intentar ajustarse a él.
2. La *Europa sin fronteras* hace cada vez más difícil una autonomía de políticas, debiendo éstas ajustarse a menudo a tratados internacionales. Incluso cuando no existen decisiones vinculantes, es importante tener en cuenta las recomendaciones del Consejo de Europa, así como tratar de armonizar normativas, leyes y sanciones de los países de la Unión Europea a fin de evitar incongruencias (p. ej., una conducta que se sanciona en un país deja de sancionarse al cruzar la frontera).
3. La progresiva *globalización industrial y la economía de libre mercado* plantean importantes retos a la política de salud pública, creando conflictos entre industria y promotores de salud, entre ministerios de un mismo gobierno y entre distintas divisiones de la Unión Europea, olvidándose a menudo que el alcohol no es una «mercancía ordinaria»: , sino que genera globalmente más gastos que beneficios. Habría que armonizar precios e impuestos y restringir la publicidad y el patrocinio de forma consensuada.
4. La prevención de la demanda (educación, etc.) nunca será tan efectiva como la reducción de la oferta. Por lo tanto, sin descuidar la primera, debe evitarse concentrar los recursos en programas educativos en detrimento de medidas más costo-eficientes, aunque menos populares.

EFICACIA, EFECTIVIDAD Y VISIBILIDAD DE LAS POSIBLES INTERVENCIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Este capítulo, dividido en dos partes, describe primero el cribado del consumo de alcohol para la identificación

precoz de los bebedores de riesgo y, a continuación, la intervención breve orientada a la reducción o supresión del consumo por parte de bebedores con un consumo de riesgo o perjudicial.

CRIBADO DEL CONSUMO DE RIESGO

Se plantean aquí la justificación del cribado, la población diana para éste y los mejores instrumentos para identificar a los bebedores de riesgo, especialmente desde atención primaria de salud, donde muchos consumidores que se hallan en situación de riesgo por su consumo de alcohol ignoran tal condición y otros, con patología atribuible a la bebida, no son conscientes de tal relación.

Se describen varios métodos para estimar el consumo de alcohol y cuestionarios para la identificación o cribado de los bebedores de riesgo, entre los que destacan el AUDIT, AUDIT-C y CAGE, y se comenta la utilidad de los marcadores biológicos desde atención primaria.

Puntos clave

- La identificación de los bebedores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario.
- El cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente a los consumidores de riesgo.
- Los instrumentos estandarizados (cuestionarios) son los que ofrecen mayores garantías para realizar correctamente el cribado.

Recomendaciones

1. El AUDIT-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario.
2. Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes.

INTERVENCIONES BREVES

En esta segunda parte se revisa la evidencia científica de las intervenciones breves, se indican los elementos que favorecen el desarrollo de una relación empática y motivacional y se aportan recomendaciones básicas para la utilización de las intervenciones breves, especialmente desde atención primaria.

INTERACCIONES DEL ALCOHOL CON LOS MEDICAMENTOS

Describe cuáles son las interacciones del alcohol con los medicamentos, el mecanismo de producción (farmacodinámico o farmacocinética) y los factores que las determinan. Incluye un listado de las principales interacciones entre alcohol y medicamentos y principios básicos de actuación para prevenirlas.

Puntos clave

- El alcohol es una de las principales causas de interacción medicamentosa.
- En la mayoría de los casos, la consecuencia de la interacción alcohol-fármaco es un sobreexceso de efectos sedantes, que reducen la calidad de vida de los pacientes.

Recomendaciones

1. Debe prestarse especial atención al consumo conjunto de alcohol y medicamentos en aquellas personas que conducen, utilizan maquinaria o realizan trabajos «de riesgo» (p. ej., en el ámbito de la construcción), ya que el incremento de la sedación y el deterioro del rendimiento psicomotor podrían contribuir a que estas personas se vean involucradas en accidentes.
2. El médico debe intentar seleccionar el medicamento que no interactúe con el alcohol y en todo caso, informar adecuadamente al paciente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE EL TEMA

En este capítulo se plantean una serie de cuestiones sobre las estrategias para mejorar la implicación de los profesionales sanitarios de atención primaria en la detección y la intervención breve sobre el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.

Se analiza la evidencia sobre la efectividad de las medidas de apoyo en los proveedores de salud en cuanto a la detección e intervención breve del consumo de riesgo y perjudicial en atención primaria, destacando la importancia del apoyo, la información y la formación de los profesionales para aumentar la efectividad en el abordaje de los problemas derivados del alcohol.

También se describen los obstáculos que se han detectado, tanto en atención primaria como en atención especializada, para la implementación de los programas, así como las principales recomendaciones para salvarlos.

Recomendaciones

1. Proporcionar formación a los profesionales sanitarios, especialmente durante la formación universitaria y especializada.
2. Facilitar la implementación en la consulta proporcionando instrumentos de detección, protocolos de intervención y ayudas informatizadas.
3. Adaptar los programas de formación y apoyo a las necesidades, actitudes y posicionamientos de los profesionales de atención primaria.
4. Proporcionar asistencia especializada para aumentar la actividad de la atención primaria y secundaria, de manera que si surgen problemas se pueda obtener apoyo y derivar casos al especialista.

COMUNICACIONES ACEPTADAS

ID 17

Análisis de la publicidad sobre promoción y consumo de bebidas alcohólicas aparecidas en radio y televisión, y su repercusión en los hábitos de salud de la población adolescente

Martín Barato, Amelia
March Cerdà, Joan Carles
Prieto Rodríguez, María Ángeles
Luque Martín, Nuria
López Doblas, Manuela
García Toyos, Noelia

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los estudios señalan que «la publicidad del alcohol influye en el consumo adolescente» Objetivo: Analizar los mensajes publicitarios que se difunden en radio y televisión sobre consumo de alcohol, e identificar cuáles de esos mensajes van destinados a adolescentes y a influir en sus hábitos de consumo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipología del estudio: cualitativo y cuantitativo.

1. TV: *spot* y selección de programas emitidos entre el 20-12-2006 y el 9-01-2007 en las cadenas: TVE1, TVE2, Cuatro, La Sexta, Telecinco, Antena3, CanalSur, basado en índices altos de audiencia y programas de alto interés para la población adolescente.
2. Radio: cuñas de radio y selección de programas entre el 20-12-2006 y el 9-01-2007 en las emisoras OndaCero, CadenaSer, PuntoRadio, 40principales, CadenaDial, M80, MáximaFM, RadioMarca, EuropaFM, Cadena100 y Cope.
 - Datos de audiencias: basado en los datos de Sofres, EGM y Terra.
 - Registro y grabación del material
 - Análisis cualitativo basado en criterios como: marca, eslogan, lenguaje, escenario, música, protagonistas, valores y fomento, imagen, patrocinio y asociación del consumo.
 - Análisis cuantitativo: de audiencias, tiempo, y porcentaje dedicado a alcohol del total de publicidad.

RESULTADOS

1. Todas las series de TV analizadas cuentan, entre sus escenarios, con bares donde los protagonistas consumen bebidas alcohólicas. Es frecuente en las series españolas encontrar publicidad indirecta de marcas de alcohol y menores de edad consumiendo alcohol.
2. Se observa la presencia de *spots* de bebidas alcohólicas en los bloques publicitarios de programas infantiles. Todos los eventos deportivos insertan anuncios de alcohol
3. En los spots encontramos asociación del consumo de alcohol al éxito social, sexual y al rendimiento físico. La mayoría de los *spots* analizados incitan al consumo de alcohol y todos lo presentan como positivo.
4. De los programas de radio analizados, el 83,3% emiten anuncios sobre bebidas alcohólicas. En todos los programas de 40 Principales analizados se ha detectado algún

anuncio de alcohol. Existe asociación directa del consumo de alcohol al deporte.

5. En tres de los cuatro programas matinales analizados emiten anuncios de alcohol. En 4 de los 12 programas analizados se detectan intervenciones de locutores del programa en la estrategia publicitaria de alguna bebida alcohólica.
6. Existe publicidad de alcohol, dirigida a población adolescente y encubierta, con valores para la juventud, como libertad, rebeldía, diversión, éxito y seducción. Nunca aparece la graduación del alcohol de la bebida.

CONCLUSIONES

La idea de «normalidad» en el consumo de alcohol y su asociación con elementos positivos se refuerza en los medios de comunicación y la publicidad.

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

GRUPO IMPULSOR

Javier Gómez Pavón (Coordinador)
Pedro Abizanda Soler
Juan Jose Baztán Cortés
Francesc Formiga Pérez
Iñaki Martín Lesende
Jesús de Pedro Cuesta
Pilar Regato Pajares
Andreu Segura Benedito

EXPERTOS CONSULTORES

María Jose Álvarez Pasquín
Lola Claver
Juan Manuel Espinosa
José Augusto García Navarro
José Galindo Ortiz de Landázuri
Antonio Gil Núñez
Ana Gorroñoititia Iturbe
M^a Ángeles Hernández Milagro
Purificación de la Iglesia Rodríguez
Jose M^a Iglesias Sánchez
Fernando Márquez Gallego
Azucena Martínez Acebal
Manuela Monleón Just
M^a Antonia Mora González
José Antonio Pinto Montanillo
Ana Isabel Rivas Pérez
Isidoro Ruipérez Cantera
Antonio San José Laporte

EXPERTOS A PROPUESTA DE

Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental (AEN)
Asociación Española de Vacunología (AEV)
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP).
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).
Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG).
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).
Sociedad Española de Neurología (SEN)
Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas
Ministerio de Sanidad y Consumo

RESUMEN EJECUTIVO

JUSTIFICACIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento, cercano al 18%. Este envejecimiento poblacional está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes. El envejecimiento de los ya viejos, de los mayores de 80 años, por ganancias en longevidad, hará aumentar las tasas de dependencia en España alrededor de cerca de un 10%.

La enfermedad y no la edad, es la principal causa de dependencia. La edad no es causa de dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello, además, influido por el entorno psicosocial.

Es de sobra conocido que este sector de población (persona mayor frágil o de riesgo, y persona mayor dependiente) es el más vulnerable y el que concentra el mayor riesgo de dependencia y las mayores cifras de dependencia ya establecida, lo que ocasiona que presenten un mayor gasto en salud en relación con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales. La principal preocupación de las personas mayores y de sus familias si siguen viviendo más años es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud.

La recientemente aprobada «Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», en su disposición final primera, de aplicación progresiva de la ley, menciona explícitamente la asistencia a la dependencia ya establecida. Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida.

Hoy en día existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible reducir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello, de la dependencia. Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la dependencia es reversible, por lo que **las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben ocupar un lugar preferente.**

OBJETIVO Y MÉTODO DE TRABAJO

Por todo lo anteriormente expuesto, el **objetivo general** del presente documento es el consensuar desde las so-

ciudades científicas y las administraciones públicas sanitarias (Ministerio de Sanidad, comunidades y ciudades autónomas), basándose en la evidencia científica disponible hasta el momento, las principales recomendaciones sanitarias para prevenir la dependencia en las personas mayores.

Como **objetivos específicos** se definen:

- Elaborar recomendaciones para:
 - Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como principal causa de deterioro funcional y dependencia.
 - Prevención del deterioro funcional y de la dependencia, desde los ámbitos de actuación comunitaria (atención primaria) y hospitalaria.
 - Evitar la iatrogenia.
- Establecer recomendaciones de estrategias de intervención en los diferentes niveles asistenciales.
- Determinar líneas de actuación y posibles líneas de investigación en áreas deficitarias.

Para ello la **metodología de trabajo** seguida ha sido la siguiente:

- Elaboración de un documento preeliminar realizado y consensuado por un grupo impulsor de expertos, constituido por representantes de las sociedades científicas y la administración, basado en la revisión de las recomendaciones y directrices de las principales organizaciones en promoción y prevención de la enfermedad y del deterioro funcional y dependencia en las personas mayores.
- Someter dicho documento de consenso a la revisión externa por el resto de expertos designados por sociedades científicas y administración central y autonómicas.
- Determinación del documento final a partir de la discusión y revisión por todos los expertos participantes en el grupo de trabajo (incluido el grupo impulsor). Todos los expertos han firmado una declaración de conflicto de intereses para su participación.

DEFINICIONES

Dependencia: La recomendación del Consejo de Europa aprobada en septiembre de 1998 (2, 6), define la dependencia como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal».

Valoración geriátrica integral o global: Proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente. Incluye la valoración estructurada de cuatro esferas: la clínica, la mental, la social, y la funcional. La VGI aislada no basta por sí sola si no va unida a la toma de medidas para el manejo de los problemas detectados.

Tipificación de las personas mayores: A efectos prácticos del presente documento de prevención de la dependencia, se realiza la siguiente clasificación:

- *Persona mayor sana:* no presenta enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna.
- *Persona mayor con enfermedad crónica:* padece una o varias enfermedades crónicas, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.
- *Persona mayor frágil, o de riesgo:* conserva su independencia de manera inestable y que se encuentra en situación de riesgo de pérdida funcional. Se trata de personas mayores que presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo predictivos de deterioro, pérdida de funcionalidad y de dependencia: edad avanzada (por lo general, a partir de los 80 años); hospitalización reciente; caídas de repetición; polifarmacia con comorbilidad especialmente con patologías crónicas que tienden a la incapacidad (artrosis, artritis, fracturas por caídas, depresión y enfermedades psiquiátricas, déficit visual o auditivo, incontinencia, eventos cardiovasculares); con deterioro cognitivo; con debilidad muscular, alteraciones de la movilidad y equilibrio, y realización de poco ejercicio; con deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad, etc.) o factores demográficos (mujer mayor de 80 años).

Dentro de este grupo igualmente se incluyen como personas mayores frágiles o de riesgo a aquellas con pérdidas de funcionalidad incipientes, fundamentalmente en actividades de la vida diaria, cuando todavía son potencialmente recuperables.

- *Persona mayor dependiente:* es aquella que se encuentra ya en situación de dependencia de carácter permanente independientemente de su intensidad. A efectos prácticos del presente documento clínico, se propone la clasificación de la dependencia en los grados de gravedad que clasifica el índice de Barthel de acuerdo con: puntuación de 60 o más, dependencia leve; 45-55, dependencia moderada; 20-40, dependencia grave; < 20, dependencia total.
- *Persona mayor en situación de final de la vida:* es aquella que padece una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente inferior a seis meses. Englobaría tanto a pacientes con enferme-

dad oncológica como no oncológica en fase avanzada y/o terminal y con limitación funcional grave no reversible (generalmente total, con un índice de Barthel menor de 20), con síntomas intensos, complejos y cambiantes.

ESTRATEGIAS Y MÉTODOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Es necesario incidir en la realización de dichas actividades preventivas en la población mayor sin discriminación por razones exclusivas de edad. La prevención de la dependencia en las personas mayores, siguiendo el patrón habitual de prevención de la enfermedad, resultaría de:

Promoción de la salud. Medidas sanitarias dirigidas a individuos y comunidades, destinadas a incrementar el control sobre los determinantes de salud, para mejorarla, actuando sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyen a preservarla. Los ancianos sanos, a nivel general y poblacional, se benefician mayoritariamente de estas medidas.

Prevención primaria de la dependencia. Medidas dirigidas a disminuir la incidencia de dependencia, y por lo tanto establecidas sobre individuos no dependientes, sin afectación de las AVD, para evitar la aparición de la dependencia. Incluye tanto actividades clásicas de prevención primaria (vacunaciones, evitar accidentes o el tabaquismo, etc.), como considerar el correcto manejo de factores de riesgo y situaciones más específicas de personas mayores relacionados con la aparición de dependencia (síndromes geriátricos, medicación, hospitalización, deficiente soporte social, etc.), pero en personas que aún mantienen la funcionalidad íntegra. Incide también sobre personas mayores sanas, pero sobre todo en los ancianos de riesgo determinados a partir de la existencia de esos factores predictores, y a las personas mayores con enfermedades crónicas, pero que aún no tienen afectación funcional establecida.

Prevención secundaria de la dependencia. Considerando la continuidad desde grados leves de pérdida funcional hasta grados avanzados de dependencia establecida, consiste en la intervención sobre esta situación de pérdida de funcionalidad precoz, cuando todavía existen posibilidades de reversión o de modificar su curso, y por lo tanto, de mejorar su pronóstico. Es un concepto ligado al anciano de riesgo considerado según el deterioro funcional precoz, incipiente, leve, antes incluso de que se manifieste clínicamente. Limitaciones para realizar el cribado son: no estar claramente definido ni disponer de instrumentos precisos para identificar a los ancianos de riesgo a partir de esta pérdida de función, e incógnitas

y déficit de recursos para el abordaje de los casos detectados.

Prevención terciaria de la dependencia. Medidas dirigidas a la persona mayor dependiente, con el fin de abordar sus problemas, aminorar sus consecuencias o actuar sobre su progresión. Son, por ejemplo, las medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte a cuidadores, correcto tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, etc.

El presente documento de prevención de la dependencia en las personas mayores se ha agrupado en tres categorías:

- **Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**
- **Prevención del deterioro funcional, desde atención primaria y especializada.**
- **Prevención de la iatrogenia.**

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso que se produce a lo largo del curso de la existencia y que lleva consigo la optimización del bienestar físico, social y mental con el fin de extender las expectativas de salud, la participación y la seguridad y, con ello, la calidad de vida en la vejez. La promoción de la salud de las personas mayores ha de constituir un propósito explícito del sistema sanitario en particular y de las políticas sociales en general. Los programas e intervenciones de promoción de la salud diseñados y ejecutados por los servicios del sistema sanitario deberían plantearse coordinadamente, por un lado, entre los servicios de salud pública (responsables de las prestaciones proporcionadas colectivamente) y los servicios asistenciales (que las proporcionan básicamente a los individuos) y, por otro lado, entre los distintos servicios asistenciales de atención primaria, especializada, y sociales.

- **Promoción de la salud física:**
 - Fomentar una actividad física adecuada
 - Importancia de la educación y de campañas mediáticas y de intervención específica en las personas mayores para evitar el consumo de tabaco y alcohol.
 - Fomentar una alimentación saludable.
- **Promoción de la salud mental:**
 - Mantenimiento de la actividad mental, el interés por el entorno y la ocupación.
- **Promoción de la salud social:**
 - Mantenimiento de la cohesión social, el interés por el entorno y las actividades sociales. Fomento del respeto a la dignidad de las personas mayores y su protagonismo social de forma que se sientan útiles a la comunidad y apreciados por ella.

- Prevención de problemas de carácter social, como la soledad, la precariedad económica y de la vivienda, etc.
- Mejorar la seguridad del entorno: Aunque las personas mayores pueden exponerse a cualquier entorno, son de especial interés el medio doméstico y el medio urbano.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Estado de las recomendaciones preventivas y su evidencia

La tabla 1 sintetiza las principales recomendaciones de promoción y prevención de la salud en las personas mayores.

PREVENCIÓN DEL DETERIORO FUNCIONAL Y DEPENDENCIA

Desde atención primaria

Recomendaciones de actividades asistenciales generales

- *Fomento y extensión de actividades preventivas.* Entre ellas, una fundamental es el mantenimiento de *ejercicio físico* de cierta intensidad adecuado a las características de la persona. También otros autores dan importancia al mantenimiento de un adecuado soporte y estado nutricional.
- *Revisión periódica de la medicación habitual*, considerando su indicación, evitando el uso de medicación inadecuada en el mayor, interacciones, iatrogenia, y en la medida de lo posible, la polifarmacia. Haciendo partícipe a la enfermera en el seguimiento del tratamiento y de la adhesión al mismo.
- *Correcto abordaje de cuadros clínicos específicos, enfermedades crónicas y síndromes geriátricos*, y que se relacionan entre las causas de fragilidad y dependencia; no olvidar la importancia de condicionantes y problemática de aspecto social.
- *Seleccionar y valorar adecuadamente la funcionalidad de los «ancianos de riesgo»* que permanecen en la comunidad. Dicha valoración puede integrarse en el marco de una VGI.
- *Aplicación de la valoración geriátrica integral o global* con suficiente intensidad e incluyendo planes de manejo de los problemas detectados; realizada fundamentalmente de manera selectiva sobre los ancianos que han perdido funcionalidad, o que presentan factores de riesgo de los enumerados anteriormente (164-167).
- Favorecer la *implicación multidisciplinar de diversos profesionales sanitarios*. En atención primaria es im-

Tabla 1. Recomendaciones de actividades preventivas en personas mayores

Actividad	Edad*	Recomendación	Grado de recomendación**
1A. ACTIVIDADES COMUNES A EDADES PREVIAS			
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA			
Actividad física	Ancianos	Ejercicio físico regular, y entrenamiento de la fuerza muscular y el equilibrio, adecuado a las características de los individuos ¹ . Aeróbico y de resistencia ^{b,c}	A
Nutrición	Todas las edades	Recomendar una alimentación saludable en general, y asesoramiento con intensidad en dislipemia y otros factores de riesgo cardiovascular o para enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación ^{b,e} . Aconsejar dieta pobre en grasas (sobre todo saturadas) y en colesterol ^e	B
	Personas mayores	Mantener un IMC en normopeso o sobrepeso en personas mayores	
Prevención de accidentes	Todas las edades	Uso de cinturón de seguridad y evitar el riesgo de alcohol en la conducción ^e , mantener actividad física, evitar riesgos ambientales para evitar caídas ^b Consejo ante riesgos ambientales, arquitectónicos, escaleras, etc. ^e	B
Tabaquismo	Todas las edades	Preguntar, ofertar consejo y ayuda cada 2 años si es fumador ^{a,b,d} ; si no fuma o lleva mucho de ex fumador no es necesario ^a Intervención sobre los que quieren dejar de fumar. Han demostrado eficacia: consejo médico y de enfermería, terapia intensiva individual o grupal	A
Consumo de alcohol	Todas las edades	Investigar el consumo, cuantificación y consejo de cese periódico ^{a,b} . Búsqueda de casos ^e , o estar alerta ante síntomas o signos de abuso ^f	B
Vacuna de la gripe	≥ 65 años ^a ≥ 50 años ^{b,e} sin límite de edad	Vacunación anual sistemática. Vacunación a grupos con enfermedades crónicas o de riesgo de cualquier edad ^{a,b,g}	A
Vacuna del tétanos-difteria	Todas las edades	Primovacunación si no se ha vacunado previamente. Dosis de recuerdo cada 10 años ^{b,h}	A
Vacuna antineumocócica	≥ 65 años	Vacunación al menos una vez ^{b,d,i,g} ; para otros ⁵ sólo en grupos de riesgo Si pertenece a un grupo de riesgo (enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, metabólicas, institucionales) revacunar cada 6 años ^g	A C
Presión arterial (HTA)	No se especifica en ancianos, aunque se refiere a población adulta sin límite de edad	Toma de PA cada 1-2 años ^{a,d} , o de manera oportunista ^{e,g} ; anual si pertenece a grupos de riesgo ^g	A
Colesterol	< 75 años ≥ 75 años	Determinación cada 5-6 años si los valores son normales ^{a,d,g} . En 65-75 años, hacer determinación si tiene factores de riesgo asociados (tabaco, diabetes, HTA) ^b . Otros recomiendan «búsqueda de casos» ^e Una determinación analítica si no tiene ninguna previa ^{a,g} En prevención secundaria se alarga hasta los 80 años el límite o incluso sin límite de edad ^{12,4,12,5,126}	A C

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA	
Obesidad	Tener una talla de referencia y peso periódico. Considerar el índice de masa corporal (IMC) como medida estandarizada de valoración y seguimiento ^{o,fi} . Consejo e intervenciones para perder peso en obesos ^b . Algunos no encuentran suficiente evidencia para recomendar un cribado e intervención sistemático, hacerlo si presentan enfermedades relacionadas con la obesidad ^e
Determinación de glucemia (diabetes tipo II)	Todas las edades Determinación periódica si se tienen factores de riesgo (p. ej., antecedentes familiares) ^{b,gi,i} , HTA o hiperlipemia ^{b,d} , u obesidad ^d Determinación cada 3 años ^{g,i} , aunque otros no lo recomiendan en personas asintomáticas sin factores de riesgo ^{d,e,g}
Cáncer de cuello de útero, (citología vaginal)	Todas las edades ≥ 65-70 años No realizar, o aumentar la periodicidad de las citologías si se ha hecho regularmente en edades anteriores y éstas han sido normales ^{b-h,j} . Algunos recomiendan dos citologías separadas un año si no se ha realizado en los cinco años previos, cesando si éstas son normales ^{g,h} Si el cribado cesa en > 65 años, los factores de riesgo deberán ser evaluados anualmente y reiniciar éste si alguno se hace presente y la paciente goza de buena salud No realizar si se ha realizado una histerectomía total por causas benignas ^{g,i} ; si histerectomía por cáncer cervical o precursores, exposición intraútero al dietilestilbestrol y/o inmunodeprimidas, se valorará continuar con el cribado mientras tengan buena salud
Cáncer de mama	≥ 40 años hasta los 70 años 70-85 años Mamografía cada 1-2 años ^{b,d,e,j} , en nuestro medio en general cada 2 años, dependiendo el rango de edad de las diferentes comunidades (generalmente a partir de los 50 hasta los 70 años) ^a No hay evidencia para recomendar la autoexploración mamaria ^{b,e} , aunque algunos sí recomiendan la exploración periódica realizada por un profesional Algunos recomiendan mamografía cada 1-3 años ^{b,h} , aunque en nuestro medio no está establecida esta recomendación
Cáncer de endometrio	Mujeres posmenopáusicas Aconsejar que consulten si presentan sangrado vaginal a todas ^g , o sólo si presentan factores de riesgo (edad avanzada, toma de estrógenos en la menopausia, menopausia tardía, tratamiento con tamoxifeno, obesidad, HTA, diabetes, infertilidad, etc.)
Cáncer de ovario	Todas las edades adultas No se recomienda cribado ^{b,ef} . Puede estar recomendado si existen antecedentes familiares de cáncer de ovario ^{d,g}
Cáncer de próstata / PSA – tacto rectal	Varones adultos ≥ 50 años Insuficiente evidencia para recomendar un cribado sistemático mediante PSA, tacto rectal o ecografía ^{a,b,e,g} Otros recomiendan realizar un PSA y tacto rectal anual si la expectativa de vida es superior a 10 años; no indicado en nuestro medio
Cáncer colorrectal	Todas las edades adultas ≥ 50 años Búsqueda activa de sujetos con factores de riesgo (poliposis familiar, EII, antecedentes familiares de cáncer de recto), para realizar colono-rectoscopia ^{a,e,f} Sangre oculta en heces anual y/o sigmoidoscopia o enema de bario cada 5-10 años ^{b,i} . La Canadian Task Force no recomienda la prueba de sangre en heces sistemática ^e
Cáncer de piel	Todas las edades No se recomienda búsqueda sistemática ^{b,f} . Algunos lo indican en personas de riesgo (pieles sensibles, nevos atípicos, múltiples, etc.) ^b

Cáncer de pulmón	Todas las edades adultas	No se recomienda su cribado ^{b,d,g}	C
Osteoporosis	≥ 60-70 años	Realizar densitometría si existen factores de riesgo ^{a,k} , o ha existido fractura sin traumatismo importante. Se recomienda antes de solicitar una densitometría valorar si su resultado va a influir en la decisión terapéutica ^k . Aunque algunos recomiendan a partir de los 65 años realizar cribado periódico ^{b,d,e} Promoción de estilos de vida saludables, tratamiento dietético para conseguir ingesta adecuada de calcio (1.000-1.200 mg/día), y prevención de caídas. Algunos recomiendan ingesta suplementaria de vit. D, 800 unidades/día, (único tratamiento que ha demostrado prevenir la fractura de cadera en mayores de 80 años) ¹²⁷ . Los fármacos antirresortivos, alendronato y risedronato, han demostrado ser eficaces en la prevención secundaria de la osteoporosis en ancianos, fundamentalmente en fracturas vertebrales, aunque los estudios en > 80 años son escasos ¹²⁸ .	C B
Ansiedad y depresión	Todas las edades adultas	Realizar una «búsqueda de casos», tratamiento adecuado y derivación si procede ^a La USPSTF recomienda un cribado para la depresión en adultos para mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento ^b , mientras que otros no encuentran suficiente evidencia para hacerlo, salvo que vayan incluidos en programas de seguimiento y abordaje con capacidad de manejo y resolutiva ^a	B
Ácido acetilsalicílico (AAS)	Todas las edades	Ofertar AAS en personas con antecedentes de cardiopatía isquémica, o varios factores de riesgo cardiovascular, principalmente con diabetes ^b , y que no estén anticoagulados	A
Antiagregación-anticoagulación para evitar eventos cardiovasculares		Se recomienda sin límite de edad el tratamiento antiagregante con 100-300 mg/día de AAS, 75 mg/día de clopidogrel o 300 mg/12 h de triflusal a pacientes con isquemia cerebral por arteriosclerosis Se recomienda la anticoagulación oral en los pacientes con isquemia cerebral cardioembólica, sin límite de edad, valorando el riesgo-beneficio según la calidad de vida, expectativa de vida, comorbilidad y efectos secundarios, en las siguientes patologías: - Fibrilación auricular, valvulopatía reumática, prótesis valvulares mecánicas - IAM previo con dilatación y disfunción de VI - Prótesis valvulares biológicas, valvulopatía reumática y embolias recurrentes, coexistencia de prolapso mitral con ictus recurrentes, embolia previa y dilatación de aurícula izquierda	A A A B C
Hormona tiroestimulante (TSH)	Ancianos	No realizar un cribado universal, si sobre grupos determinados ^{b,g} , como las mujeres ≥ 50 años, o personas con posibles síntomas ^a	C

Actividad	Recomendación	Grado de recomendación**
Caidas	<ul style="list-style-type: none"> - Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular - En ancianos con alto riesgo de caídas o (> 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo o inestabilidad) o que ya se han caído, se aconseja realizar una intervención multifactorial y multidisciplinar intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles, que incluya la estimación del riesgo de nuevas caídas, y la detección y tratamiento de factores de riesgo, así como una VGI. Valoración del riesgo ambiental por un profesional, aconsejando las modificaciones necesarias en el domicilio para prevenir caídas y sus consecuencias - Dar consejo a los cuidadores y ancianos sobre la adopción de medidas para reducir el riesgo de caídas que incluya: la práctica de ejercicio, la reducción de los peligros ambientales y la monitorización de la medicación, reduciendo el uso de psicofármacos - Emplear protectores de cadera en ancianos frágiles con alto riesgo de caídas 	A
Trastornos de movilidad y equilibrio	Búsqueda activa de este síndrome geriátrico ¹³³	A
Deterioro cognitivo	Se recomienda cribado si edad \geq 75 años o toma > 4 fármacos (especialmente psicoactivos o antihipertensivos) ^e	C
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> - No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática - Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias como quejas subjetivas o por un informador próximo de pérdidas de memoria, deterioro funcional no explicado por otras causas o trastornos de comportamiento, <i>delirium</i> durante un ingreso hospitalario, y sintomatología depresiva de inicio en el anciano - Ante la sospecha de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada, test neuropsicológicos, y realizar seguimiento. Los instrumentos generales de cribado cognitivo (p. ej., MMSE) deben considerarse para detectar demencia en personas con sospecha de alteraciones cognitivas - Los pacientes con deterioro cognitivo leve (MCI) deben ser identificados y monitorizados en el declinar cognitivo y funcional por su alto riesgo de progresión a demencia 	C
Alteraciones visuales	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un examen completo de la vista un oftalmólogo o profesionales capacitados, con periodicidad anual en pacientes diabéticos y aquellos que presenten una PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma^{a,e} Otros recomiendan la búsqueda activa mediante revisión periódica de la visión por especialistas (²; Williams Et, Occasional Paper 2001), o por carta de Snellen^e Insuficiente evidencia para recomendar un cribado general de glaucoma o degeneración macular asociado a la edad^e 	B
Hipoacusia	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre dificultad en la audición^{a,b,d,e} y si se precisara, aconsejar el uso de audífonos^a Programas de control de ruido y medidas de protección auditiva^a 	B
Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> Preguntar sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de incontinencia, así como su estudio básico^a Búsqueda activa de este síndrome geriátrico¹³³ 	C
		A

Malnutrición	Identificar los ancianos con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores. Como detección de la desnutrición debe realizarse la medición periódica del peso y de la talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha	C
Polimedición	Formar a los profesionales sanitarios, mediante contactos con expertos, en el uso adecuado de los medicamentos, la utilización de sistemas informáticos y en su defecto de hojas de perfiles de prescripción, la educación sanitaria de los pacientes y la revisión periódica de los medicamentos consumidos ^a	C
	Búsqueda activa de este síndrome geriátrico ³³	A
Maltrato en el anciano	Mantenerse alerta en los sucesivos contactos, incluso se recomienda preguntar sistemáticamente acerca de la violencia-maltrato familiar ^(f) Se recomienda detectar sistemáticamente en ancianos de riesgo que presentan lesiones ^(b)	C
Valoración geriátrica integral (VGI)	– Todos los ancianos frágiles vistos por un médico por primera vez deben recibir en 6 meses una VGI porque mejora los resultados de salud – Tras la realización de la VGI, el seguimiento del anciano debe asegurar el cumplimiento de las recomendaciones ^{35,136}	A

^aPAPPS¹¹⁰⁻¹¹³.^bUnited States Preventive Service Task Force (USPSTF)¹¹⁴.^cAmerican Heart Association¹¹⁵.^dAmerican Academy of Family Physicians¹¹⁷.^eCanadian Task Force on the Periodic Health Examination (CTFPE)¹¹⁵.^fAmerican Medical Association¹¹⁸.^gAmerican College of Physicians¹²⁰.^hAmerican Geriatrics Society¹¹⁹.ⁱAmerican Diabetes Association¹²¹.^jAmerican Cancer Society¹²².^kSociedad Española de Reumatología.^lSociedad Española de Neurología¹²⁹

* Cuando se específica, se indica lo relativo a la edad avanzada.

** A= Recomendación basada en evidencia consistente, soportada en metaanálisis, ensayos clínicos, o estudios de cohortes prospectivos de buena calidad; B= Recomendación basada en evidencia inconsistente, aunque a veces suficiente para soportar la recomendación, derivada de metaanálisis, ensayos clínicos, o estudios de cohortes de baja calidad, o estudios de casos y controles; C= Pobre evidencia para la recomendación, basada en consensos, práctica habitual, opinión, o series de casos para el estudio de diagnósticos, tratamientos, prevención o cribado.

IAM: infarto agudo de miocardio; MCI: alteración cognitiva leve; MMSE: Mini Mental State Examination; PSA: antígeno prostático específico; VI: ventrículo izquierdo

portante potenciar el protagonismo de los *profesionales de enfermería* en la atención específica a este sector de población, por el perfil de desempeño de tareas, cercanía a los pacientes y su familia, y por la evidencia de beneficios en ciertas intervenciones.

Desde atención especializada

Recomendaciones de actividades asistenciales generales

- Todo paciente mayor de 70 años que ingresa en un hospital debería ser evaluado por su riesgo de deterioro funcional.
- Si tiene 80 o más años o entre 65 y 80 años con riesgo de deterioro funcional moderado o alto o presencia de algún síndrome geriátrico, debería recibir una valoración geriátrica integral.
- Se recomienda formación en geriatría en todas las unidades en las que más de un 25% de los pacientes atendidos tengan 70 o más años.
- Si el porcentaje de pacientes de 70 o más años supera el 50% de los atendidos, se recomiendan la presencia en el equipo asistencial de médicos y enfermeras con formación especializada en geriatría, así como de un trabajador/a social junto con la disponibilidad de acceso a personal especializado en terapia física y ocupacional.
- La continuidad de cuidados debe procurarse, cuando sea necesario, una vez sobrepasada la fase aguda en:
 - Unidades de media estancia o recuperación funcional intrahospitalaria para aquellos pacientes que, por presentar deterioro funcional moderado-grave reciente, requieran cuidados geriátricos, rehabilitadores y de enfermería para recuperar el mayor nivel de independencia posible para posibilitar continuar viviendo en su domicilio habitual.
 - Hospitales de día geriátricos para aquellos pacientes que, por presentar deterioro funcional leve-moderado reciente, requieran cuidados geriátricos, rehabilitadores y de enfermería para recuperar el mayor nivel de independencia posible para posibilitar continuar viviendo en su domicilio habitual.
 - En el domicilio del paciente bajo la responsabilidad de atención primaria y, cuando sea preciso, con la colaboración de atención especializada, para aquellos pacientes con deterioro funcional moderado-grave no recuperable y con situación clínica y social frágil que les pone en riesgo de reingreso hospitalario e ingreso en residencia.

PREVENCIÓN DE LA IATROGENIA

a) Iatrogenia y prescripción farmacológica

Tanto la polifarmacia inadecuada como la infraprescripción de fármacos, con la necesidad de adaptar la dosificación a las características fisiológicas de la persona mayor (peso y función renal primordialmente), especial-

mente si ésta presenta datos de fragilidad y monitorizar sus efectos y cumplimiento terapéutico. Será básica una utilización adecuada de fármacos mediante criterios estrictos de selección de las indicaciones, como por ejemplo los criterios de Beers en el paciente anciano y una correcta supervisión de su administración.

b) Iatrogenia y utilización inadecuada de medios diagnósticos y terapéuticos

En este sentido, una prueba diagnóstica (especialmente si es invasiva) está justificada si de ella se va a derivar un tratamiento potencialmente eficaz o si va a influir en el plan de cuidados posterior (para lo que los datos pronósticos derivados de la prueba, aunque no determine una actitud terapéutica inmediata, pueden ser motivo suficiente para realizarla). La *valoración geriátrica integral* es un instrumento importante para mejorar la adecuación de las decisiones diagnósticas y terapéuticas. En el caso de pacientes ancianos con patología quirúrgica, la coordinación de equipos geriátricos con los quirúrgicos en la valoración preoperatoria y seguimiento postoperatorio es el camino a seguir. Un ejemplo ilustrativo es el desarrollo de equipos ortogeriátricos.

c) Iatrogenia y asistencia sanitaria

Un ejemplo claro es la hospitalización. Ésta se encuentra presente en el año previo en más del 50% de pacientes que desarrollan dependencia. Por el contrario, el 30% de los pacientes mayores hospitalizados sufren deterioro de su situación funcional previa. De igual manera, la hospitalización supone un riesgo mayor de complicaciones que en población más joven, como *delirium*, caídas, infección nosocomial, malnutrición, etc. Sin embargo, dado que la población mayor requiere hospitalización con más frecuencia, de manera más justificada que la población más joven y por patología de mayor gravedad, la solución no parece pasar por evitar la hospitalización, sino, más bien, por adaptarla a las necesidades del paciente mayor. En este sentido, ensayos clínicos que han desarrollado intervenciones específicas y especializadas para la población mayor han objetivado una reducción significativa de la tasa de incidencia de deterioro funcional y *delirium*, incluso con una reducción en el coste asistencial, comparada con la atención hospitalaria convencional.

RESULTADOS Y VIABILIDAD DE LAS POSIBLES INTERVENCIONES

Atención Primaria

Resaltan dos grandes líneas estratégicas desde la atención primaria:

- Establecer el contenido y la estrategia de aplicación de la **valoración geriátrica integral (VGI) o global (VGG)**;

el grupo PAPPs establece las siguientes recomendaciones:

- Aunque existe incertidumbre, la VGG parece efectiva para reducir la mortalidad, la institucionalización, o para mejorar el estatus funcional; no se encuentra efecto en la reducción de la hospitalización.
- Las intervenciones se han realizado mayoritariamente en el domicilio y por enfermería (en nuestro medio es un punto de mejora el considerar la realización sistemática de la VGG en la visita domiciliaria a pacientes frágiles y/o dependientes). La evidencia fuera del medio domiciliario y por otros profesionales todavía es más incierta.
- Existe gran diversidad de intervenciones en cantidad y calidad. Muchas de ellas no son extrapolables a nuestra realidad asistencial.
- Es necesario realizar experiencias y ensayos clínicos en nuestro medio.
- La selección de ancianos frágiles o de riesgo, con situaciones clínicas o síndromes geriátricos específicos, o con declive funcional, es probable que aumente la efectividad de estos programas.
- **La detección y manejo del anciano de riesgo en la comunidad**, también según el PAPPs:
 - Potenciación y adiestramiento en la utilización de la VGG como herramienta de valoración multidimensional, detección de déficit, aplicación de actividades preventivas, y articulación de una sistemática para definir problemas encontrados, sobre los que aplicar intervenciones y monitorizar sus cambios. Aunque no hay suficiente evidencia de la efectividad de la VGG para aplicarla de manera sistemática en el medio comunitario, sí se recomienda prioritariamente en los ancianos frágiles o con factores con suficiente predicción de deterioro.
 - Fomento de intervenciones destinadas a potenciar aspectos de la movilidad y habilidades físicas, orientados a recuperar, mantener o mejorar sus actividades de la vida diaria (AVD). El ejercicio físico es una actividad de promoción de la salud y preventiva que se debe indicar sistemáticamente, y que está demostrando importantes beneficios.
 - Potenciación de los profesionales de enfermería en cuanto a la atención a las personas mayores en atención primaria. Hay que definir las intervenciones que han mostrado mejores resultados.

Atención especializada

1. Pacientes ancianos con patología aguda

1.a. Patología médica aguda que no requiere atención en unidades especiales (coronaria, cuidados intensivos, sangrantes, etc.)

Reducen la incidencia de deterioro funcional al alta con costes similares o inferiores en al menos dos ensayos

clínicos-ECA y una revisión sistemática. Su beneficio podría extenderse a todos los mayores de 70 años ingresados por patología médica aguda (en torno al 20% de los ingresos hospitalarios globales).

Grado de recomendación: A.

Nota: La implantación de equipos multidisciplinares con cometido solamente consultor, sin responsabilidad directa sobre la toma de decisiones terapéuticas y de cuidados sobre el paciente no ha aportado beneficios contrastados.

1.b. Hospitalización domiciliaria

Los beneficios sobre la situación funcional y otras variables de eficacia y eficiencia frente a la hospitalización convencional no han sido demostrados, siendo especialmente no negativos y no recomendables en ancianos frágiles. No aplicable.

Grado de recomendación: C.

2. Paciente con patología en fase aguda y subaguda

2.a. Unidades para pacientes con ictus

Una revisión sistemática muestra los beneficios funcionales de la atención en dichas unidades, independientemente de la edad y gravedad del ictus, siempre que la fase de atención contemple el periodo postagudo de la enfermedad. La eficacia de esta intervención está especialmente relacionada con el trabajo interdisciplinar y el tratamiento rehabilitador precoz y continuado (91). Aplicable a todos los pacientes ingresados con un ictus.

Grado de recomendación: A.

2.b. Unidades ortogerátricas

El abordaje conjunto con responsabilidad compartida entre servicios de cirugía ortopédica y geriatría de pacientes ancianos con fractura de cadera reduce la morbimortalidad y el deterioro funcional al alta con una probable reducción de la estancia media.

Aplicable a todos los pacientes con fractura de cadera, especialmente si son mayores de 80 años.

Grado de recomendación: A.

Nota: Las unidades monográficas dedicadas sólo a la recuperación funcional de pacientes con fractura de cadera, que ingresan a aquellos que están estables tras la fase aguda quirúrgica.

Grado de recomendación B.

3. Pacientes ancianos que una vez estabilizada la fase aguda de su enfermedad presentan deterioro funcional de su situación basal subsidiario de recuperación

3.a. Unidades de recuperación funcional

Al menos dos ensayos controlados aleatorizados han mostrado beneficios en la recuperación funcional y un tercero en la calidad de vida relacionada con la función física a corto y largo plazo. Aplicable al 10% de pacientes

mayores de 70 años ingresados en un hospital que al alta presentan un deterioro funcional moderado-grave, potencialmente recuperable.

Grado de recomendación: A.

3.b. Hospitales de día geriátricos y equipos de rehabilitación domiciliaria

Dirigidos a pacientes con deterioro funcional recuperable leve-moderado, presenta beneficios en la reducción del deterioro funcional, aunque los estudios se han realizado con escaso número de pacientes. Aplicación al 0,3% de la población mayor de 75 años.

Grado de recomendación: B.

CONSIDERACIONES ESPECIALES SOBRE EL TEMA

Cada uno de los grupos ve amenazada su salud y su función de diversas maneras, y precisa diferentes estrategias preventivas. Ante una persona mayor, siempre es necesario individualizar en cada caso en concreto, siendo la valoración geriátrica integral (VGI) la herramienta clave a la hora de la toma de decisiones. El resumen recomendado es el siguiente:

- *Persona mayor sana.* Los esfuerzos deben encaminarse para mantener la salud con actividades de promoción de la salud y prevención primaria, principalmente.
- *Persona mayor con enfermedad crónica no dependiente.* Parece más probable que las complicaciones de sus enfermedades crónicas, incurables, de larga evolución, sean la causa de futura morbilidad y deterioro funcional. Así, la máxima prioridad de prevención en estos pacientes, sin olvidar los anteriores, debe ser la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.
- *Persona mayor frágil o de riesgo* de dependencia o con

dependencia leve con posibilidades de revertir. Los esfuerzos, junto con los anteriores, deben de ir encaminados a la prevención específica de los síndromes geriátricos, junto con los de prevención de iatrogenia y deterioro funcional, tanto desde atención primaria como especialmente desde atención especializada.

- *Persona mayor dependiente.* La dependencia se ha instaurado y las principales medidas van encaminadas a evitar la progresión de ésta, centradas principalmente en prevención terciaria de enfermedad, y especialmente en el manejo del síndrome geriátrico, de prevención de iatrogenia y de deterioro funcional.
- *Persona mayor al final de la vida.* El pronóstico de vida es muy difícil de establecer, pero generalmente será menor de seis meses. Los objetivos son comunes a los anteriores en cuanto a confort y bienestar, pero no tanto en cuanto a prevención de la dependencia *per se*:
 - Nutrición a demanda de sus necesidades, prevención de accidentes.
 - Prevención, detección y manejo continuado de síndromes geriátricos y de síntomas especialmente siempre que haya cambios, como empeoramiento y/o causa de molestias: deterioro cognitivo-*delirium*, depresión, ansiedad e insomnio, incontinencia, estreñimiento, dolor; revisión periódica de la medicación; situaciones de maltrato; salud del cuidador, especialmente a la sobrecarga del cuidador principal; valoración del afrontamiento de la situación de enfermedad y dependencia y pronóstico; Directrices avanzadas.
 - Atención sanitaria y social de acuerdo con sus necesidades, evitando la parcelación y fragmentación de la atención. La atención al final de la vida no debe de excluir a ningún profesional.

COMUNICACIONES ACEPTADAS

ID 27

Prevalencia de discapacidad en mayores españoles según niveles CIF establecidos con WHO-DAS II

Virués Ortega, Javier
de Pedro Cuesta, Jesús
del Barrio Fernández, José Luis

Grupo español epidemiológico del envejecimiento
Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La discapacidad en España es un problema de salud pública de primer orden siendo mal conocidas sus causas. En años recientes, el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, Organización Mundial de la Salud, 2003) ha permitido una eva-

luación multidimensional y rigurosa que ha inspirado en el ámbito español un baremo oficial (BOE, 21 abril 2007). El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de discapacidad según niveles CIF en poblaciones españolas mediante cribados de discapacidad y deterioro cognitivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es parte de una encuesta sobre estados de salud y funcionamiento en ancianos españoles cuyos participantes fueron seleccionados a partir de las muestras supervivientes de nueve estudios realizados puerta a puerta sobre enfermedades neurológicas frecuentes. La muestra final estuvo compuesta por 591 sujetos, de los cuales 552 eran analizables. El WHO-DAS II, que fue voluntario en el contexto de esta encuesta, fue completado por 336 participantes (me-

dia de edad: 82,29, dt: 4,97 años; 69,37% mujeres). Además de la medida de la discapacidad y el cribado del estado cognitivo (MEC) y la demencia se estudiaron: morbilidad (diagnósticos médicos), depresión (EURO-D), nivel educativo, nivel socioeconómico, frecuencia de contactos sociales, disponibilidad de confidente, disponibilidad de recursos sociales y tamaño del municipio de residencia. Se obtuvieron prevalencias de los cinco niveles de discapacidad del modelo CIF establecidos sobre la puntuación de la escala WHO-DAS II colapsando los dos últimos (grave 50-95%, y extremo 96-100%) y las asociaciones se estudiaron por regresión logística.

RESULTADOS

Las prevalencias de las categorías de discapacidad leve, moderada y grave/extrema a la edad de 70 años y más fueron del 47,62±9,15%, 18,75±7,15% y 12,50±6,06%, respectiva-

mente. Las prevalencias de discapacidad por sexos y edad y en los distintos dominios del WHO-DAS II se discutirán en la presentación. Las condiciones de salud que más afectaron al riesgo de discapacidad fueron la demencia tipo Alzheimer (OR = 13,04; IC 4,54-37,43) y la depresión (OR = 4,97; IC 95% 1,89-13,12). Eran efectos protectores el tamaño del municipio (OR = 0,33; IC 95% 0,11-0,99), el nivel de instrucción (OR = 0,20; IC 95% 0,05-0,86), y la disponibilidad de servicios (OR = 0,04; IC 95% 0,01-0,25).

CONCLUSIONES

La prevalencia de discapacidad en España es muy superior a la sugerida por la Encuesta de Discapacidad de 1999. Su prevención requiere diseños de intervención adecuados a la eliminación de sus factores de riesgo biológicos y psicosociales más relevantes, como objetivos de salud pública.

PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

GRUPO IMPULSOR

Carlos Guijarro Herráiz (Coordinador)
Carlos Brotons Cuixart
Francisco Camarelles Guillem
María Josefa Medrano
Juan Luis Moreno González

Alfonso del Río Ligorit
Xavier Pintó Sala
Leocadio Rodríguez Mañas
Carmen Suárez Fernández
Fernando Villar Álvarez

EXPERTOS CONSULTORES

Eduardo Alegria
Nury Alejo Brú
Vicente Barriales Álvarez
Patricia Carrillo Ojeda
Pedro Conthe Gutierrez
Exuperio Díez Tejedor
Juan Antonio División Garrote
Guillermo Doménech Muñiz
Daniel Fernández-Bergés Gurrea
Juan García Puig
José Manuel Iglesias Clemente
Maravillas Izquierdo Martínez
María Alonso de Leciñana
Víctor López García-Aranda
Siro Lleras Muñoz

Jose Luis Llisterra Caro
Jose Antonio Lluch Rodrigo
Rafael Marín Iranzo
Gonzalo Martín Peña
Pilar Mazón
Pilar Mesa
Alberto Miján de la Torre
Maria José Pérez Jarauta
Francisco Pérez Jiménez
Santiago Riera Batalla
Purificación Rodríguez Ruiz
Beatriz Rodríguez Vega
José M^a Sánchez Romero
Susana Sans
Juan Ignacio Zabala Argüelles

GRUPO DE EXPERTOS A PROPUESTA DE

Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental (AEN)
Sociedad Española de Angiología (EACV)
Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA)
Sociedad Española de Cardiología (SEC)
Sociedad Española de Epidemiología (SEE)
Sociedad Española de Hipertensión / Liga Española para la Lucha Contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)
Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG)
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Sociedad Española de Neurología (SEN)
Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada. (SENBA)
Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas
Ministerio de Sanidad y Consumo

RESUMEN EJECUTIVO

SITUACIÓN EN ESPAÑA*

A pesar de que España ocupa una posición relativamente privilegiada en relación con otros países desarrollados, las enfermedades cardiovasculares son también la principal causa de muerte en nuestro medio. En 2004, último año del que se dispone de datos publicados, las enfermedades cardiovasculares causaron 123.867 muertes (56.359 en varones y 67.508 en mujeres), lo que supone el 33% de todas las defunciones (29% en varones y 38% en mujeres), y 196.283 años potenciales de vida perdidos con una tasa bruta de mortalidad de 291 por 100.000 habitantes. Si bien tradicionalmente se ha hecho especial énfasis en la enfermedad coronaria, como principal trastorno en el hombre, la enfermedad cerebrovascular es el trastorno predominante en las mujeres. Además, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular constituyen la tercera y cuarta causas, respectivamente, de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

En los últimos años se ha observado un descenso de la mortalidad cardiovascular ajustada por edad, fundamentalmente atribuible a la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Es probable que este descenso se relacione, al menos en parte, con la mejora del control de las cifras de presión arterial.

A pesar de estos datos relativamente favorables en términos de mortalidad, la morbilidad asociada a las enfermedades está aumentando en nuestro medio, un hecho explicable sólo en parte por el envejecimiento de la población.

Es de notar la elevada prevalencia de factores de riesgo en la población general y un déficit notable de su control. De esta aparente paradoja se puede extraer un beneficio adicional: una acción dirigida al control de los factores de riesgo en la población

española puede situar a nuestro país en una situación todavía mejor en comparación con el resto de los países desarrollados.

Desgraciadamente, los cambios en el estilo de vida de nuestra población, con el paulatino abandono de la dieta tradicional mediterránea, la reducción del ejercicio físico y la consecuente mayor prevalencia de la obesidad y la diabetes pueden conducir al continuo incremento de la morbimortalidad cardiovascular.

En este aspecto, cabe destacar la reciente evolución positiva, si bien todavía de alcance limitado, en relación con el tabaquismo en nuestro medio. Esta evolución no

puede disociarse de los cambios normativos producidos en este ámbito, lo que refuerza la conveniencia de adoptar las medidas de prevención y promoción de la salud dirigidas a la población general para fomentar la recuperación de hábitos de alimentación saludables y adaptados a las nuevas formas de vida y a la realidad social de la incorporación de la mujer al mundo del trabajo.

ACCIONES EN CURSO

En los años precedentes, se han puesto en marcha diversas estrategias encaminadas a la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares en nuestro medio. Entre ellas destaca el Plan de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), puesto en marcha hace más de 20 años por la semFYC. En el ámbito cardiovascular, el PAPPS recomienda acciones integradas en el marco de un programa de examen periódico de salud, que incluye vigilancia sobre tabaco, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, alimentación, obesidad, diabetes mellitus, actividad física y consumo de alcohol. Otras iniciativas importantes se han desarrollado atendiendo a problemas o factores de riesgo concretos, como la hipertensión, obesidad o la hipercolesterolemia. Sin embargo, recientemente se ha comenzado a abordar de modo global el problema del riesgo vascular. Por un lado, se reconoce la estimación del riesgo vascular global como punto de partida para plantear un abordaje terapéutico proporcionado al riesgo absoluto. Éste es un avance importante respecto al tradicional abordaje de factores de riesgo aislados. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones de las escalas de estimación, tradicionalmente derivadas de cohortes foráneas. Por ello, son especialmente bienvenidos los esfuerzos de elaboración de escalas que reflejen más adecuadamente el riesgo de nuestra población, como las de las estimaciones de riesgo de las cohortes del sur de Europa del proyecto SCORE y las adaptaciones de la escala de Framingham a nuestro contexto epidemiológico. Son precisos esfuerzos adicionales que puedan mejorar la estimación del riesgo en nuestra población con la inclusión de variables relacionadas con la morbilidad vascular de todos los territorios y no sólo el coronario. Asimismo, es preciso mejorar la aproximación a la valoración de poblaciones con características especiales, como las mujeres y personas de edad avanzada, y la inclusión de parámetros fácilmente accesibles que puedan mejorar la estimación del riesgo (v. gr función renal).

* **Agradecimiento.** Una fuente importante para esta sección ha sido el informe SEA 2007: la arteriosclerosis en España. F Villar, JR Bane-gas, J Donado y F Rodríguez Artalejo, Sociedad Española de Arteriosclerosis, Madrid 2007 (*en prensa*).

Para ello, es necesario mejorar la información epidemiológica sobre los factores de riesgo y la morbilidad cardiovascular.

Sin embargo, la aproximación completa al paciente implica no sólo la determinación del riesgo, sino el plan terapéutico ligado a la estimación realizada. En este sentido, es especialmente destacado el esfuerzo del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) de 12 sociedades científicas con intereses diversos en el campo de la prevención cardiovascular y de la arteriosclerosis. La propia iniciativa de esta Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud, con la incorporación de más de 30 sociedades científicas distintas y la colaboración del Ministerio de Sanidad y todas las comunidades y ciudades autónomas debe continuar en la línea de un mensaje coherente y homogéneo basado en la mejor evidencia científica disponible.

El Plan Integral de la Cardiopatía Isquémica y su continuación en la Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud aborda también propuestas preventivas en el ámbito de los factores de riesgo vascular. Además, establece la incorporación de indicadores del grado de control de los factores de riesgo y de actividad asistencial que favorezcan la coherencia y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Recientemente, y a iniciativa del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, un grupo de expertos ha desarrollado el Plan de Atención Sanitaria del Ictus (PASI), que incluye no sólo indicaciones para el tratamiento del ictus, sino medidas para la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cerebrovasculares.

INTERVENCIONES Y OBJETIVOS DE CONTROL

El grupo de trabajo reconoce el esfuerzo del consenso en el establecimiento del abordaje del paciente de riesgo vascular del CEIPC, que considera una aproximación razonable para: 1) la estimación del riesgo vascular absoluto del paciente, y 2) la adecuación de los objetivos de control e intensidad de esfuerzo terapéutico al riesgo vascular global.

RECOMENDACIONES

En línea con el reconocimiento del problema de las enfermedades cardiovasculares y del deficitario control de los factores de riesgo, este grupo de trabajo plantea una serie de recomendaciones para su desarrollo futuro.

- Iniciativas dirigidas a la población general: A) promover el conocimiento por parte de la población del pro-

blema real de las enfermedades cardiovasculares; B) fomentar medidas de salud en reconocimientos de mutuas laborales; C) ofrecer campañas específicas dirigidas a mejorar el control de los factores de riesgo: tabaco, alcohol, ejercicio físico; D) Alimentación: promover dietas saludables desde el punto de vista cardiovascular en lugares de restauración colectiva, etiquetado adecuado de productos nutricionales, desarrollo de nuevos alimentos precocinados y/o elaborados de acuerdo con los conocimientos actuales sobre la dieta y la enfermedad vascular.

- Iniciativas para el desarrollo por profesionales de la salud y autoridades sanitarias: A) elaboración de una «Guía Unificada de Prevención del Riesgo Vascular» (con una versión resumida) con participación de todas las sociedades científicas implicadas en el manejo del riesgo vascular; B.1) incorporación sistemática de la valoración clínica del riesgo vascular a las visitas a los centros de salud, con adecuación de la sistemática y el tiempo de las visitas a esta nueva actividad; B.2) desarrollo de programas de fomento del uso de las guías y acreditación de centros que las utilicen; B.3) establecimiento de incentivos ligados a objetivos de control y adecuación del tratamiento; B.4) creación de la figura del educador sanitario para mejorar la prevención de la enfermedad vascular en los centros de salud, E implicación de otros profesionales sanitarios (enfermería, farmacéuticos); B.5) establecimiento y aceptación de indicadores de calidad en los informes de alta hospitalaria; B.6) unificación de los protocolos de manejo de la enfermedad cardiovascular de las distintas áreas sanitarias; C) inclusión de medidas objetivas de peso, talla, perímetro abdominal, lípidos; glucemia y presión arterial en la Encuesta Nacional de Salud; D) establecimiento de registros poblacionales de enfermedades vasculares y de grupos de pacientes especialmente vulnerables (hipercolesterolemia familiar e hiperlipemia familiar combinada); D) valoración de la (co)financiación de fármacos para deshabituación tabáquica y antiobesidad; E) desarrollo de programas de formación continuada de los profesionales sanitarios para la adquisición de competencias ligadas a intervenciones educativas y de promoción de la salud en los estilos de vida; F) enseñar a evaluar y actuar sobre el cumplimiento terapéutico.
- Otros puntos de discusión: A) periodicidad del cribado de los factores de riesgo cardiovascular en población sana; B) criterios de derivación a unidades especializadas; C) identificación del paciente de muy alto riesgo; E) estimación del riesgo y aproximación terapéutica en diabéticos, ancianos, trasplantados, infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pacientes de hipercolesterolemia familiar o de hiperlipemia familiar combinada.

- Propuestas para el fomento de la investigación. Temas que deben ser objeto de valoración: A) adecuación de las escalas de riesgo a la población española; B) impacto diferencial de los factores de riesgo vascular en grupos específicos (mujeres, ancianos, niños, inmigrantes, insuficiencia renal, trasplantados, infección por el VIH, hiperlipemias de base genética); C) desarrollo de guías clínicas que aborden la comorbilidad y pautas de manejo de enfermedades crónicas; D) impacto diferencial de los distintos factores de riesgo sobre las diferentes manifestaciones clínicas de la arteriosclerosis; E) impacto diferencial de las enfermedades cardiovasculares so-

bre la calidad de vida y el deterioro funcional; F) impacto de las agrupaciones de factores de riesgo y/o enfermedad vascular sobre la expectativa de vida, calidad de vida y deterioro funcional; G) mecanismos fisiopatológicos de daño vascular en poblaciones especiales (sexo femenino, ancianos, niños); H) impacto de la nutrición y el ejercicio en las enfermedades vasculares; I) función de los factores genéticos en la determinación del riesgo cardiovascular. J) Papel de nuevos marcadores y factores de riesgo vascular; K) eficacia de las actividades preventivas en diferentes grupos de pacientes; L) estrategias de base poblacional factible.

COMUNICACIONES ACEPTADAS

ID 5

Intervención preventiva telefónica en población laboral de alto riesgo cardiovascular

Calvo Bonacho, Eva
Ruiz Moraga, Montserrat
Cabrera Sierra, Martha
Sainz Gutiérrez, Juan Carlos
Fernández-Labandera, Carlos
Román García, Javier

Ibermutuamur, Mutua de accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social n.º 274. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La población laboral (mayoritariamente joven y asintomática) que realiza reconocimientos médicos (RM) periódicos en las mutuas laborales, pero frecuenta poco otros servicios sanitarios y se beneficia escasamente de actuaciones preventivas. Se analizó la efectividad de una estrategia basada en entrevistas telefónicas estructuradas (ETE) sobre sujetos de alto riesgo cardiovascular (RCV) detectados en los RM.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el análisis se incluyeron 5.634 trabajadores (media de edad 51,78 años, 94,74% varones) clasificados como de alto RCV (modelo Score europeo y riesgo relativo superior a 4) en un primer RM (incluyó cuestionario estructurado, examen físico y determinaciones bioquímicas), y sometidos a un segundo RM similar un año después. Todos los casos recibieron un informe (y una carta informativa para su médico de atención primaria) con los factores de riesgo vascular (FRV) detectados y el nivel de RCV, junto con recomendaciones preventivas. Se distribuyeron en dos grupos: al gru-

po A (trabajadores a los que se pudo contactar, $n = 3.661$) se realizó una ETE a los 4, 8 y 12 meses, valorando el conocimiento y cumplimiento de dichas recomendaciones. Al grupo B (trabajadores a los que no se consiguió contactar, $n = 1.973$) sólo se realizó el RM inicial y final.

RESULTADOS:

Ambos grupos (A/B) mejoraron su estrato de RCV y abandonaron el hábito tabáquico en el segundo RM (45,4%/36,3%, $p = 0,0001$; y 26,3%/20,53%, $p = 0,0001$, respectivamente). Estratificados por sexo, edad y grupo profesional, el grupo A mejoró, en mayor medida que el grupo B, los valores medios de los siguientes parámetros:

- Hombres: *Presión arterial sistólica (PAS, en mmHg): -10,6/-7,8, $p = 0,0002$; *Presión arterial diastólica (PAD en mmHg): -4,9/-3,1, $p = 0,0002$; * Colesterol-LDL >125 mg/dl: -24,9%/-22,3%, $p = 0,03$; Edad 45 años: *PAS (-9,4/-6,9, $p = 0,0037$), *PAD (-4,6/-2,6, $p = 0,0001$), *Colesterol total > 200 mg/dl: -21,5/-17,8, $p = 0,009$; Cuello azul *PAS: -10,7/-7,6, $p = 0,0002$, *PAD: -4,8/-2,9, $p = 0,0001$.

CONCLUSIONES:

1. La ETE constituye una herramienta efectiva y de bajo coste para el abordaje preventivo de la población laboral de alto RCV.
2. Los RM de las mutuas laborales suponen una oportunidad óptima de detectar los FRV y estratificar el RCV en una población joven y con alto potencial preventivo.
3. La medicina del trabajo es un eslabón importante en la cadena preventiva. Favorecer estrategias sinérgicas entre la medicina laboral y de atención primaria contribuye a una prevención cardiovascular precoz y eficiente.

ID 11**Riesgo de cardiopatía isquémica asociada al síndrome metabólico en población laboral española**

Ordóñez Rubio, Beatriz
 Laclaustra Gimeno, Martín
 León Latre, Montse
 Casanovas Lenguas, José Antonio
 Bes, María
 Grima, Alberto

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe una tendencia a la agrupación de distintos factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en un mismo individuo, esta asociación, que se ha dado a llamar síndrome metabólico (SM), conlleva un aumento del riesgo cardiovascular y de diabetes mellitus tipo 2 (DM 2). El objetivo fue valorar la frecuencia de síndrome metabólico y de factores de riesgo cardiovascular en una población laboral con y sin cardiopatía isquémica y estudiar el riesgo de padecer cardiopatía isquémica asociado a las distintas posibilidades de asociación entre los componentes de síndrome metabólico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron cifras de distintos factores de riesgo cardiovascular de la evaluación analítica de reconocimientos médicos de empresa previa a la aparición de un evento isquémico cardíaco en los casos. En los controles, los datos se obtuvieron de la última revisión médica de empresa llevada a cabo en el año 2004-2005. Se realizó una distribución aleatoria simple por estratos de edad con una proporción de 1:10; se incluyeron un total de 208 casos y 2.080 controles, todos ellos hombres con edades comprendidas entre 30 y 71 años.

RESULTADOS

Se observó una frecuencia de SM del 16,83% entre los controles y del 44,23% entre los casos. El riesgo de cardiopatía isquémica asociado al diagnóstico de SM fue de 3,92 (IC 95%: 2,91-5,28, $p > 0,001$). El componente que mayor riesgo conllevó fue la hipertrigliceridemia (*odds ratio* [OR] 4,13, IC del 95%: 3,09-5,53, p).

CONCLUSIONES

El riesgo de cardiopatía isquémica asociado al SM es alto. El componente de SM que mayor riesgo conllevó en esta muestra fue la hipertrigliceridemia. El riesgo de cardiopatía isquémica asociado al SM no sólo depende del número de componentes, sino también de cuáles son los criterios que se asocian.

ID 24**Calidad de la prescripción de ejercicio físico en prevención cardiovascular**

Guasch Bosch, Joaquín
 Merino Solis, Rafael
 Carnicé Bosch, Maria Dolors
 Sala Bara, Esther
 Turmo Garuz, Antonio
 Valle López, Xavier

Escuela de Medicina del Deporte, Universidad de Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se está potenciando, cada vez más, el consejo y la prescripción de ejercicio físico (EF) como herramienta terapéutica. En la literatura especializada, las intensidades de EF recomendadas oscilan entre el 50 y el 85% de la frecuencia cardíaca de reserva, según el parámetro a mejorar. Aprovechando el acontecimiento de «Firagran» (feria destinada a la gente mayor), tratamos de obtener información sobre el grado y la calidad de la prescripción de EF en atención primaria, a partir de dicha muestra, y observar si la intensidad a la que estas personas solían ejercitarse andando sería suficiente para optimizar las adaptaciones cardiovasculares requeridas para obtener mejoras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, sobre una muestra de población asistente a Firagran (2005 y 2006). Se administró una encuesta dirigida, con ítems cerrados, sobre antecedentes patológicos y factores de riesgo cardiovascular (FRCV), se recogieron datos antropométricos y variables fisiológicas, y se realizó una prueba de EF registrando la intensidad de esfuerzo habitual durante la práctica de EF andando, y su comparación y grado de consecución, con una intensidad de EF objetivo, individualizada.

RESULTADOS

Muestra de 563 individuos, 34% hombres (H) y 66% mujeres (M), con una media de edad de $69,55 \pm 7,70$ ($70,41 \pm 6,75$ y $69,13 \pm 8,13$, respectivamente). Los FRCV más prevalentes fueron la hipertensión arterial (HT)A (37%), la dislipemia (31%) y la diabetes (11%). Un 7% eran fumadores (33% H, 4% M; p).

CONCLUSIONES

El registro del nivel de actividad física, imprescindible en la valoración del sedentarismo como FRCV prevenible, fue bajo. La prescripción de EF fue manifiestamente incompleta. Un gran porcentaje de la muestra podría beneficiarse de una prescripción más personalizada, aumentando su intensidad a la hora de realizar EF andando.

HACIA LA CREACIÓN DE UN COMITÉ ESPAÑOL SOBRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

AUTOR:

Amando Martín Zurro

RESUMEN EJECUTIVO

INTRODUCCIÓN

La generación de recomendaciones sobre prevención de las enfermedades y promoción de la salud basadas en la evidencia científica disponible y adaptadas al contexto de aplicación es una responsabilidad de la mayor relevancia, tanto para las autoridades sanitarias como para los organismos y sociedades científicas, así como para cada profesional individual.

La repercusión que tienen los actos sanitarios no se enmarca exclusivamente en el campo de la situación de salud individual y colectiva, sino que se extiende a otros muchos ámbitos, desde el estrictamente económico hasta el de las necesidades de recursos humanos. No se puede olvidar que una actuación preventiva o de promoción de la salud incorrecta o innecesaria o por el contrario, su no aplicación cuando es precisa, puede ser fuente de perjuicios en estos y otros ámbitos, además de para la propia salud individual o colectiva.

Desde esta perspectiva, y al igual que sucede en otros ámbitos profesionales, las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud deben responder en todo momento a una valoración adecuada de la evidencia científica y ser efectivas y eficientes. En éste, como en otros campos de la atención sanitaria, la variabilidad de la práctica es muy importante y no responde, en muchas ocasiones, a causas justificadas o justificables. Reducir esta variabilidad de la práctica en el ámbito de la prevención y promoción parece, a todas luces, un objetivo deseable y en esta línea, avanzar en la construcción de instrumentos que nos permitan alcanzarlo es un propósito inexcusable de las diferentes partes implicadas.

La celebración de la I Conferencia Española sobre Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, en la que participan más de 25 sociedades científicas y las administraciones sanitarias central y autonómicas, parece, en principio, una ocasión propicia para iniciar los trabajos que nos permitan analizar la conveniencia y las posibilidades de constituir en España un organismo que lidere este tipo de actuaciones.

ANTECEDENTES

En septiembre de 1976, la Conferencia de Ministros de Salud de las provincias de Canadá acordó la creación del Canadian Task Force on Periodic Health Examination. En 1979, este organismo editó la primera publicación, que hacía recomendaciones sobre 78 enfermedades o problemas de salud. Entre 1979 y 1984, se llevaron a cabo nueve actualizaciones de diversas recomendaciones, añadiendo algunas a las iniciales del año 1979. En 1994,

se publicó el libro *The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. El nombre inicial del organismo canadiense ha cambiado, y en la actualidad se denomina Canadian Task Force on Preventive Health Care.

En 1984 se creó, a imagen y semejanza del organismo canadiense, el US Preventive Services Task Force (USPSTF), que ese mismo año estableció un convenio de colaboración con el Servicio de Salud Pública. Desde 1998 lo patrocina la Agencia para la Calidad y la Investigación en Salud.

En Europa, a principios de la década de 1980, la Región Europea de la OMS puso en marcha los programas CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention) que, con base estatal (participan alrededor de 30 países de la Región Europea de la OMS y Canadá), pusieron en marcha programas y evaluaciones de intervenciones dirigidas a la prevención de las enfermedades crónicas. En 1995, a iniciativa del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (PAPPS-semFYC), inició su andadura el proyecto EURO-PREV, en el que se han ido aglutinando profesionales de distintos países del continente y que, en fechas recientes, ha sido reconocido oficialmente como grupo estable de WONCA-Europa.

A finales de 1988 se creó en España el PAPPS, un programa de la semFYC abierto a la participación de otros profesionales y sociedades de atención primaria, como ha sido el caso de la Sociedad de Pediatría. El PAPPS revisa periódicamente sus recomendaciones e introduce como elemento diferencial respecto a los organismos antes citados la realización periódica de estudios de evaluación del grado de puesta en práctica de las recomendaciones, así como otros sobre su efectividad y la aceptación que reciben por parte de los usuarios de los centros adscritos al programa. Casi desde sus inicios, el PAPPS mantiene un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

También en Estados Unidos, se creó más recientemente el Task Force on Community Preventive Services (USTFCPS), como organismo independiente aunque con estrechas relaciones con el CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) radicado en Atlanta. Su enfoque se diferencia del USPSTF en que aborda los análisis de los problemas y las recomendaciones desde la perspectiva de las intervenciones comunitarias, no individuales. Podría considerarse, de hecho, como complementario del anterior.

Tanto los organismos estadounidenses como el canadiense (este último atraviesa, desde hace dos años, un período crítico de reactivación ante la dimisión de sus responsables por la retirada de los fondos públicos de so-

porte) comparten objetivos y, en la mayoría de las ocasiones, métodos de actuación: priorizan los problemas que deben ser objeto de estudio, analizan las evidencias científicas disponibles y realizan recomendaciones, con distintos grados de intensidad, acerca de su aplicación en la práctica clínica o, en el caso del Task Force on Community Preventive Services, en intervenciones comunitarias.

En España, son muchas las sociedades científicas (sobre todo de la esfera clínica y de la salud pública) e instituciones públicas y privadas que intervienen de forma más o menos continuada en el campo de la prevención y promoción de la salud, bien realizando recomendaciones relativas a procesos incluidos en sus ámbitos temáticos o con estudios y proyectos de investigación en este ámbito. No es infrecuente que las recomendaciones emitidas por distintas sociedades o instituciones no coincidan en todas o algunas de sus características, lo que causa algunos problemas y desconcierto entre los colectivos profesionales y los propios ciudadanos.

Si bien es cierto que en todos los organismos y programas citados, incluyendo por supuesto los Task Force estadounidense y canadiense, es innegable el mayor peso específico de los profesionales y sociedades del campo de la atención primaria y de la salud pública, no lo es menos que la mayoría de ellos se han preocupado por incorporar a diversos profesionales y sociedades con funciones relevantes en este ámbito y han establecido vínculos y convenios de colaboración con múltiples entidades públicas y privadas.

Hasta el momento actual, aparte de PAPPs-semFYC, no existe en España ningún organismo o institución independiente o de las administraciones sanitarias que se ocupe específicamente de forma continuada de analizar la evidencia científica disponible y de realizar recomendaciones preventivas y de promoción de la salud de forma global y para la práctica clínica, fuera de un ámbito especializado concreto.

Tal como se señalaba en la introducción de este documento, la celebración de la I Conferencia Española sobre Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica parece una oportunidad adecuada para iniciar el análisis y realizar las primeras propuestas que puedan conducir en un futuro a la constitución de un Comité Español sobre Prevención y Promoción de la Salud, independiente y formado por expertos.

SOBRE EL GRUPO DE TRABAJO DE LA CONFERENCIA SOBRE EL COMITÉ ESPAÑOL

La generación de un Comité Español sobre Prevención y Promoción de la Salud no parece, al menos a primera vista, una tarea fácil ni sencilla. Es preciso, en primer lugar, que las administraciones sanitarias visualicen la necesidad de crear un instrumento que sea capaz de generar

análisis, estrategias de actuación y recomendaciones basadas en la evidencia y adaptadas a nuestro contexto en este ámbito, y que lo haga bajo una perspectiva independiente pero contando con su apoyo científico, técnico y logístico. Ésta es una perspectiva muy «anglosajona» pero pienso que no hay que renunciar de entrada a la viabilidad en nuestro entorno de un binomio «independencia-soporte».

Es necesario también que los profesionales y sus organizaciones, tanto científicas como corporativas, estén dispuestos a apostar decididamente por la creación de este organismo y a depositar en él, de forma progresiva y de acuerdo con el avance y prestigio de sus actuaciones, la capacidad de asesoramiento en el campo de la prevención y promoción de la salud en España. Es un ejercicio difícil que implica elementos relativos a la confianza, la humildad y la amplitud de miras que también considero que no podemos renunciar a que formen parte del patrimonio que han de aportar los profesionales y sus organizaciones al proyecto.

Tal como se ha señalado previamente, en esta I Conferencia lo que se pretende en este campo es iniciar la discusión sobre la viabilidad y pertinencia de un organismo de este tipo en España y, en caso afirmativo, diseñar la estrategia más adecuada para poder alcanzar este objetivo en un futuro más o menos próximo.

En el contexto del Sistema Nacional de Salud español es más viable que en otros países la coordinación/integración de los análisis sobre las actividades de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud a realizar en el contexto de la práctica clínica asistencial con los que se hagan sobre este mismo tipo de actividades desde una perspectiva comunitaria e intersectorial. Se podría visualizar en el estado español una especie de «fusión» de los dos organismos estadounidenses (USPSTF y USTFCPS) que se ocupan de la vertiente clínica y comunitaria, respectivamente, o, de forma alternativa, la constitución de ambos organismos de forma simultánea y el establecimiento de potentes vínculos de coordinación entre ambos. Siempre partiendo del carácter asesor de este o estos organismos, carácter que implica la no obligatoriedad por parte de las administraciones sanitarias o de otros sectores sociales de poner en práctica las recomendaciones aportadas.

Además de la realización de recomendaciones basadas en la evidencia y en el contexto de aplicación, este organismo podría proponer y/o liderar estudios y proyectos sobre prevención y promoción, incluyendo los relacionados con la evaluación del grado de implantación y efectividad de dichas recomendaciones.

En esta I Conferencia, el Grupo de Trabajo encargado de analizar este tema debe estar formado por profesionales propuestos desde los siguientes ámbitos:

- Sociedades científicas impulsoras de la conferencia.
- Administraciones sanitarias central y autonómicas.

- Comité Académico de la Conferencia.

El número total de participantes en el Grupo de Trabajo no debe ser superior a 15-20 personas, incluyendo el invitado de US Task Force y el moderador del grupo, que se propone que sea el presidente del Comité Académico de la Conferencia.

AGENDA DEL GRUPO DE TRABAJO

De acuerdo con el cronograma previsto, se procederá a la constitución del Grupo de Trabajo, a la presentación de los componentes y al nombramiento de un secretario que será el encargado de tomar las notas que servirán de base para la elaboración del acta-resumen de la reunión y de las conclusiones.

La sesión de trabajo la iniciará el moderador del Grupo de Trabajo con una presentación breve (unos 10 minutos) del documento de trabajo de partida. A continuación intervendrá el invitado del US Task Force, durante unos 15-20 minutos, sobre los siguientes puntos clave:

- Situación actual del US Task Force, incluyendo los principales problemas existentes en el pasado inmediato en su funcionamiento.
- El futuro del US Task Force, incluyendo los interrogantes planteados.
- Y su valoración de la iniciativa española, incluyendo su opinión sobre su viabilidad y pertinencia.

Tras esta introducción, se procederá a analizar mediante intervenciones solicitadas por los miembros del Grupo y con la técnica del *brain storming* focalizado y moderado, los siguientes puntos, que se abordarán por orden (el propuesto u otro acordado por los miembros del Grupo):

1. Visión, misión y funciones esenciales de un Comité Español sobre Prevención y Promoción.
2. Viabilidad conceptual, política, técnica y financiera del Comité Español.
3. Organización del Comité: Presidencia, Comisión Permanente, Grupos de Trabajo, Secretaría Técnica y Logística, Visibilidad del Comité (*web*, publicaciones, etc.).
4. Elección y nombramiento de los miembros del Comité.
5. Dinámica de funcionamiento del Comité (elección de temas para revisar, encargos de trabajo, aprobación de los informes, periodicidad de las reuniones, etc).
6. Relaciones del Comité: sociedades científicas, administraciones, otras instituciones públicas y privadas.
7. El Comité Español y las sucesivas ediciones de la Conferencia.

* Agradecimiento. Una fuente importante para esta sección ha sido el informe SEA 2007: la arteriosclerosis en España. F Villar, JR Banegas, J Donado y F Rodríguez Artalejo, Sociedad Agradecimiento. F Villar, JR Banegas, J Donado y F Rodríguez Artalejo, Sociedad Española de Arteriosclerosis, Madrid 2007 (en prensa).