

MESA DEL PAPPS

Actividades preventivas en proceso de cambio

Moderador:

A. Martín Zurro

Presidente del Organismo de Coordinación del PAPPS.

Ponentes:

M.P. Farjas Abadía

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Coordinadora del Consenso Nacional de Gripe. Asociación Española de Vacunología.

M.C. Fernández Alonso

Médica de familia, EAP de Casa del Barco (Valladolid). Coordinadora del Grupo de Salud Mental del PAPPS y del Grupo de Violencia Familiar de la Socalemyc.

J. Torcal Laguna

Médico de Familia. EAP Basauri-Ariz (Bizkaia). Miembro del Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPS.

R. Córdoba García

Médico de Familia. Centro de Salud Universitario Delicias Sur (Zaragoza). Profesor asociado de la Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza. Miembro del Grupo de tabaco (GAT) de la semFYC.

Resumen “Conferencia de Consenso sobre gripe” de la Asociación Española de Vacunología (AEV)

M.P. Farjas Abadía

Objetivo

Elaboración entre expertos de las distintas áreas de conocimiento sobre la gripe, de un documento técnico de recomendaciones de: carga de enfermedad, vigilancia, vacunación, profilaxis no inmunológica y tratamiento basado en las mejores evidencias científicas del momento.

Metodología de trabajo

Panel de expertos miembros de las distintas Sociedades científicas relacionadas, expertos de reconocida experiencia en cada una de las áreas a tratar. Se constituyeron entre los miembros del panel de expertos grupos de trabajo por áreas de conocimiento. Cada grupo de trabajo presentó su documento de análisis y propuestas al panel completo.

Participantes

Dr. Javier Arístegui Fernández; Dra. Pilar Farjas Abadía; Dra. Ángela Domínguez; Dra. Pilar Pérez-Breña; Dr. Agustín Portela Moreira; Dr. Francisco Salmerón García; Dr. Salvador de Mateo Ontañón; Dra. M^a José Álvarez Pasquín; Dr. Javier Díez Domingo; Dr. Raúl Ortiz de Lejarazu Leonardo; Dr. Joan Puig-Barberá; Dra. Teresa Hernández-Sampelayo Matos; Dra. Julia Colomer Revuelta; Dr. Rodrigo Jiménez García; Dr. Tomás Pumarola Suñé.

Resultados

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda causada por los virus gripales A y B caracterizada por su alta contagiosidad y aparición en forma de epidemias anuales y ocasionalmente pandemias. La infección cursa con un amplio abanico de presentaciones clínicas que incluye formas autolimitadas de cuadros respiratorios de vías altas y bajas con repercusión sistémica y, otras veces, complicaciones graves en órganos vitales. Las epidemias de gripe ocurren cada año y suelen estar producidas por variantes menores de los tipos A y B de forma que dentro de los primeros años de vida casi nadie escapa a estas infecciones que dejan inmuni-

dad protectora exclusivamente frente a la cepa de virus infectante, siendo habitual que las personas sufran varios episodios gripales a lo largo de su vida. Las tasas de ataque son superiores en los niños y en la población joven, pero la letalidad, que se ocasiona fundamentalmente por complicaciones respiratorias, es muy superior en las personas de edad avanzada (más de 65 años) o con enfermedades de base (cardiopatía, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, insuficiencia renal, neoplasia e inmunodeficiencias).

El virus tipo A es el más asociado a una presentación epidémica y el único que puede ocasionar pandemias. El tipo B ocasiona casos esporádicos y brotes epidémicos localizados y de intensidad moderada.

En España, los casos de gripe notificados durante las temporadas gripales desde 1980 a 2004 han oscilado entre los 851.114 de la temporada 2000-2001 hasta los 4.548.622 de la temporada 1989-1990. Las muertes por gripe y neumonía desde 1980 a 2001 han oscilado entre las 7.172 registradas en 2001 y las 11.321 alcanzadas en 1981.

La necesidad de adecuar anualmente la vacuna antigripal a las características antigénicas de los virus circulantes ha sido la base del desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica de la enfermedad (Sistema EDO, Red de Médicos Centinela), la creación de centros nacionales de referencia de gripe, y de la vigilancia virológica de las cepas circulantes (Sistema de Información Microbiológica); y de la participación en la red europea de vigilancia de la gripe (European Influenza Surveillance Scheme) y en la red internacional de laboratorios (FluNet; <<http://www.who.int/GlobalAtlas/home.asp>>).

La vacunación antigripal anual ha demostrado su efectividad en la reducción del riesgo de mortalidad y de ingresos hospitalarios por gripe o sus complicaciones en personas de 64 y más años. Cada vez son mayores los estudios de efectividad vacunal y estudios económicos que sustentan la recomendación de vacunación de personas con patologías crónicas e inmunodeprimidos, así como de la evidencia del efecto protector para los pacientes ingresados e institucionalizados de la vacunación de sus cuidadores y trabajadores de los centros.

Los avances de la investigación farmacéutica con la producción de vacunas adivuadas y atenuadas; la necesidad de mejorar las deficientes coberturas vacunales de los trabajadores sanitarios, de los pacientes de menos de 65 años con patologías de riesgo, así como reducir el mayor riesgo de ingresos hospitalarios de los niños de 6 a 23 meses de edad por gripe o sus complicaciones ha hecho que en los últimos años se modifiquen las estrategias vacunales con políticas de captación activa de determinados grupos de población, y ampliando las indicaciones de población diana de las campañas de vacunación anual a los >50 años y a los niños de 6 a 23 meses de edad en países como EEUU y Canadá.

A la necesidad de responder a estas nuevas propuestas se añade la urgencia de definir estrategias de actuación frente a una potencial pandemia de gripe.

Recomendaciones del grupo de consenso sobre el uso de antivirales y de la vacunación antigripal en pediatría y en el adulto

Recomendaciones de estrategias vacunales frente a la gripe

1. Recomendaciones de vigilancia epidemiológica:

- Seguir ampliando las redes de médicos centinelas y de laboratorios para la vigilancia de la gripe;
- Ampliar los sistemas de registro de vacunación o los estudios de cobertura vacunal para conocer las coberturas vacunales según grupos de edad, profesión y estado de salud y la mejora en las mismas.
- Ampliar los estudios de evaluación de la eficacia, eficiencia, efectividad e impacto en la morbilidad, mortalidad e ingresos hospitalarios, por grupos de edad y de riesgo, con especial interés en la edad pediátrica.

2. Recomendaciones de población diana según nivel de riesgo:

a) Adultos (> 18 años):

- Personas en las que está demostrado el efecto protector de la vacuna frente a la mortalidad asociada a la gripe, la hospitalización o complicaciones de la gripe.

- Personas que trabajan o conviven con adultos o niños de riesgo y que pueden actuar como agentes transmisores de la gripe a las mismas.
- Trabajadores de servicios públicos esenciales como bomberos, policías y profesores.
- Personas que viajan al extranjero.
- Personas infectadas por el VIH.

b) Niños:

- Niños de ≥ 6 meses de edad que, por sus condiciones clínicas, tuviesen aumentado el riesgo de sufrir las complicaciones derivadas de padecer la enfermedad.
- Niños que conviven con personas de alto riesgo de complicaciones por gripe y que actúan como agentes transmisores de la gripe a las mismas.
- Niños que viajan al extranjero.
- Niños infectados por el VIH.

3. Recomendaciones de estrategias de vacunación:

- Deberían establecerse estrategias de identificación de personas no vacunadas y de captación activa con el fin de alcanzar altas coberturas ($> 80\%$) en personas institucionalizadas y mayores de 65 años.
- Conseguir altos niveles de vacunación entre los profesionales sanitarios y trabajadores o convivientes de personas de pacientes de alto riesgo, mediante programas de sensibilización y de captación especialmente dirigidas a estos colectivos.
- Abordar estrategias eficaces de vacunación en adultos y niños de riesgo que permitan romper los actuales porcentajes de cobertura en estos grupos. Se deberían establecer programas de vacunación específicos para los pacientes incorporados a programas de seguimiento de patologías crónicas (diabéticos, hipertensos, broncopatas, cardiopatas...) con sistemas de seguimiento activo. En estos últimos años en algunos países y CCAA se ha establecido como estrategia para aumentar las coberturas vacunales en los grupos de personas de riesgo la disminución del límite inferior de las edades de las campañas de vacunación a los 60, 55 o 50 años, por los que se deberá estar atento a la eficacia de esta estrategia para su potenciación o modificación.
- Deben establecerse estrategias de estímulo activo a la vacunación de los niños con problemas de salud en los servicios de pediatría, con programas específicos de captación de los niños en programas especiales (trasplante, cardiología, endocrinología, cáncer).

4. Recomendaciones según tipo de vacunas:

- Utilizar de forma preferente el tipo de vacuna que aporta una mejor respuesta inmunológica para cada grupo de edad.
- Deberá tenerse presente la necesidad de reconsiderar las recomendaciones de uso de las vacunas antigripales en el momento en que se encuentren disponibles las vacunas atenuadas de aplicación intranasal.
- En caso de déficit o problemas en el suministro de vacunas se valorará la posibilidad de utilizar dosis menores (20%, 40%) de aplicación intradérmica, como una estrategia de optimización de las dosis disponibles en adultos y jóvenes.

Recomendaciones para el uso de antivirales contra los virus influenza (antigripales)

Los antivirales contra los virus Influenza globalmente reducen la gravedad y la duración de la infección causada por virus Influenza A o B; colaboran para controlar brotes de gripe en instituciones cerradas y reducen la diseminación del virus a personas a riesgo de complicaciones graves por gripe y el propio riesgo de complicaciones. Actualmente, en España están infrautilizados.

El previo almacenamiento de la medicación con fines especiales para grupos de población seleccionados para el tratamiento y profilaxis de la enfermedad causada por un nuevo virus pandémico es una solución posible. No se recomienda su administración masiva a la población.

Por el nivel de incertidumbre que rodea las recomendaciones de todos los organismos nacionales e internacionales, deben de ser interpretadas con precaución.

Opciones para el uso de antivirales en caso de pandemia.

Profilaxis: La profilaxis pre exposición es prácticamente imposible realizarla por la gran cantidad de producto que sería necesaria, excepto en personas o circunstancias limitadas, por lo que las recomendaciones se centran en el uso de antigripales en primer lugar como tratamiento y en segundo lugar como profilaxis post exposición.

Se recomienda la profilaxis post-exposición como profilaxis de larga duración (mínimo 4 semanas) en población definida durante la ola de actividad de la pandemia; Profilaxis en instituciones cerradas durante los brotes (duración habitual de 2 semanas); Profilaxis individual durante el período desde la vacunación al desarrollo de la protección (duración entre 2-6 semanas, en función de si se recomiendan una o dos dosis) y profilaxis individual tras la exposición al virus pandémico (duración de una semana).

La profilaxis post-exposición debe ir dirigida a servicios esenciales para atender a la pandemia y a personas de alto riesgo de desarrollar complicaciones, hospitalización o muerte por la gripe a fin de disminuir la morbi-mortalidad.

La utilización de antivirales como tratamiento debe priorizarse en casos hospitalizados; servicios esenciales y en casos no hospitalizados con factores de riesgo.

Recomendaciones de antigripales en caso de período interpandémico

Profilaxis en instituciones cerradas durante los brotes (duración habitual de 2 semanas) y como profilaxis individual en personas de alto riesgo durante el período desde la vacunación al desarrollo de la protección (duración 2 semanas).

Tratamiento de personas afectadas de una complicación grave de la gripe y de personas expuestas en las que la vacuna esté contraindicada.

Bibliografía

- Avian influenza: assessing the pandemic threat. WHO Geneva, Switzerland. JANUARY 2005. WHO//CDS/2005.29. http://www.who.int/csr/disease/influenza/WHO_CDS_2005_29/en
- Cates CJ, Jefferson TO, Bara AI, Rowe BH. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2004;CD000364.
- Centers for Disease Control and Prevention. Antiviral agents for influenza: background information for clinicians; 2003, December 16. Atlanta: Department of Health and Human Services, 2003.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines & Recommendations. Influenza antiviral medications: interim chemoprophylaxis and treatment guidelines; 2003, December Atlanta: Department of Health and Human Services, 2003.
- Centers for Disease Control and Prevention: Vaccine-preventable diseases: improving vaccination coverage in children, adolescents, and adults: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR. 1999;48:1-16.
- Centers for Disease Control. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2004;53:1-40.
- Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2004-2005. RMTC. 2004;30(DCC-3):1-32.
- Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics Reduction of the Influenza Burden in Children. Pediatrics. 2002;110:1246-52.
- Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev. 2004;CD001269.
- European Influenza Surveillance Scheme (EISS). Table of influenza vaccination recommendations in Europe. <http://www.eiss.org/html/vaccination.html> (consultado el 13 de marzo 2005).
- García de Codes Ilario A, Arrazola Martínez Mdel P, de Juanes Pardo JR, Sanz Gallardo MI, Jaen Herreros F, Lago López E. [Influenza vaccination in healthcare workers. Strategies to achieve compliance in a general hospital]. Med Clin (Barc). 2004;123:532-4.
- Glezen WP, Couch RB. Influenza viruses. En: Evans AS, Kaslow RA, editores. Viral infections of humans (4ª ed). Nueva York: Plenum Medical Book, 1997. Pags 473-505.
- Glezen WP, Taber LH, Frank AL, Gruber WC, Piedra PA. Influenza virus infections in infants. Pediatr Infect Dis J. 1997;16:1065-8.
- Heikkinen T, Silvennoinen H, Peltola V, Ziegler T, Vainionpää R, Vuorinen T, Kainulainen L, Puhakka T, Jartti T, Toikka P, Lehtinen P, Routi T, Juven T. Burden of influenza in children in the community. J Infect Dis. 2004;190:1369-73.
- ICSI: Health care guidelines for patients and families en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=182&itemID=703> (consultado 1 marzo 2005).
- Jiménez-García R, Mayo Montero E, Hernández Barrera V, Sierra Moros MJ, Pachón del Amo I, Carrasco Garrido P, Martínez-Hernández D et al. Evolution of anti-influenza vaccination coverage in Spain from 1993 to 2001. Vaccine. 2005;23:2844-50.
- Klimov A, Simonsen L, Fukuda K, Cox N. Surveillance and impact of influenza in the United States. Vaccine. 1999;17:S42-6.
- Lamb RA, Krug RM. Orthomyxoviridae: The viruses and their replication in Fields Virology, 4th ed. (eds. Knipe DM, Howley PM) 1487-1531 (Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2001).
- Luce BR, Zangwill KM, Palmer CS, Mendelman PM, Yan L, Wolff MC, Cho I, Marcy SM, Iacuzio D, Belshe RB. Cost-Effectiveness Analysis of an Intranasal Influenza Vaccine for the Prevention of Influenza in Healthy Children. Pediatrics. 2001;108:E24.

- Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.msc.es/Diseno/enfermedades/Le-siones/enfermedades_transmisibles.htm. (consultado 1 marzo 2005).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de Gripe. Madrid. Mayo 2005 (Documento interno).
- Munoz FM, Englund JA. Vaccines in pregnancy. *Infect Dis Clin North Am*. 2001;15:253-71.
- Negri E, Colombo C, Giordano L, Groth N, Apolone G, La Vecchia C. Influenza Vaccine in Healthy Children: a Meta-Analysis. *Vaccine*. 2005;23:2851-61.
- Neuzil KM, Mellen BG, Wright PF, Mitchel EF Jr, Griffin MR. The effect of influenza on hospitalizations, outpatient visits, and courses of antibiotics in children. *N Engl J Med*. 2000;342:225-31.
- Nicholson KG. Human Influenza. En: *Textbook of Influenza*, Nicholson KG, Webster RG, Hay AJ eds. Blackwell Science 1998. Pags. 219-264.
- Pérez-Breña P y Casas I. Infecciones producidas por los virus de la gripe aviar A (H5N1) en las poblaciones de aves del sudeste asiático y en la especie humana. (2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:412-8.
- Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;CD002733.
- Postma MJ, Bos JM, van Gennep M, Jager JC, Baltussen R, Sprenger MJ. Economic evaluation of influenza vaccination. Assessment for The Netherlands. *Pharmacoeconomics*. 1999;16(Suppl 1):33-40.
- Potter CW. Influenza. En: Zuckerman AJ, Banatrala JE, Pattison JR, editores. Chichester: John Wiley & Sons, 2004. Pags 271-297.
- Principi N, Esposito S, Gasparini R, Marchisio P, Crovari P. Burden of Influenza in Healthy Children and Their Households. *Arch Dis Child*. 2004;89:1002-7.
- Puig-Barbera J, Márquez CS. Efectividad de la vacunación antigripal en los ancianos. Una revisión crítica de la bibliografía. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:645-8.
- Rodríguez Torres A, Ortiz de Lejarazu R, Castrodeza J. Gripe. En *Medicina Interna de Farreras/Rozman*. Ediciones Elsevier S.A. Madrid (España) 15ª edición. 2004. Pags. 2490-2496.
- SEMFYC. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Recomendaciones en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf (consultado 1 marzo 2005)
- Simonsen L. The global impact of influenza on morbidity and mortality. *Vaccine*. 1999;17(Suppl):S3-S10.
- Szuics TD. The socio-economic burden of influenza. *J Antimicrob Chemother*. 1999;44(Suppl B):11-5.
- Treanor JJ. Influenza virus. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005. Pags. 2060-2085.
- Vigilancia de la gripe en España en la temporada 2003-2004. Sistemas centinela. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2004;12:113-4.
- Virus Taxonomy. VII Report of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2000). Ed. V.Regenmortel MHV, Fauquet CM, Bishop DHL, Carsten EB, Estes MK, Lemon SM, y col. Academic Press (New York).
- Vu T, Farish S, Jenkins M, Kelly H. A meta-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. *Vaccine* 2002;20:1831-6.
- WHO consultation on priority public health interventions before and during an influenza pandemic. Geneva, Switzerland. 16-18 March 2004. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/consultation/en/
- WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics WHO/CDS/CSR/RMD/2004.8 Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_RMD_2004_8/en/ Acceso en enero 2004.
- WHO (2002). WHO manual on animal influenza diagnosis and surveillance. Geneva, World Health Organization (document WHO/CDS/CSR/NCS/2002.5, available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/en/whocdscrncs2002.5.pdf>).
- Ziegler T, Cox NJ. Influenza viruses. En: Murray PR, Baron EJ, Sfaller MA, Tenover FC, Yolklen RH, editores. *Manual of Clinical Microbiology* 7th ed. Washington: ASM Press, 1999. Pags 928-935.

Detección de los malos tratos en el ámbito doméstico

M.C. Fernández Alonso

La Violencia doméstica (VD) es considerada un problema de salud de primer orden por los principales organismos internacionales en materia de salud y, a pesar de haber permanecido "oculto", siendo prácticamente inexistente para el sistema sanitario hasta hace no demasiados años, en el momento actual la violencia doméstica es reconocida como una prioridad en materia de salud por un amplio número de organizaciones y estados. No hablaremos de la extensión de la VD, dando por conocida su alta prevalencia a nivel mundial tal como revela el informe publicado recientemente por la OMS. En España aunque no disponemos de estudios epidemiológicos, los datos de la encuesta del Instituto de la mujer de año 2000 revelan que el 12,4% tenía criterios objetivos de VD.

Las graves consecuencias de los malos tratos tanto para las víctimas como para las personas del entorno doméstico son conocidas; consecuencias tanto para su salud física como mental, y con importante repercusión social. La VD es una de las primeras causas de muerte en mujeres en edad fértil, y causa de morbilidad como resultado de una situación de maltrato repetitivo y continuado a los largo de años.

Aceptado el problema del maltrato como grave y extenso, los retos actuales son la detección precoz y el abordaje profesional correcto. Sin duda en el primero está nuestro papel más específico, por el lugar que ocupamos en el sistema sanitario, que nos permite la accesibilidad y la continuidad en la atención necesarias para una detección precoz. Pero la realidad es que diagnosticamos poco – se estima que conocemos menos del 10% de los casos que existen y que además cuando los detectamos, han pasado entre 5 y 10 años de malos tratos.

Imaginar las consecuencias de 10 años de violencia continuada –más de 6 episodios/año registran de media diferentes estudios–, puede llevarnos a entender *el por qué* de la necesidad de una actuación precoz que posibilite minimizar las consecuencias en la mujer y los hijos, y la prevención de nuevos episodios.

Pero, ¿cómo hacer la detección? ¿Se aconseja el cribado poblacional? ¿Se aconseja el uso de cuestionarios estandarizados? ¿Existe evidencia científica que apoye estas intervenciones? ¿Cómo debe investigar un profesional sanitario si una mujer está siendo víctima de malos tratos? La respuesta a estas cuestiones será el objeto de la intervención (figura 1).

En el abordaje de la violencia doméstica nos planteamos 3 niveles de actuación como en otros problemas de salud.

Prevención primaria

En Prevención Primaria el papel de los sanitarios es limitado. Si se trata de influir en las complejas causas que generan la violencia, se entiende que el papel más importante le corresponde a la sociedad, a los gobiernos, a la familia, al sistema educativo, donde tienen que producirse los cambios culturales y de valores que permiten y legitiman la VD. La OMS en su *"Informe mundial sobre la violencia y la salud"* establece las estrategias de intervención en prevención primaria, a 4 niveles: individual, relacional (en la familia), comunidad y sociedad. En los dos primeros el profesional sanitario tiene posibilidades de intervención, en los dos últimos son sobre todo la sociedad y los gobiernos quien tienen un papel preponderante.

Las actuaciones de profesionales en prevención primaria estarían orientadas a:

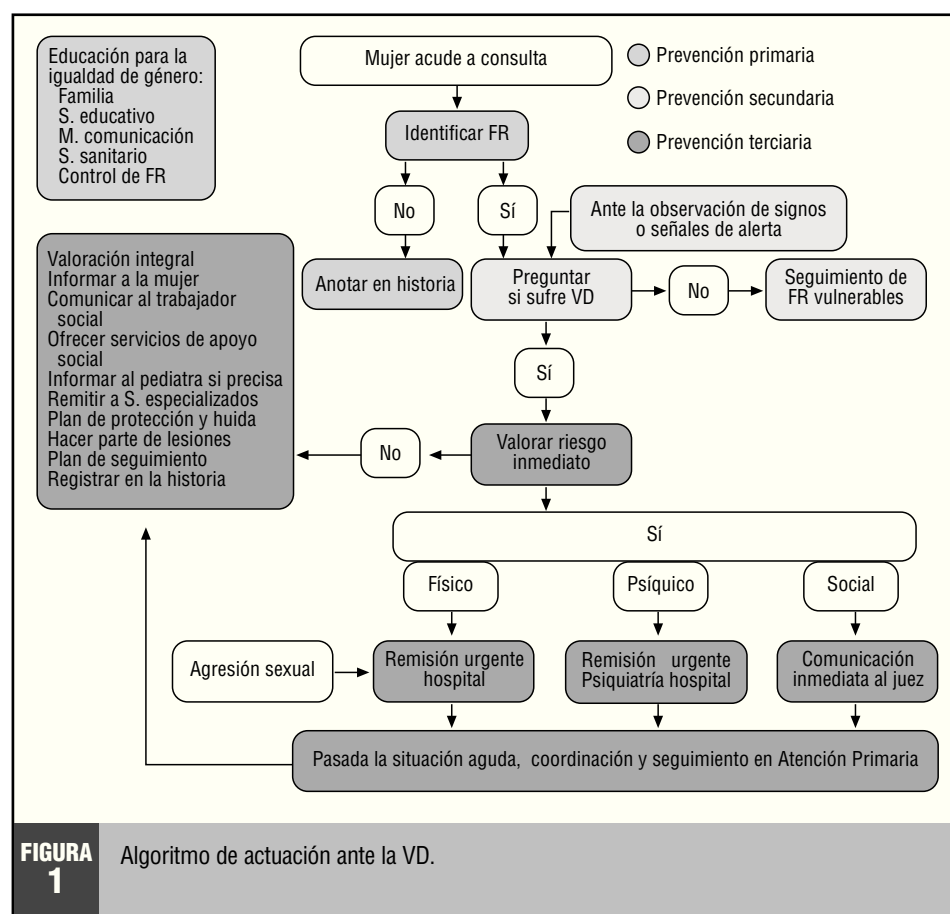
1. *Identificar personas con mayor riesgo de sufrir maltrato:*
 - Mujeres con perfil de riesgo de sufrir maltrato.
 - Hombres con perfil de riesgo de maltratadores.
 - Niños con riesgo de ser testigos o víctimas de VD.
 2. *Identificar situaciones de riesgo o mayor vulnerabilidad:*
 - Todas aquellas situaciones que alteran el equilibrio de la dinámica familiar, pueden favorecer o ser desencadenantes de situaciones de violencia.
- Ante estas situaciones, el profesional sanitario debe *estar alerta para hacer una detección e intervención precoz*, mediante medidas de apoyo psicosocial y sanitario. Actuando en este nivel de prevención primaria podremos además, romper el círculo de la violencia transgeneracional, y prevenir el maltrato en los hijos o en futuras parejas

Prevención secundaria

Infradetección

Existe una preocupación unánime respecto a la baja detección de la VD y al retraso en el diagnóstico, con las consecuencias que estos hechos llevan consigo; el diagnóstico del maltrato por parte de los profesionales sanitarios es bajo y hoy, se considera una prioridad la detección precoz: el adelantar el diagnóstico y la intervención temprana son quizás las claves de nuestro papel como profesionales de Atención Primaria. Se han esgrimido distintos argumentos para justificar la infradetección en los servicios sanitarios: la sobrecarga asistencial; la falta de formación de los sanitarios en este campo que genera inseguridad en el manejo del problema, (la total ausencia de temas de violencia doméstica en los currículos de pregrado y en los programas formativos de postgrado son bastantes elocuentes); la dificultad para dar una respuesta eficaz, son circunstancias que pueden dificultar el diagnóstico.

a) Evidencia sobre la eficacia y la efectividad de las intervenciones preventivas
Diferentes estudios a nivel internacional han evaluado la detección rutinaria de violencia doméstica, pero los resultados todavía no han demostrado de forma clara los beneficios de su utilización. Ramsay y col hacen



familiar, publicó sus conclusiones en 1996 y, junto a otras organizaciones como la Joint Commisión on Accreditation of Health Care Organizations y la y la Healthy People 2000, recomiendan a todos los servicios de urgencias el empleo de protocolos para detectar y tratar a las víctimas de la violencia doméstica.

La Canadian Task Force on Preventive Health Care y la U.S. Preventive Services Task Force a la luz de estas conclusiones establecen la siguiente recomendación:

No se ha demostrado una correlación entre cribado y reducción de la mortalidad por VD, concluyendo que no hay suficiente evidencia para recomendar el cribado rutinario de VD en Atención Primaria tanto en mujeres embarazadas como no embarazadas.

La CTF añade ni tampoco en hombres realizar el cribado para la detección de posibles maltratadores.

No obstante, manifiestan que se puede recomendar a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas o señales de alerta de maltrato e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como parte de la historia rutinaria en pacientes adultos.

Otra organización, el Family Violence Preventing Fund, recomienda el cribado rutinario en mujeres mayores de 14 años que acuden a las consultas de atención primaria, servicios de urgencias, consultas de obstetricia y ginecología, ingresos hospitalarios o entornos de salud mental.

una revisión sistemática de 20 estudios, que reunían criterios de inclusión tras la revisión de los estudios publicados en 3 bases de datos (Medline, Embase y CINAHL) analizando la efectividad del cribado para la VD y la aceptabilidad del cribado para las mujeres y para los profesionales de la salud, concluyendo que no existen aun suficientes evidencias para recomendar el cribado sistemático de VD, y que la aceptabilidad del cribado es alta para las mujeres y baja para los profesionales de la salud. Mc Nutt hace un estudio prospectivo de cohortes en la que se estudia a un grupo de intervención (documento de cribado, información, documentación), frente a un grupo control y se produce un incremento de la detección para mujeres víctimas de abusos severos, pero es poco sensible en el caso de abusos moderados y leves. Mc Leer y Mc Farlane realizaron estudios con personal de enfermería, demostraron que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones en servicios de urgencias es escasa (7,5%) y que esta mejoraba (30%) cuando la mujer era preguntada directamente por enfermeras previamente entrenadas.

MacMillan y Wathen con la CTF han analizado numerosos estudios de cribado de VD con diferentes instrumentos de cribado aplicados a población general. En uno realizado con mujeres embarazadas, encontrando un incremento importante de la detección, pero no se estudiaron otros efectos sobre la seguridad, necesidad de recursos, soportes sociales, etc. También revisaron programas de intervención tanto en Atención Primaria como en Servicios de Urgencias, pero no consideran que sus resultados fueran concluyentes.

Recomendaciones de organizaciones internacionales:

La American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), el American College of Physicians y la American Academy of Family Physicians (AAFP), recomiendan a los médicos permanecer alerta ante la posibilidad de violencia doméstica como factor causal de enfermedades y lesiones.

Un grupo de expertos convocado por el National Council y el Institute of Medicine de Washington para evaluar las intervenciones sobre violencia

b) Cribado: Cuestionarios para la detección de la violencia doméstica

Numerosos estudios han utilizado diferentes cuestionarios estandarizados para la detección de los malos tratos, en consultas prenatales, en atención primaria, en servicios de urgencias, de salud mental etc y varias publicaciones han presentado estudios de revisiones sistemáticas de diferentes herramientas de cribado utilizadas en distintos ámbitos, analizando sensibilidad, especificidad, validez, factibilidad y aceptabilidad.

La aplicación de los cuestionarios utilizados en consultas prenatales (*Domestic Abuse Assessment Questionnaire* de Canterino y col. y el *Abuse Assessment Screen* de Wiist y Mc Farlane) incrementaron el nivel de detección y también el aplicado en servicios de urgencias.

Sin embargo las revisiones sistemáticas y estudios de series realizados recientemente por Fogarty, Ramsay, Waalen y Carlson encuentran una gran variabilidad de resultados. Ramsay y otros autores concluyen, que la implementación de programas específicos de cribado no está justificada, porque aún no hay suficientes evidencias del beneficio y de la ausencia de efectos indeseados.

Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios específicos para el cribado de la VD en la población general, sí se aconseja estar alerta ante la posibilidad de maltrato e incluir preguntas al respecto. Parece necesario de que los profesionales de atención primaria se comprometan en la detección de la violencia doméstica por su alta prevalencia, por su carácter repetitivo, por las dramáticas repercusiones en las víctimas y por el alto coste sanitario y social.

Conviene conocer que no hay unanimidad respecto a la recomendación de hacer o no hacer cribado poblacional de VD en Atención Primaria. Ya hemos comentado que algunas organizaciones propugnan el cribado a pesar de la escasa fuerza de la evidencia al respecto. El artículo de A. Tacket en BMJ (2003) generó un amplio debate, al afirmar que a pesar de la debilidad de las evidencias, se debería preguntar de forma rutinaria por la posibilidad de malos tratos. Sus argumentos son que ante la alta prevalencia de la VD, las graves consecuencias, la aceptabilidad de las mujeres, los beneficios esperados son superiores a los perjuicios, siempre que se

tenga en cuenta el plan de seguridad para evitar riesgos a la víctima, y se contemple la posibilidades de respuesta del sistema sanitario y social ante el incremento de la detección como consecuencia de preguntar de forma rutinaria.

El grupo PAPPS hace una recomendación para los profesionales de Atención primaria, en la que aun no recomendando el cribado, sí recomienda una postura activa ante los malos tratos. No recomienda el uso de cuestionarios específicos, pero aconseja preguntar por esta posibilidad a través de la entrevista clínica al menos siempre que detectemos factores de riesgo, situaciones de vulnerabilidad o signos o señales de alerta de maltrato. También establece un protocolo de actuación una vez detectado el maltrato.

Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria para el profesional de atención primaria y para la Administración

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato.
- Identificar personas en riesgo.
- Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.
- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa.
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y en el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.
- Realizar el informe médico legal si procede.
- Registrar los hechos en la historia y en la hoja de problemas.

Recomendaciones para la administración sanitaria

- Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica.
- Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad, etc.) que faciliten el abordaje del problema a través de la entrevista
- Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la VD como problema de salud.
- Implantar un sistema de registro de casos de VD en los servicios sanitarios.

Bibliografía

- Canterino et al. Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. *Am J Obst Gyn.* 1999;181:1149-51.
- Carlson Gielen A, O'Campo P J, Campbell JC et al. Women's Opinions About Domestic Violence Screening and Mandatory Reporting. *Am J Prev Med.* 2000;19:279-85.
- Fogarty CT, Beurge S and McCord C. Communicating With Patients About Intimate Partner Violence Screening and Interviewing Approaches. *Fam Med.* 2002;34:369-75.
- García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet.* 2002;359:1509-14.
- Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Review of the Evidence. Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Mar 2004. <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/famviolence/famviolrev.htm>
- Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Little K. Detección precoz de la violencia doméstica. Identificar, asistir, dotar de recursos a las víctimas. *Postgraduate Medicine.* 2002;7:105-14.
- McFarlane J, Christoffel K, Bateman L et al. Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurs.* 1991;8:245-50.
- Mc Nutt LA, Carlson B, Rose I., Robinson A. Partner Violence Intervention in the Busy Primary Care Environment. *Am J Prev Med.* 2002;22:84-91.
- Preventing domestic violence. *BMJ.* 2002;324:253-4.
- Preventing Domestic Violence: clinical guidelines on routine screening. San Francisco. Family Violence Prevention Fund. 1999.
- Ramsay J, Richardson J, Carter Y and Feder G. Appraisal of evidence about Screening Women for Domestic Violence. Report National Screening Committee. 2001 Ed. Department of General Practice & Primary Care. Queen Mary's School of Medicine. London.
- Ramsay J, Richardson J, Carter Y H, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 2002;325:314. <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7359/314>

- Scott CJ, Matricciani MR. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations standards to improve care for victims of abuse. *MMJ.* 1994;43:891-8.
- Taket A, Smith K, Watson J, et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ.* 2003;327:673-6.
- U.S. Preventive Task Force. Screening for Family and Intimate Partner Violence. Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2004;140:382-6.
- Wathen CN, MacMillan HL. Prevention of violence against women: Recommendation Statement from Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CM-JA.* 2003;169:582-4.
- Wiist WH, McFarlane J. The Effectiveness of Abuse Assessment Protocol in Public Health Prenatal Clinics. *Am J Public Health.* 1999;89:1217-21.
- Waalens J, Goodwin M, Spiz A et al. Screening for Intimate Violence by Health Care Providers. *Am J Prev Med.* 2000;19:230-7.

Hipertensión arterial: situación en España

J. Torcal Laguna

Control de la hipertensión arterial

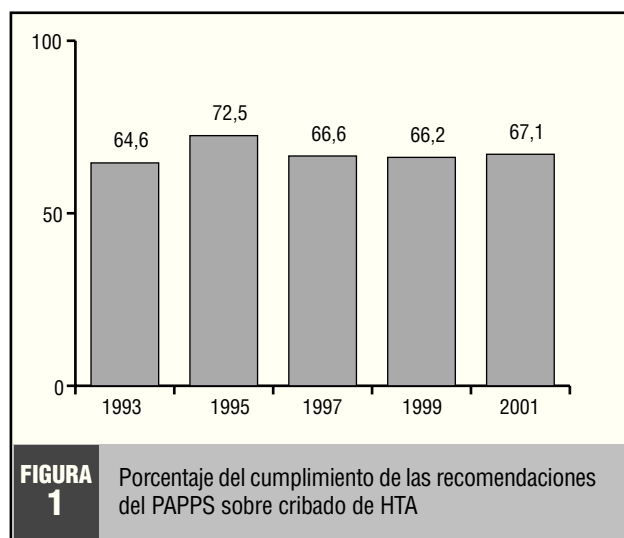
La hipertensión arterial (HTA) constituye un importante problema de salud pública en los países desarrollados, afectando a casi el 40% de los adultos 1-3. En España, la prevalencia de la HTA en adultos en la población general es de aproximadamente un 35% (y llega al 40% en edades medias, y al 68% en los mayores de 60 años), afectando a unos 10 millones de sujetos 1,4,5.

En realidad la HTA no es sino el iceberg clínico de un problema más amplio, el problema de salud pública de la presión arterial (PA). Esto es debido a que un gran número de individuos tienen niveles de PA considerados no hipertensivos, lo que, dada la continuidad del riesgo cardiovascular a lo largo de los niveles de PA, hace que una proporción apreciable de eventos cardiovasculares ocurran en niveles de PA considerados a lo más como prehipertensión 6. Así, de las aproximadamente 54.000 muertes totales anuales ocurridas en la población española de edades medias en los años 1990, unas 17.000 muertes son atribuibles a la PA elevada ($\geq 120/80$ mmHg); es decir, algo más del 30% de todas las defunciones. De ellas, unas 3.500 muertes (20% de las muertes atribuibles) recaen en niveles de la PA considerados normales o normales-altos, donde se encuentran un tercio de los individuos 4,7.

En cuanto al grado de control de la HTA, en la población general de personas con 60 o más años de edad en España, es del 29,5% en los hipertensos tratados con fármacos antihipertensivos; esto equivale a que sólo el 16,3% de todos los hipertensos mayores tienen cifras inferiores a 140/90 mmHg, es decir están bien controlados 5. Por debajo de los 60 años de edad, no se dispone de información actual sobre el grado de control de la HTA en población general del conjunto de España. No obstante, podemos estimar en aproximadamente un 25% el control en hipertensos tratados y en un 15% el control en el total de hipertensos 1,4,5. En el ámbito regional, la variación en el grado de control de la HTA entre localidades o comunidades en España, es grande 1 e indica el enorme potencial de mejora para aquellos sitios con peores cifras.

En el contexto clínico, los dos estudios más recientes realizados en el ámbito de la atención primaria sobre hipertensos adultos que seguían tratamiento farmacológico antihipertensivo, entre el 36% y el 39% de estos individuos presentaban buen control de la PA ($< 140/90$ mmHg) 8,9. El mayor control de la HTA que suele obtenerse en las encuestas asistenciales en comparación con el obtenido en las encuestas poblacionales es debido, en parte, a que el porcentaje de población que ya ha tomado la medicación antihipertensiva en el momento de la encuesta es mayor en las primeras 8. En cuanto al ámbito hospitalario, el grado de control de la HTA en hipertensos atendidos en unidades hospitalarias de HTA en España es del 42% 10. Además, en general las poblaciones de alto riesgo cardiovascular, diabéticos y enfermos renales crónicos, están menos controladas que el conjunto de la población, con riesgo medio menor 5,8-10. En cuanto a la evolución del grado de control de la HTA, el progreso ha sido notable, suponiendo una triplicación del control de la HTA respecto a comienzos de los años 1990 1,9.

Pero, ¿por qué no se llega a alcanzar en la población general y en la práctica clínica un control de la PA similar al obtenido en los ensayos clínicos? El bajo control de la HTA está influido por muchos factores. Una de las principales causas es la escasa importancia dada todavía por muchos médicos a la PA sistólica en comparación a la diastólica 1,9. Otra razón puede ser los pocos cambios terapéuticos introducidos por los médicos en hipertensos no controlados 8-10. Además, la tasa de cumplimiento tera-



péutico de los hipertensos tratados farmacológicamente en España no suele superar el 60%¹¹. Finalmente, hay que recordar que un mejor control de la HTA puede no mejorar sustancialmente el riesgo cardiovascular de un individuo. La PA debe considerarse como un componente más del perfil de riesgo del sujeto.

La hipertensión arterial en el PAPPS

El PAPPS¹² preconiza medir la PA como cribado, en una ocasión antes de los 14 años de edad, cada 4 ó 5 años entre los 15 y los 40 años y cada 2 años a partir de los 40. Pero además, estudia lo que ocurre en las consultas de atención primaria a la hora de llevar a cabo dichas recomendaciones:

En sucesivas evaluaciones bienales de proceso, que reflejan el cumplimiento de estas recomendaciones, realizadas en centros voluntarios adscritos al PAPPS (figura 1), en el caso de la HTA en los adultos se obtienen unos porcentajes de cumplimiento que rondan los 2/3 de los pacientes.

Con los dos "Estudios de efectividad de las actividades preventivas" (1998 y 2000), se da un paso más, y permiten conocer el número de casos con HTA que se detectan en un periodo de tiempo, la calidad de las intervenciones iniciales, el nivel de control posterior de la HTA y analizar las asociaciones entre las variables asistenciales y el cumplimiento de las actividades preventivas (tabla 1).

En el año 2002 se estudió la prevención desde la perspectiva del paciente, mediante una encuesta realizada a pie de consulta, contestándose a las siguientes preguntas:

1. "Considero importante que mi médico o mi enfermera/o me tome periódicamente la tensión arterial"
"Totalmente de acuerdo" 71,8%. "De acuerdo" 24,5%. Es decir, más del 96% de los pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, aceptan de buen grado que se les tome la PA con fines preventivos.
2. "Mi médico o mi enfermera/o me toma periódicamente la tensión arterial"
"Sí" 67,9% y "No" 29,2%. Porcentaje que coincide con las evaluaciones del PAPPS, indicando que no existe un sub-registro de la PA en las historias clínicas.

En el año 2004 se planteó la pregunta: ¿Cuánto tiempo necesita un profesional sanitario de atención primaria para desarrollar las actividades preventivas recomendadas por el PAPPS?

El tratamiento de la hipertensión arterial

La elevación de la PA es un potente factor de riesgo cardiovascular, independiente de la presencia o ausencia de otros factores que predigan la probabilidad de la enfermedad. Sin embargo, el riesgo asociado a la HTA se modifica sustancialmente según la presencia e intensidad de otros factores de riesgo y la relación riesgo-beneficio del tratamiento antihipertensivo se hace progresivamente más atractiva al aumentar el riesgo ab-

TABLA 1 Efectividad del tratamiento de la HTA.

	1998	2000
Prevalencia inicial	16,2%	25,5%
Tasa de detección	5,8% (2 años)	3,37% (1 año)
Bien controlados en 6 meses*	36%	40%

* ≤ 140/90 mmHg.

TABLA 2 Indicación de tratamiento con fármacos antihipertensivos y objetivos terapéuticos, preconizados por el Grupo de prevención cardiovascular del PAPPS, en pacientes sin lesión en órgano diana.

	PA fármacos (mmHg)	PA objetivos (mmHg)
Enfermedad cardiovascular	≥ 140/90	< 140/90
Riesgo alto (SCORE ≥ 5%)	≥ 140/90	< 140/90
Diabetes	≥ 140/90	< 130/80
Riesgo moderado	≥ 150/95	< 140/90
Independiente del riesgo	≥ 180/110	< 140/90

solutivo¹³. Por lo tanto, el tratamiento debería basarse en umbrales variables (al menos para el colesterol y para la PA) en función del riesgo coronario o del riesgo cardiovascular total (riesgo coronario más riesgo de ictus)¹⁴, estimado generalmente a los 10 años (tabla 2).

Así, el primer objetivo del tratamiento del hipertenso es conseguir la máxima reducción en el riesgo total a largo plazo de la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Esto requiere el tratamiento de todos los factores de riesgo reversibles identificados, incluyendo tabaco, dislipemia ó diabetes, y el manejo adecuado de las condiciones clínicas asociadas, tanto como el tratamiento de la presión arterial elevada en sí misma¹⁵.

La decisión de iniciar el tratamiento dependerá no sólo de los valores de PA, sino también de la valoración del riesgo cardiovascular y de la presencia o ausencia enfermedad cardiovascular o de lesión de órganos diana¹⁶. Desde el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), con representación de las principales sociedades científicas relacionadas con la prevención cardiovascular (entre ellas la Semfy) y la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, se propone la adaptación de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular¹⁷ y el uso de las tablas surgidas del proyecto SCORE.

Por otra parte, la existencia de enfermedad cardiovascular, orienta la elección del tratamiento antihipertensivo en pacientes individuales⁶. En la práctica, la elección del tratamiento antihipertensivo está influenciada por muchos factores, que incluyen: la experiencia previa del paciente con los antihipertensivos, el costo de los fármacos, el perfil de riesgo, la presencia o ausencia de lesión en órgano diana, enfermedad clínica cardiovascular o renal o diabetes, la presencia de otros desórdenes coexistentes que pueden favorecer ó limitar el uso de clases concretas de antihipertensivos y la posibilidad de interacciones con otros fármacos usados por el paciente para otras patologías¹⁵.

Bibliografía

1. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. Rev Clín Esp. 2002;202:12-5.
2. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. JAMA. 2003;289:2363-9.
3. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 2005;365:217-23.
4. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, Gualar P, Rey J. Blood pressure in Spain: distribution, awareness, control, and benefits of a reduction in average pressure. Hypertension. 1998;32:998-1002.
5. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope LM, Graciani A, Luque M, Cruz JJ, García-Robles R, Tamargo J, Rey-Calero J. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. J Hypertens. 2002;20:2157-64.

6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003;289:2560-72.
7. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Cruz JJ, de Andrés B, Rey J. Mortalidad relacionada con la presión arterial y la hipertensión en España. Med Clin (Barc). 1999;112:489-94.
8. Llisterri JL, Rodríguez G, Alonso FJ, Lou S, División JA, Santos JA, Raber A, Castellar R, Ruilope LM, Banegas JR. Control de la presión arterial en la población hipertensa española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. Med Clin (Barc). 2004;122:165-71.
9. Coca Payeras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención Primaria en España. Resultados del estudio Controlpres 2003. Hipertensión. 2005;22:5-14.
10. Banegas JR, Segura J, Ruilope LM, Luque M, García-Robles R, Campo C, Rodríguez-Artalejo F, Tamargo J. Blood pressure control and physician management of hypertension in hospital hypertension units in Spain. Hypertension. 2004;43:1338-44.
11. Márquez E, Casado JJ, de la Figuera M, Gil V, Martell N. El incumplimiento terapéutico en España. Análisis de los estudios publicados entre 1984 y 2001. Hipertensión. 2002;19:12-6.
12. PAPPs: http://www.papps.org/evaluaciones_estudios.
13. Whelton PK. Epidemiología de la hipertensión. Lancet. 1994;344:101-6.
14. Jackson R. Updated New Zealand cardiovascular disease risk-benefit prediction guide. BMJ. 2000;320:709-10.
15. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension. 2003;21:1011-53.
16. World Health Organization, International Society of hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension. 2003;21:1983-92.
17. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2003;24:1601-0.

Situación en España: consumo de alcohol

R. Córdoba García

Morbimortalidad

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo de alcohol, la frecuencia y la gravedad de numerosas enfermedades. Los mayores niveles de consumo se corresponden con mayores tasas de morbi-mortalidad por cirrosis hepática, accidentes, síndrome alcohólico-fetal y otras enfermedades. El alcohol está presente en una proporción creciente de accidentes de tráfico, laborales y domésticos. El alcohol es la segunda causa primaria prevenible de mortalidad, morbilidad y pérdida de años de vida potenciales en nuestro país solo por detrás del consumo de tabaco. Ocasiona gran número de discapacidades y pérdidas de años de vida potenciales perdidos (alrededor de 200.000 por año). Casi la mitad de los años potenciales de vida perdidos por muerte prematura se atribuyen al abuso de alcohol (la mayor parte por accidentes de tráfico en individuos de 15 a 24 años). Por otra parte los costes laborales y sociales son de gran magnitud. El abuso de alcohol ocasiona más de 13.000 fallecimientos al año, lo que supuso alrededor del 4 % de la mortalidad total.

Según la Encuesta Domiciliaria de Consumo de Drogas de 2003, el 22,1% de los varones y el 10,6% de las mujeres de 15 a 65 años son bebedores de riesgo. Solo el 41,9% de los españoles considera que consumir 5 ó 6 copas el fin de semana puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Aunque pueda parecer paradójico, lo cierto es que la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol no aparecen en los individuos alcohólicos sino en aquellos que realizan un consumo de riesgo o consumo peligroso según la denominación de la OMS.

Definiciones

Consumo peligroso. Se considera que entre 17 y 28 U en los varones y entre 11 y 17 U en mujeres, el consumo es peligroso.

Consumo de riesgo. Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol se sitúa en 28 U por semana para los hombres y 17 U por semana para las mujeres. Como criterio complementario, también puede conside-

rarse consumo de riesgo a la ingesta de 5 U (o mas) en 24 horas con una frecuencia de al menos una vez al mes aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de alcoholismo.

Consumo de bajo riesgo o consumo objetivo. Se consideran límites "poblacionalmente de bajo riesgo" los inferiores a 17 U para varones y 11 U para mujeres. (En España 1 Unidad = 10 grms de alcohol puro).

Efectividad de la intervención

Teniendo en cuenta de la gran diversidad de terapias disponibles para el tratamiento de los bebedores excesivos una de las dificultades mayores que existen actualmente para evaluar y establecer comparaciones es la ausencia de una sistemática a la hora de describir las intervenciones. Al revisar la literatura algunas intervenciones breves constan de 1 a 3 sesiones. Otros estudios, sin embargo, han incluido lo que puede considerarse un protocolo de sesiones múltiples bajo la forma de visitas de control programadas. Por otra parte, desde la perspectiva de una psicoterapia de larga duración, los tratamientos "extensos" de algunos estudios podrían considerarse como breves. La intervención precoz consistiría, en términos generales, en la identificación de las personas con un consumo de riesgo, antes del desarrollo de dependencia, y la provisión de tratamiento corrector mediante una intervención breve o muy breve. El tiempo necesario para la primera entrevista, incluyendo cuantificación del consumo, exploración, resultados analíticos, si los hubiera, test de cribado-diagnóstico de dependencia y asesoramiento oscilaría entre los 15 y 20 minutos. Las sesiones de seguimiento no excederían los 10 minutos y en ellas se reiteraría el "pacto" de consumo establecido, un *feed-back* con los resultados clínicos y analíticos obtenidos y asesoramiento sobre los problemas surgidos. Se prevén controles anuales finalizado el primer año de seguimiento, en el caso de tratarse de bebedores de riesgo.

En general se estima que la intervención breve para reducir el consumo de alcohol permite reducir el consumo entre 4 y 9 unidades de alcohol a la semana (40-90 gramos) y que los efectos de esta intervención suelen mantenerse entre 6 y 12 meses como mínimo (US Preventive Task Force 2004 y Bertholet N, 2005). El estudio de efectividad del PAPPs determinó que la intervención breve aislada daba un resultado positivo en el 19,7% de los bebedores de riesgo y este resultado llegaba al 47,2% si había un seguimiento a lo largo del tiempo (Subías PJ). La efectividad de la intervención se ha comprobado en varones, mujeres y ancianos. La intervención breve también ha demostrado reducir la mortalidad en un metaanálisis de 4 estudios con seguimientos de incidencias entre 1 y 10 años (Cuijpers P).

El grado de evidencia de la efectividad no resulta, sin embargo, tan concluyente como en el caso del tabaco. El principal problema de los estudios de intervención es la heterogeneidad en el criterio diagnóstico y en la intervención, debido a insuficiente consenso sobre el valor de los criterios cuantitativos (nivel de consumo/ marcadores biológicos) y cualitativos (cuestionarios de conducta dependiente). Sin embargo hay buena evidencia para hacer esta recomendación. La Canadian Task Force on The Periodic health Examination y recientemente el informe de US Preventive Task Force de 2004 califica con I-B la calidad de la evidencia y fuerza de la recomendación de la intervención breve en alcohol para adultos y adolescentes.

Bibliografía

- Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Brunard B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care. Arch Intern Med. 2005;165:986-95.
- Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effect on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction. 2004;99:839-45.
- DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre abuso de drogas 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
- International guide for Monitoring Alcohol consumption and Related Harm. Department of mental health and substance dependence. Geneva: World Health Organization; 2000.
- National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients with alcohol problems. A health Practitioner's guide. 2003.
- Subías PJ, García-Mata JR, Perula L y Grupo de Evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas analizadas en el ámbito de centro de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPs) de la SEMFYC. Aten Primaria. 2000;25:395-9.
- US Preventive Tsk Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse. Recommendation statement. Ann Intern Med. 2004;140:554-6.