

## PONENCIAS

### Envejecimiento activo. Propuestas para atención primaria

**Moderadora:** S. Rodríguez Domínguez

Médico de familia. Consultorio de Bollullos de la Mitación. Sevilla.

#### Ponentes:

**A. Kalache**

Médico de familia. Director Departamento de Promoción de la salud, prevención y vigilancia de enfermedades no contagiosas y de envejecimiento y ciclo vital de la OMS.

**M.P. Regato Pajares**

Médico de familia. Miembro Grupo de Atención al mayor y de Demencias de semFYC. Directora de proyectos de la Fundación Progreso y Salud. Sevilla.

**M. Pérez Salanova**

Psicóloga. Instituto Catalán del Envejecimiento. Profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**A. Luque Santiago**

Médico de familia. CS La Plata. Torrejón de Ardoz. Madrid. Coordinadora del Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS. Miembro del Grupo semFYC de Atención al Mayor.

### Envejecimiento activo. Propuestas para atención primaria

S. Rodríguez Domínguez

#### Ideas principales

- El Envejecimiento Activo debe apoyarse en tres elementos básicos: salud e independencia, participación y seguridad.

- Las discapacidades asociadas al envejecimiento pueden prevenirse o retrasarse.

- Desde Atención Primaria debemos dar impulso para pasar del "consejo preventivista" a un planteamiento participativo enmarcado dentro de actividades de promoción de la salud.

En los países desarrollados, uno de los hechos sociales y demográficos más relevantes de nuestra época es el envejecimiento de la población, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad. En España, un 16,9% de la población tenía más de 65 años en el año 2000 y las proyecciones de población estiman que este porcentaje estará alrededor de un 19,9% en el año 2020 y un 31,1% en el año 2050<sup>1</sup>.

La trascendencia de este fenómeno social tiene importantes consecuencias sanitarias, precisando la aplicación de nuevas estrategias de servicios y de potenciación de los programas de promoción de la salud<sup>2</sup>. A pesar de esto, la edad, como único criterio, resulta insuficiente como predictor de necesidades especiales o asignación de recursos. Así, vemos que el incremento en el número de ancianos no sigue una relación lineal con el aumento en la demanda de servicios sanitarios y sociales, ya que las personas de edad avanzada son un grupo heterogéneo con características y necesidades muy diferenciadas.

Otro aspecto demográfico de gran importancia lo constituye el hecho de la feminización de la población anciana, debido a la mayor esperanza de vida en las mujeres. Con frecuencia observamos que las mujeres ancianas dan soporte y cuidados a su pareja o a otros miembros de la familia, en detrimento de su autocuidado y afectación de su calidad de vida. Además, las mujeres sufren con más frecuencia situaciones de discapacidad. Desde la misma visión de género, habría que investigar qué razones son las que influyen en que los hombres tengan una esperanza de vida menor, interviniendo en ello motivos sociales, económicos, culturales, psicológicos y genéticos.

La OMS define el Envejecimiento Activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin

de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Ha de enmarcarse en el contexto de los derechos humanos y sociales (sustituye a la planificación estratégica previa basada en las "necesidades" por la planificación basada en los "derechos")<sup>3</sup>.

Las políticas de Envejecimiento Activo van destinadas a todas las personas a medida que envejecen, incluyendo a ancianos sanos, enfermos, frágiles o pacientes geriátricos. Así pues, no existe un patrón único de "envejecimiento óptimo". El factor con más peso en el envejecimiento saludable es mantener una vida independiente durante el mayor tiempo posible.

Una parte importante de las personas de edad avanzada afirman sentir un alto grado de satisfacción vital y la mayoría piensa que la vida es mejor de lo que había previsto. Según datos provisionales de la Encuesta Nacional de Salud de España 2003 (ENS 2003), la percepción de buen estado de salud o muy bueno entre 65 y 74 años es de un 39,2% y de un 31,4% en los mayores de 74 años.

Un alto grado de satisfacción vital es más frecuente entre las personas que se mantienen socialmente activas. Cuando coexisten situaciones de aislamiento y sentimientos de infravaloración aumentan los trastornos afectivos y del ánimo y la incidencia de suicidios. Por este motivo debemos favorecer la integración social, la solidaridad entre generaciones, la participación en programas educativos y evitar medidas de exclusión o discriminación<sup>4</sup>.

Para facilitar la participación de los ancianos en el mundo laboral, hemos de tener en cuenta que el tipo de trabajo se adecue a su edad garantizando entornos laborales seguros<sup>4</sup>. Se ha de reconocer y permitir la participación activa de las personas mayores en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado a medida que envejecen, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.

Nuestra salud en los últimos años, es el resultado de experiencias a lo largo de todo el ciclo vital en términos de estilo de vida, condiciones medioambientales a las que estamos expuestos y contactos con el sistema sanitario<sup>4</sup>.

Existen evidencias que demuestran que el uso de ciertas medidas de promoción de la salud y determinadas intervenciones sanitarias y sociales, permiten comprimir la morbilidad en los últimos años de la vida y tener más años libres de incapacidad. La participación habitual en actividades de estimulación cognitiva está asociada con una reducción del riesgo de enfermedad de Alzheimer<sup>5</sup>. El consumo de tabaco, el índice de masa corporal y la actividad física en edades medias de la vida son predictores de la discapacidad posterior. No sólo las personas con mejores hábitos tienen una mayor esperanza de vida sino que además su discapacidad se concentra en los últimos años<sup>6</sup>.

También la dieta, el consumo de alcohol, las actividades diarias, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo, son determinantes importantes del envejecimiento saludable<sup>4</sup>.

En España, según datos de la ENS (2003) vemos que la prevalencia de fumadores diarios en el grupo de edad de 65-74 años es de 18,9% en varones y del 1,6% en mujeres. Por encima de los 74 años, estos porcentajes son del 9,6% y del 1,3%. Pese a que estas cifras son muy inferiores a las observadas en edades más tempranas, debemos intervenir sobre este hábito con independencia de la edad, ya que está relacionado con las principales causas de morbimortalidad en ancianos (enfermedades cardiovasculares, neoplasias y enfermedades crónicas respiratorias).

Aunque la práctica de actividad física regular ha demostrado efectos protectores ante el riesgo de presentar cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer de colon, osteoporosis, caídas y ansiedad y depresión, vemos que en España (ENS 2003), sólo un 17,5% de los varones y un 11,6% de las mujeres de 65-74 años realiza actividad física moderada o importante. Esta cifra desciende al 9,8% y 4,5% en varones y mujeres respectivamente en los mayores de 74 años. La actividad física realizada por las personas mayores es, sobre todo, a expensas de las labores cotidianas<sup>7</sup>. Asimismo, el 59,8% de las personas de 80 y más años (el 46,2% en hombres y el 67,1% en mujeres) manifiesta tener dificultades para la realización de actividades de la vida diaria debido a un problema de salud.

Ante esta situación, deberíamos desarrollar los siguientes objetivos para favorecer el desarrollo de las políticas de envejecimiento activo desde Atención Primaria: Aumentar la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, evitar la desvinculación social y afectiva y facilitar que el anciano pueda vivir en su entorno el mayor tiempo posible.

Para ello deberíamos:

1. Reforzar los planteamientos de promoción y prevención de la salud, ampliando la oferta de actividades de educación sanitaria y actividades preventivas basadas en las evidencias disponibles y reivindicar políticas de salud pública.
2. Sustentar nuestros programas en los derechos, necesidades, preferencias y capacidades de las personas mayores, garantizando el acceso equitativo y el tratamiento digno y ético al mayor y respetando los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad de independencia, participación, cuidados y autorrealización.
3. Valorar precozmente la discapacidad y la dependencia como clave para la gestión de casos y la asignación de recursos sociosanitarios.
4. Detectar e intervenir sobre factores de riesgo psicosociales que conduzcan al deterioro funcional. La valoración social debe incluirse para poder identificar situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional del anciano.
5. Garantizar la continuidad en los cuidados. La atención primaria constituye una parte muy importante de los cuidados de larga duración. La OMS en el año 2000 define la asistencia de larga duración como el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales o profesionales para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, adecuada a sus gustos, con la mayor independencia y autonomía que le permita su situación.
6. Facilitar la formación específica para asegurar la competencia profesional así como dotar de recursos y tiempo. El modelo de atención a la población anciana debe asegurar una adecuada gestión de la calidad en cuanto a estructura, procesos y resultados.

Nuestra visión sobre este tema parte del cambio en la percepción de la idea devaluada del envejecimiento, planteando nuevas alternativas que mejoren la situación de los ancianos de hoy y de los de tiempos venideros.

#### Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. INEBASE: Proyecciones de la Población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Hipótesis sobre la evolución futura de la población. Madrid: INE, 2002.
2. Vaqué J, Vilardell M, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Reducción de la morbilidad y vejez saludable. *Med clin (Barc)* 2001;116(Supl 1):3-8.
3. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Ageing and Life Course. Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organization, Ginebra, 2002.
4. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department. Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. World Health Organization, Ginebra, 2001.
5. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Barnes LL, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, et al. Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer. *JAMA* 2002;287:742-8.
6. Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risk, and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998;338:1035-41.
7. Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):69-80.

### “Lo que no se usa, se pierde”. La Actividad como clave del envejecimiento con éxito. ¿Qué podemos hacer desde la Atención Primaria?

P. Regato Pajares

#### Ideas principales

Para fomentar el envejecimiento activo, según dice la OMS es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. Es obvio que a través de la realización de Actividades

Preventivas y de Promoción de la salud en Atención Primaria, que comienzan en la infancia, ya estamos contribuyendo al envejecimiento saludable, no obstante hay que tener en cuenta que el objetivo de estas actividades en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir la dependencia.

El aumento de las expectativas sobre la calidad de vida ha incentivado el interés entre las personas mayores por las actividades de promoción de la salud. Considerando que la capacidad de los mayores de mantener la independencia es una referencia de un “envejecimiento con éxito”, son especialmente receptivos a los consejos sanitarios de sus médicos y enfermeras con el fin de reducir el riesgo y mantener niveles óptimos de independencia. Con especial énfasis en la promoción de la salud, es especialmente importante que la persona mayor sea incluida en el establecimiento de las metas y prioridades del tratamiento. Más aun para que tenga un impacto óptimo, hay que valorar el papel psicosocial del entorno, incluyendo el apoyo social de la familia y compañeros, sobre la salud y conductas sanitarias del individuo.

A la hora de realizar actividades de prevención y promoción de la salud con las personas mayores hay que tener en cuenta una serie de principios metodológicos y habilidades de comunicación, que favorezcan su participación en su propio autocuidado que son:

- Darles información adaptada a sus capacidades.
- Confiar en su capacidad para mejorar sus hábitos.
- Valorar su experiencia y su saber
- Aprovechar su interés por el mantenimiento de su salud
- Aprovechar su mayor tiempo libre.
- Utilizar un lenguaje claro y respetuoso
- Utilizar medios que favorezcan la comprensión y el recuerdo.
- Adaptarse a su capacidad física, mental y sensorial.

Las claves para envejecer con éxito son: entrenar el cuerpo y la memoria, desarrollar alguna tarea productiva, cultivar las amistades y tener algunas características de personalidad como la flexibilidad, la percepción de autoeficacia y un sentimiento positivo hacia el propio proceso de envejecimiento.

Debemos actuar especialmente en las mujeres mayores, con peor percepción sobre su salud, mayor nivel de dependencia y menos recursos personales sociales y económicos, que además asumen la carga del cuidado de otros miembros de la familia sin atender a sus propias necesidades con el consiguiente deterioro de su salud. La promoción de su autocuidado y de la corresponsabilidad del resto de la sociedad en el rol de cuidar, son tareas fundamentales a desarrollar con este grupo.

#### Introducción

Envejecer, es una aspiración legítima del individuo y de la colectividad y es obligación de la sociedad, sus políticos y sus profesionales poner en marcha las medidas y acciones necesarias para que este envejecimiento sea en condiciones óptimas y de plena participación.

Una vez logrado el objetivo básico de alargar la vida hasta lo razonable, es necesario conseguir que esa última y cada vez más larga etapa se desarrolle en condiciones óptimas de vitalidad, actividad y participación.

#### Marco teórico

- Para la OMS, el *envejecimiento activo* es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este término fue adoptado por la OMS a finales de 1990 con el objetivo de transmitir un mensaje más amplio que el del “*Envejecimiento Saludable*” y reconocer los factores y sectores, además de la mera asistencia sanitaria que afectan a como envejecen individuos y poblaciones.

El envejecimiento saludable está ligado a múltiples variables interrelacionadas. Si bien la salud física ocupa un lugar fundamental en este proceso, no es menor la importancia de otros factores constitutivos del concepto de salud. Los factores psicológicos tanto cognitivos como emocionales, la capacidad de relacionarse, el nivel de participación social, la autoeficacia, el entorno afectivo y familiar, la estabilidad económica, la seguridad, la visión del futuro, las expectativas vitales etc., son variables esenciales en la predicción de un envejecimiento saludable.

- Desde el punto de vista psicosocial, los psicólogos y gerontólogos hablan a su vez de: *La vejez con éxito o competente*.

La vejez con éxito puede definirse como el entrecruce de la salud (o ausencia de enfermedad) y habilidad funcional (o ausencia de discapaci-

dad), del óptimo funcionamiento cognitivo y físico y de un alto compromiso con la vida. (Rowe y Khan, 1997).

- Con excesiva frecuencia se intenta asociar dependencia, discapacidad y edad, como si aquellas fueran acompañantes inevitables, producidas por el envejecimiento. Esto es rotundamente falso. La inmensa mayoría de las personas mayores (más del 70%) no sufren discapacidad alguna y más del 85% son totalmente independientes y realizan una vida normal y autónoma hasta edades muy avanzadas. Por tanto, puede afirmarse con seguridad que la discapacidad y la dependencia son consecuencia de factores variados, entre los que destaca muy llamativamente la enfermedad, y también en la edad siempre que no se considere de forma aislada e independiente de otros factores. La diferencia es de extraordinaria importancia; *la que media entre un hecho inexorable y otro modificable*.

Efectivamente, en los últimos 20 años se ha observado una disminución significativa de las tasas de discapacidad en países como Estados Unidos, Reino Unido y Suecia y otros países desarrollados y la evidencia científica ha demostrado que ya es posible retrasar la aparición de la dependencia. Esta disminución real se achaca a una mayor educación de la población, tanto en los aspectos puramente intelectuales como sanitarios, a los mejores estándares de vida y a la adopción progresiva de actividades, actitudes y estilos de vida más saludables como la disminución del uso del tabaco y el aumento de la actividad física. También se consideran importantes los cambios en la comunidad que disminuyen las restricciones para las personas con discapacidades así como abordajes nuevos y precoces de las enfermedades crónicas y la existencia de ayudas técnicas para quienes las padecen.

#### **Papel de la atención primaria para promover el envejecimiento activo o la vejez con éxito**

Para fomentar el envejecimiento activo, según dice la OMS es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. Es Obvio que a través de la realización de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud, que comienzan en la infancia, ya estamos contribuyendo al envejecimiento saludable, no obstante hay que tener en cuenta que el objetivo de estas actividades en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, la prevención de la dependencia.

Es por tanto necesario incidir en la realización de dichas actividades en la población mayor sin discriminación por razones de edad.

Los programas de promoción de la salud para la población mayor tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo y disminuir los costes de los cuidados sanitarios. Los programas de prevención de la dependencia, por otra parte, deben ser considerados también como una importante medida de apoyo a los cuidadores y cuidadoras familiares. Por eso los programas de promoción de la salud en los mayores deberían tener un atractivo especial puesto que suponen mayores beneficios potenciales para el Sistema Nacional de Salud por su reducción en los cuidados y los costes sanitarios.

Esto nos sugeriría que las actividades preventivas y de promoción de la salud no deben limitarse sólo al ámbito más biomédico de prevención de factores de riesgo individuales, sino que deben ampliarse al campo psicosocial. No solo se trata de la prevención de enfermedades sino de promover unos adecuados estilos de vida capaces de generar independencia, entre los que conviene destacar: una mayor integración social y participación de las personas mayores en la sociedad, prevención del deterioro intelectual a través de neurorrehabilitación, mejora del funcionamiento social, aumento de la autoeficacia, etc.

#### **Conclusiones**

Para realizar esto desde la atención primaria resulta imprescindible:

1. Tener claro que en la medida en que se promociona el envejecimiento activo, estamos previniendo la dependencia y actuando sobre ella, que es uno de los mayores retos del siglo XXI para los sistemas de protección social.
2. Crear un sistema de cuidados en salud con profesionales formados adecuadamente para proveer atención basada en la evidencia a la creciente población mayor.
3. En la promoción del envejecimiento activo intervienen como hemos visto muchos otros sectores y no solo el sector salud, el educativo, social, cultural, económico y productivo. Por ello la coordinación intersectorial es imprescindible para sumar esfuerzos y coordinar mensajes.

Esto en lo cotidiano, en el marco de la consulta se traduce en conocer muy bien los servicios y recursos existentes en nuestra zona y recomendar su utilización a los mayores aprovechando su receptividad y su confianza.

4. La participación de las propias personas mayores en todo el proceso. Darles información adaptada a sus capacidades y desarrollar estrategias educativas. Incluir siempre su entorno social, el apoyo informal y la cultura de la comunidad o grupo al que pertenece.

Así y para concluir, como resumen de las recomendaciones y áreas de intervención sobre las que incidir desde la consulta, se podría proponer el siguiente decálogo preventivo de C. Carnero (2002), como manera de promocionar el Envejecimiento Activo en Atención Primaria:

1. Coma poco, pero coma bien (dieta mediterránea; beba moderadamente; probablemente en el futuro haya que recomendar añadir un suplemento vitamínico a partir de cierta edad).
2. Evite el tabaco y el contacto con otros tóxicos.
3. Mantenga una actividad física moderada.
4. Cuide su salud (vacúnese, vigile y trate los factores de riesgo; protéjase de los TCE; No deje que la tristeza amargue su vida).
5. Evite la soledad; asóciase, agrúpese, emparejese.
6. Nunca deje de estudiar, o al menos de leer.
7. Manténgase informado de lo que pasa a su alrededor.
8. Diviértase; si es posible, mejor en compañía.
9. Programe su jubilación: ocupe su tiempo libre.
10. Nunca es tarde para aprender y mucho menos para aprender.

#### **Bibliografía**

- Beca LR, Slade MD, Kuntel SR, Kasl SV. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002;83:2:261-70.
- Carnero Pardo C, Escamilla Sevilla F. Enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo y protectores. En: Martínez Lage JM, Berthier Torres M: "Alzheimer 2002: teoría y práctica". Aula Médica Ediciones, Madrid 2002.
- Corder L, Corder E y Manton K. The prevalence and dimensions of disability at ages 65+ in the United States from 1982 through 1999. *Gerontology International J. of Experimental, Clinical and Behavioural Gerontology* 2001;47:87.
- De Alba C, Gorroño Goitia A, Litago C, Martín Lesende I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. Actualización 2001 PAPS. *Aten Primaria* 2001;28(supl 2):161-80.
- Fernández-Ballesteros R. Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. Monográfico de la Rev. Esp de Intervención Psico-social 2001;10:277:284-3.
- Grupo de trabajo de Atención al Anciano de la semFYC. Atención al anciano. Ediciones Eurobook, SL. Madrid, 1997.
- Health And Ageing: A Discussion Paper. WHO. Departamento de Promoción de la salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas. 2001.
- Javier Yanguas J, Leturia FJ. Intervención Psicosocial en Gerontología: Manual Práctico. ED. Caritas Española. Madrid, 1998.
- Regato Pajares P. Envejecimiento Activo. Concepto y enfoque desde la Atención Primaria. En Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. semFYC ediciones, Barcelona 2004.
- Sancho T, Rodríguez Envejecimiento y Protección Social en España. Veinte años de historia y una mirada al futuro. Rev. Intervención Psicosocial. N° monográfico con motivo de la II AME. Colegio de Psicólogos, marzo, 2002.
- SemFYC. Programas Básicos de Salud. Programa del Anciano. Valoración Geriátrica (n° 7). Ed Doyma SL. Madrid, 2000.
- The Role of Physical Activity in Healthy Ageing. WHO/HPR/AHE/98.1
- Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación. WHO/NMH/HPS/. 00.2
- Wheeler JA, Gorey KM, Grenblatt B. The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta-analysis. *International journal of Ageing and Human Development* 1998;47:69-79.

## **Opiniones de las personas mayores y los profesionales sobre el envejecimiento activo**

M. Pérez, Salanova

#### **Ideas Principales**

1. Las formulaciones del Envejecimiento Activo abren una senda amplia de temas a trabajar, a profundizar, ofreciendo todos ellos un componente común: estimulan a pensar con una lógica de transformación, incitan a pensar qué hacer y cómo hacerlo.

2. El enfoque preconizado por el Envejecimiento Activo consiste en construir nuevos patrones de relación entre los profesionales y las personas mayores, nuevos patrones en los que la noción de capacitación deviene central.
3. Las formulaciones del Envejecimiento Activo, valoradas positivamente en todos los grupos de discusión, se aprecian fuertemente conectadas con las aspiraciones tanto de las personas mayores como de los profesionales.

**Contenido**

El documento Envejecimiento Activo contiene múltiples focos de interés tanto si lo leemos desde la óptica de la investigación como si lo hacemos desde la perspectiva de las intervenciones, o cuando combinamos ambas. En todos los casos permite la adopción de un enfoque que da cabida a la interrelación entre disciplinas, actores y sectores diversos.

Sea en lo concerniente a los determinantes o en lo relativo a los desafíos, las formulaciones del Envejecimiento Activo abren una senda amplia de temas a trabajar, a profundizar, ofreciendo todos ellos un componente común: estimulan a pensar con una lógica de transformación, incitan a pensar qué hacer y cómo hacerlo. El interés por estudiar qué piensan las personas mayores y los profesionales sobre el Envejecimiento Activo nace de ese estímulo y del deseo de colaborar en la implantación del enfoque que sostiene el documento; interés y deseo que se concretaron en la realización del proyecto de investigación “Activando el Envejecimiento Activo”, del que se presenta un avance de resultados en esta ponencia.

La investigación empleó una metodología cualitativa que se concretó en la realización de 9 grupos de discusión, 5 compuestos por profesionales y 4 por personas mayores. Para su realización tomamos como punto de partida el documento de la Organización Mundial de la Salud “Envejecimiento Activo: un marco político” con el objetivo de estudiar las percepciones de profesionales y de personas mayores sobre los contenidos de dicho documento, así como con la finalidad complementaria de contribuir a su difusión.

La pertinencia de estudiar las percepciones de las personas mayores y de los profesionales se justifica por la posición que ambos comparten como actores con un papel clave en la aplicación del paradigma que propone la OMS. Dicha característica, señalada explícitamente en el documento, es la que orienta la dinámica de los grupos de discusión proponiendo a los participantes que reflexionen en una lógica de implementación.

Al plantear esa lógica de implementación, se pretende explorar también qué aspectos manifiestan unos y otros respecto a un componente básico en el enfoque preconizado por el Envejecimiento Activo: construir nuevos patrones de relación entre los profesionales y las personas mayores, nuevos patrones en los que la noción de capacitación deviene central.

En coherencia con el enfoque que sostiene el Envejecimiento Activo resulta imprescindible asentar las actuaciones en una perspectiva de capacitación de las personas mayores, perspectiva para la que las imágenes que asocian el envejecimiento al déficit y el deterioro o a la debilidad y la imposibilidad de aprender son identificadas como principales obstáculos. Asimismo, la perspectiva de capacitación requiere admitir que la homogeneización con la que se suele tratar a las personas mayores situándolas como receptoras de cuidados impide advertir sus fortalezas, y en consecuencia no nos permite incluir ese componente en nuestra actividad profesional. Dispongan de mayor o menor autonomía funcional, conocer cuáles son las vivencias y aspiraciones de las personas mayores, y contar con ellas, debería constituir el primer eslabón para evitar los procesos de discapacidad.

La importancia de ambos aspectos, la posición como actores en la construcción del Envejecimiento Activo y la adopción de una perspectiva capacitadora, nos condujo a incluir en nuestra investigación tanto personas mayores que vivían de forma independiente como personas que necesitaban ayudas para su vida cotidiana.

El documento de la OMS plantea una lógica intersectorial del envejecimiento activo en la que reconociéndose la importancia primordial de los servicios sanitarios y sociales, a la vez se subraya la importancia y la influencia de otros sectores.

Dicho aspecto fue abordado en nuestra investigación a través de dos vías: la configuración de los grupos de discusión compuestos por profesionales y el diseño del guión de discusión de los diferentes grupos. Respecto a la primera vía, para definir los grupos de discusión compuestos por profesionales se optó por incluir profesionales procedentes de ámbitos asistenciales y no asistenciales, y de marcos específicos para personas mayores e inespecíficos. Respecto a la segunda vía, al elaborar el guión de

discusión se optó por plantear la discusión sobre los contenidos del documento en relación con la vida cotidiana, acogiendo las diversas temáticas y problemas que las personas introducían, sin referirlas de antemano a situaciones conectadas con los servicios sanitarios o sociales.

Para llevar a cabo la investigación consideramos adecuado elaborar un resumen de las formulaciones del documento de modo que se facilitara la lectura. Por una parte consideramos que el texto completo resultaba demasiado extenso para todos los componentes de los grupos de discusión, y por otra valoramos que la variedad de contenidos comportaba excesiva complejidad, especialmente para las personas mayores.

De entre los diferentes resultados obtenidos, la ponencia presentará los referidos a dos niveles de exploración. El primero concierne a las percepciones del conjunto de participantes sobre la situación actual en relación al Envejecimiento Activo formulado por la OMS. El segundo aborda las ideas consideradas clave para la implantación del paradigma del Envejecimiento Activo según las aportaciones efectuadas por los participantes en siete grupos de discusión.

En ambos niveles de exploración, los resultados ponen de manifiesto que las formulaciones del Envejecimiento Activo, valoradas positivamente en todos los grupos de discusión, se aprecian fuertemente conectadas con las aspiraciones tanto de las personas mayores como de los profesionales.

Respecto al primer nivel de exploración, los resultados indican el predominio de una lógica discapacitadora al referirse a la realidad actual, lógica que se concreta en situaciones y momentos diversos, y a través de expresiones como las siguientes: “no servir para nada”, “aparcados”, “no nos preguntan”, “creer que no pueden hacer nada”, “se dejaría hacer todo”. A pesar de dicho predominio, en todos los grupos se expresan contenidos que plasman el enfoque del Envejecimiento Activo en momentos de su vida cotidiana actual y/ o que esbozan estrategias de cambio. La influencia de las imágenes deficitarias sobre la vejez, la discriminación, la orientación de las organizaciones, la actitud de las familias, y la actitud y formación de los profesionales se identifican como factores clave en la dirección de la discapacidad.

Los resultados obtenidos en el segundo nivel de exploración advierten sobre la utilización de enfoques de priorización diferentes entre los grupos de discusión, según se trate de grupos compuestos por profesionales o por personas mayores. En aras a favorecer la implantación del Envejecimiento Activo, podemos preguntarnos sobre la conveniencia de establecer mensajes diferenciados para personas mayores y profesionales cuyo contenido enlace con los distintos estilos de “apropiación” del documento.

*Proyecto subvencionado en el marco de la convocatoria I+D+i/Envejecimiento 2003. En su realización ha contado con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, el Ayuntamiento de Barcelona y la Cruz Roja.*

**Actividades preventivas en los ancianos**

A. Luque Santiago

**Ideas principales**

1. La mejor garantía de una vejez sana es el mantenimiento de hábitos saludables durante toda la vida.
2. La mayor longevidad se acompaña de un aumento en la prevalencia de morbilidad sobre todo de enfermedades crónicas y de incapacidades por lo que los programas de prevención deben ir dirigidas hacia ellas.
3. La realización de actividades preventivas tiene como objetivo en este grupo de edad el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad.

La OMS ha adoptado la expresión “envejecimiento activo” como el proceso de aprovechamiento y optimización de las oportunidades que favorecen el mantenimiento del bienestar físico, social y mental a lo largo de toda la vida a fin de aumentar la esperanza de vida sana y la calidad de vida en la edad avanzada. Este concepto refleja el compromiso de la OMS de mantener y reforzar la independencia, la participación social, el bienestar emocional y la salud física.

La salud es un elemento clave del envejecimiento activo y este asegurará que todos los ciudadanos de edad puedan seguir aportando una contribución vital y positiva a sus familias, comunidades y sociedad.

**TABLA 1**  
**1** Medicina preventiva y cribado en ancianos: Resumen de las recomendaciones

Maniobra	Edad (años)	Evidencia	Recomendación	Grado**
<b>Cribado</b>				
Presión arterial		I	Toma de PA cada 1-2 años (1,2,11)	A
Colesterol		I	Determinación cada 5 años (1,3,4)	A
Examen pélvico, Papanicolau		I	Papanicolau cada 1-3 años, después de 2-3 negativos anuales previos. A partir de los 65-70 años aumentar periodicidad o no realizar (1,5,6,7,11)	A C ≥ 65
Mama (examen médico, autoexploración, mamografía)	≥ 40 ≥ 40 70-85	I	Exploración médica anual (1,5) Mamografía cada 1-2 años (1,5) Mamografía cada 1-3 años (1,6)	I B C ≥ 65
Examen de próstata/PSA	≥ 50	III	Anual si expectativa de vida > 10 años (5,8) Insuficiente evidencia (1,3,11)	C/I NR
Cribado de Cáncer colon	≥ 50	II	SOH anual y/o sigmoidoscopia cada 5 años o enema de bario cada 5 años o colonoscopia cada 10 años (1,5)	A
Examen de boca, ganglios, testículos, piel, corazón y pulmón		III	Exploración anual (1,2,5)	C
Depresión		III	Periódicamente	B
Visión/Glaucoma	≥ 65	III	Periódicamente por el especialista (1,11)	C
Interrogatorio o cuestionario de deterioro auditivo		III	Periódicamente (varios)	B
Estado mental y funcional		III	Como se necesite: Estar alerta ante el empeoramiento (1,11)	C
Osteoporosis	Mujeres posmenopausicas	III	Periódicamente (1,10)	B
Glucosa		III	Periódicamente en grupos de alto riesgo (1) Cada 3 años en > 45 (9)	C C
Función tiroidea (TSH)	Mujeres ≥ 50	III	Cada 5 años (1,3)	C
Electrocardiograma	≥ 40-50	III	Periódicamente (2)	C
Radiografía de tórax		III	NR / si se necesita (5,1)	D
<b>Profilaxis/consejo</b>				
Ejercicio		I-II	Aeróbico y de resistencia (1,2)	A, I
Vacuna de la gripe	≥ 50	I-II	Vacunación anual, también en enfermedades crónicas (1,3, 11 en > 65)	B
Vacuna tétanos-difteria		I-II	Dosis de recuerdo cada 10 años (1,6,11)	A
Vacuna neumocócica	≥ 65	I-II	Vacunación al menos una vez (1,3)	B
Aspirina		I-II	Discutido si en personas con riesgo de cardiopatía isquémica de 80-325 mg/día (varios)	A
Calcio, SERM o bifosfonatos para la osteoporosis; estrógenos para la prevención de enfermedades crónicas	Mujeres posmenopausicas	II	(varios)	B D

1: US Preventive Task Force; 2: American Heart Association; 3: American College of Physicians; 4: National Cholesterol Education Program; 5: American Cancer Society; 6: American Geriatrics Society; 7: Canadian Task Force; 8: American Urological Association; 9: American Diabetes Association; 10: National Osteoporosis Foundation; 11: Programa de Actividades de prevención y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia.

Fuente: Modificada de Goldberg.

Para conseguirlo es necesario conocer las actitudes y los mecanismos que permitan mitigar los efectos biológicos, psicológicos y sociales que el paso del tiempo tiene sobre nuestro organismo a la luz de los nuevos conocimientos de la ciencia y de la medicina moderna. Dentro de las medidas para mejorar la calidad de vida del anciano se incluyen el mantenimiento de la actividad intelectual que mejora la función cognitiva y reduce la ansiedad y los cuadros depresivos y una actitud positiva. Además una de las estrategias que ha demostrado su eficacia es la de impulsar las intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dirigidas a las personas de edad en relación con los hábitos saludables y la prevención de enfermedades propias del envejecimiento.

La mejor garantía de una vejez sana es el mantenimiento de hábitos de vida saludables durante toda la vida en lo que hace referencia al seguimiento de una dieta adecuada, la práctica regular de ejercicio físico adaptado a la edad de la persona y el evitar el consumo de tóxicos así como el realizar las vacunaciones recomendadas y la detección precoz de enfermedades crónicas posiblemente invalidantes.

La mayor longevidad se acompaña de un aumento en la prevalencia de morbilidad sobre todo de enfermedades crónicas y de incapacidades por

lo que los programas de prevención deben ir dirigidas hacia ellas. Las enfermedades

crónicas más frecuentes son los dolores tanto no como reumáticos, las alteraciones de los órganos de los sentidos, el insomnio y la HTA que es también, la enfermedad crónica más frecuente en los adultos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2001. En las altas hospitalarias los diagnósticos más frecuentes en año 1998 fueron las enfermedades del aparato circulatorio (insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica) que coincide con la principal causa de mortalidad seguidas por los tumores.

Respecto a las discapacidades un tercio de los mayores de 65 años tiene alguna discapacidad que provoca dificultades para realizar las actividades de la vida diaria. La deficiencia más frecuente, es de tipo osteoarticular seguida por las deficiencias sensoriales de la vista y del oído.

Por lo que la actuación aparte del tratamiento del dolor será la realización de actividades preventivas cuyo objetivo en este grupo de edad no será tanto el aumento de la expectativa de vida como el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando este se ha producido, recuperar el nivel de función

**TABLA 2** **Recomendaciones del Programa de actividades de prevención y promoción de la salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en síndromes geriátricos y de la valoración geriátrica global**

Patología	Recomendaciones
Caídas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Practicar ejercicio físico, particularmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular.</li> <li>2. 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.</li> <li>3. En ancianos con alto riesgo de caídas (mayores de 75 años, consumo de hipnóticos o de antihipertensivos, polifarmacia, deterioro cognitivo o inestabilidad) se aconseja realizar una intervención multifactorial intensiva, individualizada y domiciliaria si hubiera recursos disponibles que incluya ejercicio físico, revisión del estado de salud, de la medicación psicótropa y del entorno.</li> <li>4. En los que hayan sufrido una caída en los 3 últimos meses o con caídas de repetición incluir la anamnesis sobre la caída previa y valorar la presencia de factores de riesgo relacionados con la caída además del programa individualizado de intervención multifactorial y medidas de rehabilitación.</li> </ol>
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática.</li> <li>- Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias como pérdida de memoria, deterioro funcional o trastornos de comportamiento, referidos por la familia o el propio paciente.</li> <li>- Ante sospecha de deterioro cognitivo se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada y test neuropsicológicos y seguimiento posterior individualizado para evaluar su progresión.</li> </ul>
Alteraciones visuales	Realizar un examen completo de la vista un oftalmólogo o profesionales capacitados. En los diabéticos y en los que presenten una PIO elevada o antecedentes familiares de glaucoma se realizará con una periodicidad anual.
Hipoacusia	Preguntar sobre dificultad en la audición y si se precisara aconsejar el uso de audífonos.
Polimedición	Formar a los médicos 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
Incontinencia urinaria	Preguntar sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de IU, así como el estudio básico de la IU.
Malnutrición	Identificar de los ancianos con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores. Como despistaje de la desnutrición debe realizarse la medición periódica del peso y de la talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha

**Recomendaciones del uso de la valoración geriátrica global en Atención Primaria**

1. No existe suficiente evidencia para recomendar la aplicación sistemática de la VGG a la población general de personas mayores, salvo que se realice en el domicilio de manera intensiva, por personal entrenado y en ancianos con buen pronóstico, de difícil aplicación en nuestro medio.
2. Su aplicación y contenido debe ser individualizada, priorizando a los ancianos con factores predictivos de deterioro (mayores de 80 años, hospitalización reciente, caídas de repetición, deficiente soporte social) o con pérdida funcional potencialmente reversible.
3. Los profesionales de atención primaria deben ser adiestrados en su manejo.

Fuente: Elaboración propia.

previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. Por lo que se mantendrán los hábitos saludables, el control de los factores de riesgo conocidos para la enfermedad cardiovascular, para el cáncer y para las enfermedades infecciosas; la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de los síndromes geriátricos que afectan a la independencia y autonomía de la persona: caídas, demencia, incontinencia urinaria, deterioro de la vista, hipoacusia, desnutrición y el uso inadecuado de la medicación.

La valoración funcional, se considera prioritaria por ser uno de los mejores indicadores del estado de salud, de la calidad de vida, un buen predictor de morbilidad y del consumo de recursos asistenciales.

Dado lo heterogénea que es esta población se deberá decidir la realización de estas actividades en función del beneficio individual, marcado no tanto por la edad del individuo sino por la expectativa de vida que a partir de los 65 años se considera de 18 años para las mujeres y 14 años para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamientos y percibir los beneficios en salud.

En la tabla 1 se resumen las intervenciones recomendadas por distintos grupos de expertos y sociedades y en la tabla 2 las recomendaciones del grupo de actividades preventivas en el mayor del programa de actividades de prevención y promoción de la salud de nuestra sociedad en síndromes geriátricos y en la valoración geriátrica global.

## La atención gineco-obstétrica en atención primaria

**Moderadora:** *E. Bailón Muñoz*

Médico de familia. Coordinadora de la Unidad Docente de MFyC. Granada. Coordinadora del Grupo de Atención a la Mujer de semFYC.

### Ponentes:

*A. Webb*

Jefa de Servicio de Anticoncepción y Salud Reproductiva. Médica de familia. Abacus Clinics. Servicio Nacional de Salud. Liverpool. Reino Unido.

*J. A. Miranda Carranza*

Ginecólogo. Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología. Centro Materno-Infantil. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

*J. M. Bajo Arenas*

Ginecólogo. Presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Hospital Santa Cristina. Madrid.

*L. Arribas Mir*

Médico de familia. CS Universitario de La Chana. Distrito Sanitario de Granada.

### Sexual and Reproductive Health in primary care

*A. Webb*

Sexual Health has been defined as the enjoyment of sexual activity of one's choice, without causing or suffering physical or mental harm<sup>1</sup>. The World Health Organisation define it as the ability to have a safe, satisfying and responsible sex life with the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to reproduce.

Sexual Health Services include health education and promotion, contraception, sexually transmitted infection testing and treatment, abortion service and sexual dysfunction services. Who provides these services and how widespread and effective they are varies between and within countries. Reproductive health is an ill-defined term, but it recognises the considerable overlap with other areas that are mainly, but not only, associated with gynaecology.

The great majority of people have a sexual life and at some time require sexual health services. These are delivered by many people, not only those working in clinical care but they must be accessible and acceptable. After all sex is not an illness and to avoid any unwanted consequences a person must take action in advance. If there are too many obstacles it may be easier to take a chance. One of the wanted consequences of sexual activity, pregnancy, is also not a disease and in most cases will progress normally with no, or very limited, intervention from clinicians. To ensure the best outcome it is important to identify those women who may have problems without over medicalising all pregnancies.

#### The Netherlands

Different countries have developed different models of service delivery. Even within countries the models vary.

In the Netherlands the model is based primarily on general practice. Virtually all contraception is provided by them and nearly 60% of women use the pill with 14% relying on sterilisation and 20% using no contraception. Although most GPs will fit an IUD in parous women, less are willing in nulliparous women. There is also a system of contraceptive clinics where a greater choice of methods is supplied. Gynecologists are rarely involved in contraception.

Abortion is legal until 22 weeks gestation although 95% are performed before 12 weeks. The rate has increased from 5.5 to 8.0 between 1992 and 2000 but is still one of the lowest in Europe. The rise is thought to be affected by the increased numbers of women from other countries now living in the Netherlands. Abortions are mostly carried in out in dedicated clinics by GPs.

Pregnancies are primarily cared for by midwives with about half of the deliveries taking place in the home attended by a midwife. The number of home deliveries is decreasing as the maternal age is increasing but it is

still higher than in many other European countries. Obstetricians are involved in "complicated" pregnancies but not in the majority. GPs have some involvement but it is not significant.

#### Sweden

In Sweden the midwives take a lead role in all areas of sexual health be it contraception (including the fitting of IUD/IUSs and implants), testing and treatment of sexually transmitted diseases (STI) and pregnancy. In rural areas the GPs are more involved. Obstetricians deal with abnormal pregnancies. There are some gynecologists with an interest in contraception that assist the midwives in difficult cases.

GPs will deal with straightforward hormone replacement therapy and other reproductive health issues with back up from gynecologists.

#### United Kingdom

In the United Kingdom (UK) the GPs act as the main gateway to hospitals but everyone has free access to contraception and sexual health clinics. Many of these are drop in but they all take direct self referrals from women and men of all ages.

Historically contraception was carried out in charitable clinics and only came into the National Health Service in 1974. Subsequently the pattern has varied throughout the country. In some cities the clinics have remained very active and provide the majority of contraceptive services with a full range of methods. In other areas, mainly rural, the GPs have been more involved. Although about 60% of contraception is carried out in general practice the choice of methods is not great, with a large preponderance of the pill.

#### Sexual Health Strategy

STI testing and treatment was traditionally done in separate clinics but there is a gradual move to integration of services not only with the contraceptive clinics but also with general practice. Chlamydia screening for men and women under 25 years is now available in over a third of England and will gradually be rolled out to the whole country. This is one of the consequences of the "National Sexual Health and HIV Strategy" published by the Department of Health in London in 2001<sup>2</sup>. The other UK countries (Scotland, Wales and Northern Ireland) have developed similar strategies. The aim is to ensure that basic services (level 1) are provided in every GP surgery. This would include:

- Sexual history and risk assessment.
- STI tests for women.
- HIV testing and counselling.
- Pregnancy testing and referral.
- Contraceptive information and services.
- Assessment and referral of men with STI symptoms.
- Cytology screening and referral.
- Hepatitis B immunisation.

In every community (small town, district of a city) there would be a level 2 service which could be provided by a GP with an interest or by a stand alone sexual health clinic. As well as the services provided by level 1 they would also provide:

- IUD/IUS and contraceptive implant insertion
- Testing and treatment for STI
- Vasectomies
- Partner notification
- Invasive STI tests for men, until non invasive methods are available

Within each larger health area, determined by size of population or area in the more rural zones, there would be at least one level 3 service which would include responsibility for needs assessment, support for quality provision and clinical governance requirements. An individual would be able to access all of level 1 and 2 services as well as all specialist services. They would provide outreach services for hard to reach groups and specialised infection management including coordination of partner notification. They would also include specialist HIV treatment and care.

The Strategy also sets standards for access to abortion and sexual dysfunction services. Although there is well established training in contraception, clinical experience in STI and other areas of sexual health has been more patchy.

## Training

### DFFP

Most GPs, as part of their 3 year vocational training will obtain the Diploma of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care (DFFP)<sup>3</sup>. This has evolved from the Family Planning certificate which existed prior to the integration of contraception into the NHS into a structured competency based qualification which has six theory modular half days and a series of practical sessions where the doctors must demonstrate that they are able to practise in Sexual and Reproductive Health at a standard at least equivalent to Level 1 of the Strategy for HIV and Sexual Health in England. The training includes at least four assessments of competence in knowledge, skills and attitudes. It is a competence-based training using a logbook of clinical and tutorial experience. Most doctors undergoing training in general practice or obstetrics and gynaecology acquire this diploma. It is compulsory for those undergoing specialist training in genitourinary medicine.

### Letters of Competence (LoCs)

Whereas GPs need to have a sound knowledge of contraception and sexual health, not all of them will wish or be able to maintain the practical skills necessary for safe insertion and removal of intrauterine devices/systems (IUDs/IUSs) or implants. LoCs offer proof of further training and competence for any doctor wishing to fit IUDs, IUSs and implants, as well as those wishing to become Instructing Doctors.

### STIF

The British Association of Sexual Health and HIV (BASHH)<sup>4</sup> has developed a STI Foundation course for GPs and others providing level 1 sexual health services especially for those doctors who had previous training in contraception but not necessarily STIs. It is a two day course with a lot of interactive sessions. As the new DFFP gets established the need for a separate STIF course will be reviewed.

### DRCOG

For those GPs with an interest in Obstetrics and Gynecology there is a Diploma examination (DRCOG) aimed at family practitioners who may wish to include providing an obstetric and gynaecological service to their patients<sup>5</sup>.

### Ante-natal care

For routine antenatal care there is a long tradition of midwife involvement for the majority of care with involvement of the Obstetrician only where there are abnormalities. The National Institute for Clinical Excellence (NICE) has issued Clinical Guideline 6 "Antenatal Care, Routine care for the healthy pregnant woman" which gives evidence based guidance and encourages cooperation between GPs, midwives and obstetricians to ensure safe and effective woman centred care<sup>6</sup>.

### Reproductive Health

The NICE algorithm on "Fertility, Assessment and treatment for people with fertility problems" is a useful aid to all who encounter couples concerned with a delay in conception. It enables GPs to refer appropriately, having established basic information prior to the involvement of the specialist.

The Royal College of Obstetricians and Gynecologists has also issued Guidance on various subjects including the Initial Management of Menorrhagia aimed to provide recommendations to aid GPs and gynaecologists. This assists GPs in dealing with what is a common complaint and allows the gynaecologist to deal with those women who need more complicated care.

## Conclusions

Wherever services are provided they need to be patient centred, accessible and acceptable. GPs work within and know a community. They are able, more easily to provide holistic care. They need to work in collaboration with specialists in all areas of medicine and will all have different interests. No one area of medicine is separate from another. Many aspects of care are becoming more specialised and patients expect higher standards of care. A seamless service with GPs and other primary care clinicians working in the frontline with the backup and support of specialists is likely to deliver the most effective, acceptable and sustainable system. In areas of sexual health, because most people are not ill and some may not wish to discuss this area of health with their GPs, an alternative

open-access service working alongside and in collaboration with GPs may have benefits.

Any model is only as good as those working in it and there are always limitations but whatever the model the needs and wishes of the patient must always be paramount.

## Bibliography

1. Greenhouse P. Br Med J 1995;310:1488.
2. Department of Health. London www.dh.gov.uk.
3. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care. www.ffprhc.org.uk.
4. British Association of Sexual Health and HIV www.bashh.org.
5. Royal College of Obstetricians and Gynecologists www.rcog.org.uk.
6. National Institute for Clinical Excellence www.nice.org.uk.

## Seguimiento del embarazo. Experiencia de colaboración entre atención primaria y especializada

J.A. Miranda Carranza

Existe bastante consenso en la consideración de parte de la obstetricia y ginecología como una especialidad de atención primaria. Las discrepancias aparecen cuando se indica que profesionales deben ocuparse de ella. Así, en EEUU, aunque tiene esta catalogación, más del 80% de las mujeres acuden al ginecólogo, llegando a tener éste la consideración de "médico de cabecera". En cambio, en otros países, tanto el control de la gestación como otras partes de la especialidad (planificación familiar o menopausia) son encomendadas a médicos de familia y matronas.

En 1988 se inicia en Andalucía la implantación del Plan Materno Infantil (PMI). En el se contempla que las embarazadas serán atendidas (un control/mes) por atención primaria (médicos de familia y matronas) y derivadas al especialista en la semana 16, al final del embarazo y siempre que existan factores de riesgo. En una primera evaluación del grado de cumplimiento del PMI en la provincia de Granada, se pudo observar como sólo en los centros de salud nuevos o reconvertidos y ubicados en la capital éste era aceptable.

El PMI se fue implementando con ecografías en la semana 20, serologías y cribaje de EGB, HB, diabetes gestacional y marcadores de anomalías cromosómicas. En 1999 se evaluó de nuevo su funcionamiento. Cabe destacar que más del 60% de los embarazos eran controlados por médicos de familia y matronas, pero se mantenían las diferencias geográficas en relación con el grado de cumplimiento del programa. Éste seguía siendo superior en los centros de salud de la capital y pueblos de su cinturón. En el año 2000 el PMI es sustituido por el denominado Proceso Embarazo, Parto y Puerperio que incluye la programación de las actividades dirigidas al seguimiento de forma integrada entre los profesionales de atención primaria y especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz, la realización y cumplimentación de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto y al puerperio, así como la conexión con los programas de Salud Infantil y la oferta de los servicios de planificación familiar.

Los servicios sanitarios se preocuparán de optimizar sus resultados y aproximarse a las necesidades de los usuarios del sistema, así como de los prestadores de servicio de salud. En un contexto sometido a frecuentes cambios, la ausencia de una utilización adecuada de los diferentes elementos que conforman la asistencia a la paciente, puede dar lugar a una práctica clínica con gran variabilidad, alejada de los intereses de las pacientes y del papel de los profesionales en la gestión de los problemas de salud.

Con la intención de conseguir los objetivos de la Calidad Total en el entorno de la situación sociosanitaria actual, el Plan Marco de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, se propone una estrategia de Gestión Integral por Procesos, el cual, utilizando una metodología de consenso entre profesionales, es una herramienta que procura asegurar de una forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud, con una gestión integral con atención y respuesta única y centrándose en una serie de elementos fundamentales:

- Enfoque centrado en el usuario.
- Implicación de los profesionales.
- Equipos multidisciplinares.
- Sustento en la mejor práctica clínica.

- Desarrollo de un sistema de información integrado.
- Continuidad asistencial.
- Expectativas de los usuarios.
- Gestión clínica.
- Guías de práctica clínica.
- Indicadores.

Son, en teoría, algunos de los puntos anteriormente reseñados lo que aportaría el proceso integrado al anterior Plan Materno-Infantil, especialmente los relacionados con la continuidad asistencial, la importancia de las expectativas de los usuarios, el diseño y utilización de guías de práctica clínica y la importancia que en la gestión por procesos se da a los indicadores. No obstante, en el caso concreto del embarazo, parto y puerperio, a diferencia de otras situaciones clínicas, la gestión por procesos no ha supuesto aportación alguna desde el punto de vista asistencial, ya que se parte de un modelo, el Plan Materno-Infantil, con bastantes años de desarrollo. El propuesto cambio de mentalidad por parte de los profesionales, con una mayor orientación de las actividades hacia las expectativas del ciudadano, no dará lugar a una mejora en los indicadores de calidad más allá de los que cabría esperar con la revitalización de la coordinación entre atención primaria y especializada y de los avances logrados en el control del embarazo en los últimos años.

## La necesaria colaboración médicos de familia –ginecólogos

*J.M. Bajo Arenas*

Los médicos de familia deben mantener con los ginecólogos una estrecha colaboración, al igual que con el resto de los especialistas. Muchos somos los médicos que intervenimos en el cuidado de la salud de la mujer. Y pese a que cada uno puede aportar su visión particular, lo cierto es que la paciente es un ente único, que debe ser vista y tratada como tal, de manera global, y no sólo como una o varias patologías. Y es por ello que, pese a las diferentes sensibilidades que cada especialista puede tener, existe un denominador común para todos: el bienestar general de la mujer. En este sentido, todos formamos parte del mismo equipo.

Por otro lado, es innegable la cada vez mayor complejidad de la Medicina. Cada día son mayores los conocimientos, tanto de los aspectos etiopatológicos como terapéuticos. Ello hace que, incluso para especialistas exclusivos de determinados campos, sea complicado estar completamente actualizado. Tanto más para aquellos especialistas que tienen que dominar extensas áreas del conocimiento médico, como es el caso de la Medicina Familiar y Comunitaria. Teniendo esto en cuenta es fácil comprender la enorme importancia que tiene la correcta coordinación entre especialistas, de manera que exista un flujo bidireccional de información entre, por una parte, el médico con contacto más directo y personal con la paciente, su médico de familia, y el más centrado en el conocimiento de un área específica de la medicina. Si esto es aplicable para todas las esferas médicas, tiene una estrecha coordinación en la Ginecología y Obstetricia, dado que se entremezclan procesos fisiológicos (por ejemplo, un embarazo normal) y patológicos, así como actividades preventivas (como la realización de una citología o una mamografía) y terapéuticas.

Pese a que tradicionalmente las gerencias de Primaria y Especializada se han comportado como compartimentos estancos, con escasa o nula intercomunicación, desde niveles más básicos, entre los propios profesionales que atendemos a la mujer, hemos de superar esta lacra y actuar de manera coordinada. No se trata de sobrecargar Atención Primaria con procesos que la abrumen, o que impliquen un nivel de tecnificación o conocimientos superior al exigido al médico de familia. Ni que la Ginecología acapare para sí la mujer, sin permitir la participación de nadie más. Sin duda, de la colaboración nacerán los mejores frutos. Si de una manera consensuada, partiendo de nuestras Sociedades Científicas, somos capaces de definir cuáles son nuestras respectivas tareas, sin duda conseguiremos atender de una manera más eficaz y de mayor calidad a nuestras pacientes, lo cual debe ser nuestro faro en las procelosas aguas de la Administración.

En los últimos años, la SEGO ha invitado a la SEMFYC a participar en la elaboración de documentos de consenso sobre algunas prácticas que implican a los profesionales de ambas sociedades (Anticoncepción de

emergencia, Prevención de la infección perinatal por el estreptococo del grupo B, etc.), sin duda una excelente línea de cooperación. El manejo por el MF de algunos motivos de consultas GO, permite a los ginecólogos dedicarse a resolver problemas más complejos y atenderlos sin demoras. La salud de las mujeres precisa de esta buena relación. Vamos a ir desarrollando las distintas áreas en las que está colaboración puede establecerse.

### *Asistencia obstétrica*

Los niveles de asistencia obstétrica en los que pueden participar los médicos de atención primaria serían:

- Consulta Preconcepcional.
- Control Prenatal.
- Consulta puerperal.

### *Consulta preconcepcional*

Es deseable el establecimiento de una consulta preconcepcional en la que puedan realizarse, al menos, las siguientes funciones:

1. Identificar, controlar y registrar riesgos de la gestación, especialmente en lo relacionado con la existencia de enfermedades crónicas que agravan la evolución del embarazo (diabetes, hipertensión, cardiopatías, etc.) y enfatizar en la importancia de una adecuada compensación previa al establecimiento del mismo.
2. Facilitar información para el reconocimiento de situaciones de riesgo (exposición a fármacos, radiaciones ionizantes, riesgos laborales y profesionales etc.).
3. Informar a la gestante y su pareja del riesgo de aparición / repetición de una alteración genética, cromosómica o estructural en su descendencia.
4. Promoción de estilos vida saludables mujer / pareja, especialmente en lo relacionado con la dieta, el ejercicio físico y los hábitos sexuales.
5. Quimioprofilaxis para la prevención de los defectos del cierre del tubo neural con ácido fólico.
6. Informar sobre la importancia de realizar la primera visita prenatal precozmente (antes de la novena semana de amenorrea) y de acudir regularmente a los programas de educación maternal.
7. Realización de serología.

### *Control prenatal*

El Control Prenatal en el Centro de Atención Especializada está regulado por el Servicio Nacional de Salud. Este puede ser llevado a cabo por:

- a) Tocoginecólogos que dependiendo del área y de la organización pueden dedicarse sólo a estas consultas o compaginarlas con las de Ginecología en función del organigrama funcional que a tal efecto sea confeccionado. Será el primer responsable de cumplir y hacer cumplir los protocolos de asistencia a la embarazada en los escalones que se determinen.
- b) Control Prenatal a cargo de las Matronas.
- c) Control prenatal a cargo de Médicos de Atención Primaria (Médicos de Familia).

Aunque esta normativa no puede ser consensuada porque esta establecida por disposiciones estatales y autonómicas, si hemos de enfatizar en la necesidad de que tanto unos como otros deban seguir los protocolos de la SEGO, no solo en cuanto al número de visitas y exploraciones analíticas sino también a los procedimientos a realizar en cada una de ellas. Como decía Hutler ya en 1970, una gran cantidad de reconocimientos prenatales es inútil si no se corresponde con una asistencia de calidad. Esta calidad se consigue protocolizando el seguimiento de los embarazos, es decir, estableciendo lo que se debe hacer, cuando se debe hacer y como se debe hacer. Con estas premisas, la gran mayoría de estas consultas no precisan de una especialización estricta sino que se basan en el seguimiento de los esquemas de actuación protocolizados. Estos, debidamente explicados, discutidos y divulgados, pueden ser asumidos por la Asistencia Primaria y Matronas bajo la estricta vigilancia del Especialista en Tocoginecología, bien entendido que en el momento en el que se diagnostique patología debe ser el especialista el que se haga cargo del control de la Gestante, haciendo uso de toda la tecnología que el Servicio debe tener disponible para el control del feto y embarazada. La responsabilidad última de la aplicación de esta sistemática recae en los Jefes de Servicio, quienes en el supuesto de detectar fallos en la implantación, seguimiento o divulgación de la misma, lo comunicarán a la Dirección Médica del Hospital y del Distrito de Atención Primaria para su solución.

Para poder planificar correctamente toda la atención prenatal (visitas, screening de cromosomopatías, tres ecografías, analíticas, cultivos, etc.) es altamente recomendable que las gestantes acudan pronto durante la ges-

tación al primer control, preferentemente antes de la novena semana de amenorrea. Desde el Ministerio de Sanidad y desde las Consejerías de Sanidad de las distintas Comunidades deberían instaurarse campañas de información para este fin.

Para la cronología y actividades en cada una de las visitas consúltense los protocolos de la SEGO y el Manual de Asistencia al embarazo de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO que no vamos a repetir aquí.

**Pautas propuestas para el screening (cribado) de las distintas patologías ginecológicas en España**

Uno de cada cuatro europeos morirán de cáncer. La enfermedad supone un altísimo coste, tanto desde el punto de vista humano (paciente, familia, etc.) como de recursos (diagnóstico, tratamiento y cuidados). Es por ello por lo que la lucha contra el cáncer ha sido una prioridad europea desde 1985 con el lema "Europa contra el cáncer".

El Consejo de Europa se planteó 3 puntos fundamentales:

1. Planteamiento asociativo (reuniendo a todos los agentes participantes en los diversos aspectos de la prevención del cáncer).
2. Creación de un decálogo contra el cáncer.
3. La perspectiva era reducir la mortalidad en un 15%.

Entre 1987 al 2000, se redujo la mortalidad en un 10%, lo que supone la salvación de unas 92.000 vidas humanas (Boyle: Annals of Oncology, 2003).

Después de muchas consideraciones, en el momento actual, el Consejo de Europa solo acepta el cribado para 3 tipos de cánceres:

- Cáncer de cuello uterino.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de recto-colon.

(Propuesta de recomendaciones del Consejo sobre cribado. Consejo de las Comunidades Europeas. Mayo 2003)

Cualquier cribado, para que sea eficaz, tiene que cubrir al menos el 70% de la población diana.

**Norma general**

- Las campañas de screening deben de ir separadas de las consultas de patología.
- Es un grave error de política sanitaria el que se realicen por los mismos profesionales en las mismas listas de espera.

De hecho, el Real Decreto 605/2003 de 2003 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las "Listas de Espera" en el Sistema Nacional de Salud (BOE 5 de Junio 2003), define como "Primera Consulta": la efectuada a una paciente, por primera vez, en una especialidad concreta, y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo).

En nuestra especialidad de Obstetricia y Ginecología, todavía esto no se ha conseguido en muchos ámbitos, y debería ser un objetivo prioritario.

**Cribado del cáncer de cuello**

**Técnica:** Citología exocervical. Técnica totalmente validada en la actualidad, en nuestro medio, como Test de cribado, si se siguen los protocolos establecidos para la toma de muestra y condiciones de la paciente.

**Comienzo:** A partir de los 25 años. Deseable comenzar a los 3 años de iniciar relaciones sexuales.

**Seguimiento:** Después de 3 citologías normales anuales: mujeres sin factores de riesgo: cada 3 años; mujeres con factores de riesgo: anuales.

**Edad de finalizar:** A los 65 años. Conveniente hasta los 70, si no ha tenido seguimiento.

En histerectomía total por patología no relacionada con VPH, finalizar cribado.

**Características**

Cribado en atención especializada (ginecología):

- Deben separarse y gestionarse de forma independiente las Consultas de Patología (pacientes con sintomatología o patología detectada) y de Cribado (paciente para revisión periódica preventiva).
- Si existen demoras y listas de espera en pacientes con patología, no deberían iniciarse campañas de screening.

**Cribado en atención primaria**

- Deberá establecer un sistema de captación activa en: Grupos de población de riesgo elevado, Grupos de población con menor accesibilidad al sistema sanitario, Mujeres sexualmente activas con ausencia de citologías previas.

- Necesidad de un sistema informático preciso, para evitar repeticiones innecesarias, o detectar pacientes que no desean cribado por ser controladas en otros medios.
- Necesidad de comunicación adecuada con Atención Especializada para canalización de pacientes con citologías positivas.
- Necesidad de aprendizaje o reciclaje en Atención Especializada.

En cualquier caso, Se utilizará la citología como prevención o diagnóstico de lesión neoplásica, no como diagnóstico de vaginocervicitis o control de procesos comunes en el cérvix (inflamación, metaplasia, paraqueratosis, etc.).

**ANEXO 1. Factores de riesgo para cáncer de cérvix.**

- Inicio de las relaciones sexuales antes de los 21 años, y más de 3 años de vida sexual activa.
- Elevado número de compañeros sexuales (+ de 3).
- Contacto con varón de alto riesgo (promiscuos, uso de prostitución, no circuncisión)
- Situaciones como VIH u otras enfermedades asociadas a inmunosupresión.
- Mujeres con VPH positivo para alto riesgo oncogénico
- Suma de cofactores como: Tabaquismo; consumo habitual de anticonceptivos orales (5 años); embarazos frecuentes y multiparidad (+ de 3).
- Antecedentes de lesiones precancerosas en cérvix, o de condilomas.

**ANEXO 2. Condiciones de la paciente para citología.**

- Que no tenga la menstruación, y que haya transcurrido por lo menos: 4 días desde que dejó de manchar; 7 días de un tratamiento vaginal por óvulos, cremas y anillos, o ecografía vaginal; 2 días de una exploración ginecológica, o de un coito; 20 días de una colposcopia previa, tiempo que tarda en regenerarse el epitelio; 30 días de una citología previa, siendo más conveniente 3 meses.
- Que no sea gestante, salvo que no tenga citologías anteriores.
- Después del puerperio o aborto, una vez instaurada la menstruación.
- Pasado un mes, en manipulaciones sobre el cérvix (legrado, histeroscopia, etc.).
- Pasado dos meses, en intervenciones sobre el cérvix (escisionales o destructivos).

**ANEXO 3. Características de la toma de muestra**

- No se utilizará lubricante o suero para la introducción del espéculo.
- Visualizar totalmente el cérvix.
- Tamaño de espéculo adecuado.
- No se limpiará el cérvix ni se eliminará el flujo aunque parezca excesivo.
- No desechar una primera muestra recogida, para repetirla mejor.
- En la toma exocervical, recoger de toda la zona de transformación.
- En la toma endocervical, contactar con todas las paredes del canal cervical.
- Si no penetra la torunda en endocérvix, con antecedentes de SIL o factores de riesgo, utilizar cepillo endocervical.

**Cribado del cáncer de mama**

**Técnica:** Mamografía, 2 proyecciones. Ha demostrado una disminución de la mortalidad global del 30%.

**Edad de cobertura:** De 50 a 69 años, y con cadencia cada 2 años (Plan integral del cáncer y Consejo de Europa). La tendencia es, en los lugares que lo permita la infraestructura, bajar la edad hasta los 40 años.

Aunque los ACS (American Cancer Society) y otras organizaciones aconsejan su realización desde los 40 años, en Europa se encuentra en estudio la realización de mamografía de 40 a 50 años antes de aceptar su generalización.

En España, la cartera de servicios de Atención Primaria (Insalud, Norma técnica 208.3) aconseja la mamografía de los 50 a los 65 años. La primera Autonomía en comenzar fue Navarra en 1990, y a continuación Asturias en 1991. En 1999 todas las Autonomías tenían ya su programa de cribado. Navarra, Cataluña y Comunidad Valenciana, han aumentado el programa hasta los 69 años.

Las Autonomías que comenzaron el cribado antes de 1994, empiezan actualmente el cribado a los 45 años (Castilla-La Mancha, Castilla-León, Comunidad Valenciana, La Rioja, Asturias y Navarra).

Las Autonomías de Castilla-La Mancha, Castilla-León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Navarra y Asturias, en mamografías sucesivas sólo realizan una proyección.

Las recomendaciones del Consejo de Europa de mayo de 2003 y el Plan integral del cáncer en España (diciembre 2004), aconsejan una mamografía cada 2 años, desde los 50 a los 69 años.

#### *Anticoncepción y menopausia*

Son otras dos áreas en las que la colaboración puede establecerse. De hecho son muchos los médicos de atención primaria que conocen los estrógenos y la progesterona, y consecuentemente los utilizan, bien para la regulación del ciclo, como anticonceptivos o como terapia hormonal sustitutiva si la mujer tiene síntomas y precisa de ellos. Igual que en situaciones anteriores cuando surge la patología o en casos complicados, es cuando debería recabarse de forma obligatoria el consejo del Ginecólogo.

## La atención gineco-obstétrica desde la consulta del médico de familia

*L. Arribas Mir*

### La posición de la semFYC

El médico de familia (MF) es el encargado de atender en primer lugar las consultas de salud o enfermedad de cualquier persona. Las características más valiosas de su práctica son, el abordaje integral, es decir, la oferta a su población de cuidados curativos, preventivos y de promoción de la salud, la continuidad de la atención y la accesibilidad. Así el MF se convierte en el referente clave para la salud de las familias. Las actividades que se ofertan en atención primaria (AP) dirigidas al área reproductiva de las mujeres son, sobre todo, actividades de fomento-prevenición de la salud, como, el consejo preconcepcional, atención prenatal y postnatal, anticoncepción, diagnóstico precoz del cáncer genital, manejo de la menopausia y de una serie de patologías prevalentes. La atención del MF a las mujeres debe ser igual que la ofrecida al resto de la población, sin fragmentarla por edad, actividad curativa o preventiva, o por el tipo de enfermedad. No existen motivos científicos ni técnicos para considerar que el aparato reproductor de las mujeres requiera por principio exclusivamente del nivel especializado<sup>1</sup>, igual que no lo consideramos así para ningún otro órgano o aparato del cuerpo humano. En esta tarea, los MF necesitamos de los ginecólogos, como de los otros especialistas, de su especialización y su alta tecnología, para resolver determinados problemas de nuestras pacientes. Y cuanto mejor sea esa colaboración, mejor para las mujeres, pero también para los MF y ginecólogos. Para la salud de las mujeres es importante que los MF presten atención GO de manera satisfactoria, sin romper la continuidad de la atención y con una mayor eficacia, debida a su mayor accesibilidad, mejores coberturas y acceso a poblaciones de riesgo. Esta es hoy la posición de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), expresada a través de su Grupo de Atención a la Mujer, respecto a la atención a la salud del área reproductiva de las mujeres en atención primaria<sup>2</sup>.

### Dificultades, ventajas y el futuro

Todo lo anterior no significa que ignore que hay sus más y sus menos y que la situación es muy desigual en las distintas CCAA e incluso entre centros de salud de una misma región<sup>3</sup>. Sin embargo, aunque haya muchos factores que determinen el que sea el MF u otros profesionales los que presten la atención GO básica, y algunos de ellos, como las políticas sanitarias regionales, son muy importantes, ahora, sobre todo, vamos a hablar de nuestro entusiasmo. Los MF más implicados en la salud reproductiva de las mujeres de sus cupos, al analizar su práctica clínica, se ha observado que es más rica, su cartera de servicios es más amplia en otras facetas de la medicina familiar, y en los países donde la práctica privada es mayoritaria, tienen mayores ingresos y menos denuncias por mala práctica de sus pacientes<sup>4</sup>. En general, todos los estudios de los que disponemos reflejan una mayor satisfacción general con su trabajo en los MF más implicados en la atención GO. En un futuro, a corto plazo, una mayoría de los MF serán médicas, y esto debería influir en mejorar la atención a la salud reproductiva. Los avances tecnológicos harán que el MF tenga cada vez más herramientas para su trabajo en el área GO. Además, pronto, la atención primaria debe abandonar las duras condiciones en las que se ha desenvuelto en estos últimos años. Vienen tiempos mejores, ya no queda otra solución. El reto es formar adecuadamente a los

MF en el área GO, y para ello contamos con los MF con más experiencia, y desde luego con nuestros colegas los ginecólogos, a los que seguiremos pidiendo colaboración.

### Algunos números en atención GO

Los motivos de consulta GO de mujeres en edad fértil, en mi cupo, han crecido de manera significativa, desde el 24,4% en el año 1994<sup>5</sup>, hasta el 31,8% del 2003, año en el que suponen un tercio de la demanda de este grupo, y una décima parte de la demanda total<sup>6</sup>. En Estados Unidos entre 1989-1990, eran GO el 29% de todas visitas realizadas en atención primaria por este grupo. En mi centro de salud la atención GO de primera línea siempre la hemos dispensado los MF<sup>7</sup>, y ha sido una práctica muy bien aceptada por las mujeres, que se ha reflejado en los estudios realizados en nuestra zona<sup>8,9</sup>. Mi centro de salud en el año 1989 tenía una cobertura del 59,4% en el seguimiento de los embarazos, mientras en el 2003 ha llegado al 112%. Cada vez son más, en términos absolutos, las embarazadas seguidas en el centro, a pesar de la caída de la natalidad. Mujeres residentes en otras zonas, algunas antiguas pacientes, buscan nuestro centro cuando quedan embarazadas. Para nosotros es un motivo de satisfacción. Este fenómeno refleja la buena aceptación de las mujeres para que su médico de familia les realice el seguimiento del embarazo. Que el MF sea un buen proveedor de atención GO básica, parece hoy un elemento importante para determinar la elección de médico de familia en ciertos sectores de población.

### Dentro de la consulta

Nunca me tuve que cuestionar si la atención GO era cosa mía o no. El Programa Nacional la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria así lo recogía. De residente fui tratado con respeto y cariño por los ginecólogos de mi hospital, y aún conservo buenos amigos de esa época. Hace casi 20 años que trabajo con el mismo cupo de pacientes. Desde luego hoy no es como era. Cuando escribo estas líneas tengo 2.044 pacientes en la base de datos de usuarios. ¡Cuánto he progresado! Mi consulta no me resulta sencilla, sin embargo no la cambiaría por ninguna otra, es única, y en ella he tenido la oportunidad de crecer junto a las familias que atendía. La atención a la salud reproductiva siempre a sido una racha de aire fresco, no la única, por suerte hay más, y son imprescindibles para mantenerse entre el bochorno de los dolores constantes, la calma de malestares generales irremediables, los sofocantes mareos de décadas de evolución, la pesadez del "sin riesgo" cardiovascular hiperfrecuentador, y el fuego de una burocracia irracional, incesante y ahora electrónica. ¡Ah, olvidada que pocos obesos de mi cupo comen para estar como están! Los motivos de consultas gineco-obstétricas (GO), que también aportan sus banalidades y sinsabores, en general ofrecen muchas más oportunidades de ayudar a las mujeres. Esa mezcla intensa y apasionante que es la consulta de un médico de familia (MF), necesita su dosis de atención GO, sin ella la medicina de familia se convierte en un sucedáneo. No es posible una atención integral a las familias sin atender a la salud reproductiva de las mujeres. Un MF, para serlo, debe prestar una atención completa a los médicos informales de las familias, casi siempre las mujeres.

### Con una familia

Cuando llegué a La Chana, en 1985, Ángeles, hija de Mercedes y Manuel, la mayor de dos hermanas, se acababa de casar a los 20 años con Felipe, de 23 años. Ángeles quedó embarazada a los pocos meses de casarse y le realicé el seguimiento de su embarazo, todo fue normal y de un parto eutócico tubo a Violeta. A los dos años volvió a quedar embarazada, y tuvo a Roberto, también de un embarazo y un parto normal. Los dos chicos fueron creciendo. Ángeles consideró, de momento, completo su proyecto reproductivo y le insertamos un DIU de cobre, que ha ido renovando hasta la actualidad. Ángeles tiene hechas citologías para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, mas de tres normales y cada 3 años continuamos realizándoselas. Alguna vez consultó por episodios de vaginitis candidiásica que aparecían después de tratamientos con antibióticos de amplio espectro prescritos en el servicio de urgencias para cataratas de vías altas. Con 39 años un día vino muy alarmada, pensándose lo peor, tras detectarse una tumoración mamaria sensible premenstrual. La exploración mamaria detectó múltiples tumoraciones que un estudio ecográfico inmediato nos permitió sospechar que se trataba de lesiones quísticas y tranquilizarla. Se le realizó una mamografía que resultó normal y la punción fue negativa y alivió el dolor. No ha tenido más problemas ginecológicos. Pero Ángeles es la cuidadora principal de su familia. Un día nos trajo a su madre, Mercedes, de 75 años, porque tenía un sangrado en

la orina. Al explorarla vimos que el sangrado procedía de cavidad y sobre la marcha iniciamos su estudio. Se le tomó una biopsia endometrial con una cánula de Cornier. Tenía además un endometrio de 15 mm. En 48 horas teníamos el diagnóstico de adenocarcinoma endometrial. Fue estudiada e intervenida sin demoras y su pronóstico es excelente. Ahora disfruta de su nieta, que no ha sido una chica fácil. Violeta tuvo poco después de la menarquia hemorragias disfuncionales de las jovencitas, que se resolvieron en pocos meses. Su adolescencia fue muy complicada. Al cumplir 16 años, le prescribimos la píldora, y me di cuenta que de cómo volaba el tiempo. Violeta tenía olvidos muy frecuentes, y su madre la acompañó a la consulta solicitando un método más seguro. Con 18 años le colocamos un implante subcutáneo. Luego rompió con su novio, descubrió que era toxicómano y nos pidió pruebas de despistaje de infecciones de transmisión sexual, que resultaron negativas. Ahora tiene una nueva pareja desde hace dos años, se casarán en los próximos meses y ya me ha preguntado cuanto debe retirarse el implante para buscar un embarazo. Para atender a esta familia he contado cuando ha sido necesario con la colaboración de excelentes ginecólogos. Tras revisar la historia clínica de Violeta, le hemos indicado, una vez que lo hayan decidido, que empiece a tomar ácido fólico, nosotros le realizaremos una analítica, y poco después retiraremos el implante. Aunque se marchan a residir en otra ciudad, me ha pedido que cuando quede embarazada la siga atendiendo. Es posible que pronto, por primera vez, le haga el seguimiento del embarazo a una mujer cuyo corazón oí latir, hace 20 años, cuando aún estaba en el vientre de su madre. La verdad es que espero con emoción mi primer puente entre dos corazones. Ese día me sentiré más médico de familia que nunca.

#### Bibliografía

1. Villar J, Khann-Neelofur D. Patterns of routine entenatal care of low-risk pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
2. Bailon E, Arribas L, del Cura I, Delgado A, Gutiérrez B, López A, Prieto A. Atención a la salud del área reproductiva de las mujeres en atención primaria. *Aten Primaria* 2004;33:115-7.
3. Arribas L, Bailón E, de la Iglesia B. El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas. *Aten Primaria* 2002;29:233-36.
4. Larimore WL, Sapolsky BS. Maternity care in family medicine: economics and malpractice. *The Journal of Family Practice* 1995;40:153-60.
5. Navarro I, Ruiz A, Alguacil AI, Taboada P, Arribas L. Consultas ginecoobstétricas de mujeres en edad fértil en medicina familiar. *Aten Primaria* 1995;16(supl)1:237.
6. Saavedra A, Solana M, Duarte S, Alemán P, Arribas L. Consultas gineco-obstétricas de mujeres en edad fértil en medicina familiar. Comunicación al XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla 2004.
7. Baena L, Padial MJ, González AR. Evaluación del programa de control de embarazo en el centro de salud de La Chana en 1989. Comparación con años anteriores. *Aten primaria* 1991;8:682-6.
8. Castejón R, Delgado A, de la Revilla L, Solís JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de la atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Aten Primaria* 1989;6:706-12.
9. Valoración de la calidad de un programa de control de embarazo en atención primaria. *Control de calidad asistencial* 1989;4:14-9.

## Actividad física y medicina de familia

#### Coordinadores:

*P. Iturrioz Rosell*

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Licenciado en Psicología. Unidad Docente de Guipúzcoa.

*M. Romaguera Bosch*

Médico de familia. ABS Morera Pomar. Badalona. Barcelona. Coordinadora Grupo Actividad Física de la SCMFIC. Miembro Grupo de Actividad física y salud de la semFYC.

**Moderadora:** *M. Romaguera Bosch*

#### Ponentes:

*V. Rubio Arribas*

Médico de Familia. Programa Irunsasoi. Centro de Salud Irún Centro.

*R. Ortega Sánchez-Pinilla*

Médico de familia. CS Santa Bárbara. Toledo. Coordinador Grupo de Actividad física y salud de la semFYC.

*I. Iturrioz Rosell*

Licenciado en INEF. Patronato de Deportes de Irún.

*A. Puig Ribera*

Doctora en Ejercicio y Ciencias de la Salud. Profesora Licenciatura Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Universitat de Vic. Barcelona.

## Actividad física y salud: evidencias y recomendaciones

*V. Rubio Arribas*

#### Introducción

La actividad física junto a otros estilos de vida como la alimentación, el consumo de tabaco, el alcohol, etc., es un importante condicionante de la morbilidad y mortalidad de la población. En el último siglo los avances tecnológicos y la aparición de nuevas formas de ocio han propiciado una reducción de los niveles cotidianos de actividad física.

El sedentarismo está aumentando en los últimos años en la sociedad actual: Según la Encuesta Nacional de Salud<sup>1</sup> en 1997 un 39% es inactivo y el 38,2% hace deporte solo ocasionalmente. En 2001 el 41,2% de los hombres mayores de 16 años y el 52,2% de las mujeres son sedentarios. La Encuesta de Salud de la población Vasca<sup>2</sup> también recoge que ha disminuido la actividad física en el tiempo libre, tanto en varones como en mujeres, solo el 23% de los varones y el 14% de las mujeres son activos. Otros países también tienen altas tasas de sedentarios: En EEUU el 25% de la población es inactiva y el 60% no realiza suficiente actividad, en Canadá el 63% es sedentario, en Francia el 34% no realiza ningún deporte ni ocasional ni regularmente.

#### Definiciones

- Actividad física: cualquier movimiento corporal que realizado por los músculos esqueléticos produce un gasto de energía.

- Ejercicio físico: actividad física planeada, estructurada y repetitiva cuyo objetivo es adquirir, mantener o mejorar uno o más componentes de la forma física.

- Deporte: actividad física reglamentada y competitiva.

La intensidad de la actividad se mide en METS. Un MET representa el equivalente al gasto energético en reposo y corresponde a un consumo de 3,5 ml de O<sub>2</sub> por Kg/minuto. Los METS son múltiplos de este equivalente en reposo. A cada actividad física realizada se le asigna un número determinado de METS.

2,5 METS: Pasear.

4 METS: Actividades como andar ligero, bailar, golf, gimnasia suave, etc.

6 METS: Deportes de pala, bicicleta, deportes de equipo, patinar, fútbol, etc.

8 METS: Correr, montañismo, squash y todos los deportes cuando estén realizados con mucha intensidad.

Se considera actividad física moderada la realizada a una intensidad entre 3-6 METS.

Además de la intensidad hay que considerar la frecuencia y la duración para calcular el índice energético (tabla 1).

Se considera sedentario el que tiene un gasto energético menor de 3000 METS/mes.

#### Beneficios de la actividad física sobre la salud

Según las conclusiones del *“Overview of the risk and benefits of exercise”*<sup>3</sup> la actividad física produce: Reducción de enfermedad coronaria, eventos cardíacos y muerte cardio y cerebrovascular. Previene la aparición y contribuye a la reducción de la Hipertensión Arterial. Disminuye la resistencia a la insulina, reduce el riesgo de desarrollar Diabetes tipo 2 y ayuda al control glucémico. Mejora el perfil lipídico con aumento de la HDL. Mejora la función respiratoria. Asociada a la dieta contribuye al tratamiento de la obesidad, previene la disminución de masa magra y potencia muscular y mejora los índices de composición corporal. Ejerce una modesta protección contra el cáncer de mama, colon y próstata. Contribuye a abandonar el hábito tabáquico, dentro de los programas de deshabituación. Puede reducir o retrasar el declinar mental en el anciano. Reduce la discapacidad para las actividades de la vida diaria en personas mayores y reduce el riesgo de caídas. Mejora muchas medidas de calidad de vida durante el tratamiento del cáncer.

Además ha demostrado un efecto beneficioso: En la artrosis, ayudando a mantener el tono muscular y la función articular. En la osteoporosis, la actividad física que genera sobrecarga sobre la estructura esquelética es esencial durante la infancia y adolescencia para adquirir un buen pico de masa ósea y posteriormente para mantenerlo. En la claudicación intermitente. También tiene un beneficio psicológico con aumento de la sensación de bienestar y la autoestima, mejora del humor y reduce los síntomas de ansiedad y depresión. Aporta ventajas sociales favoreciendo la integración y las relaciones sociales.

#### Actividad física y mortalidad

Hace años se publicaron los primeros estudios que demostraban que el ejercicio físico prolongaba la vida.

Morris<sup>4</sup> en 1953 publicó un estudio realizado sobre 31.000 trabajadores del transporte público de Londres, varones entre 35-64 años, comparando a los cobradores y conductores, en el que los cobradores sufrían menor incidencia de cardiopatía isquémica y vivían más. Taylor<sup>5</sup> en 1962 realizó un estudio revisando las historias de 161.000 trabajadores ferroviarios, comprobando que existía una menor mortalidad en los más activos. Shapiro<sup>6</sup> en 1969 publicó un estudio realizado sobre 100.000 adultos, clasificados según niveles de actividad, en el que los menos activos tenían un riesgo de sufrir un ataque cardíaco doble que los más activos. Estos trabajos observacionales fueron criticados por sesgos de selección, la no consideración de otras variables en la comparación de grupos, etc.

Sin embargo estos beneficios de la actividad física sobre la mortalidad se han corroborado en estudios más recientes, así Hakim et al<sup>7</sup> en 1999, estudiaron 707 jubilados no fumadores de origen japonés, entre 61-81 años, que se iniciaron en el “Honolulu Heart Program” entre 1980-1982. Por cada 5 hombre que caminan 2 millas al día, morirá a los doce años 1 menos. En el 2000 Paffenbarger et al<sup>8</sup>, estudiaron los hábitos de actividad física de 10269 alumnos de Harvard University, “Harvard Alumni Health Study”, comprobando un 23% de menos riesgo de muerte en los de actividad moderada o vigorosa versus sedentarios. Manson et al<sup>9</sup> en el año 1999 publicaron los resultados de un Estudio de salud de 122.000 enfermeras, (US), entre 30-55 años captadas en 1976 y seguidas con cuestionarios bianuales que recogen información sobre estilos de vida, concluyendo que las mujeres que caminan energicamente o hacen ejercicio activo 3 horas semanales o más, pueden reducir su riesgo coronario (-4º quintil:  $\pm$  4 h semana). En el “Womens Health Initiative Observational Study”<sup>10</sup>, 2002, se incluyeron 74.000 mujeres de 50-79 años a las que se interrogó acerca de su actividad, tras un seguimiento medio de tres años, las mujeres que hacían ejercicio o paseaban habitualmente tienen menos probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular que el resto. Ambos tipos de actividad se asocian a una reducción del riesgo similar, alrededor del 30%. En el “Estudio del anciano de Zutphen (Holanda)” de Bijnen et al<sup>11</sup> 802 ancianos de la localidad de Zutphen fueron examinados en 1985, 1990 y 1995 y divididos según sus niveles de actividad. En sus conclusiones el aumento de la actividad física se asocia con una reducción de la mortalidad cardiovascular, un 30% menos en el tercil de actividad alta que baja, y 23% de reducción de la mortalidad por todas las causas.

**TABLA 1** Intensidad, frecuencia y duración para calcular el índice energético

Actividad	Frecuencia (Días)	Duración (Minutos)	Intensidad (METS)	Total
Andar	10	60	4	= 2.400
Fútbol	4	60	6	= 1.440
TOTAL				3.840

#### Recomendaciones

En 1996 el informe del “Surgeon Survey”<sup>12</sup> de EEUU sobre actividad física y salud recomienda: Debe realizarse actividad física de forma regular. Un mínimo de 30 minutos, de actividad moderada (3-6 METS/150-200 Kcal/minuto), la mayoría, si no todos los días de la semana.

Pueden obtenerse mayores beneficios, incluyendo más intensidad o duración. Se recomienda comenzar con actividades de corta duración e intensidad moderada e incrementar gradualmente. Deben consultar con el médico antes de empezar un programa de actividad vigorosa, los varones mayores de 40 años y las mujeres de 50 años. Completar la actividad aeróbica con ejercicios de fuerza al menos 2 veces a la semana. Los efectos beneficiosos disminuyen en el plazo de dos semanas si la actividad es reducida sustancialmente y desaparecen en 2-8 meses sino se reactiva.

Factores de influencia consistentes: confianza en la capacidad de uno mismo, disfrute de la actividad, apoyo externo, creencias positivas de los beneficios, ausencia de barreras.

#### La prescripción de ejercicio físico

El tipo de ejercicio, aumentando las actividades cotidianas de la vida, ir andando al trabajo, subir escaleras, etc. y aumentar las actividades de tiempo libre, andar a paso ligero, nadar, bicicleta, trabajos de jardín o huerta, bailar etc. La frecuencia: todos o casi todos los días de la semana. La duración: entre 30 y 60 minutos diarios. La intensidad: alcanzar el 60-80% de la frecuencia cardíaca máxima (220 menos la edad). Progresión de la intensidad: comenzar con intensidad moderada, aumentar gradualmente y no debe suponer un esfuerzo desmesurado. Calentamiento previo y recuperación posterior. La prescripción debe ser sencilla, atractiva, y debe considerar las circunstancias y las limitaciones de la propia persona, sus preferencias, accesibilidad y posibilidades personales. El PAPPs recomienda preguntar a los pacientes que acuden a las consultas, acerca de sus hábitos de actividad física, al menos cada dos años. Valorar el grado de actividad física y clasificarlo en activo, parcialmente activo o inactivo si su gasto calórico diario es menor de 3000 Kcal. Aconsejarle que inicie, aumente o mantenga la actividad física.

#### Efectividad del consejo

Existe poca información sobre la capacidad del médico para aumentar el nivel de actividad física de sus pacientes. Las conclusiones de W. Stevens<sup>13</sup> en “Coste – efectividad de una intervención basada en AP” publicado en 1998, recuerdan que es posible reducir la proporción de sedentarios pero es más difícil adquirir los niveles recomendados. Pequeños cambios graduales en hábitos de actividad se muestran más accesibles. Un incremento en actividad física moderada es más fácil de adquirir que un incremento en actividad de intensidad vigorosa.

#### Evidencia sobre actividades comunitarias de promoción de la actividad física

The Task Force on Community Preventive Services<sup>14</sup> revisa la efectividad de las distintas iniciativas comunitarias de promoción de la salud, siendo actividades recomendadas o muy recomendadas: Campañas dirigidas a la comunidad general, iniciativas “Punto de decisión” para impulsar el uso de escaleras, educación física basada en la escuela, apoyo social en el marco de la comunidad, programas individuales de cambio de conducta, creación o facilitación de acceso a espacios para actividad física combinado con información de actividades no convencionales. No hay evidencia suficiente para recomendar: campañas en medios de comunicación, educación en salud basada en dar información en las aulas, en reducir TV y videojuegos, educación física en la Universidad, apoyo social en la familia. Estando pendiente de evaluación la política de trans-

porte y cambios de infraestructura para promover desplazamientos no motorizados y las iniciativas de planeamiento urbanístico, calificación y uso del suelo.

#### Bibliografía

1. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
2. La Salud en la población Vasca. Encuesta de Salud 2002. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Diciembre 2003.
3. Peterson Douglas M. Overview of the risk and benefits of exercise. UpToDate. April 2004. www.uptodate.com.
4. Morris JN, Heady JA, Raffle PA, Roberts CG, Parks JW. Coronary heart disease and physical activity of work. Lancet 1953;265(6796):1111-20.
5. Taylor HL, Klepetar E, Keys A, Parlin W, Blackburn H, Puchner T. Death rate among physically active and sedentary employees of the railroad industry. Am J Public Health 1962;52:1697-707.
6. Shapiro S, Wanblatt E, Frank CW, Sager RV. Incidence of coronary heart disease in a population insured for medical care (HIP): myocardial infarction, angina pectoris, and possible myocardial infarction. Am J Public Health Nations Health 1969;59(suppl 2):1-101.
7. Hakim AA, Curb JD, Petrovitch H, Rodriguez BL, Yano K, Ross GW, White LR, Abbot RD. Effects of walking on coronary heart disease in elderly men. The Honolulu Heart Program. Circulation 1999;100(1):9-13.
8. Lee IM, Paffenbarger RS Jr. Associations of light, moderate and vigorous intensity physical activity with longevity. The Harvard Alumni Health Study. Am J Epidemiol 2000;151(3):293-9.
9. Manson JE, Hu FB, Rich-Edwards JW, Stamper MJ, Colditz GA, Willett WC. A prospective study of walking is compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1999; 341(9):650-8.
10. Manson JE, Greenland P, La Croix ZZ, Stefanik ML, Mouton CP, Oberman A. Walking compared with vigorous exercise for prevention of cardiovascular events in women. N Engl J Med 2002;347(10):716-26.
11. Bijnen FC, Caspersen CJ, Feskens EJ, Saris WH, Mosterd WL, Kromhout D. Physical activity and 10 year mortality from cardiovascular diseases and all causes: The Zutphen Elderly Study. Arch Intern Med 1998;158(14):1499-505.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
13. Stevens W, Hillsdon M, Thorogood M, McArdle D. Cost-effectiveness of a primary care based physical activity intervention in 45-74 year old men and women: a randomised controlled trial. Br J Sports Med 1998;32(3):236-41.
14. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4 suppl):67-72.

## Aplicaciones clínicas del ejercicio en atención primaria

R. Ortega Sánchez-Pinilla

### Ideas principales

Esta ponencia aporta una panorámica de todas aquellas aplicaciones del ejercicio físico que se pueden hacer en los centros de salud, para mejorar la salud de los pacientes sanos y enfermos, evitando, tratando y rehabilitando enfermedades y aumentando la calidad de vida. Además, con los resultados de la experiencia que presenta, demuestra que esas aplicaciones son factibles de llevar a la práctica.

### Aplicaciones clínicas del ejercicio en atención primaria

Todo lo aprendido hasta ahora en los más de 100 años que lleva la humanidad celebrando competiciones deportivas tiene una aplicación directa en el campo de la salud. Por eso, los entrenamientos que hacen los deportistas buscando un mayor rendimiento deportivo, que en definitiva es un mayor rendimiento físico por un mejor funcionamiento del organismo y, por tanto, una mayor salud, se han ido extrapolarando en los últimos 50 años tanto a personas sanas como enfermas, para aportarles mayor salud, evitar enfermedades, tratar algunas de ellas y restablecer la función en otras; en general, para aumentar la calidad de vida de las personas sanas y enfermas<sup>1</sup>.

De forma muy esquemática, se puede decir que existen dos modalidades de ejercicio: el ejercicio aeróbico y los llamados ejercicios terapéuticos<sup>2</sup>. Esas modalidades de ejercicio se pueden practicar sin supervisión ni seguimiento, con seguimiento o con supervisión<sup>2</sup>.

En la mayoría de los centros de salud se suele dar consejo para que los pacientes, tanto sanos como enfermos, realicen ejercicio físico sin supervisión ni seguimiento. En algunos se prescribe ejercicio físico a personas

con enfermedades crónicas (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad, etc.) y se les hace un modesto seguimiento en las consultas programadas de las diferentes patologías. En muy pocos, los pacientes acuden al centro de salud a hacer ejercicio supervisado.

En el centro de salud de Santa Bárbara de Toledo, se llevó a cabo una experiencia, desde enero de 2002 hasta abril de 2003, con residentes de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familia de diversas partes de España, que sirve para ilustrar las aplicaciones que del ejercicio, en sus diversas modalidades, puede hacer el médico de atención primaria para el cuidado de sus pacientes, a la vez que constituye una experiencia docente que podría ser extrapolable a la enseñanza de habilidades en atención primaria.

El programa de rotación sobre "Aplicaciones clínicas del ejercicio en atención primaria" duraba 5 semanas para cada residente, solapándose la última semana del que se iba con la primera del que venía, transmitiéndose de esta forma la enseñanza práctica de las intervenciones que tenían que hacer con los pacientes. En el programa había una parte de enseñanza teórica con sesiones clínicas a primera hora de la mañana y después un trabajo práctico con pacientes, distribuido en el horario del resto de la mañana, que comprendía diferentes aplicaciones del ejercicio.

Las aplicaciones del ejercicio se basan en la reproducción del movimiento humano que es para lo que está diseñado el funcionamiento del organismo. Ese movimiento puede corresponder al organismo en su totalidad, que vendría a ser el ejercicio aeróbico y la práctica de deportes, o a una parte del mismo, que vendría a ser la tradicional gimnasia, traducida al campo de la salud con la denominación de ejercicios terapéuticos que comprenden el ejercicio de flexibilidad y el de fuerza/resistencia muscular<sup>2</sup>.

Estas dos modalidades de ejercicio (o movimiento) son útiles para la promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

La promoción de la salud es el objetivo a alcanzar con personas sanas sin factores de riesgo. A través del consejo individual para aumentar los niveles de actividad física, bien de la vida cotidiana o bien de tiempo libre, o interviniendo en campañas poblacionales de promoción de la actividad física, o promoviendo el ejercicio en grupo en la comunidad, por ejemplo asociaciones de caminantes, corredores a pie o cicloturistas, se puede conseguir que estas personas aumenten su forma física y tengan más salud, o incluso aumenten su longevidad.

La prevención de la enfermedad sería el objetivo a alcanzar con el ejercicio en personas presumiblemente sanas con factores de riesgo. A través, también, de las modalidades de intervención anteriores se puede conseguir evitar diversas enfermedades o retrasar su comienzo, e incluso disminuir su riesgo de mortalidad<sup>3</sup>.

En el programa de rotación de los R-3, este apartado se cubrió con enseñanzas teóricas, y la práctica consistía en reconocimientos médico/deportivos para evaluar la salud y la forma física de corredores de maratón populares, niños y adolescentes nadadores de competición y jubilados que participaban en un programa de ejercicio en grupo, así como la evaluación del estilo de vida seguida del consejo para aumentar los niveles de actividad física de algunos pacientes sanos sin factores de riesgo.

El tratamiento de la enfermedad sería el objetivo a alcanzar con el ejercicio en aquellos pacientes con factores de riesgo (HTA, dislipemias y tabaco), enfermedades declaradas (diabetes, obesidad, artrosis, osteoporosis) y otros problemas de salud (síntomas de ansiedad/depresión, algias vertebrales, fibromialgia)<sup>4</sup>. A través del consejo individualizado sobre ejercicio, la confección de programas de ejercicio individual con seguimiento, el ejercicio supervisado en el centro de salud o de programas de ejercicio supervisado en grupo en un polideportivo, se puede conseguir ayudar al control de los síntomas de la enfermedad o disminuir el riesgo de mortalidad de esos pacientes<sup>5</sup>.

En el programa de rotación de los R-3, este apartado se cubrió con enseñanzas teóricas, y la práctica consistía en la supervisión de un programa de ejercicio en el centro de salud para algún paciente con patología y la participación como monitor que dirige y supervisa un programa de ejercicio en grupo para jubilados con diversas patologías, desarrollado en un polideportivo cercano.

La rehabilitación de la enfermedad sería el objetivo a alcanzar con el ejercicio en aquellos pacientes con alguna enfermedad cardíaca, vascular o respiratoria, con traumatismos o enfermedades inflamatorias del aparato locomotor o con otras patologías<sup>6</sup>. A través del consejo individualizado sobre ejercicio, acompañado o no de folleto, programas individualizados de ejercicio con seguimiento o ejercicio supervisado en el centro de salud se puede conseguir devolver a los pacientes al estado de mayor funcionalidad posible y/o aumentar su calidad de vida<sup>7</sup>.

En el programa de rotación de los R-3, este apartado se cubrió con las correspondientes enseñanzas teóricas, y la práctica consistía en la supervisión de programas de ejercicio para pacientes con cardiopatía isquémica, trasplante de corazón o intervenido de sustitución valvular, y en la dirección y vigilancia de los ejercicios de flexibilidad y fuerza resistencia /muscular en pacientes con lumbalgia, fractura de muñeca, cirugía del codo, hombro doloroso, esguince de tobillo o artrosis de rodilla entre otras patologías.

Como queda reflejado, la aplicación de las diferentes modalidades de ejercicio mediante las diferentes modalidades de intervención es amplia y constituye un área de experiencia y conocimiento nuevo, no sólo para el médico de atención primaria, sino también para otros profesionales relacionados con los aspectos del movimiento (o actividad física) aplicado a la salud; muchos apartados de esa área pueden considerarse propios de la atención primaria. Por otra parte, supone un campo de investigación enorme en el que existen muchas preguntas que contestar y muchas posibilidades de intervenciones nuevas que contribuyan a una reducción del gasto sanitario y una menor dependencia de los fármacos. Como ejemplo de esto último, existe un estudio de investigación en marcha que busca herramientas que ayuden a los profesionales de atención primaria a aumentar el nivel de actividad física de sus pacientes, se trata del proyecto PEPAF (Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física)<sup>8</sup>, que ha conseguido reunir una cohorte de unos 5.200 pacientes a los que se les ha medido la forma física, algo que nunca se ha hecho en atención primaria en ninguna parte del mundo. También existe un proyecto para buscar una intervención que aumente la capacidad funcional y la calidad de vida, mejore el control de los factores de riesgo y reduzca la posibilidad de nuevos episodios coronarios en pacientes con cardiopatía isquémica; se trata del proyecto ESCAP (Ejercicio Supervisado para el paciente Coronario en Atención Primaria) que se ha presentado a la convocatoria del FIS en busca de financiación que haga posible poder llevarle a cabo.

#### Bibliografía

1. Ortega Sánchez-Pinilla R (Eds). Prescripción de ejercicio. En: Medicina del Ejercicio Físico y del Deporte para la Atención a la Salud. Díaz de Santos. Madrid 1992; pgs 75-116.
2. Ortega Sánchez-Pinilla R, Pujol Amat P (Eds.). Estilos de vida saludables: Actividad Física. Ediciones Ergon SA. Madrid 1997.
3. American College of Sports Medicine: Benefits and risks associated with exercise. En: ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Williams & Wilkins. Baltimore. 1995; pgs 3-11.
4. Dose-Response Issues Concerning Physical Activity and Health: An Evidence-Based Symposium. Med Sci Sports Exerc 2001;33(suppl): 6.
5. Hall LK y Meyer GC (Eds). Epidemiology, behavior change and intervention in chronic disease. Life Enhancement Publications. Champaign IL. 1988.
6. Basmajian JV. Therapeutic Exercise. 4ª edición. Williams & Wilkins. Baltimore. 1984.
7. R. Ortega Sánchez-Pinilla y S. Alcántara Bumbiedro. Rehabilitación en atención primaria. En: A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez (Eds.) Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Quinta edición. Elsevier España SA. Madrid 2003, pgs 1317-1341.
8. Grandes G, Torcal J, Ortega R, Sánchez A, Lizarraga K, Serra J y el grupo PEPAF de la RedIAPP. Protocolo para la Evaluación Multicéntrica del Programa Experimental de Promoción de la Actividad Física (PEPAF). Aten Primaria;32:475-8.

### Programa IRUNSASOI: una alianza para generar personas activas

I. Iturriz, Rosell

El progreso ha permitido que la esperanza de vida se haya alargado pero ésta ha venido acompañada de lo que conocemos como enfermedad crónica (hipertensión, obesidad, trastornos cardiovasculares, etc.) que, sustituyendo, en general, a los trastornos infecciosos y agudos, ha dado lugar a ciertas incapacitaciones y riesgos que, en la mayor parte de los casos, dependen directamente del estilo de vida del individuo. Esta situación exige un esfuerzo por parte de la comunidad, de instituciones y servicios que responden a las necesidades humanas básicas y a la política y prioridades del sector social y de la salud, para adoptar acciones sistemáticas concertadas que permitan, en primer lugar, obtener modificaciones en el estilo de vida del ciudadano que redunden en la mejora de su calidad de vida,

tanto individual como colectiva; y en segundo lugar, reducir, o al menos limitar, el elevado coste que para la asistencia sanitaria supone el gran número de sujetos afectados por enfermedades crónicas y con capacidades funcionales deterioradas.

También hay que decir que se viene constatando desde hace algún tiempo, la afluencia a las instalaciones deportivas de un considerable número de ciudadanos que, motivados por la recomendación médica de realizar algún tipo de actividad física como medida preventiva para su condición de salud o dolencia, acude sin saber demasiado bien qué tipo de actividad le conviene, puede y prefiere realizar. Así mismo, la evidencia científica demuestra el papel esencial de la actividad física en la prevención y protección de la salud. Un amplio número de estudios publicados en los últimos años nos han permitido conocer la relación de la actividad física con la salud.

Otro aspecto a tener en cuenta, controvertido y complementario al de la efectividad de la mejora de la actividad física y su relación con la salud, pero muy importante, es el de efectividad de las estrategias o intervenciones para modificar hábitos con el fin de incrementar los niveles de actividad física. En los últimos años se está avanzando en el conocimiento de qué iniciativas pueden resultar efectivas y cuales no.

En definitiva, tanto los hechos como los datos científicos revelan la importancia de la actividad física en la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el incremento de la calidad y de la esperanza de vida. También las experiencias acumuladas en diferentes países indican que, a largo plazo, es posible obtener resultados mediante la adopción de acciones sistemáticas concertadas por parte de varios agentes asociados. Por todo lo cual, en octubre de 2002 se puso en marcha el programa IRUNSASOI, que cuenta como agentes implicados a los Centros de Salud de Irún (Centro de Salud Dunboa y Centro de Salud Irun Centro), Patronato Municipal de Deportes de Irún (PMDI) y Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Gipuzkoa.

El objetivo general del presente programa consiste en definir e implantar un programa comunitario de ámbito municipal para la promoción de la actividad física, a través del cual se pretende, de modo prioritario, incrementar la calidad y esperanza de vida de los ciudadanos, promocionar la salud y prevenir la enfermedad. Entendemos, además, que el impulso en la puesta en común de los recursos ya existentes en el área de la salud y la actividad física; conducirá, a medio-largo plazo, a la reducción del coste sanitario que suponen la enfermedad crónico-degenerativa y el sedentarismo -como factor asociado con el desarrollo de diversos trastornos y como causa importante de mortalidad e incapacidad en los países desarrollados.

IRUNSASOI es un programa por el cual los médicos y enfermeros de los Centros de Salud de Irún y los técnicos deportivos del Patronato Municipal de Deportes de Irún se comprometen a trabajar juntos para conseguir que un mayor número de personas realice actividad física y mejore así su salud.

IRUNSASOI no es un programa de rehabilitación ni se dedica a curar la enfermedad, es un programa con efectos fundamentalmente preventivos y de promoción de la salud.

IRUNSASOI cuenta con un protocolo concertado por los agentes involucrados. En primer lugar, el médico de familia o la enfermera detectan en la consulta a aquellas personas a quienes conviene iniciar o incrementar sus niveles de actividad física, a través de unos criterios de inclusión y exclusión prefijados:

**Criterios de inclusión.** Personas que presenten alguno o varios de los siguientes aspectos: hábitos de vida sedentaria, sobrepeso u obesidad, factores de riesgo cardiovascular: tabaco, hiperlipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o ansiedad crónica.

**Criterios de exclusión.** Personas que presenten alguno o varios de los siguientes aspectos: cardiopatía descompensada o que impida la práctica de ejercicio físico, hipertensión arterial severa, no controlada, patología traumática aguda, patología respiratoria severa, no controlada.

Los médicos y enfermeras de atención primaria de los centros involucrados, como medida de prevención primaria, y siguiendo las recomendaciones del PAPPs, preguntan como mínimo cada dos años a los usuarios que acuden a la consulta, el tipo de actividad física que desarrolla, tanto en el ámbito laboral como en el recreativo, utilizando las preguntas de la Encuesta Vasca de Salud. A continuación, se ofrecerá consejo sanitario acerca de los beneficios de la práctica de ejercicio físico de forma regular y adaptado a la edad, condiciones físicas y preferencias del sujeto.

Posteriormente, a las personas que cumplen los criterios de inclusión, se les recomienda realizar actividad física y se les facilita información acer-

ca de un servicio gratuito del Patronato de Deportes donde un técnico deportivo les orienta personalmente acerca de qué actividad física se ajusta más a sus características e intereses. Ese servicio se llama Servicio de Orientación a la Actividad Física (SOAF).

Una vez abandona el centro de salud, el sujeto puede entrar en contacto con el SOAF a través del mecanismo que se ha establecido al efecto y que se describe a continuación.

#### Concesión de cita previa

Todos aquellos interesados podrán ponerse en contacto con el SOAF a través de un teléfono local o un e-mail. Se adjudicará al potencial usuario una cita de un cuarto de hora, dentro de una franja horaria y en uno o varios días predeterminados de la semana. La reunión se celebrará en la Sala de Encuentro del Patronato Municipal de Deportes.

#### Celebración de la entrevista

Una vez acude a la cita estipulada, el demandante se convierte en usuario del SOAF. El Patronato ha dispuesto de 8 horas semanales de un Técnico Superior Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte para atender al programa.

El objetivo de la sesión consistirá en motivar a la persona para iniciarse en una práctica de actividad física determinada, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su tiempo de ocio, con el objeto de cumplir el mínimo establecido por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, valorar los parámetros preestablecidos que permitan conocer las necesidades e intereses del usuario, así como su nivel inicial de salud y calidad de vida, derivar al usuario hacia un programa de actividad física regular acorde con sus necesidades e intereses.

La sesión finaliza con una recomendación de actividades físicas a incluir en las actividades de la vida diaria o en el tiempo libre.

#### Evaluación del programa

Con el fin de evaluar el éxito del programa se plantean las mediciones de los criterios que inciden en la consecución de los objetivos del mismo, que se concentran prioritariamente en cuatro apartados: efectividad de la recomendación médica, incremento de la población activa, mejora de la calidad de vida y de la salud y adherencia al ejercicio.

Para ello se realizarán diversos registros de datos por parte de los agentes intervinientes en el programa con el fin de proceder a una posterior evaluación del programa que permita obtener información relevante.

#### En el Centro de Salud:

- Registro (filiación y TIS) de las personas a las que se les suministra la hoja de cita previa.
- Recogida en la historia Clínica de los siguientes datos: tipo de actividad física que realiza, hábito tabáquico, peso, talla e índice de masa corporal, tensión arterial sistólica y diastólica, lípidos (colesterol total, hdl y ldl colesterol, triglicéridos) y glucemia basal y glicosilada.

#### En el SOAF:

- Entrevista inicial: datos personales de los sujetos que acuden, valoración de la auto-percepción de la salud, valoración calidad de vida (Euroqol), valoración actitudes hacia la práctica de actividad física. (Prochaska y Di Mateo)
- Inicio actividad. Entrevista telefónica. (10-15 días): verificación inicio actividad, detección de barreras.
- Valoración a los 3 meses. Entrevista telefónica: verificación inicio actividad y/o Adherencia al ejercicio, valoración de la auto-percepción de la salud, valoración calidad de vida (Euroqol), valoración actitudes hacia la práctica de actividad física (Prochaska y Di Mateo).
- Valoración anual: verificación inicio actividad y/o adherencia al ejercicio, valoración percepción de la salud, valoración calidad de vida, valoración actitudes hacia la práctica de actividad física (Prochaska y Di Mateo).

#### Bibliografía

1. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
2. Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL., et al. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993;328:538-45.

3. Pratt M, Macera CA, Wang G. Higher direct medical cost associated with physical inactivity. *Physician Sports Med* 2000;28:63
4. Wankel, L. The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from Physical Activity. *Int J Sport Psychol* 1993;24:151-69.
5. Serra Li, de Cambra S, Saltó E, et al. Consejo y prescripción de ejercicio. *Med Clin (Barc)* 1994;102(supl 1).
6. Department of Health, United Kingdom. Choosing Health? Choosing activity: a consultation on how to increase physical activity. Disponible en: [www.dh.gov.uk/Consultations/LiveConsultations](http://www.dh.gov.uk/Consultations/LiveConsultations)
7. Australian Sports Commission. Active Australia – an overview. Disponible en: [www.ausport.gov.au/domains/activeoverview.asp](http://www.ausport.gov.au/domains/activeoverview.asp)
8. Disponible en: [www.thecommunityguide.org](http://www.thecommunityguide.org)

## Promoción de la actividad física en el sistema de atención primaria catalán: actitudes y prácticas de médicos y enfermeras

A. Puig Ribera

### Ideas principales

Esta ponencia presenta los resultados de una tesis doctoral llevada a cabo en la Universidad de Bristol (Inglaterra), que será publicada próximamente en la *European Journal of Public Health*. Es uno de los primeros estudios que describe y analiza la situación actual de la promoción de la actividad física en los centros de atención primaria catalanes. Posteriormente, describe la situación de otros países, en especial Inglaterra, y lo compara con nuestra realidad. Sugiere estrategias y aplicaciones prácticas para mejorar la efectividad de dicha promoción. Además, ofrece una amplia revisión, a nivel internacional, del estado actual de la evidencia científica sobre la promoción de actividad física en atención primaria.

Puig Ribera A (PhD)<sup>1</sup>, McKenna J(PhD)<sup>2</sup>, Riddoch C (PhD)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departament de Ciències i Ciències Socials, Ciències de l'Activitat Física i l'Esport, Universitat de Vic, Barcelona. <sup>2</sup>Department of Exercise and Health Sciences, University of Bristol.

### Resumen

En Cataluña un alto porcentaje de la población es inactiva. Los centros de atención primaria son un lugar ideal para aconsejar sobre actividad física (AF). Sin embargo, hay una carencia de evidencia sobre las prácticas, barreras y factores que predicen dicha promoción en el sistema de atención primaria catalán. Este estudio tiene como objetivo establecer datos descriptivos sobre la práctica de promoción de AF en los centros de atención primaria y explorar las experiencias de médicos y enfermeras en dicha promoción en su día a día profesional.

La investigación utilizó una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa). Se realizó una encuesta con 245 médicos y enfermeras (58% de respuesta). Posteriormente, se realizaron discusiones en grupo (n = 5) y entrevistas semi-estructuradas (n = 7) con 18 médicos y 15 enfermeras. Una vez realizada la descodificación de los temas principales, la interpretación final fue confirmada por los participantes.

El 88% de médicos y enfermeras promovieron AF, al menos infrecuentemente. Sin embargo, las condiciones de trabajo fueron percibidas como desfavorables, siendo las barreras principales la falta de: a) tiempo; b) formación, y c) protocolos de actuación. Los datos cualitativos demostraron que la promoción de AF se realizaba sólo con pacientes con unas determinadas características, dependía básicamente del interés personal de médicos y enfermeras, y utilizaba mensajes muy generalizados. Los factores que predijeron la promoción de AF en las consultas fueron: 1) la experiencia personal de médicos y enfermeras en la práctica de AF; 2) conocer bien a los pacientes y verlos en varias visitas; 3) sentirse apoyado por el equipo médico, y 4) crear conexiones de trabajo con otros profesionales e instituciones de la comunidad. Los factores que obstaculizaron médicos y enfermeras para llevar a cabo dicha promoción fueron: considerar la promoción de AF como una tarea secundaria y que los pacientes no hicieran caso de las recomendaciones.

La promoción de AF no es una práctica integrada en las consultas de atención primaria de Cataluña. Para facilitar dicha promoción, se deberían desarrollar estrategias a nivel de salud pública. El hecho de utilizar una metodología mixta ha proporcionado una gama más amplia de evidencia que la proporcionada por estudios exclusivamente cuantitativos.