



Atención primaria

DESARROLLO PSICOMOTOR *pág.* 197

Puntos clave

- La educación para la salud (EpS) es un proceso de formación para conseguir que el individuo adquiera los conocimientos necesarios para desarrollar las habilidades, las actitudes y los hábitos básicos que permitan adoptar medidas para mejorar la salud individual o colectiva.
- Con respecto al niño y adolescente, la EpS recae en gran medida sobre la medicina de atención primaria y su necesaria vinculación con la familia y el colegio.
- La metodología a utilizar para el estudio de evidencias científicas en las actividades de promoción de la salud es distinta que cuando se estudian otras actuaciones con una causa y efecto más esperado o predecible.
- Hay evidencia científica que indica la conveniencia de incorporar una educación para el automanejo del asma que comprenda la prevención y el control de ataques en la atención rutinaria para el asma de niños y adolescentes.
- La prevención del consumo de tóxicos debe ir encaminada a mejorar la autoestima de nuestros pacientes, más que a transmitir la información sobre los riesgos asociados al consumo.

Educación para la salud

FRANCISCO JAVIER PELLEGRINI^a, ÁLVARO GIMENO^b Y ANA MARÍA DEL MOLINO^c

^aCentro de Salud de Pizarrales. Salamanca. España.

^bHospital Universitario de Salamanca. España.

^cCentro de Salud de La Alamedilla. Salamanca. España.

jpedlegri@nacom.es; agdrizos@hotmail.com; amolinoanta@hotmail.com

Es difícil definir el concepto de “educación para la salud” (EpS) de una forma aceptable para todos los profesionales, estamentos y organizaciones implicados en su desarrollo. Aunque el consejo para la salud es una práctica antigua, en los últimos años ha evolucionado, tanto desde el punto de vista ideológico como metodológico, debido fundamentalmente al cambio radical del concepto negativo de salud como ausencia de enfermedad a otro positivo en que se la considera como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social.

El concepto de EpS no es solamente aportar información, instrucción o adiestramiento, se trata de un proceso dinámico de capacitación del individuo o de la población, para que sea capaz de desarrollar la motivación suficiente y los conocimientos y habilidades necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y/o colectiva, mediante prácticas preventivas y de promoción de la salud¹.

Para una EpS correcta es necesario disponer del máximo de información posible acerca del individuo, sus factores y comportamientos de riesgo, así como de las condiciones familiares, ambientales y sociológicas subyacentes.

La EpS se dirige, por una parte, a mejorar la competencia de las personas en salud, y de su estilo de vida, y, por otra, a mejorar el entorno y la sociedad en que viven, para conseguir entornos saludables.

¿De quién depende la EpS?

La EpS es un proceso multidisciplinario en el que se encuentran imbricados distintos profe-

sionales, tanto sanitarios con experiencia en técnicas de entrevista, aspecto fundamental en adolescentes, como expertos en educación o en ciencias de la conducta que faciliten los cambios de comportamiento. El objetivo de la EpS es la motivación y la habilitación para vivir de modo saludable.

El desarrollo de actividades de promoción de la salud es uno de los pilares básicos en los que se fundamentan los equipos de atención primaria^{2,3}, tal como están constituidos en el momento actual. El pediatra siempre ha valorado la importancia de la prevención infantil, no solamente con las vacunas o las técnicas de cribado neonatal, sino también mediante la EpS y su relación con hábitos saludables, como la higiene dental, la prevención del tabaquismo, de la muerte súbita o del embarazo en adolescentes, etc.

La familia identifica al pediatra y a la enfermera de atención primaria como responsables de la salud de sus hijos y es a ese nivel donde se produce una continuidad desde el nacimiento del niño hasta la adolescencia. La accesibilidad, que es el elemento clave que caracteriza a la atención primaria, facilita la confianza y aporta seguridad tanto al niño como a la familia. Los profesionales sanitarios conocen habitualmente la dinámica familiar y los posibles factores de riesgo psicosociales. Además, el concepto integral de la EpS a este nivel hace que las actividades del personal sanitario estén encaminadas a incidir especialmente en la integración del niño en su medio familiar y escolar y en la comprensión de lo que significa el grupo de iguales para la población adolescente⁴.

La información por sí sola no produce cambios de conducta, es preciso introducir estrategias educativas fáciles de aplicar para no sobrecar-

Lectura rápida



El concepto de educación para la salud (EpS) no es solamente aportar información, se trata de un proceso dinámico de capacitación del individuo o de la población, para que sea capaz de desarrollar la motivación suficiente y los conocimientos y habilidades necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y/o colectiva, mediante prácticas preventivas y de promoción de la salud.

¿De quién depende la EpS?

La EpS es un proceso multidisciplinario en el que se encuentran imbricados distintos profesionales, tanto sanitarios como expertos en educación o en ciencias de la conducta, que faciliten los cambios de comportamiento. El objetivo de la EpS es la motivación y la habilitación para vivir de forma saludable.

El desarrollo de actividades de promoción de la salud es uno de los pilares básicos sobre los que se fundamentan los equipos de atención primaria, tal como están constituidos en el momento actual. La accesibilidad, que es el elemento clave que caracteriza a la atención primaria, facilita la confianza y aporta seguridad tanto al niño como a la familia.

A medida que aumentan las habilidades y las conductas saludables en el grupo o en la familia, se produce un efecto acumulativo que puede aumentar la capacidad para valorar el entorno y cambiar la conducta del grupo.



gar la consulta (tabla 1)⁵. En ocasiones es más eficaz intervenir en programas específicos de salud comunitarios o en escuelas. A medida que aumentan las habilidades y las conductas saludables en el grupo o en la familia, se produce un efecto acumulativo que puede aumentar la capacidad para valorar el entorno y cambiar la conducta del grupo⁶.

EpS y evidencia científica

Las actividades de la EpS inciden en cambios de comportamiento en el individuo y en la población para crear entornos saludables. Es muy complicado estudiar evidencias científicas que avalen que estos cambios, en caso de que se produzcan, sean beneficiosos para la salud, en ocasiones a muy largo plazo, y que estos beneficios se hayan producido gracias a las intervenciones de los procesos de EpS.

Aunque no es objetivo de este artículo describir la metodología a utilizar para el estudio de evidencias en las actividades de promoción de la salud, sí que parece claro que debe ser distin-

Tabla 1. Estrategias en educación para la salud según el US Preventive Task Force

Limitar la información a las percepciones del paciente
Informar sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas
Sugerir pequeños cambios en lugar de cambios grandes
Ser concreto
En ocasiones es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar otros ya establecidos
Enlazar nuevas conductas con las antiguas
En ocasiones es preferible que los mensajes sean firmes y directos
Obtener de la familia y del adolescente compromisos explícitos
Utilizar una combinación de estrategias (consejo individual, material escrito, material audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad, etc.)
Implicar a todo el equipo que trabaja en el programa de atención a la infancia
Remitir a la familia a otros recursos educativos
Vigilar el progreso y mejorar con la evaluación el consejo de salud

ta que cuando se estudian otras actuaciones con una causa y efecto más esperado o predecible y cuya respuesta es más sencilla en términos numéricos, como por ejemplo la respuesta a una nueva vacuna en pediatría, en que se compara la enfermedad en vacunados y en no vacunados.

El estudio de evidencias científicas en actividades de promoción de la salud, entre las que se encuentra la EpS, requiere de forma indispensable una valoración de resultados no sólo cuantitativa, sino también cualitativa, teniendo en cuenta las particularidades de las intervenciones comunitarias, el contexto y la aplicabilidad de estas intervenciones en un escenario concreto y su valoración en otros posibles, así como identificar los intereses de la comunidad a la que va dirigida la intervención. Hay que tener en cuenta, además, que los ensayos controlados aleatoriamente no siempre pueden emplearse en el estudio de actividades de promoción de la salud y que la utilización de estudios observacionales puede ser adecuada en estos casos⁷.

Hay amplia bibliografía y recursos disponibles en la web⁷, algunos de los cuales citaremos en el desarrollo del artículo, que justifican de forma explícita la introducción de actividades de promoción de la salud y, por ende, de la EpS en la cartera de servicios de atención primaria pediátrica.

Intervenciones de la EpS en la infancia y la adolescencia

Parece evidente que aunque la EpS se utilice desde hace mucho tiempo en pediatría como una estrategia clara en prevención y promoción de la salud, dadas las limitaciones de tiempo de los profesionales, es preciso establecer las prioridades sobre los temas en los que las intervenciones pueden ser más eficientes. Es necesario valorar la frecuencia y la gravedad del trastorno de salud, la magnitud del problema asociado a los factores de riesgo, la fuerza de las pruebas que sirven de apoyo, así como el estudio posterior del alcance de la efectividad de la intervención. Hay que tener en cuenta, además, las estrategias de prevención anteriores y si la EpS va dirigida a la persona por un problema de salud propio o a la comunidad para cambiar el entorno.

Por limitación de espacio es imposible analizar en este artículo todos los aspectos pediátricos en los que puede influir la EpS, por lo que repasaremos los problemas más importantes. Trataremos los accidentes, que son la

primera causa de mortalidad infantil en España y en la Unión Europea, o el asma, que es la enfermedad crónica más prevalente en España. Es interesante valorar, además, de modo específico, al adolescente como individuo de riesgo. La adaptación a las variaciones de su cuerpo y al cambio progresivo de su papel en la sociedad hace de los adolescentes un colectivo especialmente susceptible para ciertas conductas de riesgo (violencia, toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria, suicidio, etc.). Algunas de ellas se tratarán más adelante en este artículo, pero nos parece interesante señalar que una relación adecuada entre el pediatra y el adolescente y el conocimiento de técnicas específicas de entrevista con este colectivo son imprescindibles para lograr vínculos y canales de comunicación apropiados, fundamentales para una EpS eficaz (tabla 2)^{8,9}.

EpS y asma

Hay una pregunta que se hace la Global Initiative for Asthma (GINA)¹⁰ de 1995: ¿cómo es posible que cada día, con mejores medicamentos, mejores técnicas y mejores conocimientos de la patogenia del asma, siga aumentando su morbimortalidad? Hay autores que opinan que todavía hoy se hacen esfuerzos muy importan-

tes en el tratamiento farmacológico y se infravalora la educación y la prevención¹¹.

La educación del paciente asmático incluye la enseñanza de conceptos y habilidades, la aplicación de técnicas motivacionales precisas para que los niños asmáticos y sus familias comprendan la enfermedad y participen activamente en su tratamiento. Esto habilita para manejar correctamente y con la máxima autonomía posible las exacerbaciones de la enfermedad, las crisis asmáticas, y por tanto fomentar el autocuidado y capacitarles para utilizar correctamente los servicios de salud existentes en su ámbito geográfico con efectividad y eficiencia¹², para así disminuir los costes.

La EpS debe dirigirse tanto al niño y adolescente como a su entorno, es decir, padres, familiares, maestros, profesores de educación física, entrenadores, monitores deportivos, etc.

Es preciso dar una información somera, pero precisa, al niño mayor o adolescente, y en su caso a la familia del niño pequeño, sobre la anatomía del aparato respiratorio, los bronquios y las diferencias existentes entre inflamación y broncoconstricción, lo que será necesario para que entiendan las diferencias entre medicación de rescate o antiinflamatoria y su utilización en cada caso.

Es importante conocer el entorno del paciente para dar información sobre desencadenantes tanto específicos (ácaros, pólenes), como inespecíficos (tabaco, infecciones, ejercicio, cambios de temperatura).

Es necesaria la capacitación de los pacientes o su familia para la detección temprana de signos de alarma y el seguimiento de la enfermedad con medidas objetivas, como la utilización del pico de flujo o el cumplimiento de un registro diario de síntomas según las posibilidades de cada niño o familia. También la educación sobre los sistemas y las técnicas de inhalación de la medicación adaptadas a cada edad y persona concreta.

La EpS es necesaria para consensuar con el niño o su familia un plan de manejo del asma a largo plazo y de sus exacerbaciones, que fomente el autocontrol y los autocuidados y que se aprovechen al máximo las prestaciones sanitarias que están a su alcance⁴.

En la Biblioteca Cochrane Plus se ha publicado un metanálisis¹³ sobre intervenciones educativas en asma infantil. En las conclusiones, los autores especifican que las intervenciones educativas de automanejo para niños y adolescentes con asma, en comparación con la atención habitual, tuvieron como resultado una mejora de la función fisiológica, un descenso de la morbilidad, una mejora de la autopercepción y una menor utilización de la asistencia sanitaria. Se evidencia también un modesto

Lectura rápida



EpS y evidencias científicas

Es muy complicado estudiar evidencias científicas que avalen que se han conseguido cambios de comportamiento, y en caso de que éstos se produzcan que sean beneficiosos para la salud, en ocasiones a muy largo plazo, y que estos beneficios se hayan producido gracias a las intervenciones de los procesos de EpS.

El estudio de evidencias científicas en actividades de promoción de la salud, entre las que se encuentra la EpS, requiere de forma indispensable una valoración de resultados no sólo cuantitativa, sino también cualitativa, teniendo en cuenta las particularidades de las intervenciones comunitarias, el contexto y la aplicabilidad de estas intervenciones en un escenario concreto y su valoración en otros posibles.

Dadas las limitaciones de tiempo de los profesionales, es necesario establecer las prioridades sobre los temas en los que pueden ser más eficientes las intervenciones en EpS. Es necesario valorar la frecuencia y la gravedad del trastorno de salud, la magnitud del problema asociado a los factores de riesgo, la fuerza de las pruebas que sirven de apoyo, así como el estudio posterior del alcance de la efectividad de la intervención.



Tabla 2. Algunas claves sobre la relación pediatra-adolescente

- Aprovechar las escasas visitas del adolescente para interesarse por su bienestar y su estado de salud. Puede ser útil el algoritmo familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, sexualidad
- Favorecer la consulta sin padres
- Garantizar la confidencialidad. Explicar las bases del secreto profesional
- Adoptar una postura neutral. No convertirse en aliado de los padres ni tampoco del adolescente; solamente en su médico
- Anticipar al adolescente los cambios físicos y psicosociales inherentes a su desarrollo
- Usar un lenguaje comprensivo, pero no intentar emular su jerga
- Utilizar preguntas abiertas
- Refuerzo positivo de sus conductas saludables
- No criticar nunca al adolescente, sino sus actos concretos

Lectura rápida



EpS y asma

Con respecto al tratamiento del asma, hay evidencia científica de que las intervenciones educativas de automanejo para niños y adolescentes con asma, en comparación con la atención habitual, consiguen una mejora de la función fisiológica, un descenso de la morbilidad, una mejora de la autopercepción y una menor utilización de la asistencia sanitaria. Se evidencia también un descenso modesto del absentismo escolar y de los días con actividad restringida.

EpS y accidentes

Para la prevención de accidentes infantiles hay que distinguir los riesgos que es preciso asumir y aquellos que se pueden y hay que intentar evitar. Para ello, la EpS no es más que un pilar sobre el que hay que apoyarse, otros muy importantes son los estudios epidemiológicos y la formulación de leyes que condicionen las medidas de seguridad.

La EpS para controlar el almacenamiento de los productos de limpieza y sustancias químicas se ha manifestado realmente eficaz, así como las etiquetas de advertencia según el tamaño de las piezas para evitar atragantamientos, o el cambio de productos con la reducción del espacio entre las barras en las cunas ha sido efectivo para disminuir el número de asfixias por estrangulamiento.



descenso del absentismo escolar y de los días con actividad restringida.

Por el contrario, la revisión sistemática no encuentra diferencias confiables en el riesgo o frecuencia de hospitalizaciones entre los pacientes que reciben la atención habitual con respecto a los pacientes educados en el automanejo de su enfermedad. Los autores concluyen que este tipo de episodios más graves y poco comunes no dependen exclusivamente de la influencia de la educación.

Aunque son precisos más estudios, la evidencia limitada actualmente disponible indica que la educación para el automanejo funciona tanto en niños con asma moderada a grave como en aquellos que la presentan de leve a moderada.

Las intervenciones educativas basadas en el pico de flujo muestran efectos más significativos que las que se basan en registro de síntomas.

En definitiva, los resultados indican la conveniencia de incorporar una educación para el automanejo que comprenda la prevención y el control de ataques en la atención rutinaria para el asma de niños y adolescentes.

EpS y accidentes en la infancia y adolescencia

La magnitud del problema hace preciso realizar algunas consideraciones sobre la frecuencia de los accidentes en estas edades en nuestro entorno más próximo. Recientemente, la European Child Safety Alliance ha publicado un informe¹⁴ en el que aporta datos concretos sobre la frecuencia de accidentes en la Unión Europea en la que mueren más niños por lesiones provocadas por accidentes que por la suma de todas las demás enfermedades infantiles.

Las principales causas de muerte por lesiones infantiles en la Unión Europea de 0 a 14 años se detallan en la tabla 3. La muerte del niño, aun siendo el aspecto más trágico, con consecuencias devastadoras para la familia, es sólo una parte del problema; la pérdida de calidad de vida por lesiones irreversibles y la pérdida de años potenciales de vida es una lacra para la sociedad.

En España las causas más frecuentes de accidentes, sin hacer distinciones por edades, son: el 53,6% caídas y golpes, con más frecuencia contusiones, heridas o esguinces leves; el 12,2% accidentes de tráfico; el 10,7% intoxicaciones; el 7,3% quemaduras; el 4,5% sofocaciones; el 1% lesiones por armas, y el 10,7% se refiere como otros accidentes¹⁵.

Para la prevención de accidentes infantiles hay que distinguir los riesgos que es preciso asumir

y aquellos que se pueden y hay que intentar evitar. Para ello, la EpS no es más que un pilar sobre el que hay que apoyarse; otros muy importantes son los estudios epidemiológicos, ya que es preciso un conocimiento exhaustivo de los factores que intervienen en la generación de los accidentes y, además, es imprescindible la creación, la acomodación y la modificación de la legislación que condicione las medidas de seguridad. El ejemplo más palpable de lo expuesto es la utilización del casco en las bicicletas y motos: parece que ha sido patente que los esfuerzos en EpS para su utilización han sido menos efectivos que el cambio de legislación en la que, al hacer su uso obligatorio y mediante la imposición de fuertes multas, han conseguido mejores resultados. Los cascos adecuados y correctamente fijados reducen la lesión craneal y cerebral entre un 63 y un 88%¹⁶.

Tanto la legislación como los cambios de actitud de los padres y adolescentes provocados por una correcta EpS han conseguido disminuir la frecuencia de accidentes en países desarrollados de nuestro entorno y en España. Así hay estudios que han descrito que la colocación de medios de fijación infantiles homologados en los coches reducen hasta un 95% las lesiones si van en sentido contrario de la marcha y un 60% si se colocan en el sentido de la marcha. Parece evidente que es necesario que la EpS intente mantener el sentido contrario al menos hasta los 3 años, ya que aumenta la protección¹⁷. La obligatoriedad de las vallas en las piscinas privadas consigue hasta un 95% de protección ante un ahogamiento¹⁸, y aunque en el momento actual no hay evidencia científica, sí parece que el consejo sanitario de enseñar a nadar tempranamente a los niños pueda influir

Tabla 3. Principales causas de muerte por lesiones infantiles (0-14 años) en la Unión Europea

Vehículo a motor	34%
Otras lesiones no intencionales	21%
Ahogamiento	13%
Homicidio	6%
Otras violencias	6%
Caídas	5%
Otros transportes	5%
Fuego	4%
Suicidio	4%
Envenenamientos	2%

Fuente: WHO. Mortality Database. 1996-2000.

en el descenso de accidentes mortales. En cuanto a las intoxicaciones, hay una colaboración Cochrane de 2001 que señala que las estrategias de educación en niños y padres aumentaron el conocimiento sobre tóxicos en general y la prevención de su ingestión por los niños¹⁸. La EpS para controlar el almacenamiento de los productos de limpieza y sustancias químicas ha sido realmente eficaz, así como las etiquetas de advertencia según el tamaño de las piezas para evitar atragantamientos o el cambio de productos, en los que se ha reducido el espacio entre las barras en las cunas, ha sido efectivo para disminuir el número de asfixias por estrangulamiento¹⁸.

Lo que parece por otra parte evidente es que, por mucho que se legisle, si al mismo tiempo no hay una EpS adecuada, el cumplimiento de las leyes no será el mismo. El pediatra y la enfermera de atención primaria nos encontramos en una situación privilegiada para aportar conocimientos que cambien conductas y provean habilidades¹⁹. Aunque hay estudios en hospitales que indican que en los últimos 10 años han disminuido las consultas por intoxicación²⁰, otros apuntan a que el porcentaje de padres que había recibido información antes del accidente es todavía insuficiente²¹.

En cuanto a la efectividad de las intervenciones, en la tabla 4 se exponen los cálculos realizados por el Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta (Estados Unidos)²² del dinero empleado en prevención de accidentes donde se incluye la EpS.

EpS y hábitos nutricionales

Conseguir que nuestros niños y adolescentes hagan una dieta equilibrada, acompañada de una actividad física adecuada, debería ser un objetivo fundamental en los programas de salud. No sólo por la importancia que tiene la alimentación en el desarrollo de una enfermedad crónica posterior (obesidad, enfermedades cardiovasculares, síndrome de apnea obstructiva del sueño, etc.), sino también por el beneficio directo en la autoestima y el bienestar de los pacientes pediátricos.

Uno de los problemas importantes a los que nos enfrentamos es que hay el riesgo de enfermedad tanto por defecto de ingesta como por exceso, con lo que se corre el riesgo de pasar de un extremo a otro si no somos cuidadosos con nuestras intervenciones.

No resulta fácil encontrar estudios sobre la promoción de una dieta equilibrada en general, y la mayor parte de la bibliografía trata sobre

actividades dirigidas a prevenir la obesidad y el sobrepeso o, por otro lado, la anorexia, la bulimia y otros trastornos del comportamiento alimentario afines. Por ello, vamos a considerar por separado las actividades preventivas dirigidas a evitar cada uno de estos trastornos, pero siempre sin olvidar que la EpS en este campo debe tener como objetivo mejorar los hábitos nutricionales de nuestros pacientes, y promover una dieta sana y equilibrada y una actividad física adecuada.

En lo que se refiere a los trastornos del comportamiento alimentario, la Academia Americana de Pediatría recomienda preguntar de forma rutinaria sobre los hábitos dietéticos y la satisfacción con la propia imagen corporal a los preadolescentes y adolescentes para detectar posibles actitudes de riesgo²³. Parece ser que resulta más eficaz dirigir los esfuerzos educativos a niñas por encima de 14 años que iniciar más tempranamente las actividades preventivas, ya que es el momento de mayor riesgo para el desarrollo de una situación patológica. La línea de actuación no debe basarse exclusivamente en la transmisión de información sobre las consecuencias de los trastornos de la alimentación, ya que son más efectivos los programas dirigidos a modificar los factores de riesgo (como la insatisfacción con el propio cuerpo) en individuos con alta probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación²⁴. Según una revisión Cochrane de 2002, ninguna intervención ha demostrado estadísticamente ser efectiva para promover actitudes saludables hacia la alimentación a corto plazo, aunque habría que estudiar sus efectos a más largo plazo²⁵. A pesar de ello, dada la dificultad de tratamiento de estas enfermedades, una vez instauradas es fundamental la detección de factores de riesgo (sexo femenino, perfeccionismo,

Tabla 4. Inversión en prevención

1 € gastado en alarmas de humo ahorra 69 €
1 € gastado en cascos de ciclista ahorra 29 €
1 € gastado en asientos de seguridad infantil ahorra 32 €
1 € gastado en mejoras de seguridad vial ahorra 3 €
1 € gastado en consejos de prevención por el pediatra ahorra 10 €
1 € gastado en servicios de control de intoxicaciones ahorra 7 €

Fuente: Interpretación de la European Child Safety Alliance del estudio de los CDC. Atlanta 2000^{13,21}.

Lectura rápida



EpS y hábitos nutricionales

Las actividades dirigidas a prevenir trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, etc.) son más eficaces en pacientes concretos (niñas mayores de 14 años) y deben ir dirigidas a modificar los factores de riesgo como la insatisfacción con la propia imagen. En cuanto al sobrepeso y la obesidad, aunque son fundamentales las acciones a gran escala, como el programa NAOS, el pediatra puede detectar tempranamente a pacientes de riesgo para así poder actuar en los hábitos individuales y familiares.

EpS y consumo de tóxicos

Con respecto al consumo de tóxicos, han demostrado ser más eficaces las acciones dirigidas a la adquisición de habilidades (resolución de conflictos, mejora de la autoestima, etc.) que las basadas en mejorar los conocimientos sobre drogas. Dado que el consejo breve antitabaco ha demostrado ser beneficioso, y el poco tiempo y esfuerzo que éste supone, se recomienda el consejo anticonsumo repetido como parte de la actividad rutinaria de EpS del pediatra.



Bibliografía recomendada

Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria*. 2005;35:478-83.

Artículo importante para entender que los estudios sobre evidencias científicas en educación para la salud deben realizarse y enfocarse de forma distinta a la que se realiza en otros casos. Aporta además datos sobre la clasificación de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, e informa sobre las principales páginas de evidencias en promoción de la salud e intervenciones comunitarias.

Grupo de trabajo de prevención en infancia y adolescencia de la AEPap. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones SL; 2004. p. 387-401.

Es un libro imprescindible realizado por el Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Se trata de una publicación fundamental para todos los pediatras, sobre todo los que trabajan o trabajarán en el ámbito de la atención primaria.



dietas repetidas, baja autoestima, desestructuración familiar, etc.²⁶) para realizar una prevención secundaria temprana.

Con respecto a la obesidad y el sobrepeso, la prevalencia en niños y adolescentes en España es del 13,9 y el 26,3%, respectivamente. Supone un importante problema de salud pública con una alarmante tendencia al alza en las últimas 2 décadas²⁷. Además, aunque con respecto a otros países europeos la prevalencia en adultos se encuentra en un lugar intermedio, en niños de 10 años sólo Italia, Malta y Grecia superan a España. Esta situación ha llevado al Ministerio de Sanidad y Consumo a elaborar un programa de acción global (Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad [NAOS])²⁸ con acciones dirigidas a distintos ámbitos (familiar, escolar, empresarial y sanitario). Los pediatras tenemos un importante papel a la hora de educar a los niños y sus familias; en la tabla 5 se resumen algunas de las recomendaciones que pueden ayudarnos en esta dirección. Hasta ahora, según las conclusiones de distintas revisiones sistemáticas²⁹⁻³¹, ninguna actividad preventiva ha demostrado repercutir de modo significativo en el peso de los niños; probablemente porque hay determinantes sociales que impiden que los programas educativos consigan beneficio a corto plazo. Sin embargo, a pesar de lo poco alentadora que resulta la evi-

Tabla 5. Algunas recomendaciones para la prevención de la obesidad y el sobrepeso desde atención primaria

Recomendar una dieta variada rica en hidratos (60% calorías totales) y pobre en grasas (< 30%)

Recomendar una ingesta abundante de líquidos (1-2 l/día)

Destacar la importancia del desayuno variado y abundante (de este modo se reduce la ingesta de alimentos poco nutritivos a media mañana y se mejora el rendimiento escolar)

Involucrar a toda la familia en la elaboración de los menús, la compra de alimentos, etc.

Promover la actividad física

Medir periódicamente el índice de masa muscular para detectar tempranamente sobrepeso

Fomentar la lactancia materna

Identificar y seguir a los niños con mayor riesgo (varones, edades entre 6 y 13 años, bajo peso al nacer, padres obesos, bajo nivel socioeconómico, etc.)

dencia disponible y de la falta del tiempo necesario para intervenir en los hábitos dietéticos familiares, está en nuestra mano intentar cambiar esta tendencia mediante el consejo breve a la población general y el seguimiento más cercano de los niños con mayor riesgo.

EpS y consumo de tóxicos

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se ha convertido en un problema de salud de primer orden, no sólo por las consecuencias patológicas directas sobre el organismo, sino por la alta mortalidad y morbilidad derivada de las conductas asociadas (violencia, conducción bajo los efectos de tóxicos, suicidio, accidentes fortuitos, etc.). Dado que el consumo se inicia habitualmente en la preadolescencia y la adolescencia, es función del pediatra hacer lo que esté a su alcance para evitar que sus pacientes se inicien en estos hábitos. El tiempo es limitado y el abordaje del adolescente, complejo, por ello puede resultar de ayuda la detección de los posibles factores de riesgo frente al consumo de tóxicos por parte de los adolescentes con el fin de dirigir nuestros esfuerzos a este colectivo concreto.

Los metaanálisis publicados se basan en programas de prevención en la escuela y es difícil encontrar estudios que acrediten medidas efectivas desde la consulta de atención primaria. En general, parecen más eficaces las acciones basadas en la adquisición de habilidades (resolución de conflictos, mejora de la autoestima, resistencia a la presión por parte del grupo de iguales, etc.) que las basadas exclusivamente en mejorar los conocimientos sobre drogas³².

En lo que se refiere al alcohol, parece que hay evidencia de la efectividad a largo plazo de algún programa concreto, como el Programa de fortalecimiento familiar (Strengthening family program), que muestra un número de pacientes que es necesario tratar = 9 durante 4 años para las variables: consumo de alcohol, consumo de alcohol sin autorización y primera embriaguez³³. Es decir, se evitaría un caso de cada una de estas conductas por cada 9 individuos sobre los que se realiza la intervención.

En general, no hay pruebas sólidas que justifiquen la aplicación de programas de prevención del tabaquismo en la comunidad^{34,35}. Sí parece haber evidencia, sin embargo, de un pequeño beneficio en cuanto al descenso del hábito tabáquico con el consejo breve en la consulta de atención primaria³⁶.

Aunque resulte complejo encontrar evidencia de las medidas preventivas por parte del pe-

diatra, éste está en una situación inmejorable para detectar conductas de riesgo, actuar sobre el entorno familiar y servir de enlace entre el paciente y el resto de agentes sociales. La Academia Americana de Pediatría recomienda el conocimiento por parte del pediatra de la prevalencia, los hábitos de consumo y las consecuencias del abuso de sustancias en su medio, e incorporar actividades preventivas en las consultas rutinarias³⁷. Parece sensato dedicar al menos una vez al año un breve espacio de tiempo para el consejo anticonsumo, siempre desde un punto de vista positivo y dentro del contexto de una prevención inespecífica hacia las conductas de riesgo de los adolescentes³⁶.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Metaanálisis

- Marias I, Molina MC. Educación para la salud. Recursos para educadores [consultado 24/7/2006]. Disponible en: <http://www.xtec.es/~imarias/index.htm>
- Real Decreto 137/1984, 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Madrid BOE. 1984.
- Ley General de Sanidad. 14/1986. Madrid BOE 29 abril 1986. N.º 102.
- Pellegrini J, Del Molino AM. Educación del paciente asmático en edad pediátrica y su entorno. En: García-Marcos L, Garde JM, Escribano A, Malmierca F, editores. Asma en Pediatría. Barcelona: Edipharma; 2002. p. 221-46.
- Us Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 3rd ed. 2000-2003 [consultado 24/3/2005]. Disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstfix.htm>
- Soriano FJ, Grupo PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia (Semfyce). Prevención en la infancia y adolescencia. Marzo 2005 [consultado 15/8/2006]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/index.htm>
- Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35:478-83.
- Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA, Clemente Pollán J. Pediatría extrahospitalaria: aspectos básicos en atención primaria. Madrid: Ergon; 2001. p. 361-8.
- Gaspá Martí J, García-Tornel Florensa S. Relación médico-adolescente. Técnicas de entrevista. Aspectos legales. Pediatría Integral. 2005;9:13-9.
- Global Initiative for Asthma: Global Strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Bethesda. MD.1995.
- Comité de Asma de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP). Guía para la atención del niño asmático. Allergol et Immunopathol. 2000;1:40-5.
- Bras J. El consejo de salud y la educación sanitaria. En: Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM, editores. Pediatría en Atención Primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997. p. 121-5.
- Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 2. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 2/8/2002]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- European Child Safety Alliance. Prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea. Plan de Acción. Publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Centro de publicaciones. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/seguridadInfantilUE.pdf>
- Mateu Sancho J. Accidentes e intoxicaciones infantiles (medidas preventivas). Pediatr Integral. 2001;6:55-72.
- Towner E, Dowsell T, Mackereth C, Jarvis S. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. London: Health Development Agency; 2001. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502353>
- Alman B, Gustafsson H, Nygren A, Tinqvall C. Child restraints: A prospective study of children as car passengers in road traffic accidents with respect to restraint effectiveness. Acta Paediatr Scand. 1987;339 (Suppl II):1-22.
- Center/Cochrane Collaboration, Systematic Review Database. Harbourview Injury Prevention and Research. Seattle: University of Washington; 2001.
- Casani Martínez C. Accidentes en la infancia: su prevención, tarea de todos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2004;6:583-95.
- Mintegui Raso S, Benito Fernández J, Vázquez Ronco MA, Fernández Landaluce A, Gortázar Arias P, Grau Bolado G. Intoxicaciones en urgencias: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. An Esp Pediatr. 2002;56:23-9.
- García Lara N, Maté Cano I, Gutiérrez Humanes C, Camarero Miguel A. Encuesta prevención de accidentes en la infancia. An Pediatr (Barc). 2005;62:87-102.
- Centres for Disease Control and Prevention. Working to prevent and control injury in the United States-Fact book for the year 2000. Atlanta: National Centre for Injury Prevention and Control; 2004. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncipc/fact_book/Index.htm
- Committee on Adolescent. Identifying and treating eating disorders. Pediatrics. 2003;111:204-11.
- Stice E, Shaw, H. Eating disorder prevention programs: A Meta-Analytic review. Psych Bull. 2004;130:206-27.
- Pratt BM, Woolfenden SR. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 8/2/2002].
- Nichols D, Vinner R. Eating disorders and weight problems. BMJ. 2005;330:950-3.
- Serra-Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Ribas-Barba L, Delgado-Rubio A. Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. Br J Nutr. 2006;96 Suppl 1:S67-72.
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia NA-OS. Disponible en: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/Aesa-PageServer?idpage=9&idcontent=5672>
- Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Intervenciones para prevenir la obesidad infantil (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 28/3/2005].
- Whitlock EP, Williams SB, Gold R, Smith P, Shipman S. Rockville, MD Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ): Screening and interventions for childhood overweight: evidence synthesis. Pediatrics. 2005;116:e125-44.
- US Preventive Services Task Force: Screening and interventions for overweight in children and adolescents: Recommendation statement. Pediatrics. 2005;116:205-9.
- Faggiano F, Vigna-Taliatini FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 4/2/2005]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 13/2/2003]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Sondén A, Arblaster L, Otead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 24/9/2002]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Thomas R. Programas escolares para la prevención del tabaquismo (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006 Número 3. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 17/7/2002]. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En: Grupo de trabajo de prevención en infancia y Adolescencia de la AEPap. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones SL; 2004. p. 387-401.
- Kulig JW, and the Comitee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

Bibliografía recomendada

Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2006; número 2. Oxford: Update Software Ltd [actualizado: 2/8/2002]. Disponible en: <http://www.update-software.com>

Esta revisión Cochrane ha sido importante para entender que los esfuerzos realizados en la educación del niño y adolescente asmático y la educación en el automanejo de la enfermedad y valoración de las crisis tienen sentido y mejoran la calidad de vida del niño y su familia.

Kulig JW, and the Comitee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and mangement of substance abuse. Pediatrics. 2005;115:816-21.

Breve artículo que hace referencia a algunos factores relacionados con el consumo de tóxicos en la adolescencia y aporta consejos para mejorar la detección temprana y el abordaje adecuado de estos problemas.

Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldán LA, Clemente Pollán J. Pediatría extrahospitalaria: Aspectos básicos en atención primaria. Madrid: Ergon; 2001. p. 361-8.

En este capítulo se exponen de forma muy práctica muchas claves de la relación entre el pediatra y el adolescente, tanto de los contenidos fundamentales de la entrevista y exploración, como del modo de llevar ambas a buen término.