

ARTICULO ESPECIAL

Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2024



Rodrigo Córdoba García^{a,*}, Francisco Camarelles Guillem^b, Elena Muñoz Seco^c, Juana M. Gómez Puente^d, Joaquín San José Arango^e, Jose Ignacio Ramírez Manent^f, Carlos Martín Cantera^g, María del Campo Giménez^h, Juan Revenga Fraucaⁱ, Ana Egea Ronda^j, Raquel Cervigón Portaencasa^k y Laura Rodríguez Benito^l

^a Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Delicias Sur, Coordinador del Grupo de ESPS, Zaragoza, España

^b Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Infanta Mercedes, Madrid, España

^c Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Básica de Salud es Castell, Ibsalut, Menorca, España

^d Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Eloy Gonzalo, Madrid, España

^e Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Vilagarcía, Pontevedra, Miembro del Grupo de Trabajo de Alimentación y Nutrición, España

^f Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Calviá, Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears, IdIsBa, España

^g Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Grupo de Investigación Estilos de Vida, IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España

^h Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Gerencia de Atención Integrada de Albacete, SESCAM, España

ⁱ Nutricionista y profesor asociado, Universidad de San Jorge, Zaragoza, España

^j Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Consultorio de San Antonio de Benagéber, Valencia, España

^k Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de salud Villalba Estación, Madrid, España

^l Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria, Benhill & Belmont Surgery, Sutton, Reino Unido

Recibido el 26 de agosto de 2024; aceptado el 26 de agosto de 2024

PALABRAS CLAVE

Prevención;
Educación sanitaria;
Estilo de vida

Resumen Se presentan las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFyC, para la promoción de un estilo de vida saludable mediante la metodología de intervención y las actuaciones preventivas en consumo de tabaco, consumo de alcohol, alimentación saludable, actividad física en el tiempo libre y prevención accidentes de tráfico y sistemas de retención infantil. Se actualizan las recomendaciones, se señalan aspectos novedosos como la definición de consumo de alcohol bajo riesgo y se pone al día la bibliografía. Para las principales recomendaciones se incluyen tablas específicas que recogen la calidad de la evidencia y la fuerza de la recomendación.

© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rcordoba1954@gmail.com (R. Córdoba García).

KEYWORDS

Prevention;
Health education;
Lifestyle

PAPPS expert group: Lifestyle recommendations

Abstract We present the recommendations of the Preventive Activities and Health Promotion Programme (PAPPS) of the semFYC (Spanish Society of Family and Community Medicine) to promote healthy lifestyles using intervention methodology, and preventive actions against tobacco and alcohol use, healthy eating, physical activity in leisure time, prevention of traffic accidents, and child restraint systems. The recommendations have been updated, and new aspects highlighted, such as the definition of low-risk alcohol consumption, and the references have been updated. For the main recommendations, we include specific tables showing the quality of the evidence and the strength of the recommendation.

© 2024 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La intervención sobre el estilo de vida

Estudios demuestran que determinados cambios en el estilo de vida son eficaces para mejorar la salud de las personas y disminuir la carga de enfermedad^{1,2}.

La evidencia sobre las intervenciones para el cambio de conducta (ICC) en las consultas de atención primaria (AP) confirma³ la utilidad de las *estrategias cognitivo-conductuales*. Las ICC más intensivas se asocian con mayor magnitud y duración del beneficio. Las intervenciones individuales sobre un solo factor de riesgo tienen escaso impacto en la salud de las personas y sus determinantes, por lo que se aconseja el abordaje integral de las conductas susceptibles de cambio para mejorar el estilo de vida⁴. Los impresos con información gráfica mejoran el aprendizaje, la comprensión y el recuerdo de la información sanitaria, en mayor medida en poblaciones con menos alfabetización en salud⁵.

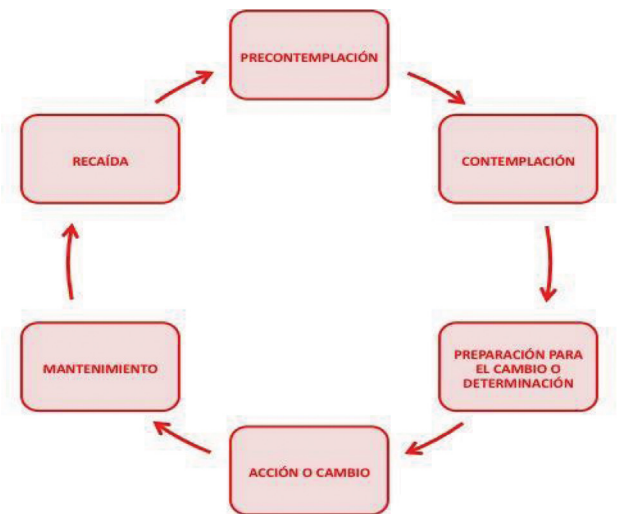
Múltiples ICC se han basado en el *modelo de los estadios del cambio*⁶: las personas cambian su conducta transitando a través de una serie de etapas (fig. 1), por lo que el profesional debe hacer una ICC adaptada al estadio en el que se encuentra la persona. Este modelo tiene limitaciones para abordar comportamientos complejos (actividad física o la conducta alimentaria) o para intervenir sobre más de una conducta al mismo tiempo, y la evidencia sobre su efectividad en AP es controvertida.

Más recientemente se promueve el *modelo de la rueda del cambio* en ICC⁷ (fig. 2), donde en el centro se hallan la Capacidad, la Motivación y la Oportunidad como fuentes de comportamiento, y a su alrededor otros factores que influyen. En el círculo externo se sitúan las intervenciones que pueden diseñarse con este método.

La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones conductuales y de consejo se basen en la *estrategia de las 5 Aes* del USPSTF (fig. 3).

Además, los profesionales que aconsejan cambios de conducta deberían⁸:

- Garantizar que los usuarios tienen información clara sobre las ICC, servicios disponibles, uso y ayuda a su acceso si es necesario.
- Asegurar que las ICC cubren las necesidades del individuo y son aceptables para él.



Precontemplación	No existe intención de cambiar
Contemplación	Piensa en cambiar en los próximos 6 meses
Preparación	Prepara una fecha y un plan para cambiar
Acción	Inicia el cambio y mantiene la conducta por un tiempo
Mantenimiento	Mantiene la nueva conducta más de 6 meses
Recaída	Recae continuamente en la conducta anterior

Figura 1 Estadios del proceso de cambio de una conducta
Fuente: Modificado de NICE⁸.

- Reconocer los momentos en que la persona puede estar más abierta al cambio (p. ej., tras una enfermedad relacionada con la conducta a cambiar) o más resistente (circunstancias psicosociales).



Figura 2 Rueda del cambio de comportamiento

Fuente: Modificada de Michie S et al.⁷.

Assess-Averiguar

Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta

Advise-Aconsejar

Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales

Agree-Acordar

Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona

Assist-Ayudar

Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando se an adecuados

Arrange-Asegurar

Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

Figura 3 Estrategia de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento

Fuente: U.S. Preventive Services Task Force².

Se recomienda evaluar los diferentes riesgos para la salud presentes en un individuo en un momento determinado, su disposición a cambiar una conducta, el apoyo social y el acceso a recursos de su comunidad.

A partir de esta valoración, el profesional sanitario debe intervenir⁹ fomentando la motivación y la autoeficacia percibida del individuo. Se recomienda un asesoramiento personalizado, priorizando la conducta a cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona. Se deben establecer metas factibles y evaluables a corto y medio plazo, en una toma de decisiones compartida.

Es necesario asegurar visitas de seguimiento regulares con *feedback* sobre el cambio de conducta al menos durante un año, con planes por si recae («qué hará si...»), búsqueda

del apoyo social necesario y ayuda para establecer nuevas rutinas diarias acordes con la nueva conducta saludable. El desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación está ofreciendo alternativas para conseguir cambios en los estilos de vida, incorporando aplicativos (*App*) en la práctica cotidiana de AP¹⁰. En la [tabla 1](#) se presentan las competencias profesionales que intervienen en estilos de vida.

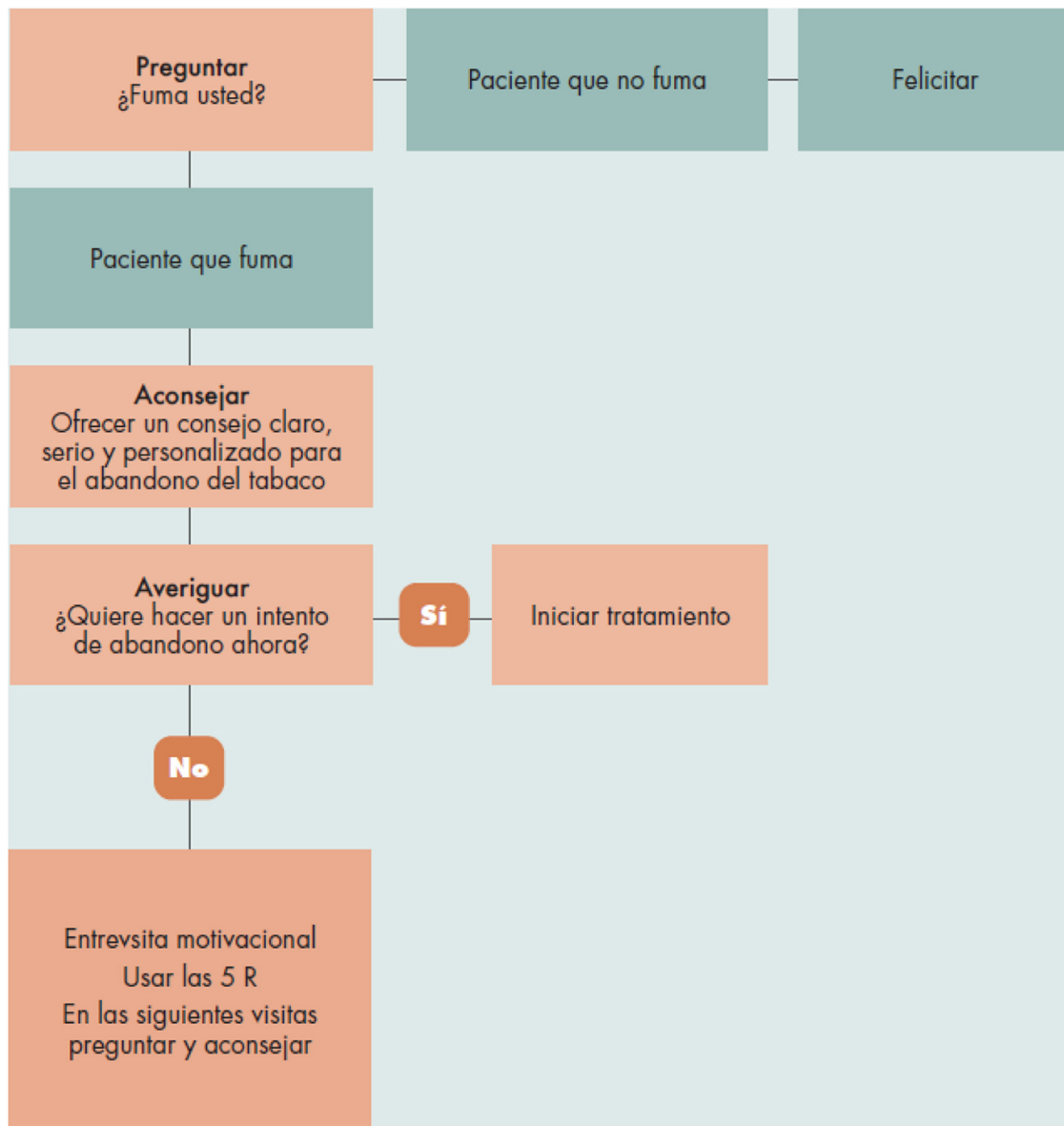
Recomendaciones consumo de tabaco

Fumar es una causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular, complicaciones del embarazo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre más de 25 problemas

Tabla 1 Competencias para el profesional que interviene sobre estilos de vida¹¹

- Liderazgo para practicar y promover estilos de vida saludables.
- Saber identificar los determinantes de salud del paciente relacionados con el estilo de vida, y demostrar conocimiento de los cambios necesarios.
- Valorar la motivación y la disponibilidad del paciente y su familia al cambio, y establecer planes de acción conjuntos.
- Utilizar las guías y recomendaciones para ayudar a los pacientes a manejar su conducta de salud y estilo de vida.
- Trabajar con un equipo multidisciplinario para atender al paciente desde todos los frentes necesarios.

Fuente: Modificado de Dysinger V, 2013.


Figura 4 Intervenciones en el paciente que fuma y que no quiere hacer un intento de abandono de la adicción en el momento de la visita.

Fuente: elaboración propia: Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados¹⁵.

de salud¹². El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España, causando 51.870 muertes anuales¹³. Pese a ello el 16,4% de las mujeres y el 23,3% de los varones fuman a diario en España en 2020¹⁴.

Fumar es al mismo tiempo una adicción física y psicológica, una conducta aprendida y una dependencia social. Dejar de fumar supone, por lo tanto, superar la adicción a la nicotina (mediante soporte psicológico y fármacos cuando se necesiten), desaprender una conducta (mediante estrate-

Tabla 2 Recomendaciones al profesional sanitario para ayudar a dejar de fumar

- Tanto las intervenciones para el cambio de comportamiento como las farmacológicas son efectivas para dejar de fumar, siendo la mejor opción el combinarlas.
 - Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales eficaces, que pueden incluir apoyo en el cambio de comportamiento, orientación, asesoramiento telefónico y materiales de autoayuda. Tanto las intervenciones individuales como las grupales para ayudar a dejar de fumar son efectivas.
 - Las intervenciones pueden variar en intensidad y formato, existiendo una relación dosis/respuesta entre la intensidad de las intervenciones y el resultado obtenido. Estas intervenciones deben ser ofrecidas por médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales sanitarios.
 - Un asesoramiento efectivo debe incluir apoyo social y entrenamiento en habilidades para resolver las dificultades que aparecen con el abandono del tabaco.
 - Si usamos fármacos como la terapia sustitutiva con nicotina, bupropión, vareniclina o citisina podemos multiplicar hasta por 2,5 los resultados obtenidos en el abandono del tabaco al usar placebo.
 - No hay evidencia suficiente, y dudas sobre su seguridad, para recomendar cigarrillos electrónicos para dejar de fumar. El tabaco de liar es igual o más dañino que el cigarrillo convencional.

Fuente: Últimas recomendaciones de la USPSTF²².

gias psicológico/conductuales) y modificar la influencia del entorno¹⁵.

Dejar de fumar es beneficioso a cualquier edad, mejora el estado de salud y la calidad de vida. Reduce el riesgo de muerte prematura y puede aumentar hasta una década la esperanza de vida. Aunque la mayoría de los fumadores de cigarrillos intentan dejar de fumar cada año, menos de un tercio usan medicamentos para dejar de fumar, o asesoramiento conductual para apoyar los intentos de dejar de fumar. La cobertura de pago del tratamiento para dejar de fumar que sea integral, sin barreras y ampliamente promovida, aumenta el uso de estos servicios y conduce a tasas más altas de abandono exitoso (y es rentable). El abandono del consumo de tabaco se puede promover aumentando el precio de los cigarrillos, adoptando políticas integrales para no fumar, implementando campañas en los medios de comunicación, adoptando advertencias gráficas de salud y manteniendo programas integrales de control del tabaco en todo el estado¹⁶. El PAPPs apoya el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2024-2027 del Ministerio de Sanidad que incluye estas medidas y otras como el envase genérico y la ampliación de los espacios sin humo¹⁷.

La prevalencia en el consumo de tabaco en España presenta tradicionalmente un gradiente en función de la clase social del consumidor. Las clases sociales más altas presentan una prevalencia casi un 10% inferior a las más bajas. En general en España, las desigualdades sociales en tabaquismo se observan a nivel global en distintos indicadores como la clase social, nivel de estudios y asociados a variables como el desempleo o el territorio, existiendo desigualdades por barrios dentro de las ciudades. Los gradientes de mayor consumo en las clases sociales más desfavorecidas se observan en el conjunto de la población y claramente en los varones. En las mujeres, por su posterior incorporación al consumo, se aprecia más igualdad en los datos de las distintas clases. Esto debe tenerse en cuenta a la hora abordar el consumo de tabaco en la consulta⁶. El comportamiento

de fumar se asocia a factores sociodemográficos como la orientación sexual (LGTBIQ+), adultos con discapacidad y personas con síntomas de ansiedad generalizada.

Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la estrategia de las «5 A» que consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona fumadora en el intento de abandono y, por último, fijar visitas de seguimiento^{3,18}. En la consulta debemos intervenir sobre el paciente fumador según su deseo de abandono del tabaco, con intervenciones distintas según el fumador no quiera dejar de fumar (fig. 4) o si quiera dejar de fumar (fig. 2)¹⁹. En la tabla 2 se especifican recomendaciones al profesional sanitario para ayudar a dejar de fumar a su paciente fumador. En la figura 5 se presentan las Intervenciones en la persona fumadora que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. En la figura 6 se presentan los tres pasos del consejo muy breve para dejar de fumar (*very brief advise*).

Dos nuevas propuestas de intervención sobre el consumo de tabaco se incluyen en 2024:

1. Utilizar una pregunta ampliada: «¿Consume actualmente algún tipo de tabaco, incluidos cigarrillos electrónicos, dispositivos de vapeo o tabaco calentado?»²⁰. Aunque en España actualmente el consumo mayoritario sigue siendo el de los cigarrillos convencionales, en los últimos años está aumentando el uso de otros productos de la nicotina como los cigarrillos electrónicos, pipas de agua y tabaco calentado, igualmente dañinos para la salud.
2. Se propone una forma de intervenir sobre el consumo de tabaco más breve y directa que consta de 3 pasos: Averiguar, Aconsejar y Actuar. La clave está en ofrecer ayuda para dejar de fumar. Este tipo de intervención consume muy poco tiempo y, bien realizada, aumenta las posibilidades para desencadenar deseos de hacer un intento de abandono²¹.

Recomendaciones PAPPS en el consumo de tabaco

- Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco, incluidos cigarrillos electrónicos, dispositivos de vapeo o tabaco calentado, cuando acudan a consulta, y aconsejarles que abandonen el tabaco si fuman
- La periodicidad mínima de esta detección del consumo de tabaco y registro debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado (recomendación de expertos)

Evidencia alta, recomendación fuerte a favor

Recomendación de expertos

- Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales y farmacológicas para ayudar a dejar de fumar al fumador que quiera hacer un intento de abandono del tabaco
- Se recomienda que desde AP se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves

Evidencia moderada, recomendación fuerte a favor

Evidencia baja, recomendación moderada a favor

Fuente: Elaboración propia.

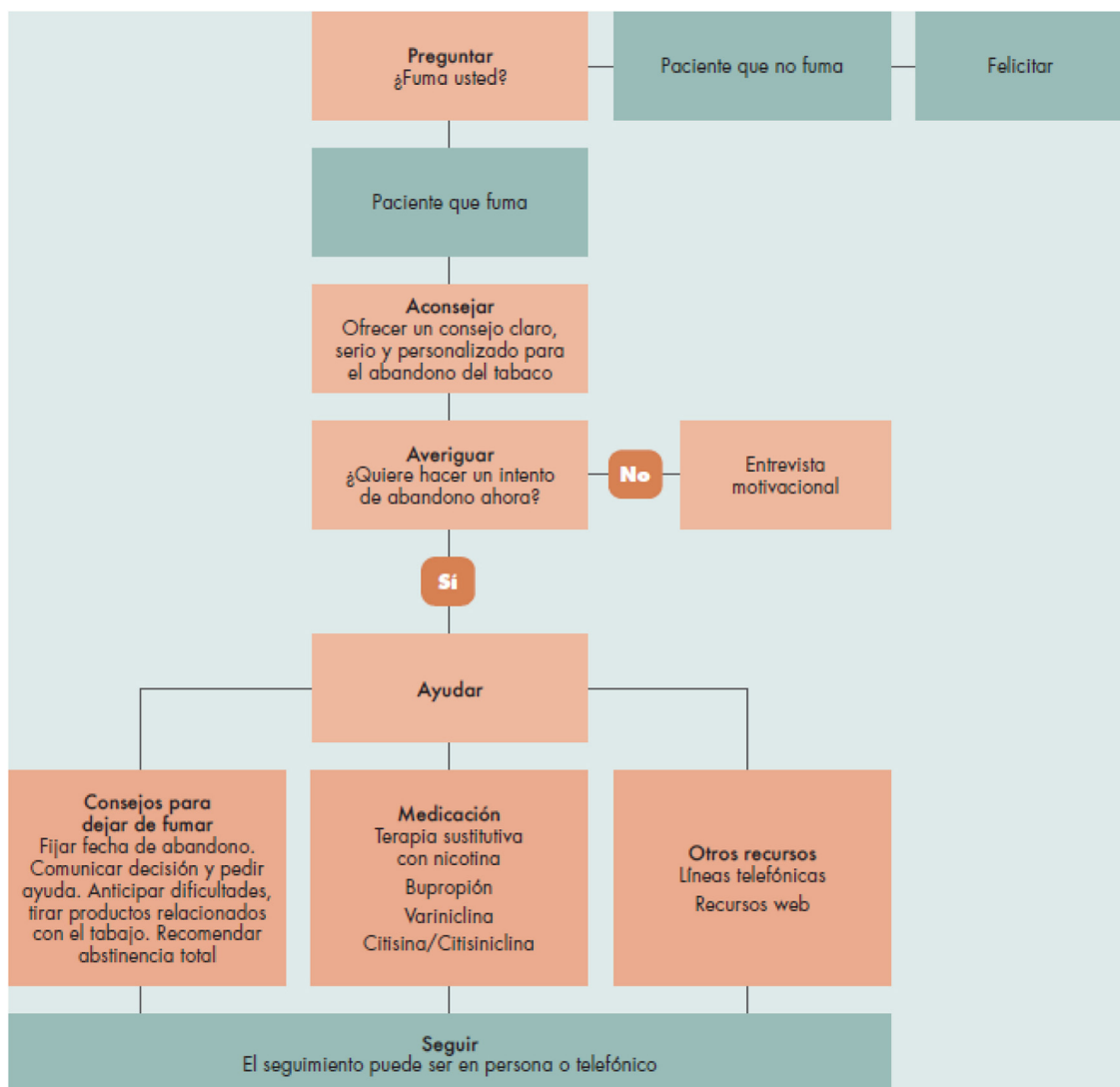


Figura 5 Intervenciones en la persona fumadora que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita.
Fuente: elaboración propia: Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados¹⁵.

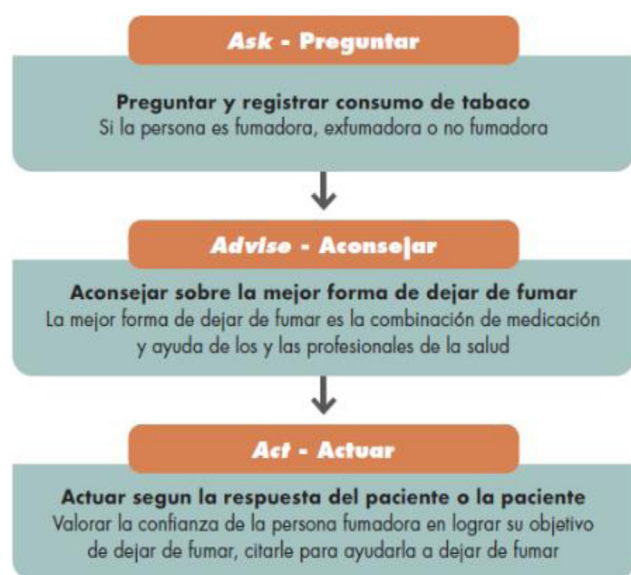


Figura 6 Consejo muy breve para dejar de fumar (*very brief advice*).

Fuente: Tomada de: Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados¹⁵.

Recomendaciones en el consumo de alcohol

En nuestro país, el consumo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad²³. El alcohol es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial (HTA), por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. Aparte de ser una droga asociada a consumo de riesgo y dependencia, y de ser causa de más de 200 problemas de salud, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia. Se estima que el alcohol fue responsable del 10% de la mortalidad total en 2011 en España, calculándose los gastos sociales en un 1% del producto interior bruto²⁴. Se calcula que en el periodo 2010-2017 el consumo de alcohol en población mayor o igual de 15 años causó anualmente una media de 15.489 muertes²⁵. El consumo de alcohol no es solo una decisión individual, sino que está influenciada por las condiciones y circunstancias en las que la gente vive, y su consumo se asocia a desigualdades sociales y en salud. La combinación de factores como la posición socioeconómica, el nivel educativo, el género o el lugar de residencia, entre otros determinantes sociales de la salud, amplifica las diferencias en los daños relacionados con el consumo de alcohol, y los modulan, pudiendo comportarse como fortalezas o vulnerabilidades. Por ello, en la consulta se pueden identificar factores de riesgo y factores protectores, teniendo en cuenta los entornos de las personas, las necesidades específicas de determinados grupos de población y que es fundamental un abordaje comunitario²⁶.

Nuevo paradigma en la relación alcohol y salud

Según Global Burden of Disease, en el año 2019 el consumo de alcohol fue el séptimo factor de riesgo tanto para las muertes como la pérdida de años de vida ajustado por discapacidad (AVAD). A nivel mundial, se atribuyó al consumo de alcohol el 2,2% de muertes femeninas y el 6,8% de muertes masculinas estandarizadas por edad. Entre la población de 15 a 49 años, el consumo de alcohol fue el principal factor de riesgo. Las 3 causas principales de muertes atribuibles en este grupo de edad fueron la tuberculosis (1,7% del total de muertes), lesiones en la carretera (1,2%) y autolesiones (1,1%). Otras causas fueron suicidios, cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y distintos tipos de cáncer²⁷. Para las poblaciones de 50 años o más, los cánceres representaron una gran proporción del total de muertes atribuibles al alcohol, en concreto, un 27,1% del total de muertes femeninas y el 18,9% de muertes masculinas. El mismo informe indica que el riesgo de mortalidad por todas las causas, y específicamente de los cánceres, aumenta con el aumento de consumo, y el nivel de consumo que minimiza la pérdida de salud es cero²⁸.

Intervenciones breves en alcohol

Las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en personas con consumo de riesgo y perjudicial, han demostrado ser efectivas para reducir este consumo y la morbilidad que ocasiona, por lo que todos los y las profesionales sanitarios deberían realizarla. Además, se encuentra entre las intervenciones sanitarias más baratas que conducen a una mejora en la salud. La efectividad y el coste/efectividad de las intervenciones breves han sido probados por numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales. Bertholet et al. en una revisión sistemática y un metaanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para varones como mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los 6 y 12 meses, incluso en períodos superiores²⁹. Un metaanálisis de estudios españoles en atención primaria apoya la eficacia de la intervención breve sobre personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea sólo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100g³⁰. En general hay evidencia consistente de la efectividad de las intervenciones breves en atención primaria para reducir el consumo de alcohol³¹. La Colaboración Cochrane ha evaluado la efectividad de la intervención en AP. Hay evidencia de calidad moderada de que las intervenciones breves pueden reducir el consumo de alcohol en consumo de riesgo y perjudicial en comparación con una intervención mínima o ninguna. Una mayor duración del consejo probablemente tenga poco efecto adicional³².

Tabla 3 Recomendación de la USPTF³³

Población	Recomendación	Grado
Adultos mayores de 18 años, incluidas las mujeres embarazadas	El USPSTF recomienda la detección del consumo dañino de alcohol en entornos de atención primaria en personas adultas mayores de 18 años, incluidas las mujeres embarazadas ^a , y proporcionar a las personas involucradas en el consumo de riesgo o consumo peligroso breves intervenciones de asesoramiento conductual para reducir el consumo de alcohol no saludable.	B1
Adolescentes de 12 a 17 años	El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el equilibrio de los beneficios y los daños del cribado, y las breves intervenciones de asesoramiento conductual para el consumo de alcohol en entornos de atención primaria en adolescentes de 12 a 17 años.	I2

^a En la mujer embarazada y en los menores, cualquier consumo de alcohol es de riesgo.

Tabla 4 Recomendaciones sobre exploración del consumo

- El *Audit-C* es el cuestionario de elección para el cribado de *consumos de riesgo* en el ámbito sanitario. Cuando es positivo debe confirmarse con el *Audit-10*.
- El *Audit-10* es el cuestionario de elección para la detección del *síndrome de dependencia alcohólica*.
- Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el *manejo clínico de los pacientes*.
- Los instrumentos de cribado adecuados deben ser *incorporados a las historias clínicas informatizadas*.

Tabla 5 Criterio de definición de consumo de riesgo

- A) Promedio: Hablamos de persona bebedora de riesgo cuando el consumo de alcohol es mayor de 4 UBE/día (> 28 UBE/semana) en los varones y de 2-2,5 UBE/día (> 17 UBE/semana) en las mujeres.
- B) Intensivo (*Binge Drinking*): Se considera cuando hay un consumo igual o mayor a 6 UBE (varones) o 4 UBE (mujeres) en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h).
- C) Límites de consumo de bajo riesgo: Se definen los límites de consumo de bajo riesgo en 20 g (2 BE/día) en los varones y de 10 g (1 UBE/día) en las mujeres³⁴

UBE: unidad de bebida estándar, en España equivale a 10 g de alcohol que es, aproximadamente, el contenido medio de un vaso de vino de 100 ml de 13°, un vaso de 300 ml de cerveza de 4° o 30 ml de licor de 40°.

En la [tabla 3](#) se presentan las últimas recomendaciones del US Preventive Task Forces.

En las [tablas 4 y 5](#) se presentan las recomendaciones sobre exploración del consumo y los criterios de consumo de riesgo y bajo riesgo.

Recomendaciones PAPPs en el cribado de alcohol

Se recomienda hacer cribado del consumo de alcohol y proveer intervención conductual a las personas que hagan consumo de riesgo o problemático. El cribado debe hacerse como mínimo cada 2 años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Aunque en los adolescentes la evidencia es insuficiente por imperativo ético se recomienda

Poblaciones tributarias de la intervención	Recomendación Grado
Adultos	Grado B1 (suficiente)
Embarazadas	Grado B1 (suficiente)
Adolescentes	Grado I2 (insuficiente)

En la [figura 7](#) se presenta el algoritmo de cribado e intervención en alcohol

Recomendaciones en actividad física

El ejercicio físico ha demostrado beneficios directos sobre la salud física y mental. En particular sobre el sistema car-

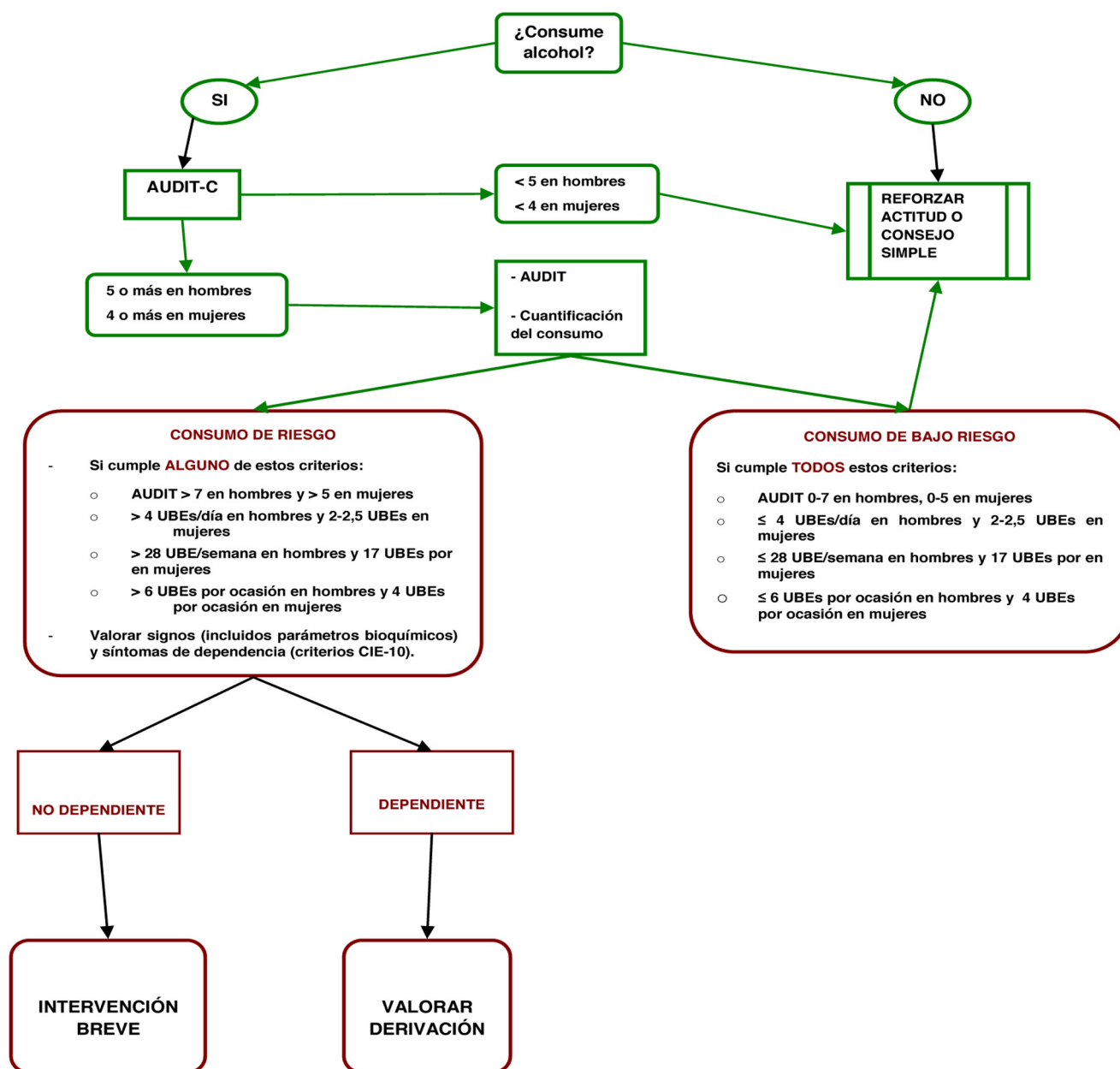


Figura 7 Cribado e intervención en alcohol.
Fuente: elaboración propia.

diovascular, estado cognitivo, salud mental y metabólica³⁵. Y constituye un importante instrumento para modificar los factores de riesgo de la enfermedades no transmisibles (ENT) y trastornos de salud mental, en este apartado incluimos los accidentes cerebrovasculares, la hipertensión, la diabetes tipo 2, enfermedades coronarias, diversos tipos de cáncer, demencia, depresión y mortalidad por todas las causas³⁶.

Sin embargo, sigue existiendo una baja prevalencia de la población que práctica ejercicio físico de forma regular. Qué se ha visto agravada por la pandemia del COVID-19 que ha repercutido empeorando todos los hábitos saludables de vida³⁷. Esta situación ha llevado a que la mayor parte de los países no están cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Nacio-

nes Unidas para el 2030 y su compromiso de reducir en un 33% la mortalidad prematura por las ENT, que constituyen la principal causa de muerte y enfermedad mundial³⁸.

Si la prevalencia actual de ejercicio físico no se modifica, se estima que en la década 2020-2030 se ocasionarán 499,2 millones de nuevos casos de ENT y trastornos de salud mental a nivel mundial que podían haberse prevenido. Con un coste económico para la salud pública de 523,9 mil millones de dólares, a los que habría que añadir los costes de las complicaciones, cronicidad con tratamiento, incapacidad laboral y, sobre todo, mortalidad y pérdida de calidad de vida del paciente³⁹.

A esto hay que añadir que los individuos que cambian a un tipo de vida más activo suelen realizar una dieta más

saludable, abandonar el hábito tabáquico y disminuir el consumo de alcohol, lo que incrementaría de forma importante la sinergia preventiva de esta actuación. Es de suma importancia recomendar y prescribir ejercicio físico a nuestros pacientes, y como sociedad científica influir sobre los responsables de política y gestión sanitaria para potenciar la inversión en ejercicio físico en el sistema nacional de salud.

En cuanto a las recomendaciones sobre actividad física que debemos realizar en la consulta a nuestros pacientes, siguen siendo válidas las últimas recomendaciones realizadas por la OMS en su guía de actividad física y comportamiento sedentario que citamos en el PAPPS 2022⁴⁰.

Desde entonces se ha realizado nuevas investigaciones evaluando si algunos deportes presentan ventajas sobre otros en beneficios para la salud. Sin embargo, los resultados muestran la practica regular de todos ellos presenta mejoría en los parámetros bioquímicos, antropométricos y clínicos, con mínimas diferencias entre ellos⁴¹. El fin que debemos perseguir con la prescripción de ejercicio físico es la mejora de la aptitud cardiorrespiratoria y la forma física que mejoran la oxigenación del cuerpo humano, que ha demostrado disminuir la mortalidad prematura y la morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles⁴².

Recomendaciones PAPPS en la actividad física

• Aprovechar cualquier motivo de consulta para preguntar al paciente sobre sus hábitos en actividad física	Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada
• Insistir en realizar actividad física de forma regular en toda la población, con especial énfasis en el adolescente y en el sexo femenino	Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada
• Educar al paciente sobre los beneficios de realizar actividad física de forma continuada, y todos los perjuicios que conlleva no hacerla. Cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna, y cuanto más, mejor	Recomendación fuerte a favor, evidencia fuerte
• Atención primaria debe intervenir para potenciar la actividad física/ejercicio físico por parte de toda la población. Cada persona ajustada por tramo de edad, condiciones físicas y afecciones. Con especial interés en discapacitados. Toda actividad física cuenta	Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada
• Se debe recomendar disminuir al máximo el sedentarismo en todas las franjas de edad y las características del paciente. Todas las personas se benefician de incrementar la actividad física y reducir los hábitos sedentarios	Recomendación fuerte a favor, evidencia fuerte

Recomendaciones en alimentación

Magnitud del problema

La malnutrición, en todas sus expresiones (obesidad, desnutrición, etc.) es, globalmente, la principal causa de mala salud⁴³. Más concretamente, la prevalencia de sobrepeso y la obesidad de los adultos españoles es del 60,9%, representando solo la obesidad el 22%⁴⁴, asociándose a más de 50 enfermedades y a un aumento de mortalidad⁴⁵. Se estima que la consecución de patrones de alimentación saludable podría prevenir, desde una perspectiva mundial, más de 11 millones de fallecimientos anuales, entre el 19 y el 24% del total de muertes en adultos⁴⁶.

Eficacia de la intervención en atención primaria

- Pacientes sanos: revisiones sistemáticas de USPSTF⁴⁷, de Cochrane⁴⁸ y Bhattarai et al.⁴⁹, concluyen que los beneficios del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable son escasos. Intervenciones de intensidad alta (más de 6 h), pero también de intensidad baja (intervención breve)⁵⁰, consiguen cambios modestos en el descenso de calorías, sodio y en el aumento del consumo de fibra, frutas y verduras, así como cambios en la presión arterial, colesterolemia y adiposidad. Los resultados sobre morbilidad cardiovascular no son concluyentes.
- Pacientes con sobrepeso/obesidad y/o factores de riesgo cardiovascular: la USPSTF recomienda programas estructurados de intensidad media (de 30 min a 6 h) o alta, con estrategias conductuales sobre varios hábitos de vida⁵¹. Este asesoramiento produce cambios pequeños, pero estadísticamente significativos, en el peso, la presión arterial y el colesterol y disminuye a la mitad el riesgo de desarrollar diabetes, sin reducción de la morbilidad cardiovascular, cosa que, por el contrario, sí sucede con los pacientes hipertensos y diabéticos en la última revisión Cochrane⁵². Un metaanálisis reciente de ensayos clínicos llevados a cabo en el ámbito de la AP sobre pacientes con sobrepeso/obesidad demostró pérdidas de peso en un año de más de 2 kg y disminución del perímetro de cintura de casi 3 cm⁵³.

Por otro lado, diversos estudios de intervención dietética, varios de ellos llevados a cabo en nuestro entorno, demuestran que aquellos consejos que fomentan la dieta mediterránea producen cambios beneficiosos en la conducta alimentaria⁵⁴ y reducciones en la morbilidad cardiovascular, tanto en prevención primaria⁵⁵ como secundaria⁵⁶. La dieta mediterránea es la que utiliza el aceite de oliva como grasa culinaria, rica en alimentos de origen vegetal (frutas, verduras y frutos secos), con un consumo frecuente de legumbres y cereales integrales, moderado de pescado, carnes blancas y lácteos y ocasional de carnes rojas o procesadas y, sobre todo, bajo consumo de productos ricos en azúcares añadidos, grasas y sal como lo son los ultraprocesados⁵⁷.

En el tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares, una adecuada implementación de cambios en el estilo de vida que incluya la pérdida de peso, la reducción

del consumo de sal y azúcar y el incremento del ejercicio puede ser tan efectivo como el tratamiento farmacológico y sin los efectos secundarios asociados a este⁵⁸. Estas estrategias han de focalizarse en la adherencia del paciente al cambio antes que en las recomendaciones basadas en nutrientes⁵⁹.

Recomendaciones PAPPs en la promoción de alimentación saludable

- Las intervenciones para promover una alimentación saludable en personas sin evidencia de enfermedad cardiovascular ni factores de riesgo atendidas en AP deben realizarse de forma individualizada, teniendo en cuenta las preferencias y la motivación del paciente, así como el juicio clínico del profesional (Grado B2)
- Se recomiendan estrategias conductuales estructuradas de intensidad media/alta sobre dieta y hábitos saludables en las personas adultas con sobrepeso/obesidad y/o con otros factores de riesgo cardiovascular (Grado B1)
- Dentro de los patrones de dieta saludable, la mediterránea es la que mayor nivel de evidencia ha demostrado, reduciendo la morbilidad por enfermedades no transmisibles, y es una de las que debería recomendarse, con alguna matización, como la recomendación del consumo de bebidas fermentadas (Grado A1)

Recomendaciones en la prevención de accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura evitable. Según el informe de la situación global de la seguridad vial de 2023 elaborado por la OMS, en 2021 fallecieron aproximadamente 1,19 millones de personas a consecuencia de las lesiones provocadas por el tráfico. Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte entre niños y jóvenes de entre 5 y 29 años, y dos tercios de las muertes se producen entre personas en edad de trabajar, de 18 a 59 años, provocando enormes costes sanitarios, sociales y económicos a la sociedad. Los accidentes de tránsito cuestan a la mayoría de países el 3% de su PIB. Más de la mitad de las defunciones por accidentes de tránsito afectan a «usuarios vulnerables de la vía pública», es decir, peatones, ciclistas y motociclistas^{60,61}. En España, en el año 2022, se produjeron 97.916 siniestros viales, 1.746 fallecidos, 8.502 ingresos hospitalarios y 119.328 heridos no hospitalizados⁶². A su vez, la mayor tasa de personas conductoras implicadas en siniestros viales con

Tabla 6 Factores que inciden en la seguridad

Distracción	31%
Consumo de alcohol	29%
Velocidad inadecuada	23%

Tabla 7 Recomendaciones en atención primaria para consejo de prevención de accidentes de tráfico

Considerar de especial atención a 3 colectivos:
• Conductores profesionales.
• Personas que conducen diariamente al menos 40-45 min.
• Personas mayores que conducen habitualmente.

víctimas por mil personas conductoras censadas se produce entre los 15 y 17 años.

Los 3 factores concurrentes principales se muestran en la [tabla 6](#).

El coste de las víctimas producidas en siniestros viales en el año 2022, se estima una cifra entre 7.724 y 13.445 millones de euros (lo que equivale a un rango entre el 0,57 y el 1% del PIB español a fecha 1 de enero de 2022)⁶².

Las medidas preventivas desde el campo de la salud y legislativas para evitar lesiones y colisiones de tráfico han sido valoradas en⁶³ varias revisiones⁶⁴. Las evidencias más concluyentes se relacionan con el consejo sobre los sistemas de retención y protección en la infancia ([tabla 7](#)). Entidades internacionales recomiendan incorporar consejos preventivos entre las personas conductoras.

Recomendaciones PAPPs para reducir las lesiones relacionadas con las colisiones por tráfico

Peligro	Consejo preventivo	Nivel de evidencia
Ausencia del uso de cinturones de seguridad y sillitas para niños	Usar siempre los cinturones de seguridad, también en los vehículos de alquiler y taxis Utilizar sillitas adaptadas a los niños y sujetarlos correctamente	Grado C Grado A
No uso de casco en motocicletas y bicicletas	Usar siempre casco	Grado C
Conducción bajo el efecto del alcohol	No conducir después del consumo de alcohol, y evitar usar vehículos con conductores que han bebido	Grado C
Distracción por el uso de teléfonos móviles	No utilizar teléfonos móviles si se conduce	Grado C

Fuente: adaptadas de la CDC⁶⁵. En la [tabla 7](#) se presentan las recomendaciones en AP.

Drogas y conducción

Los estudios periódicos de prevalencia entre conductores, realizados por el Instituto Nacional de Toxicología, muestran controles de consumo de alcohol (más del 0,05 g/l) en el 33% de las víctimas fallecidas en 2022⁶².

En relación con el consumo de drogas de comercio ilegal, se dispone de pruebas en el 73% de los conductores fallecidos, resultando un porcentaje de pruebas positivas del 21% (cocaína 62%, *cannabis* 56%). Analizando de manera conjunta los resultados de alcohol y/o drogas se encontró que el 43% de los fallecidos tuvieron un resultado positivo a alguna de esas sustancias⁶². Los conductores tienen baja percepción de cómo afectan estas sustancias a la conducción y a que su asociación con el alcohol aumenta el riesgo de colisiones. Es necesario informar que, según normativa nacional (RD 818/2009) y europea, a estas personas no se les puede otorgar ni prorrogar su permiso de conducción. Los profesionales sanitarios deben informar que si consumen drogas adoptan una conducta de riesgo para ellos y para el resto de los usuarios en las vías⁶⁶.

Fármacos y conducción: Un 33,9% de los medicamentos incluyen un pictograma sobre su posible interferencia en la conducción, especialmente si se asocian con alcohol. Los grupos con mayor número de principios activos afectados son los del sistema nervioso central y los antineoplásicos⁶⁷. El profesional de AP debe conocer esta información y con ayuda de los sistemas informáticos, incluir avisos en los diferentes formatos de receta electrónica. Ante el uso de un fármaco, se considera necesario^{68,69}:

1. Seleccionar el medicamento que afecte menos a la conducción.
2. Valorar factores que afectan la capacidad para conducir: efectos adversos, interacciones farmacológicas, automedicación, consumo conjunto de alcohol.
3. Elegir pautas de prescripción más adecuadas, por ejemplo, usar dosis nocturnas en medicamentos con más efecto sedante. Vigilar al inicio del tratamiento o al cambiar de dosis.
4. Informar al paciente y sus familiares: advertir sobre signos de alteración de la capacidad de conducción (visión borrosa, dificultad para permanecer alerta) y evitar el consumo de alcohol concomitante.

El profesional de farmacia puede y debe tener un papel muy activo en este problema. Algunos datos señalan que recibir información sobre determinados medicamentos reduce hasta un 45% la tasa anual de accidentes⁶⁸.

Conductor anciano

La capacidad de conducción la limita el estado de salud, no la edad. En este grupo de población se considera necesario⁷⁰:

1. Valorar datos clínicos (uso de alcohol, movilidad, visión, capacidad cognitiva y afecciones limitantes).
2. Informar cuando debería evitar la conducción^{70,71}.
3. Aconsejar a personas de edad avanzada:
 - a) No conducir de noche ni a horas extremas.

- b) Descansar cada hora y media, y a ser posible trayectos de corta duración.
- c) Revisar periódicamente vista y audición.
- d) Vigilar automedicaciones y consumos de alcohol.

Principales retos en la movilidad viaria

Por parte de diferentes grupos y organizaciones⁷² se han señalado los siguientes:

1. Transporte ecológicamente sostenible: Incentivar sistemas seguros y sostenibles para combatir la crisis climática.
2. Leyes realistas sobre cascos y cinturones de seguridad, que protejan a los niños en el asiento trasero y tengan cero tolerancias a drogas, alcohol y distracciones.
3. La velocidad mata: Establecimiento de límites de velocidad seguros y apropiados en función de la carretera.
4. Protección a los usuarios vulnerables, como los ciclistas, los niños y los jóvenes cuando se dirigen a sus centros educativos.
5. Regulación de los denominados vehículos de movilidad personal, especialmente en las ciudades (patinetes eléctricos, *segways*, etc.).
6. Legislación estricta que limite el uso de teléfonos móviles y otros dispositivos electrónicos durante la conducción^{73,74}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. AAFP Policy Action. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. American Academy of Family Physicians. Disponible en: <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/clinical-practice-guidelines/clinical-preventive-services-recommendations.html>
2. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services [consultado May 2024] Disponible en: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/index.php/topic_search_results?topic_status=P
3. Patnode CD, Redmond N, Iacocca MO, Henninger M. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2022;328:375 [consultado 23 Aug 2024] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2794559>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015 [consultado May 2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida.en.AtencionPrimaria.pdf
5. Schubbe D, Scalia P, Yen RW, Saunders CH, Cohen S, Elwyn G, et al. Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes. Patient Educ

- Couns. 2020;103:1935–60 [consultado May 2024] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839912030197X>
6. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A «stages of change» approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician*. 2000;61:1409–16 [consultado 20 Jun 2024] Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2000/0301/p1409.html>
 7. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011 [consultado Jun 2024] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096582/>
 8. NICE. Behaviour change: individual approaches Issued: NICE public health guidance 49. NICE. 2014, revisada marzo 2019 [consultado 20 Jun 2024] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
 9. Muñoz Seco E, Camarrelles Guillem F, Campo Giménez M. Fomento del autocuidado. *Rev Clín Med Fam*. 2024;17:132–9 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.revclinmedfam.com/displayfile/Article/path.pdf/1410>
 10. Taylor ML, Thomas EE, Vitangcol K, Marx W, Campbell KL, Caffery LJ, et al. Digital health experiences reported in chronic disease management: An umbrella review of qualitative studies. *J Telemed Telecare*. diciembre de 2022;28:705–17 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1357633X221119620>
 11. Dysinger W. Lifestyle Medicine Competencies for Primary Care Physicians. *AMA Journal of Ethics*. 2013;15:306–10 [consultado 20 Jun 2024] Disponible en: <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-05/medu1-1304.pdf>
 12. U.S. Department of Health and Human Services. The Health consequences of smoking-50 years of progress. A Report of the Surgeon General. Rockville: MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2014 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5928784/>
 13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>
 14. Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Ministerio de Sanidad; 2020 [consultado 9 Jun 2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
 15. Camarrelles F, Barchilon V, Clemente L, Iglesias JM, Martín C, Minué C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo y productos relacionados. Barcelona: semFYC; 2024 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://cms.semfyec.es/storage/1243/TABAC2024-WEB.pdf>
 16. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General 2020. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Office of the Surgeon General Rockville, MD. [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>
 17. Ministerio de Sanidad. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024. La Moncloa; 2024 [consultado Jun 2024] Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2024/300424-Plan_Preveni%C3%B3n_Tabaquismo_Plan_v29_04_18_35_1.pdf
 18. Fiore MC. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am J Prev Med*. 2008;35:158–76 [consultado Jun 2024] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4465757/pdf/nihms59469.pdf>
 19. Camarrelles F, Dalmau R, Clemente L, Díaz-Maroto, ... Muñoz JL, Lozano A, et al., grupo colaborador Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:272e1–812e.
 20. American Academy of Family Physicians AAFP. Ask and Act. AAFP; 2024 [consultado 9 Jun 2024] Disponible en: <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/care-resources/tobacco-and-nicotine/ask-act.html#:~:text=Ask%20and%20Act%2C%20the%20AAFP%27s,that%20focus%20on%20e%2Dcigarettes>
 21. Papadakis S, Anastasaki M, Papadakaki M, Antonopoulou M, Chliveros C, Daskalaki C, et al. Very brief advice (VBA) on smoking in family practice: A qualitative evaluation of the tobacco user's perspective. *BMC Fam Pract*. 2020;21:121.
 22. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al., US Preventive Services Task Force. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325:265–79, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.25019> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33464343/>
 23. Informe 2021Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020 (sanidad.gob.es). [consultado May 2022] Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20-Informe.EDADES.pdf>
 24. Pulido J, Indave-Ruiz BI, Colell-Ortega E, Ruiz-García M, Bartroli M, Barrio G. Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88:493–513.
 25. Donat M, Sordo L, Belza MJ, Barrio G. Carga de enfermedad atribuible al alcohol en España: elaboración de una metodología y estimación durante 2001-2014. *Deleg Gob Para El Plan Nac Sobre Drog Minist Sanid*. 2020.
 26. Infografía «Consumo de alcohol y equidad. Cómo abordarlo en la consulta». 2020. Ministerio de Sanidad [consultado May 2022] Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/alcohol/docs/ConsumoAlcohol.Equidad.pdf>
 27. IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans. Agents classified by the IARC monographs, volumes 1-125. 2019 [consultado May 2022] Disponible en: <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>
 28. GBD 2019 Demographics Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1160–203 [consultado May 2022] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30977-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30977-6/fulltext)
 29. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care. *Systematic Review and Meta-analysis*. *Arch Intern Med*. 2005;165:986–95.
 30. Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo de riesgo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit*. 2003;17:116–22.
 31. Eficacia de las intervenciones breves sobre el consumo de riesgo de alcohol en atención primaria [consultado May 2022] Disponible en: <https://educacionpapps.blogspot.com/2018/04/eficacia-de-las-intervenciones-breves.html>

32. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations [consultado May 2022] Disponible en: https://www.cochrane.org/CD004148/ADDICTN_effectiveness-brief-alcohol-interventions-primary-care-populations
33. U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement. Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Screening and Behavioral Counseling Interventions. November 13, 2018.
34. Ministerio de Sanidad. Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Madrid; 2020.
35. Dibben GO, Gardiner L, Young HML, Wells V, Evans RA, Ahmed Z, et al. Evidence for exercise-based interventions across 45 different long-term conditions: an overview of systematic reviews. *EClinicalMedicine*. 2024;72, 102599.
36. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee I-M. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2021;56:101–6.
37. Ramírez Manent JI, Altisench Jané B, Sanchís Cortés P, Busquets-Cortés C, Arroyo Bote S, Masmiquel Comas L, et al. Impact of COVID-19 Lockdown on Anthropometric Variables, Blood Pressure, and Glucose and Lipid Profile in Healthy Adults: A before and after Pandemic Lockdown Longitudinal Study. *Nutrients*. 2022;14:1237, <http://dx.doi.org/10.3390/nu14061237>.
38. WHO. Invisible numbers: The true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. Geneva: World Health Organization; 2022 [consultado 5 Jun 2024] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362800>
39. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: A population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11:e32–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8).
40. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour [consultado 5 Jun 2024] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
41. Oja P, Memon AR, Titze S, Jurakic D, Chen ST, Shrestha N, et al. Health Benefits of Different Sports: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal and Intervention Studies Including 2.6 Million Adult Participants. *Sports Med Open*. 2024;10:46, <http://dx.doi.org/10.1186/s40798-024-00692-x>.
42. Lang JJ, Prince SA, Merucci K, Cadenas-Sanchez C, Chaput JP, Fraser BJ, et al. Cardiorespiratory fitness is a strong and consistent predictor of morbidity and mortality among adults: An overview of meta-analyses representing over 20.9 million observations from 199 unique cohort studies. *Br J Sports Med*. 2024;58:556–66, <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2023-107849>.
43. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*. 2019;393:791–846.
44. Pérez-Rodrigo C, Gianzo M, Hervás B, Aranceta-Bartrina J. Prevalence of obesity and associated cardiovascular risk factors in the Spanish population: The ENPE study. *Rev Esp Card*. 2022;75:232–41.
45. McKinsey Global Institute. How the world could better fight obesity. McKinsey & Company; 2014 [consultado 4 Jun 2024] Disponible en: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>
46. Willett W, Rockstrom J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *Lancet*. 2019;393:447–92 [consultado 4 Jun 2024] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618317884?via%3Dihub>
47. Patnode CD, Evans CV, Senger CA, Redmond N, Lin JS. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;318:175–93.
48. Rees K, Dyakova M, Wilson N, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;(Issue 12.), <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002128.pub5>. CD002128.
49. Bhattarai N, Prevost AT, Wright AJ, Charlton J, Rudisill C, Gulliford MC. Effectiveness of interventions to promote healthy diet in primary care: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Public Health*. 2013;13: 1203.
50. Whatnall MC, Patterson AJ, Ashton LM, Hutchesson MJ. Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary behaviours in adults: A systematic review. *Appetite*. 2018;120:335–47.
51. US Preventive Services Task Force. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2020;324:2069–75, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.21749>.
52. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. CD001561.
53. Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, Kettle VE, Gokal K, Biddle G, et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;377, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2021-069719>. PMID: 35636762, e069719.
54. Maderuelo-Fernández JA, Recio-Rodríguez JI, Patino-Alonso MC, Pérez-Archaeederra D, Rodríguez-Sánchez E, Gómez-Marcos MA, et al. Effectiveness of interventions applicable to primary health care settings to promote Mediterranean diet or healthy eating adherence in adults: A systematic review. *Prev Med*. 2015;76 Suppl:S39–55.
55. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med*. 2013;368:1279–90.
56. Delgado-Lista J, Alcalá-Díaz JF, Torres-Peña JD, Quintana-Navarro GM, Fuentes F, García-Ríos A, et al. Long-term secondary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet and a low-fat diet (CORDIOPREV): A randomised controlled trial. *DLancet*. 2022;399:1876–85.
57. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: Umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024;384, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>, e077310.
58. Marques-Vidal P. Comparison of lifestyle changes and pharmacological treatment on cardiovascular risk factors. *Heart*. 2020;106:852–62, <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-316252>.
59. Freire R. Scientific evidence of diets for weight loss: Different macronutrient composition, intermittent fasting, and popular diets. *Nutrition*. 2020;69:110549 [consultado 26 May 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31525701/>
60. Global status report on road safety 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-

- SA 3.0 IGO [consultado 10 Jun 2024] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086517>
61. Wijnena W, Weijermarsb W, Schoetersc A, van den Berghc W, Bauerd R, Carnise LH, et al. An analysis of official road crash cost estimates in European countries. *Safety Scienc.* 2019;113:318–27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2018.12.004>.
 62. Las principales cifras de la siniestralidad vial España 2022. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Dirección General de Tráfico [consultado 18 Jun 2024] Disponible en: https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/downloads/dgt-en-cifras/24h/Las-principales-cifras-de-la-siniestralidad-vial_Espana-2022.pdf
 63. Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. DG de Salud Pública. Ministerio de Sanidad Seguridad vial: Sobre su promoción, prevención y atención más allá de las Carreteras. Guía informativa y de sensibilización para decisores políticos y otras partes interesadas en el campo de la salud. 2023 [consultado 18 Jun 2024] Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/lesiones/seguridadVial/documentosTecnicos/docs/Seguridad_vial.promocion.prevencion.atencioncarreteras.pdf
 64. Goel R, Tiwari G, Varghese M, Bhalla K, Agrawal G, Saini G, et al. Effectiveness of road safety interventions: An evidence and gap map. *Campbell Syst Rev.* 2024;20:e1367, <http://dx.doi.org/10.1002/cl2.1367>.
 65. Centers for disease Control and Prevention. Transportation Safety. Tips for road safety at home and abroad [consultado 19 Jun 2024] Disponible en <https://www.cdc.gov/transportation-safety/global/index.html>
 66. Razaghizad A, Windle SB, Gore G, Benedetti A, Ells C, Grad R, et al. Interventions to Prevent Drugged Driving: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* 2021;61:267–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2021.03.012>.
 67. Brunette G, Nemhauser J. CDC Yellow Book 2020. Health Information for International Travel [consultado May 2022] Disponible en <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/yellowbook-home-2020>
 68. Más de 6.000 presentaciones de medicamentos pueden interferir en la capacidad de conducción. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2022 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.farmaceticos.com/tu-farmacutico-informa/noticias-de-salud/mas-de-6-000-presentaciones-de-medicamentos-pueden-interferir-en-la-capacidad-de-conduccion/>
 69. Grupo de trabajo sobre fármacos y conducción de vehículos. Documento de consenso sobre medicamentos y conducción en España: información a la población general y papel de los profesionales sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016 [consultado Jun 2024] Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/docs/Medicamentos.conduccion.DocConsenso.pdf>
 70. Carr D. Approach to the evaluation of older drivers. UpToDate 2024 [consultado Jun 2024] Disponible en: <http://www.uptodate.com>
 71. Feng YR, Meuleners L. Planning for driving cessation in older drivers. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour.* 2020;72:62–70.
 72. Declaración global de los jóvenes por la seguridad vial. 2 on World Youth Assembly for Road Safety Estocolmo, 18 de Febrero, 2020.
 73. Fry JM. Mobile phone penalties and road crashes: Are changes in sanctions effective? *J Safety Res.* 2023;84:384–92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2022.12.001>.
 74. Christoph M, Simone W, Nes N. Self-regulation of drivers' mobile phone use: The influence of driving context. *Transp Res F Traffic Psychol Behav.* 2019;66:262–72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2019.09.012>.