

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2022



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

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Delicias Sur. Coordinación del Grupo de ESPS, Zaragoza, España

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

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Básica de Salud Es Castell. Ibsalut, Menorca, España

^d Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud San Carlos, San Lorenzo de El Escorial, Madrid, España

^e Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Vilagarcía. Grupo de Trabajo de Alimentación y Nutrición, Pontevedra, España

^f Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Calviá, Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdIsBa), Islas Baleares, España

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

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

ⁱ Nutrición, Universidad de San Jorge, Zaragoza, España

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

^k Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Cerro del Aire, Majadahonda, Comunidad de Madrid, España

^l Medicina de Familia y Comunitaria, Manor Practice Surgery, Wallington Sutton, Londres, Reino Unido

Recibido el 29 de junio de 2022; aceptado el 1 de julio de 2022

Resumen Se presentan las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (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 de accidentes de tráfico y sistemas de retención infantil. Se actualizan las recomendaciones, se señalan aspectos novedosos como la definición de consumo de alcohol de 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.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

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

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.

© 2022 The Author(s). 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. Aunque no han demostrado mejorar los resultados⁵, se recomienda el uso de materiales didácticos impresos como apoyo a las intervenciones breves.

Múltiples ICC se han basado en el modelo de los estadios del cambio⁶: las personas cambian su conducta transitando a través de una serie de etapas (tabla 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 ha promovido el modelo de la rueda del cambio en ICC⁷ (fig. 1), donde en el centro se hallan la capacidad, motivación y 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 *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) (tabla 2).

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.
- Reconocer los momentos en que la persona puede estar más abierta al cambio (por ejemplo, tras una enfermedad

relacionada con la conducta a cambiar) o más resistente (circunstancias psicosociales).

Se recomienda⁹ 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.

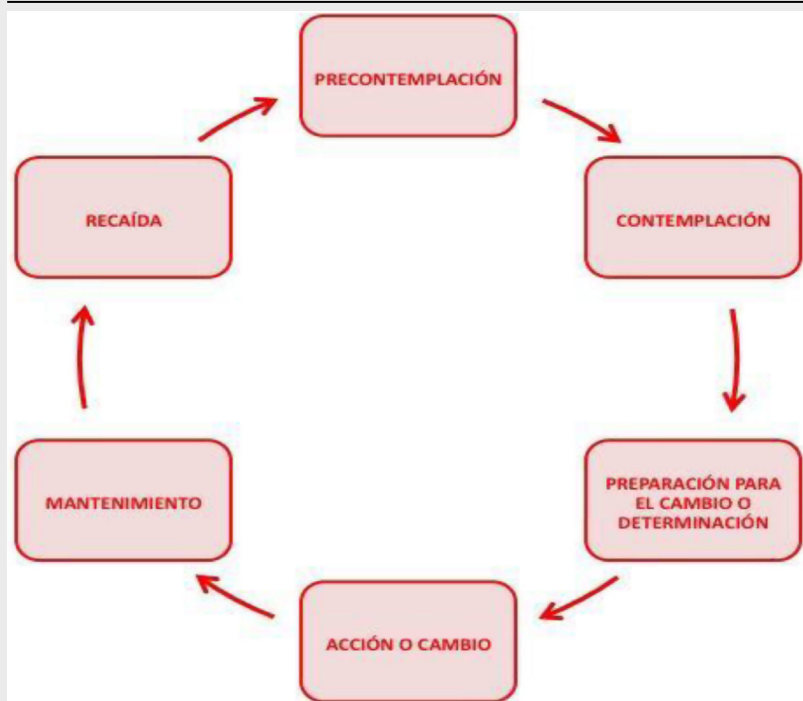
A partir de esta valoración, el profesional sanitario debe intervenir fomentando la motivación y la autoeficacia percibida del individuo. Se recomienda un asesoramiento personalizado, priorizando la conducta a cambiar según el riesgo, pero también según la disposición al cambio de la persona. Se deben 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 atención primaria¹⁰.

Competencias para el profesional que interviene sobre estilos de vida¹¹

1. Liderazgo para practicar y promover estilos de vida saludables.
2. Saber identificar los determinantes de salud del paciente relacionados con el estilo de vida y demostrar conocimiento de los cambios necesarios.
3. Valorar la motivación y la disponibilidad del paciente y su familia al cambio y establecer planes de acción conjuntos.
4. Utilizar las guías y recomendaciones para ayudar a los pacientes a manejar su conducta de salud y estilo de vida
5. Trabajar con un equipo multidisciplinario para atender al paciente desde todos los frentes necesarios.
6. Resumen de Lyanov L. JAMA 2010.

Tabla 1 Estadios del proceso de cambio de una conducta



Precontemplación
 Contemplación
 Preparación
 Acción
 Mantenimiento
 Recaída

No existe intención de cambiar
 Piensa en cambiar en los próximos seis meses
 Prepara una fecha y un plan para cambiar
 Inicia el cambio y mantiene la conducta por un tiempo
 Mantiene la nueva conducta más de seis meses
 Recae continuamente en la conducta anterior

Adaptado Prochaska y Di Clemente, 1991.



Figura 1 Rueda del cambio de comportamiento
 Adaptado de: Michie, 2011.

Recomendaciones sobre el 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 de salud¹². El consumo de tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en España¹³. En

2016 se atribuyeron 56.124 muertes al consumo de tabaco en España, 84% sucedieron en hombres y 50% en mayores de 74 años. El 50% de la mortalidad atribuible fue por tumores, de los cuales, 65% fueron de pulmón. Una de cada cuatro muertes ocurrió antes de los 65 años¹⁴. Pese a ello, en 2020, y en España, 16,4% de mujeres y 23,3% de hombres fuman a diario. El porcentaje más alto en los hombres corresponde

Tabla 2 Estrategia de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento

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 sean 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.

Fuente: USPSTF, 2000.

al grupo de edad de 25 a 34 años y en las mujeres al grupo de 45 a 54 años¹⁵.

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 estrategias psicológico-conductuales) y modificar la influencia del entorno¹⁶.

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 estado¹⁷. Hay que tener en cuenta que el comportamiento de fumar se asocia a factores sociodemográficos como menor nivel de educación, colectivo LGTBI, adultos con discapacidad y personas con síntomas de ansiedad generalizada¹⁸.

Se recomienda intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la estrategia de las 5 Aes, 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^{5,19}. En la consulta debemos intervenir sobre el paciente fumador según su deseo de abandono del tabaco, con intervenciones distintas según el fumador quiera dejar de fumar (fig. 1) o no quiera dejar de fumar (fig. 2)²⁰. En la tabla 1 se especifican recomendaciones al profesional sanitario para ayudar a dejar de fumar a su paciente fumador.

Existen diferencias entre hombres y mujeres a la hora de dejar de fumar, siendo un motivo por el que las mujeres

pueden tener dificultad para dejar de fumar el aumento de peso después de dejar el tabaco (figs. 3-4)²¹.

Los nuevos productos comerciales de tabaco calentado son dañinos para la salud, y no han demostrado ser de ayuda para dejar de fumar²².

Recomendaciones PAPPS tabaco

- Se recomienda preguntar a todos los adultos sobre el consumo de tabaco cuando acudan a consulta, y aconsejarles que abandonen el tabaco si fuman (evidencia alta, recomendación fuerte a favor).
- La periodicidad mínima de esta detección del consumo de tabaco y registro debe ser de una vez cada dos 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).
- Se recomienda proporcionar intervenciones conductuales y farmacológicas para ayudar a dejar de fumar al fumador que quiera hacer un intento de abandono del tabaco (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor). La evidencia actual es insuficiente para recomendar fármacos para dejar de fumar en el embarazo.
- Se recomienda que desde atención primaria se intervenga para prevenir el consumo de tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, mediante la educación y las intervenciones breves (evidencia baja, recomendación moderada a favor).

Recomendaciones en consumo de alcohol

En nuestro país, el consumo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad²³. 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

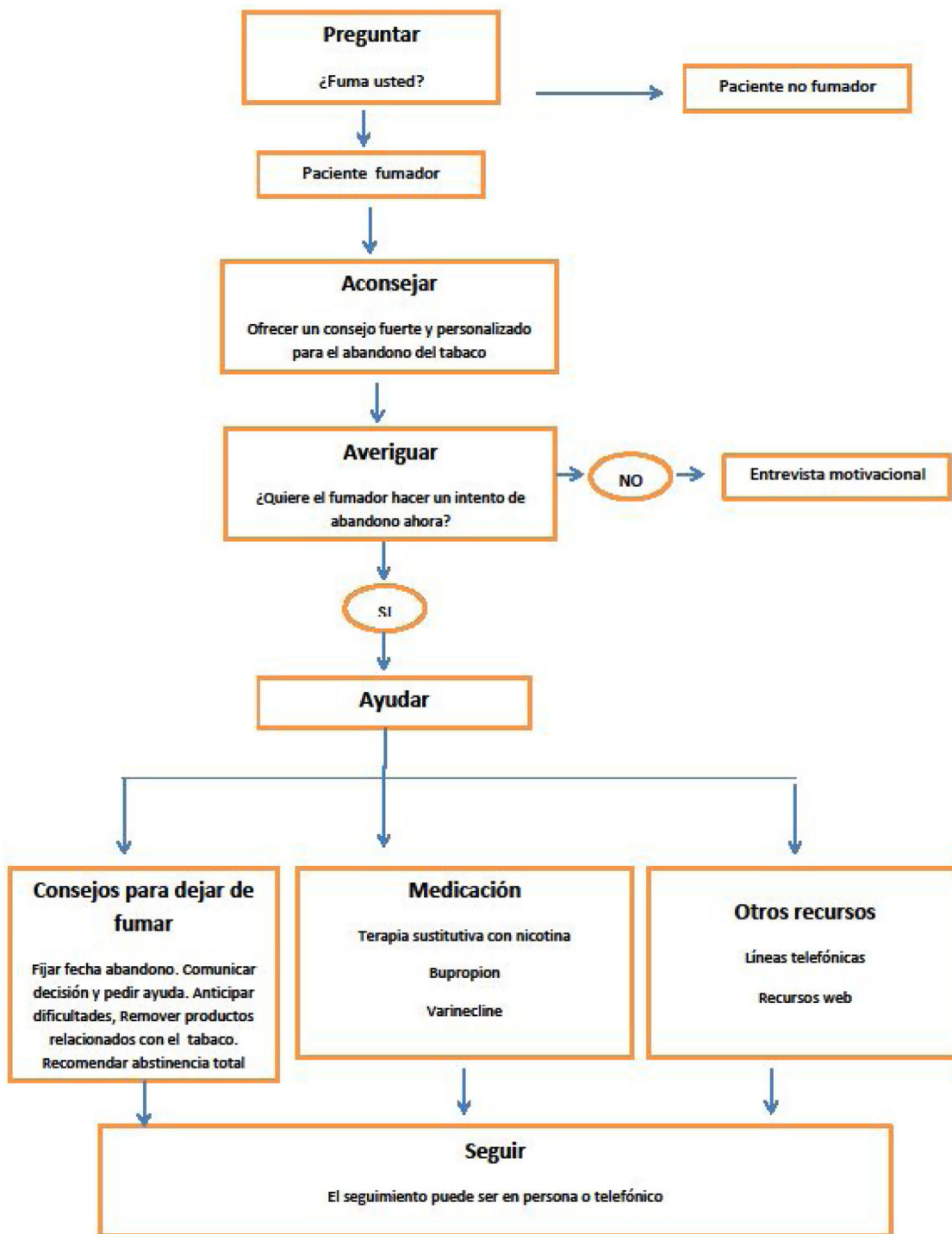


Figura 2 Competencias para el profesional que interviene sobre estilos de vida.

notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia. Se estima que el alcohol fue responsable de 10% de la mortalidad total en 2011 en España, calculándose los gastos sociales en 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

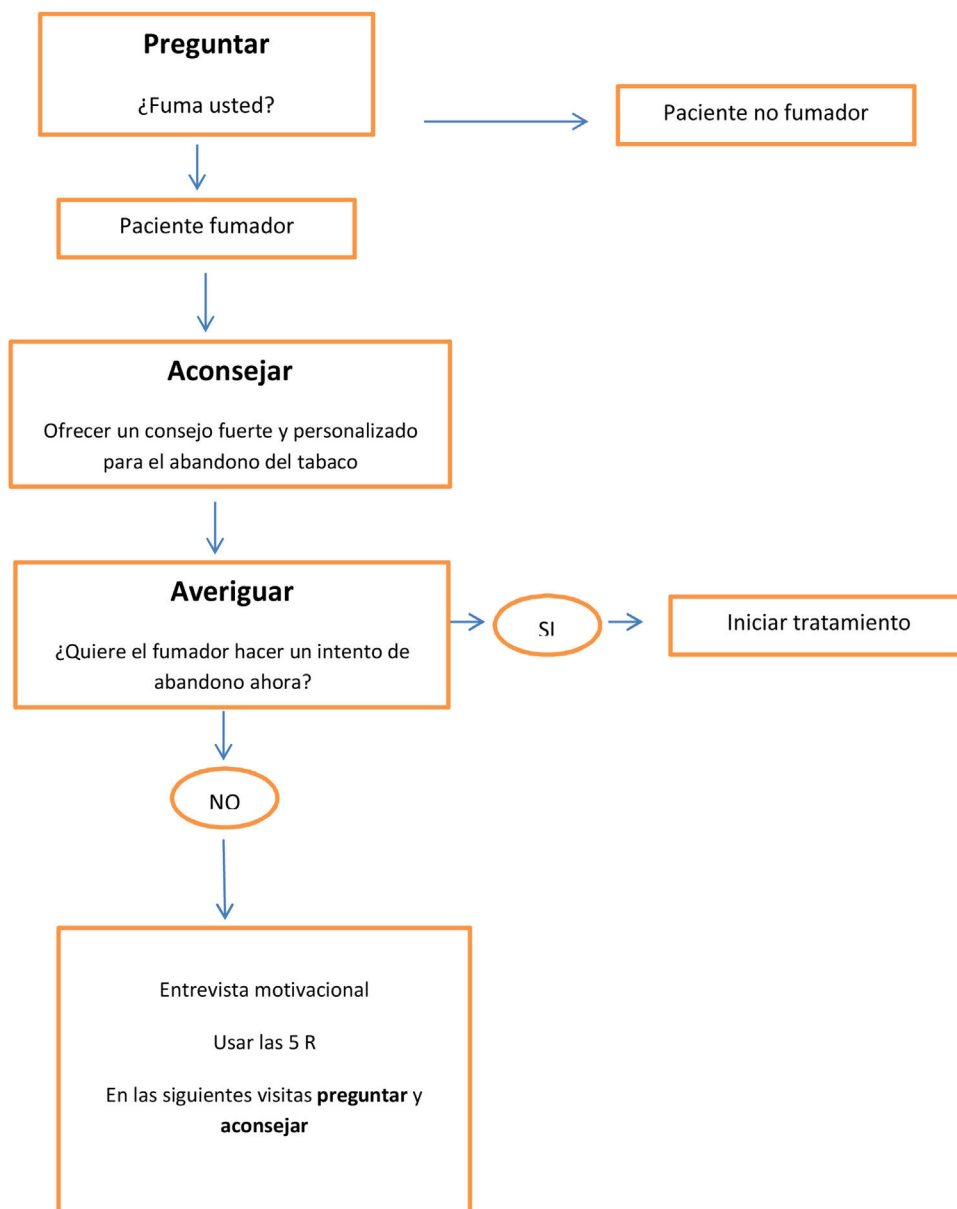


Figura 3 Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono en el momento de la visita Adaptado de: Fiore 2011⁸.

personas, las necesidades específicas de terminados grupos de población y que es fundamental un abordaje comunitario²⁶.

Nuevo paradigma en la relación alcohol y salud

Según el *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 2,2% de muertes femeninas y 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 tres 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, 27,1% del total de muertes femeninas y 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.

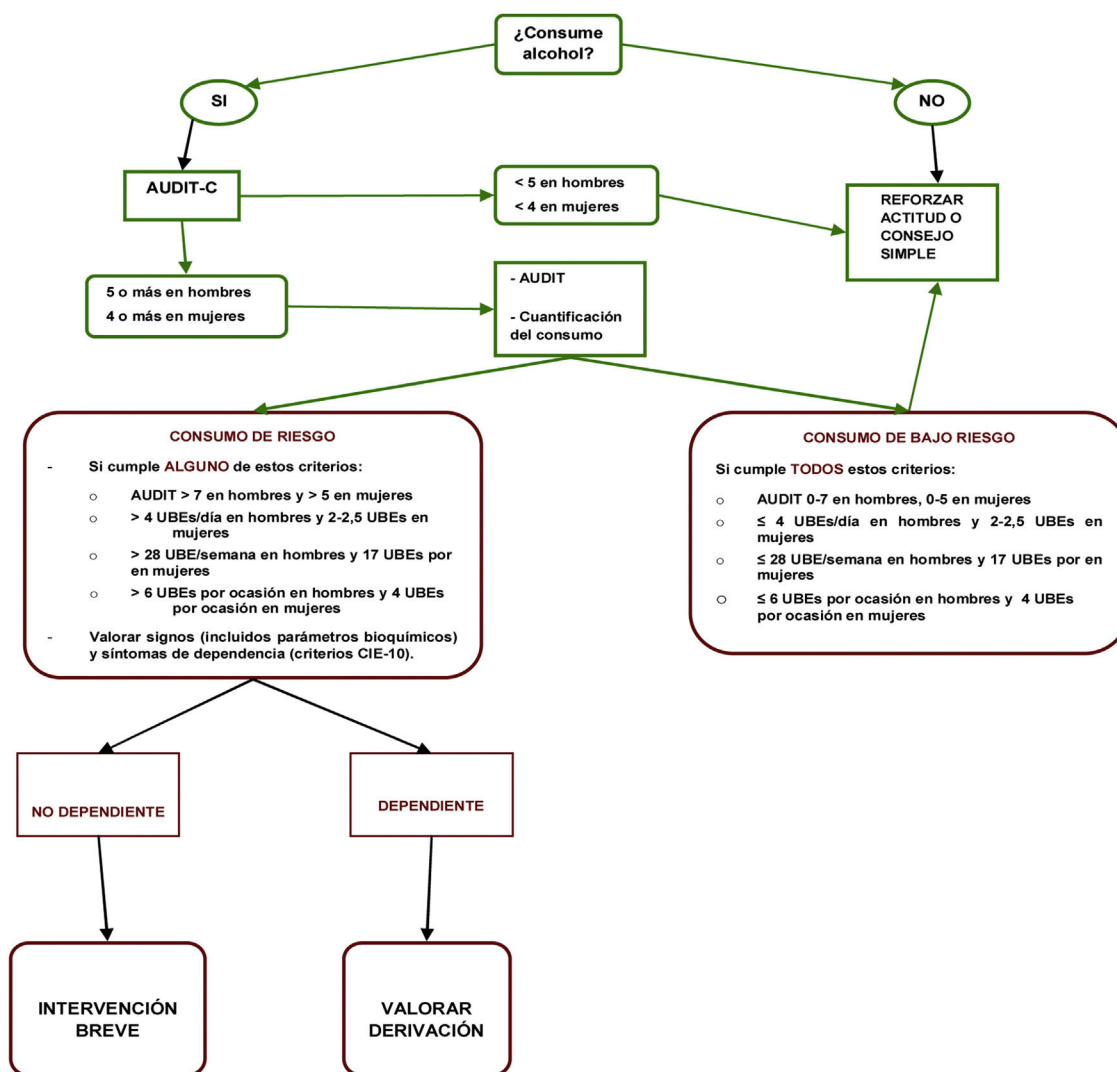


Figura 4 Cribado e Intervención en Alcohol.

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 morbimortalidad que ocasiona, por lo que todos los 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 metanálisis sobre el tema, concluyen que las intervenciones breves son efectivas, tanto para hombres como mujeres, en reducir el consumo de alcohol a los seis y 12 meses, incluso en períodos superiores²⁹. Un metanálisis de estudios españoles en atención primaria apoya la eficacia de la intervención breve sobre personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea solo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de aproximadamente 100 gramos³⁰. 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 atención primaria. 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.

Recomendaciones PAPPs en 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 dos 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 GRADE

Adultos, GRADE B1 (Suficiente)

Embarazadas, GRADE B1 (Suficiente)

Adolescentes, GRADE I 2 (Insuficiente)

Recomendaciones en actividad física

La actividad física presenta suficiente evidencia científica de que si se realiza de forma constante produce grandes beneficios para la salud, disminuye la probabilidad de sufrir una enfermedad en las personas que la practican, es útil en el tratamiento de las mismas, y mejora la calidad de vida y salud del individuo³⁵. A pesar del objetivo establecido por la Asamblea Mundial de la Salud en 2018, de conseguir una reducción relativa de 15% en los niveles de actividad física insuficiente entre los adolescentes para 2030³⁶. El 81% de los adolescentes no cumplen con las recomendaciones de actividad física de la OMS 2010, y dichos resultados prácticamente no han mejorado desde entonces³⁷.

Aunque se ha demostrado que el realizar actividad física de forma regular mejora la calidad y duración de vida, no se ha podido definir el punto óptimo de actividad física para la salud a partir del que la cantidad de ejercicio físico puede resultar perjudicial. Las últimas evidencias han promovido la edición de una nueva guía de actividad física por parte de la OMS que modifican las recomendaciones mínimas previas y por primera vez tiene en consideración a otros grupos de población como enfermos crónicos, discapacitados, mujeres embarazadas y púerperas. Por lo que consideramos que nuestras recomendaciones deben basarse en esta actualización³⁸.

En los niños y adolescentes es recomendable un mínimo de 60 min de actividad física diaria predominantemente de tipo aeróbico a una intensidad entre moderada a vigorosa. Con el fin de reforzar la masa muscular y el tejido óseo deberán complementarse al menos tres días a la semana con actividades de intensidad vigorosa preferiblemente aeróbicas. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En los adultos (18-64 años) se recomendará un mínimo de entre 150 a 300 min semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o bien entre 75 y 150 min de actividad física aeróbica de intensidad vigorosa, o una combinación de ambas. Deben complementarlo con al menos dos días a la semana de ejercicios de fuerza a una intensidad moderada a vigorosa con el fin de prevenir la sarcopenia, la osteopenia y disminuir el riesgo de caídas y sus complicaciones. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En las personas de más de 65 años las recomendaciones serían las mismas que en el grupo anterior complementándolas con actividades físicas multicomponente variadas, que prioricen el equilibrio funcional y el entrenamiento de fuerza de intensidad moderada o vigorosa. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En las mujeres embarazadas y en puerperio sin contraindicaciones se les debe recomendar un mínimo 150 min de actividad física aeróbica de intensidad moderada cada semana, con una combinación de ejercicios aeróbicos, ejercicios de fuerza y estiramientos moderados. Las mujeres

que previamente al embarazo realizasen ejercicio físico de forma habitual, pueden continuar con su actividad deportiva durante el embarazo y puerperio siempre y cuando no exista un riesgo. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En personas de 18 años y mayores con patologías crónicas las recomendaciones son las mismas que para la población de más de 65 años. En este grupo se hará especial hincapié en evitar el sedentarismo y sustituirlo por cualquier tipo de actividad física (cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna). (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En los niños con algún tipo de discapacidad, las recomendaciones de actividad física serán las mismas que en los niños sin discapacidades teniendo en cuenta sus limitaciones y que tipo de ejercicio les puede producir mayor beneficio. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

En los adultos con algún tipo de discapacidad, las recomendaciones serían las mismas que en las personas de más de 18 o más años con patologías crónicas. (*Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada*)

Se recomienda incluir este consejo en el set mínimo de actividades preventivas en el adulto (junto a tabaco, alcohol y HTA).

Recomendaciones PAPPs en 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 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 moderada

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 física y patologías. 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 características del paciente. Todas las personas se benefician de incrementar la actividad física y reducir los hábitos sedentarios., Recomendación fuerte a favor, evidencia moderada

Recomendaciones en alimentación

Magnitud del problema

La prevalencia de sobrepeso y obesidad de los adultos españoles es de 60,9%, representando solo la obesidad 23%³⁹, asociándose a más de 50 enfermedades y a un aumento

de mortalidad⁴⁰. Se estima que la promoción de patrones de alimentación saludable podría prevenir, a nivel mundial, más de 11 millones de fallecimientos cada año, lo que supondría entre 19 y 24% del total de muertes en adultos⁴¹.

Eficacia de la intervención en AP:

- ? Pacientes sanos: revisiones sistemáticas de USPSTF⁴², de Cochrane⁴³ y Bhattarai et al.⁴⁴ concluyen que los beneficios del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable son escasos. Intervenciones de intensidad alta (más de seis horas), pero también de intensidad baja (intervención breve)⁴⁵ consiguen cambios modestos en el consumo de calorías, sodio, fibra, frutas y verduras, así como 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 vida⁴⁶. 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 Cochrane⁴⁷.

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 alimentaria y reducciones en la morbilidad cardiovascular, tanto en prevención primaria⁴⁸ como secundaria⁴⁹. 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 una baja ingesta de sal, carnes rojas o procesadas y alimentos con azúcares añadidos.

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 casi tan efectivo como el tratamiento farmacológico⁵⁰⁵¹.

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 motivación del paciente, así como el juicio clínico del profesional. (GRADE B2)

Se recomiendan estrategias conductuales estructuradas de intensidad media/alta sobre dieta y hábitos saludables en personas adultas con sobrepeso/obesidad y/o con otros factores de riesgo cardiovascular. (GRADE 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 (excluyendo el consumo de bebidas alcohólicas). (GRADE A1).

Recomendaciones en prevención de accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son una de las principales causas de discapacidad y mortalidad prematura evitable. Cada año fallecen aproximadamente 1,3 millones de personas a consecuencia de las lesiones provocadas por el tráfico. Entre 20 y 50 millones de personas sufren lesiones graves que causan importantes secuelas. Los accidentes de tránsito cuestan a la mayoría de países 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^{52,53}.

En España fallecen cada año más de 1.700 personas por siniestros viales y más de 8.000 sufren lesiones graves que

Tabla 3 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, bupropion, o vareniclina 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 USPSTF⁷.

Tabla 4 Recomendación de la USPTF, 2018³³

Población	Recomendación	GRADE
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 (*), 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.	I 2

* En la mujer embarazada y en menores cualquier consumo de alcohol es de riesgo.

Tabla 5 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 6 Criterio de definición de consumo de riesgo:

A) Promedio: Hablamos de persona bebedora de riesgo cuando el consumo de alcohol es mayor de 4 UBEs*/día (> 28 UBEs/semana) en hombres y de 2-2,5 UBEs/día (> 17 UBEs/semana) en mujeres.
 B) Intensivo (*Binge Drinking*): Se considera cuando hay un consumo igual o mayor a 6 UBEs (varones) o 4 UBEs (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 UBEs/día) en varones y de 10 g (1 UBE/ día) en mujeres³⁴.

* Unidad de bebida estándar (UBE) de alcohol, 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°.

Tabla 7 Factores que indican en la seguridad

Factores que inciden en la seguridad ⁵⁶	
Distracción	31%
Consumo de alcohol	27%
Velocidad inadecuada	25%

causan frecuentemente discapacidad⁵⁴. En el año 2020, a pesar de las restricciones a la movilidad por el COVID-19, se produjeron 72.959 accidentes, 1.370 fallecidos, 6.681 ingresos hospitalarios y 87.881 heridos no hospitalizados⁵⁵. Respecto a los fallecidos, en 2020 fallecieron 4,3 veces más hombres que mujeres, en todos los grupos de edad, con una mayor diferencia en el grupo de 75 y más años ([tabla 3](#), [tabla 4](#), [tabla 5](#), [tabla 6](#)).

Los tres factores concurrentes principales se muestran en la [tabla 7](#).

Los costes directos e indirectos asociados se cifran entre 4.052 y 9.648 millones de € (0,86% del PIB de España 2020)⁵⁵.

Las medidas legislativas para evitar lesiones y colisiones de tráfico han sido valoradas en varias revisiones^{57,58}. Las evidencias más concluyentes se relacionan con el consejo sobre los sistemas de retención y protección en la infancia ([tabla 8](#)). Entidades internacionales recomiendan incorporar consejos preventivos entre las personas conductoras.

Recomendaciones PAPPS en prevención accidentes de tráfico

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

Tabla 8 Estrategias recomendadas para reducir las lesiones relacionadas con las colisiones por tráfico (Adaptadas de la CDC)⁵⁹

Peligro	Consejo preventivo	Nivel evidencia
Ausencia 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

Drogas y conducción

Los estudios periódicos de prevalencia entre conductores, realizados por el Instituto Nacional de Toxicología, muestran controles de consumo de alcohol en 38% de las víctimas, siendo positivos (más del 0,05 g/L) 32% de los fallecidos en 2020⁵⁵.

En relación con el consumo de drogas de comercio ilegal, se dispone de pruebas en 62% de los conductores fallecidos, resultando un porcentaje de pruebas positivas de 21% (cocaína 62%, *cannabis* 55%). Analizando de manera conjunta los resultados de alcohol y/o drogas se encontró que 43% de los fallecidos tuvieron un resultado positivo a alguna de esas sustancias⁵⁵. 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 vías⁶⁰.

Fármacos y conducción: 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 antineoplásicos⁶¹. 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^{62,63}:

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 dosis.
4. Informar al paciente y familiares: advertir sobre signos de alteración de capacidad de conducción (visión borrosa, dificultad para permanecer alerta) y evitar 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 45% la tasa anual de accidentes⁶².

Personas mayores conductoras

La capacidad de conducción la limita el estado de salud, no la edad. En este grupo de población se considera necesario⁶⁴:

Valorar datos clínicos (uso de alcohol, movilidad, visión, capacidad cognitiva y patologías limitantes).

Informar cuándo debería evitar la conducción^{64,65}.

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 diaria

Por parte de diferentes grupos y organizaciones⁶⁶ 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, niños y 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^{67,68}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Carmen Cabezas Peña, Asensio López Santiago, Soledad Justo Gil e Inés Zuza Santacilia.

Bibliografía

1. AAFP Policy Action. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services [Internet]. AAFP. 2017 (consultado Abr 2022). Disponible en: http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf
2. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services [Internet]. 2014 [consultado 10 May 2022]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html>.
3. Alcántara C, Klesges LM, Resnicow K, Stone A, Davidson KW. Enhancing the Evidence for Behavioral Counseling. *Am J Prev Med* [Internet]. 2015;49:S184–93.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta [Internet]. 2015 [consultado May 2022]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida.en_AtencionPrimaria.pdf.
5. Grudniewicz A, Kealy R, Rodseth RN, Hamid J, Rudoler D, Straus SE. What is the effectiveness of printed educational materials on primary care physician knowledge, behaviour, and patient outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Implement Sci* [Internet]. 2015;10:164.
6. Zimmerman GL, Olsen CG, Bosworth MF. A «stages of change» approach to helping patients change behavior. *Am Fam Physician* [Internet]. 2000;61:1409–16.
7. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* [Internet]. 2011;6:42.
8. NICE. Behaviour change: individual approaches Issued: NICE public health guidance 49 [Internet]. 2014 [consultado 10 May 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>.
9. Kottke T, Wilkinson J, Baechler C, Danner C, Erickson K, O'Connor P, et al. Healthy Lifestyles. Institute for Clinical Systems Improvement. 2016 [consultado Abr 2022]. Disponible en: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/HealthyLifestyles.pdf>.
10. Jiménez-Muñoz L, Gutiérrez-Rojas L, Porrás-Segovia A, Courtet P, Baca-García E. Mobile applications for the management of chronic physical conditions: a systematic review. *Intern Med J*. 2022;52:21–9, <http://dx.doi.org/10.1111/imj.15081>.
11. Dysinger W. Lifestyle Medicine Competencies for Primary Care Physicians. *Virtual Mentor*. 2013;15:306–10.
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 May 2022]. 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 May 2022]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>.
14. Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España 2016. *Arch Bronconeumol*. 2020;56:559–63.
15. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Encuesta Europea de la Salud. 2020 [consultado May 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf.
16. Camarells F, Barchilon V, Clemente L, Iglesias Sanmartin JM, Martín Cantera C, Minué Lorenzo C, et al. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2015 [consultado May 2022]. Disponible en: <https://www.semanasinhumo.es/wp-content/uploads/2017/02/Guia.Tabaquismo.pdf>.
17. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2020 [consultado May 2022]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>.
18. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325:265–79.
19. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report. *Am J Prev Med*. 2008;35:158–76.
20. Camarells Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC, et al. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;140:272.e1–12.
21. Adicción al tabaco – Reporte de investigación. ¿Hay diferencias entre hombres y mujeres a la hora de fumar? *Smoking & Tobacco Use*. NIDA. 2020 [consultado May 2022]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/hay-diferencias-entre-los-sexos-al-fumar-tabaco>.
22. Heated Tobacco Products. *Smoking & Tobacco Use*. CDC. 2022 [consultado May 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/heated-tobacco-products/.
23. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2019/2020 Gobierno de España. Ministerio de Sanidad [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». Ministerio de Sanidad. 2020 [consultado May 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevenccion/alcohol/docs/ConsumoAlcoholEquidad.pdf>.
27. IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans. Agents classified by the IARC monographs. 2019;1-125 [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.
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. ODPHP. 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. Guseh J, Lieberman D, Baggish A. The Evidence for Exercise in Medicine — A New Review Series. *NEJM Evidence*. 2022;1.
36. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030. More active people for a healthier world. 2018 [consultado 18 May 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf;sequence=1&isAllowed=y>.
37. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4:23–35.
38. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. WHO. [consultado Abr 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
39. WHO. Global Status Report on noncommunicable diseases. WHO. 2014 [consultado May 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854-eng.pdf;jsessionid=F84D04A30F693F344E0F0A-F49C9E1359?sequence=1>.
40. Dobbs R, Sawers C, Thompson F, Manyika J, Woetzel J, Child P, et al. How the world could better fight obesity. McKinsey & Company. 2014 [consultado Abr 2022]. Disponible en: <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>.
41. Willett W, Rockström 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.
42. 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, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.3303>.
43. Rees K, Dyakova M, Wilson N, Ward K, Thorogood M, Brunner E. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;12:CD002128, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002128.pub5>.
44. 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.
45. 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.
46. Lin JS, O'Connor EA, Evans CV, Senger CA, Rowland MG, Groom HC. Behavioral Counseling to Promote a Healthy Lifestyle in persons with Cardiovascular Risk Factors: a systematic review for the U.S Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2014;161:568–78.
47. 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.
48. 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.
49. 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. *Lancet*. 2022;399:1876–85.
50. 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>.
51. Maderuelo-Fernández JA, Recio-Rodríguez JI, Patino-Alonso MC, Pérez-Arechaederra 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.
52. Traumatismos causados por el tránsito. Organización Mundial de la Salud. 2021 [consultado 18 May 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
53. Wijnen W, Weijermars W, Schoeters A, van den Berghe W, Bauer R, Carnis L, et al. An analysis of official road crash cost estimates in European countries. *Saf Sci*. 2019;113:318–27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2018.12.004>.
54. Las principales cifras de la siniestralidad vial España 2019. Madrid: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico; 2019 [consultado May 2022]. Disponible en: https://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/publicaciones/principales-cifras-siniestralidad/Las_principales_cifras_de_la_siniestralidad_vial_Espana_2019.pdf.
55. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España: Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Dirección General de Tráfico; 2020 [consultado 18 May 2022]. Disponible en: https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/downloads/dgt-en-cifras/24h/Las-principales-cifras-2020_v6.pdf.
56. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico; 2019. Disponible en: https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/downloads/dgt-en-cifras/publicaciones/Principales_Cifras_Siniestralidad/09.PRINCIPALES-CIFRAS-SINIESTRALIDAD-2019-ES_DGT.pdf
57. Cochrane Injuries Group. Injuries reviews. [consultado 18 May 2022]. Disponible en: <https://injuries.cochrane.org/our-evidence>. (Acceso May 2022).
58. Fisa R, Musukuma M, Sampa M, Musonda P, Young T. Effects of interventions for preventing road traffic crashes: an over-

- view of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2022;22:513, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-12253-y>.
59. Centers for disease Control and Prevention. Transportation Safety. [consultado 17 May 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/transportationsafety/index.html>.
 60. 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>.
 61. 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>.
 62. Más de 6.000 presentaciones de medicamentos pueden interferir en la capacidad de conducción. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2022 [consultado May 2022]. 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/>.
 63. 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.
 64. Carr D. Approach to the evaluation of older drivers. UpToDate 2021. [consultado May 2022]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
 65. Feng YR, Meuleners L. Planning for driving cessation in older drivers. *Transp Res F: Traffic Psychol Behav*. 2020;72:62–70.
 66. Declaración global de los jóvenes por la seguridad vial. Estocolmo: 2nd World Youth Assembly for Road Safety; 18 de Feb 2020.
 67. Olsson B, Pütz H, Reitzug F, Humphreys DK. Evaluating the impact of penalising the use of mobile phones while driving on road traffic fatalities, serious injuries and mobile phone use: a systematic review. *Inj Prev*. 2020;26:378–85, <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2019-043619>.
 68. 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>.