Medicamentos y estilos de vida: Dieta, deporte y estrés

V. Baos Vicente

Coordinador del Grupo de Utilización de Fármacos de la semFYC, Madrid.

Introducción

La aportación de los medicamentos a la mejora de la salud humana en los últimos 50 años es innegable desde todo punto de vista. Sin embargo, no siempre hay una relación directa entre el incremento del consumo de fármacos y el "bienestar social", dado que las expectativas sobre la salud que tiene la población han ido incrementándose proporcionalmente a la disponibilidad de nuevas terapias hasta crear una situación, en muchos casos inadecuada, de un modelo consumista sobre la salud y la enfermedad: la salud como objeto de consumo que se puede comprar para seguir con nuestro "ritmo de vida". Paralelamente a este proceso, las condiciones de la vida urbana y semiurbana en que la mavoría de la población se desenvuelve han ido modificando sus hábitos y costumbres, fruto de los cambios sociales que han ocurrido desde la década de 1970 en adelante en nuestro país. Se ha modificado nuestro "estilo de vida", con un aumento del sedentarismo, comida preparada y de mayor poder calórico, ocio pasivo y cargas de trabajo "excesivas" o mal toleradas en la mayor parte de los niveles socioeconómicos y en ambos géneros. Todo ello ha traído consigo un incremento de los problemas relacionados, en parte, con estas características: sedentarismo, obesidad, diabetes del adulto v salud mental.

La respuesta sanitaria¹ está basada mayoritariamente en la prescripción de fármacos dirigidos a estos problemas, y en mucha menor medida en los "consejos" encaminados a "modificar los estilos de vida", que mencionan en primer lugar todas las recomendaciones internacionales sobre estos temas. La asimetría de esfuerzos para promocionar y llevar a cabo dichas tareas hace que apenas se hagan intentos de modificar estilos de vida, salvo breves consejos y recomendaciones en la consulta diaria, y se utilicen las herramientas farmacológicas, unas veces de forma adecuada y otras de forma al menos discutible.

¿Qué factores intervienen en la medicalización de la sociedad?

Todos los actores que intervienen en la atención sanitaria participan de este hecho¹.

Industria farmacéutica

La población enferma es una minoría de la sociedad, por lo que bajo un punto de vista empresarial es preciso aumentar los "nichos terapéuticos" de los fármacos existentes o por diseñar. El fenómeno del disease mongering² se ha descrito de forma extensa recientemente (véase pág. 1). El hecho de necesitar medicación preventiva para permanecer sano aparece como el lugar idóneo en que un fármaco puede situarse de forma prometedora. En muchas ocasiones es difícil poner los límites de la "prevención primaria": dónde acaba la definición de riesgo v alto riesgo de una persona que no ha desarrollado una enfermedad pero está en un mayor riesgo de padecerla. La medicina basada en la evidencia nos ha ayudado, pero siempre hay un factor no objetivo que la industria farmacéutica intenta forzar; por ejemplo, el reciente ensavo sobre el tratamiento de la "prehipertensión".

Medios de comunicación

Los temas sanitarios habitualmente son bien recibidos en los medios de comunicación. En muchos noticiarios se incluye sistemáticamente una noticia sanitaria (un reciente estudio, una futura terapia por demostrar su utilidad, etc.). Las noticias se asocian, a menudo, a hechos improbables, exagerando su relevancia social. En muchos casos las agencias de comunicación contratadas por la industria farmacéutica filtran las noticias interesadamente. Es necesario que las intervenciones de muchos médicos en los medios de comunicación tengan un interés educativo, y ése debe ser el objetivo.

Administración sanitaria

La financiación de los medicamentos ha sufrido importantes cambios en los últimos años, pero en muchos casos no se definen con claridad las prioridades. Se deja a criterio de cada médico la forma de actuación y la toma de decisiones, y carecemos de las "guías de práctica clínica" necesarias para cada enfermedad más prevalente, que establezcan límites consensuados y con evidencia científica que los avalen. La tendencia de la Administración a establecer que el "usuario" siempre tiene razón perjudica y dificulta a los profesionales el tomar decisiones en determinadas situaciones.

Profesionales sanitarios

En el reciente Informe SESPAS³ se denuncia la creciente "fascinación" por la tecnología que afecta al colectivo médico y que no siempre es acorde a las necesidades clínicas. Mantener influencia y prestigio social en el ejercicio de nuestra profesión es otra razón que hace que nuestro trabajo sea el eje de la atención sanitaria. Por supuesto, la medicalización produce beneficios directos e indirectos a los médicos, aunque en el otro lado debemos poner la progresiva carga de trabajo que nos vemos obligados a asumir.

Población

Y la población, ¿desea o teme a los medicamentos y a la presencia habitual en las consultas médicas? La salud como bien de consumo (vita-

minas, relajantes, medicación preventiva, etc.) nos anuncia que podemos vivir más y con más calidad. Asimismo, la tolerancia a los problemas sin importancia es menor y se solicitan medicamentos que los resuelvan "de inmediato", sin tener que soportar situaciones clínicas banales que en realidad no precisan medicamentos.

Obesidad, dieta y salud

La sociedad española ha ido cambiando muchos hábitos dietéticos a lo largo de los últimos 30 años. Según datos recogidos en el Informe SESPAS 2006, la ingesta media de calorías por día se ha incrementado unas 800 kcal de media, aumentando la proporción de grasas como origen de estas calorías. Ésta y otras razones apuntadas en la introducción han motivado que la proporción de personas con obesidad haya crecido en España (12,8% de los hombres y 14,5% de las mujeres)⁴. Esta cifra ha aumentado de forma absoluta desde 1987 un 5,6% en los hombres y un 6,2% en las mujeres, y en todos los grupos de edad, tanto jóvenes como mayores.

La obesidad se relaciona con numerosas enfermedades: diabetes tipo 2, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, dislipidemia, patología de la vía biliar, diversos tipos de cáncer, muerte prematura, enfermedades osteoarticulares, ictus, enfermedades respiratorias, complicaciones del embarazo, síndrome del ovario poliquístico y alteraciones psicológicas.

El tratamiento de la obesidad no es sencillo, y tampoco su prevención⁵. Los fármacos existentes para su tratamiento están autorizados para el uso siempre conjunto con medidas dietéticas.

El objetivo de la pérdida de peso es mejorar o eliminar la comorbilidad de la obesidad y reducir el riesgo de complicaciones médicas relacionadas con ella.

Para abordar de una manera positiva el consejo terapéutico y la intervención en la dieta podemos seguir las recomendaciones de las cinco aes⁶:

 Averiguar (assess): identificar los alimentos y situaciones en que se ingieren (lugares, frecuencia, estado de ánimo...).

- Aconsejar (advise): dar consejos específicos, claros y personalizados, incluyendo información sobre los beneficios y riesgos personales.
- Acordar (agree): pactar en colaboración los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona.
- Ayudar (assist): usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo habilidades, confianza y apoyo que favorezcan el cambio.
- Asegurar (arrange): fijar visitas de seguimiento para ajustar el plan terapéutico.

Diversos ensayos clínicos de calidad han avalado la eficacia de la intervención dietética en diversos factores de riesgo, como la reducción del riesgo de desarrollo de diabetes del adulto^{7,8}. En un estudio que comparó la intervención sobre el estilo de vida frente a la administración de metformina en un grupo de alto riesgo de desarrollar diabetes, ambas medidas fueron eficaces, pero la intervención sobre el estilo de vida fue superior a la metformina en reducir la incidencia de nuevos diagnósticos de diabetes⁹.

Ejercicio y salud

Los beneficios que aporta a la salud la realización regular de una actividad física son extensos, y en muchas enfermedades bien documentados^{10,11}. Las condiciones de vida de muchas personas dificultan su realización (trabajos sedentarios, conducción, largas jornadas laborales...). Fomentar dicha actividad es una tarea para la que los profesionales sanitarios deberíamos estar mejor preparados.

Se sabe que una mujer de edad media inactiva (menos de una hora de ejercicio a la semana) incrementa un 52% todas las causas de mortalidad, dobla la cardiovascular y aumenta un 29% el riesgo de mortalidad por cáncer en comparación con una mujer activa.

El ejercicio moderado (al menos 150 minutos por semana) fue más efectivo, junto a otras modificaciones del estilo de vida, que la met-

formina para reducir la incidencia de diabetes en el estudio antes referido.

Los tumores también se ven beneficiados con la actividad física regular. Se redujo la incidencia de cáncer de mama y colon como prevención primaria, aunque respecto a la reducción del riesgo de recurrencia de estos dos tumores se necesitan más estudios.

Entendemos por ejercicio moderado la realización de una actividad física que produzca sensación de calor, incremento de la frecuencia cardiaca y que sea tolerado para su desarrollo a lo largo de un cierto tiempo. Promover desde la infancia el ejercicio físico regular es una excelente inversión en salud futura^{12,13}.

Estrés y enfermedad

El estrés como factor de riesgo de enfermedad coronaria fue durante muchos años una anécdota médica. Sin embargo, en las últimas décadas han sido notables los progresos realizados en la comprensión del estrés y de su efecto sobre la enfermedad coronaria, en su desarrollo y como gatillo del accidente isquémico agudo.

Numerosas evidencias científicas y estudios prospectivos nos dan el soporte para considerar el estrés como uno de los factores de riesgo que debemos diagnosticar, evaluar, tratar y prevenir¹⁴⁻¹⁶.

Se definiría el estrés como "la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas".

El estrés va unido a muchas circunstancias comunes de nuestra vida, por lo que debemos vivir con él y aprender a combatirlo:

- Sucesos vitales intensos y extraordinarios: cuando se producen situaciones de cambio, como una separación matrimonial, la muerte de un familiar, despidos laborales, etc.
- Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad: según algunos autores, este tipo de sucesos pueden provocar efectos biológicos y psicológicos más graves que otros acontecimientos más drásticos.
- Sucesos de tensión crónica mantenida: situaciones que provocan estrés durante periodos

de tiempo prolongados (acoso laboral, enfermedades crónicas incapacitantes...).

La población española presenta un importante consumo de psicofármacos¹7. La Encuesta Nacional de Salud 2003, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo, nos muestra que el porcentaje de personas que en las últimas dos semanas habían consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, es decir benzodiacepinas, era muy considerable: el 12,79% de la población mayor de 16 años los tomaba. Según aumentaba la edad de la población, el consumo era mayor (24,13%, 15,15% hombres y 30,02% mujeres).

¿Pero tenemos alternativas a esta importante prescripción de benzodiacepinas? Es necesario conocer las distintas técnicas y estrategias que buscan evitar las situaciones estresantes y sus consecuencias para la salud. Lamentablemente, la mayoría de los médicos de España no tienen la preparación ni la disponibilidad de tiempo necesarias para implementar estas técnicas que comportarían un menor uso de la medicación.

Equilibrar la necesidad de "estilo de vida" y fármacos

Conocer y desarrollar estilos de vida saludables no es opuesto, sino complementario, a la utilización de fármacos cuando sean necesarios. El problema es que la balanza está muy desequilibrada y no llegamos a desarrollar técnicas, consejos ni metodología que podrían ayudar en gran medida a nuestros pacientes; mientras tanto, la prescripción farmacológica crece, amparada en muchos casos por dichas carencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Merino A, Miguel F, Sanz R. Yo medicalizo, tú medicalizas, él..: reflexiones y propuestas. AMF. 2005:1:269-78.
- A collection of articles on disease mongering. Disponible en http://collections.plos.org/diseasemongering-2006.php

- 3. Informe SESPAS 2006. Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1):1-221.
- Encuesta Nacional de Salud 2003. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005.
- Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. Am J Prev Med. 2003;24:93-100.
- Cabeza MC. Evidencias de las intervenciones en estilos de vida. El Médico Formación Acreditada. Disponible en http://www.elmedicointeractivo. com/formacion_acre2005/temas/tema21-22/ev.htm
- Hu FB. Adiposity as compared with physical activity in predicting mortality among women. N Engl J Med. 2004;351:2694-703.
- Knowler WC. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002;346:393-403.
- Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med. 2001;344: 1343-50.
- Lee IM. Physical activity and cancer prevention, data from epidemiologic studies. Med Sci Sports Exerc. 2003;35:1823-7.
- Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, Kroenke CH, Colditz GA. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA. 2005;293:2479-86.
- Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006;174: 801-8.
- Elosua R. Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. Rev Esp Cardiol. 2005;58:887-90.
- 14. Menéndez Villalva C, Montes Martínez A, Núñez Losada C, Fernández Domínguez MJ, Gamarra Mondelo T, Buján Garmendia S. Estrés ambiental y reactividad cardiovascular: la influencia de acontecimientos vitales estresantes en pacientes hipertensos. Aten Primaria. 2002;30:631-7.
- 15. Fernández-López JA, Siegrist J, Roděl A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y que podemos hacer? Aten Primaria. 2003:31:524-6.
- Vale S. Psychosocial stress and cardiovascular diseases. Postgrad Med J. 2005;81:429-35.
- Baos Vicente V. Estudio de la utilización de psicofármacos en atención primaria. Comentario editorial. Aten Primaria. 2005;36:249-7.

DISCUSIÓN

- A. SALGADO: Me ha gustado mucho la presentación y quisiera hacer una reflexión. Según tu parecer, ¿hasta qué punto, en nuestra sociedad del bienestar, los pacientes deberían tener una actitud mucho más activa y entender que el acceso y la igualdad en el cuidado de la salud, además de un derecho, es responsabilidad de cada individuo?
- V. Baos: A los pacientes siempre les digo que yo soy un consejero técnico que los aconseja sobre la vía más adecuada para mantener su salud, pero que es su responsabilidad el cumplimiento terapéutico y el cambio del estilo de vida. Hay que transmitirles esa sensación de responsabilidad.
- M.I. LUCENA: Buena intervención porque ha puesto en perspectiva el hecho de que, efectivamente, existe toda una serie de condicionantes que influyen en gran medida en esa demanda creciente de atención sanitaria, derivada de la necesidad de ser felices, de ser bellos, de tener una perfecta silueta v sentirnos en forma. Me parece interesante reflexionar sobre la necesidad de una educación sanitaria dirigida a los más ióvenes. Los niños están siendo dianas de campañas publicitarias muy agresivas. Su impacto podría refleiarse en el incremento de la obesidad en la población infantil y juvenil. Y desde luego, la importancia que tiene la presión de la industria farmacéutica en la medicalización de procesos biológicos naturales, como puede ser el caso de la menopausia. Por otra parte, me produce un cierto escalofrío pensar que los avances en materia reproductiva nos lleven a que en un futuro se nos pueda preguntar qué sexo o características genéticas quisiéramos seleccionar antes de llevar el embarazo a término.
- J.E. Baños: Me permitiré abusar de mi posición como moderador para introducir una reflexión sobre cómo a veces se pretende hacer el bien y se acaba actuando en el sentido equivocado por la aparición de efectos imprevistos e indeseables, tal como comentaban el Dr.

- Baos y la Dra. Lucena. Para ilustrarlo, la educación podría tener un correlato con la sanidad. La extensión de la cobertura de la enseñanza obligatoria hasta los 16 años ha causado problemas graves en los institutos de secundaria, por la falta de ganas de un determinado grupo de estudiantes por continuar su formación. Su presencia en las aulas es motivo constante de tensiones y problemas. A pesar de que la decisión se tomó por su bien, su percepción es otra muy distinta. En el campo de la sanidad creo que ocurre algosimilar. Me gustaría referirme a uno de los problemas secundarios a la amplia v deseable cobertura de la atención sanitaria de la población. Este hecho ha tenido un efecto indeseable que ha conllevado que muchos problemas personales y sanitarios se hayan "medicalizado" en extremo, cuando en principio no había ningún deseo de que fuera así. Como comentaba muy bien el Dr. Baos, muchas personas piden que el médico les solucione un problema que deberían solucionar por sí mismos.
- E.J. SANZ: En primer lugar, acerca del contenido de la charla, creo que en el fondo la pregunta latente es si la salud es algo que nos pertenece a nosotros como sistema sanitario o no. Desde luego no nos pertenece en exclusiva, pero estamos haciendo un "efecto llamada". Creo que somos paternalistas en el sentido de que nos preocupamos por la salud de los demás cuando realmente es un problema que tiene que ser de ellos. Nos preocupamos de que los pacientes cambien su estilo de vida porque nosotros pensamos que ese estilo de vida es mejor, cuando es su responsabilidad fundamental. Tenemos claramente que sacar la salud del ámbito de responsabilidad (exclusiva) del sistema sanitario, v esto sociológicamente es complicado. Luego hay otros aspectos que representan en gran medida este tipo de paternalismo médico en la prescripción; todos hemos oído hablar de que hav que "meter miedo" al paciente para que cumpla con el tratamiento. Por otra parte, también está el hecho de que estemos convencidos de

que nosotros estamos en la verdad y de que debemos conseguir curar (o tratar) a esa persona. Nos encontramos todavía dentro de un paternalismo médico, que ya ha salido un poquito de la relación clínica, pero que sigue imbuyendo profundamente el tratamiento farmacológico.

V. Baos: El poder, la influencia, el sentirse capaz de cambiar a mucha gente su vida, eso gusta.