

CONSEJO INTEGRAL EN ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA, VINCULADO CON RECURSOS COMUNITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN EN EL SNS

(En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)

Aprobado por el Consejo Interterritorial
del Sistema Nacional de Salud el 14 de
enero de 2015

CONSEJO INTEGRAL EN ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA, VINCULADO CON RECURSOS COMUNITARIOS EN POBLACIÓN ADULTA

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN EN EL SNS

1

(En el marco del abordaje de la cronicidad en el
SNS)

Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema
Nacional de Salud el 14 de enero de 2015



Miembros del Grupo de Trabajo

Jesús Muñoz Bellerín. Comunidad Autónoma de Andalucía

Ana Calvo Tocado. Comunidad Autónoma de Aragón

Conxa Castell. Comunidad Autónoma de Cataluña

Jose Juan Pérez Boutoureira. Comunidad Autónoma de Galicia

María José Lopez de Valdivieso. Comunidad Autónoma de La Rioja

Ramón Aguirre Martín-Gil y Carmen Estrada Ballesteros. Comunidad de Madrid

Asensio López Santiago. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Aitziber Benito Perez de Mendiola. Comunidad Autónoma de País Vasco

Alfredo Avellaneda Fernández. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Francisco Camaralles. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Cristina Garcia Tudela. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Juana María Gómez Puente. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria de Atención Primaria (FAECAP)

Grupo Coordinador

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Elena Andradas Aragonés

Pilar Campos Esteban

Ana Gil Luciano

María Jimenez Muñoz

Begoña Merino Merino

Maria Villar Librada Escribano

Vicenta Lizarbe Alonso

Marta Molina Olivas

Inés Zuza Santacilla

Colaboración Institucional

Ignacio Ara. Consejo Superior de Deportes. Ministerio de Educación, Cultura y Deportes

Teresa Robledo. Estrategia NAOS. AECOSAN. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Joan Colom y Lidia Segura. Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Cataluña

Declaración de interés:

Todos los participantes han firmado una declaración de intereses mediante un modelo y procedimiento diseñado para tal fin.



GT-1 DESARROLLO OPERATIVO DEL CONSEJO INTEGRAL SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE (EVS) EN ATENCIÓN PRIMARIA VINCULADO A RECURSOS COMUNITARIOS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1. EL ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ..	10
1.2. PROPUESTA DE DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN	11
1.2.1. Objetivo	12
1.2.2. Alcance	15
1.2.3. Población diana	16
1.2.4. Agentes clave	16
1.2.5. Teorías del cambio de comportamiento. Contenidos biopsicosociales. ...	18
1.2.6. Metodología Educación individual	21
1.2.7. Puntos críticos identificados	22
1.3. BIBLIOGRAFÍA	24
2. CONSEJO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE SEDENTARISMO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA	26
2.1. Recomendaciones de actividad física para población adulta	26
2.2. Descripción del proceso de consejo	27
2.2.1. ¿Qué debe hacerse?	27
2.2.2. ¿Cómo debe hacerse?	27
2.2.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?	29
2.2.5. Prevención del sedentarismo	30
2.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y actividad física	30
2.4. Educación individual	31
2.5. Bibliografía	33

3. CONSEJO DE ALIMENTACIÓN PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA	36
3.1. Recomendaciones de alimentación para población adulta	36
3.2. Efectividad del consejo y la educación individual sobre alimentación saludable en atención primaria	40
3.3. Descripción del proceso del consejo y educación individual	42
3.3.1. ¿Qué debe hacerse?	42
3.3.2. ¿Cómo debe hacerse?	42
3.3.3. ¿Cómo debe valorarse el patrón de alimentación?	44
3.3.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?	47
3.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alimentación	48
3.5. Bibliografía	48
4. INTERVENCIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA	51
4.1. Eficacia de la intervención. Recomendaciones.	52
4.2. Descripción del proceso de consejo y educación individual	53
4.2.1. ¿Qué debe hacerse?	53
4.2.2. ¿Cómo debe hacerse?	54
4.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?	57
4.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y tabaco	57
4.4. Bibliografía	57
5. CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE, SOBRE CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL, PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA	59
5.1. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA	59
5.2. EFECTIVIDAD DEL CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA	60
5.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CONSEJO BREVE	62
5.3.1. ¿Qué debe hacerse?	62
5.3.2. ¿Cómo debe cribarse el consumo de riesgo?	62
5.3.3. ¿A quién debe de ir dirigido el cribado de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol?	68

5.3.4 ¿Cada cuánto debe de realizarse?	68
5.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alcohol	69
5.5. Bibliografía	69
6. PROPUESTA DE ABORDAJE DEL BIENESTAR EMOCIONAL/ESTRÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN ADULTA	72
6.1 Introducción	72
6.2. Descripción del proceso de consejo	73
6.2.1. ¿Qué debe hacerse?	73
6.2.2. ¿Cómo debe hacerse?	74
6.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?	75
6.3. Bibliografía	76
7. PROPUESTA DE ABORDAJE DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES (FÁRMACOS Y CONDUCCIÓN) EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN ADULTA	77
7.1. Introducción	77
7.2. Objetivos	79
7.3. Población diana	79
7.4. Intervención	79
7.5. Bibliografía	80
8. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO OPERATIVO DEL CONSEJO SOBRE ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	81
8.1. Indicadores para medir el progreso de la intervención	81
9. ANEXOS	83
ANEXO 1. ACTIVIDAD FÍSICA	83
Anexo 1.1. Análisis de la bibliografía y las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia	83
Anexo 1.2. Fortalezas y limitaciones de tres cuestionarios estandarizados para medir el nivel de actividad física	87
ANEXO 2. ALIMENTACIÓN	89
Anexo 2.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía sobre alimentación	89
Anexo 2.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia	90
ANEXO 3. CONSUMO DE TABACO	91

Anexo 3.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía	91
Anexo 3.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia.....	91
ANEXO 4. CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL.....	93
Anexo 4.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía sobre alcohol.....	93
Anexo 4.2. Intervenciones que se están llevando a cabo en las CCAA, en el ámbito de la AP y dirigidas a mayores de 50 años.	94
Anexo 4.3. Cuestionarios propuestos en la intervención de alcohol	95
ANEXO 5. BIENESTAR EMOCIONAL/ ESTRÉS.....	97
Anexo 5.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía.....	97
Anexo 5.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia.....	97
ANEXO 6. SISTEMA DE GRADACIÓN DE LA EVIDENCIA DE LA USPSTF.....	98

1. INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, aprobada el 18 de diciembre de 2013 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

Esta Estrategia representa una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención entre todos los niveles, sectores y actores implicados. Se afianzarán las intervenciones en prevención primaria y promoción de la salud, se reforzarán estas intervenciones en atención primaria con carácter universal y se promoverán las intervenciones comunitarias y su coordinación en los diferentes entornos (sanitario, social, educativo y comunitario) con una perspectiva de equidad, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud. Supone un impulso hacia la reorientación del Sistema Nacional de Salud, siendo ésta una demanda de nuestro entorno y una recomendación reiterada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea.

7

Mediante una metodología participativa y partiendo de la identificación de buenas prácticas en promoción de la salud y prevención primaria implantadas en las CCAA e identificadas en la bibliografía, se ha llegado a la selección de las mejores prácticas a universalizar en todo el SNS. Una de ellas, es el consejo integral sobre estilo de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en población adulta.

Siempre en base a los principios rectores de integralidad, evidencia científica, cohesión, participación, evaluación, salud en todas las políticas y equidad.

Es fundamental tener un enfoque integrador en las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención, abordando en conjunto no sólo los principales factores de salud/riesgo y sus interacciones, sino también teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y los diferentes **entornos** vitales de cada población. Los **factores** que se abordan corresponden a aquellos que tienen mayor importancia desde el punto de vista del abordaje de la cronicidad desde la prevención, y son, actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de riesgo de alcohol, sumando también el bienestar emocional y la seguridad del entorno con el objetivo de prevenir lesiones no intencionales.

La mayoría de personas presentan más de un factor de riesgo, no sería razonable abordar cada uno de ellos de manera independiente del resto o no tenerlos en cuenta en el resto de actividades preventivas que se realizan en el centro de salud^{1,2}. Además,

el marco conceptual y los elementos de las intervenciones relacionadas con la promoción de un estilo de vida saludable, no difieren de unos comportamientos a otros³. Los factores de riesgo interaccionan entre sí, así el efecto de la exposición simultánea a varios de ellos es mayor de lo esperado por la simple suma de sus efectos. Por otro lado, abordar cualquiera de los factores de riesgo potenciará la reducción de los demás factores con determinantes comunes^{4,5}. Se ha de tener en cuenta la opinión de los usuarios y sus prioridades a la hora de determinar sobre que factor intervenir en primer lugar. No se trata de prescribir un comportamiento sino de impulsar al paciente a tomar decisiones que mejoren su salud, y para ello es esencial partir de sus necesidades y realidades psicosociales.

La finalidad del consejo además de fomentar un estilo de vida saludable, ha de ser el conseguir la participación activa de los usuarios del sistema de salud en su propia salud, buscando su empoderamiento.

Atención Primaria (AP) es el nivel asistencial más accesible, al que llega la mayoría de la población: prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión a su centro de salud en el plazo de 5 años⁶.

La interesante situación que se produce en este nivel asistencial, al llegar a la vez al conjunto de la población y a cada persona en la consulta, tiene importantes consecuencias en promoción de la salud y prevención, tanto desde la perspectiva individual como comunitaria. Además de trabajar con personas con alto riesgo de desarrollar enfermedades y de las que conocen detalles de su entorno familiar y social que influyen en su salud, los profesionales de AP pueden llevar a cabo intervenciones que logren modestos cambios en la conducta de cada persona, pero que impacten de forma importante en la salud pública⁶.

Las intervenciones de consejo o asesoramiento en el contexto de la atención primaria son aquellas acciones realizadas por el personal sanitario, con el objetivo de ayudar al paciente a adoptar, cambiar o mantener conductas o hábitos que afectan al estado de salud, incluyendo un rango amplio de actividades: valorar los conocimientos y la motivación, informar, modificar conductas inapropiadas, reforzar conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad⁶.

La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, sino

también la que se refiere a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales⁷.

Otra de las posibles actuaciones que los servicios de salud pueden realizar con vistas a promocionar y favorecer un cambio de conducta saludable es la toma de un acercamiento comunitario, mediante la generación o utilización de recursos dentro de la comunidad. No en vano, muchas de las causas subyacentes de los factores de riesgo son de carácter social, económico o ambiental, y la literatura científica documenta la importancia del apoyo del entorno para ayudar a los pacientes a modificar sus estilos de vida⁶.

La incorporación de los recursos comunitarios permite establecer sinergias entre las intervenciones que se lleven a cabo en el ámbito de la atención primaria a nivel de consejo o intervención individual o grupal, con intervenciones más amplias a nivel poblacional.

A continuación, se definen de manera general los diferentes tipos de intervención propuestos⁸:

9

Consejo breve: intervención de tipo oportunista, de 2 a 10 minutos de duración, que incluye información y una propuesta motivadora de cambio, aprovechando una consulta o encuentro profesional.

Educación individual: consulta educativa de al menos 20 minutos o serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario, en las que se trabajan las capacidades de este último sobre un tema, desde una perspectiva amplia.

Educación grupal o colectiva: taller de 2-3 horas o serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o tema de salud.

Este documento se centra en el desarrollo del Consejo breve y se realiza un esbozo de la Educación individual.

El consejo sanitario es una modalidad con la que se puede hacer tanto promoción de salud como la prevención de enfermedades. Las recomendaciones metodológicas para

llevar a cabo esta intervención incluyen: dar a elegir, y no forzar a las personas, asegurar que las personas entiendan la relación entre comportamiento y salud, tratar de comprender el problema tal como lo ve la persona afectada (empatía), escuchándolo atentamente (escucha activa), implicar a los sujetos en la identificación de los factores de riesgo y de protección y en la toma de decisiones, ser modelo adecuado de comportamiento, realizar un seguimiento continuo de los progresos del sujeto e implicar al resto del personal del equipo de salud⁹.

Estas acciones educativas deberían estar orientadas a activar a las personas y aumentar su responsabilidad sobre el autocuidado, donde el fin último que se persigue es el empoderamiento y capacitación de la persona en salud de tal forma que ésta sea más capaz de cuidarse por sí misma de una manera satisfactoria disminuyendo de esta forma su relación de dependencia con instituciones y profesionales sanitarios¹⁰.

1.1. EL ABORDAJE DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El abordaje de la promoción y la prevención en el ámbito sanitario y específicamente en atención primaria, está recogido en el anexo II del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que reconoce a la atención primaria, como nivel básico e inicial de atención que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo del curso de vida. Comprende entre sus actividades la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, dirigidas a la persona, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles y sectores implicados tales como los dispositivos sociales y educativos.

Como conjunto de actividades, atención primaria debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas⁷.

La cartera de servicios de atención primaria ha sido desde su implantación un instrumento clave en la organización y gestión de la atención primaria en España¹¹. Las CCAA han seguido evoluciones y enfoques diferentes en el desarrollo de esta cartera de servicios de AP (CSAP), aunque presentan rasgos comunes.

El diferente desarrollo que la CSAP ha tenido en las diferentes CCAA pudo constatarse en una reunión celebrada en Noviembre de 2013 en el Ministerio de Sanidad, con representantes de la mayoría de las CCAA que desarrollaban su actividad en los ámbitos de evaluación y gestión de las carteras de servicios de sus CCAA respectivas.

Se presentó el modo en que se realizan, registran y evalúan las actividades preventivas que se llevan a cabo en sus servicios de salud en relación a los factores de riesgo que contempla la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS. (En cada apartado específico se presenta un pequeño resumen de la variabilidad en cuanto al abordaje del factor en las diferentes historias clínicas de atención primaria).

Aunque la CSAP ofrece y prioriza los servicios en función de la prevalencia de los problemas de salud, es necesaria la protocolización que debe de sustentar estos servicios, concretamente en algunas intervenciones que son comunes a todo el SNS, evitando la variabilidad y en aras de la equidad de la población y de la posibilidad de evaluación.

Por otro lado, a pesar de que cada vez existe más evidencia de que implantar intervenciones para promover un estilo de vida saludable, reduciría la carga de enfermedad, discapacidad y muerte prematura y consecuentemente disminuirían los costes en los sistemas de salud¹², se ha producido una irregular implicación de los equipos de AP en las actividades de Prevención y Promoción, consideradas con frecuencia en un segundo nivel de prioridad, por lo que estas actividades no han llegado a integrarse de manera general, en la práctica clínica diaria en AP. Tradicionalmente AP se ha centrado en la detección precoz de la enfermedad o en el tratamiento de los factores de riesgo, en lugar de en intervenciones para preservar o ganar salud.

11

Los sistemas de ayuda en el centro o consulta de atención primaria como en lo referido a la evaluación inicial de los pacientes, algoritmos de consejo, mecanismos de aviso o recordatorios, utilización de equipos multi-disciplinares o programas basados en enfermería, han demostrado asimismo incrementar significativamente la provisión de consejo apropiado sobre los hábitos de salud en el contexto de atención primaria⁶.

1.2. PROPUESTA DE DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo de esta intervención es hacer un desarrollo operativo del consejo integral sobre estilo de vida en atención primaria y facilitar su vinculación a recursos comunitarios.

Se ha subdividido en tres grupos de trabajo, en función de la población a la que va dirigida:

- Población mayor de 50 años /población adulta GT 1.1.1
- Embarazo y lactancia GT 1.1.2
- Población infantil GT 1.1.3

El 24 de marzo de 2014, se constituye en una reunión presencial en la sede el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el Grupo de Trabajo 1.1.1, para el desarrollo operativo del consejo integral sobre estilo de vida en atención primaria, vinculado a recursos comunitarios, en población mayor de 50 años /población adulta. En este GT se plantea la oportunidad de incorporar esta intervención no sólo en mayores de 50 años, sino en población adulta que acude a un centro de salud.

Este GT está constituido por representantes de CCAA y de Sociedades Científicas del ámbito de atención primaria, que han formado parte de los Comités, tanto Institucional como Científico, de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

En una fase posterior se constituirá el Grupo de Trabajo GT 1.1.3. dirigido a población infantil y por último se abordará el embarazo y la lactancia, en el GT 1.1.2.

1.2.1. Objetivo

Integrar de manera sistemática la intervención sobre estilo de vida saludable, en la práctica clínica de los profesionales de atención primaria.

En España, el Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), cuyo objetivo esencial es el de potenciar el desarrollo de estas actuaciones en el marco de los centros y equipos de atención primaria, se ha situado como un elemento de referencia siguiendo la estela del prestigio del Preventive US Task Force (USPSTF), el grupo canadiense y la conferencia de Ottawa¹³.

El grupo de trabajo sobre intervenciones de asesoramiento y conductuales del US Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de intervención de las 5 Aes (Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar y Asegurar) para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo⁶ (Tabla 1). Al ser la puerta de entrada al sistema, la atención primaria permite desarrollar los elementos de la intervención de las 5 Aes a través de múltiples contactos a lo largo del tiempo, a la vez que se aprovechan nuevos síntomas o preocupaciones del paciente que puedan estar ligadas a su estilo de vida³.

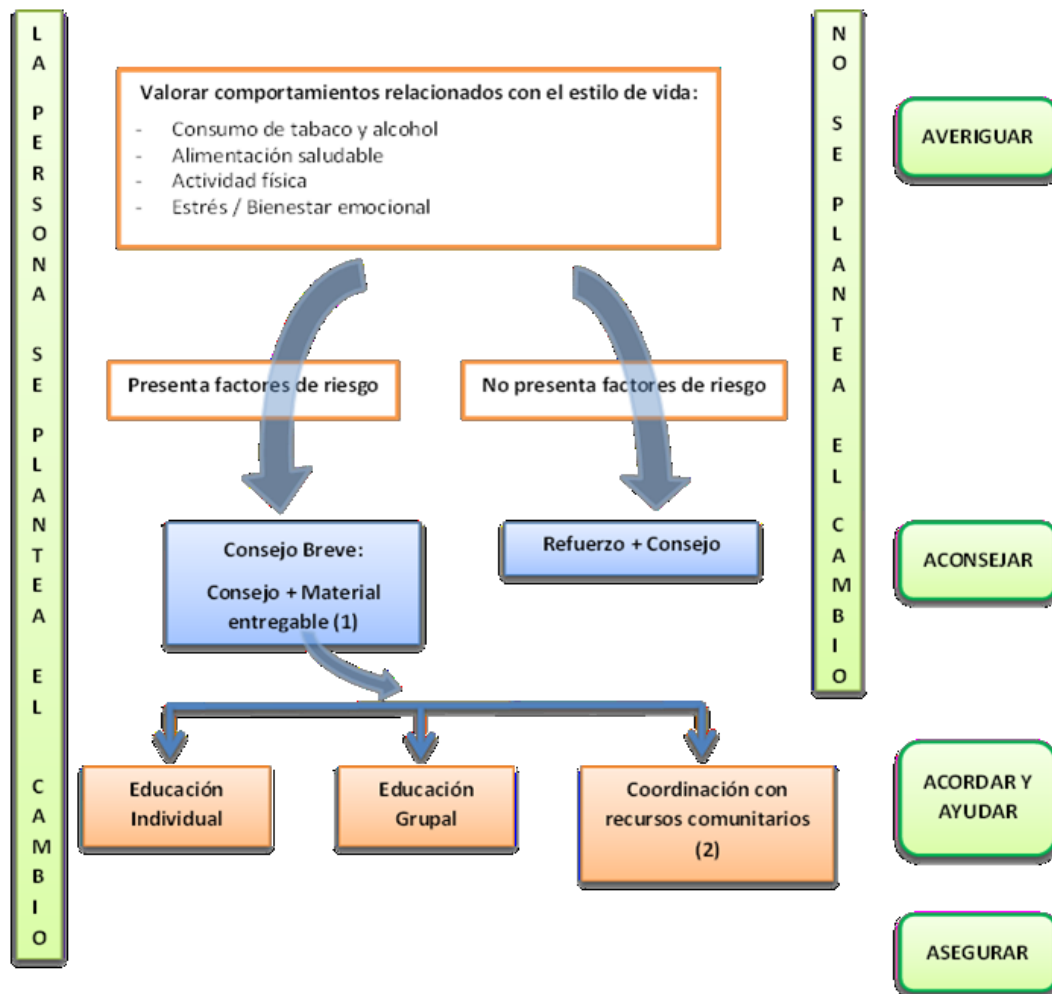
Tabla 1. Modelo de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento

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 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.

El desarrollo completo de este Modelo requiere más tiempo del que se plantea para un consejo breve. El pacto de objetivos y la ayuda para el cambio necesitan intervenciones educativas, individuales y/o grupales más largas.

Se propone para el abordaje de cada factor (figura 1), un algoritmo que siga una estructura común y que facilite en consulta la toma de decisiones en lo relacionado con el estilo de vida. Aunque se ha intentado dar uniformidad al abordaje de los diferentes factores de riesgo recogidos en esta intervención, se debe tener en cuenta que se parte de un desarrollo previo desigual en atención primaria.

Figura 1. Algoritmo de ayuda a la toma de decisiones en consulta



Fuente: Adaptado del Manual de Educación para la Salud del Gobierno de Navarra⁸.

(1) Basándonos en el trabajo ya realizado en este ámbito por las CCAA y algunas Sociedades Científicas de atención primaria, se propone material informativo “tipo” en formato electrónico, para que pueda ser adaptado por las CCAA para su uso en consulta.

(2) Esta vinculación de atención primaria con los recursos comunitarios, va a poder ser operativizada a partir de la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, que contempla como actividades clave la constitución de una mesa de coordinación intersectorial a nivel local y la elaboración de un mapa de recursos comunitarios de los municipios. En estas estructuras de coordinación la participación de los centros de salud, de la manera que se defina, será imprescindible. El Grupo de Trabajo de la Implementación Local ha desarrollado La “guía para la implementación local de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS” que desarrolla estos aspectos y que puede descargarse en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionYPrevencion.htm>

1.2.2. Alcance

El alcance de esta intervención consiste en aplicar, con carácter universal, una valoración de la situación de la persona en cuanto a los principales componentes de un estilo de vida saludable y su nivel respecto a los estándares recomendados para su grupo de referencia.

Para ello se utilizarán herramientas estandarizadas de valoración y cribado. Esto se hará abordando de la manera más integrada posible los factores priorizados en la Estrategia: actividad física, alimentación saludable, consumo de tabaco, consumo de riesgo de alcohol y bienestar emocional.

En función de esta valoración se determinarán las necesidades concretas del caso en cuanto a información y consejo motivacional. Así, se establecerán las prioridades de promoción y prevención, diseñando un plan progresivo de intervenciones (individuales y/o grupales), y modulando su intensidad en función de las necesidades individuales y los objetivos pactados con la persona.

En cuanto al abordaje de las lesiones no intencionales, es una oportunidad aprovechar el impacto potencial que la implicación de los profesionales de atención primaria pueda tener, en la disminución de accidentes de tráfico relacionados con la prescripción de fármacos que interfieren con la conducción. Además, en el contexto de la fragilidad, operativizada en el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor¹⁴, se incluirá una valoración del riesgo de caídas y una intervención para su prevención.

Parte esencial de esta intervención será la capacitación en la adquisición de habilidades de entrevista motivacional de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria como agentes de promoción de un estilo de vida saludable. La información transmitida por estos profesionales tiene un gran impacto sobre las personas que reciben la intervención, ya que ésta se realiza de forma muy personalizada y genera un gran compromiso. Por ello, el Grupo de Trabajo específico de capacitación, se encarga del desarrollo de programas de capacitación en metodología del consejo, educación individual e intervención grupal y comunitaria, que basados en una metodología on line, se pondrán a disposición del SNS y complementará los procesos formativos que ya existen en las CCAA y con el proceso de capacitación online previsto para el responsable y el equipo de implementación local de la estrategia.

A su vez, como apoyo a la implementación de la Estrategia de Promoción y Prevención, se desarrollará una plataforma web sobre estilo de vida, que tendrá como objetivo informar, sensibilizar, formar y capacitar a la población general en aspectos fundamentales relacionados con la promoción de su salud y la prevención de enfermedades, lesiones no intencionales y discapacidad.

1.2.3. Población diana

En el ámbito de acción de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, se han priorizado dos poblaciones en una primera etapa: la infancia (menores de 15), por su importancia como inversión de futuro en salud, y los mayores de 50 años, por ser la población en la que se acumulan los riesgos y problemas crónicos, así como un periodo esencial para prevenir el deterioro funcional y potenciar la reserva cognitiva, intensificando las intervenciones de promoción de la salud.

Sin embargo, en el marco de esta intervención concreta, que se desarrolla fundamentalmente en el entorno sanitario, se considera que es una oportunidad que se dirija también a población mayor de 18 años que acude a un centro de salud, ya sea de manera oportunista o programada.

Los programas de intervención, es importante que tengan en cuenta el contexto en el que van a ser aplicados, las peculiaridades de la atención primaria como ámbito asistencial, así como la presencia de personas con diferentes necesidades, desde las sanas a las que presentan múltiples patologías, así como las hiperfrecuentadoras, que requieren un distinto manejo o planteamiento de la intervención.

Además, es oportuno priorizar las acciones educativas entre la población de bajo nivel socioeconómico y bajo nivel de instrucción, por ser dos de los principales determinantes de la salud, y porque en muchas ocasiones, el colectivo con estas vulnerabilidades es el que más puede beneficiarse de las intervenciones de promoción y educación para la salud.

Los programas de intervención deberán ser por lo tanto, flexibles y adaptables a esta realidad.

1.2.4. Agentes clave

Los principales agentes de esta intervención serán los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria.

Una de las ventajas clave de llevar a cabo esta intervención en atención primaria, es la oportunidad de rentabilizar una buena relación profesional sanitario-paciente, lo que se ha relacionado con una mayor participación del paciente en el cambio de conducta.

Es necesario homogeneizar los mensajes de salud proporcionados en Atención Primaria. Para ello es necesario un modelo de trabajo más conjunto y coordinado entre los distintos profesionales de Salud de los Equipos de AP.

Cuando se pregunta a los ciudadanos por el profesional de la salud que les ofrece mayor confianza, a la hora de informarse para tomar decisiones sobre su salud, mayoritariamente señalan al médico de familia. El Barómetro Sanitario de los años 2003 y 2004 exploró la observancia en cuanto a recomendaciones sobre estilo de vida

hechas por médicos de familia, pudiéndose constatar que el tipo de alimentación es el aspecto que de manera habitual más se tiene en cuenta, seguido por el consejo de ejercicio, alcohol y tabaco, en este orden¹⁵.

La naturaleza longitudinal de la AP proporciona múltiples oportunidades para que el médico de familia y el personal de enfermería aconsejen e intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y conductas saludables. Ningún otro nivel asistencial está en mejor disposición para poder valorar el estado de salud de la persona en su globalidad y decidir con él en qué momento actuar y cuáles son las medidas prioritarias en cada situación particular⁶.

Los profesionales de AP son conscientes del alto potencial que tienen sus intervenciones en promoción y prevención, aunque en ocasiones existe una escasa definición de las funciones que debe de realizar cada profesional. Las funciones y responsabilidades más clínicas recaen sobre el profesional médico. En este sentido, en los últimos años existe un debate sobre las funciones de enfermería, que está asumiendo un papel más importante en las actividades de promoción y prevención, así como en la gestión y el seguimiento de los pacientes crónicos.

Lo que sí está claro es que los equipos de los centros de salud son multidisciplinares, con funciones y responsabilidades compartidas en muchas ocasiones, lo que puede hacer complicado asignar funciones según el tipo de profesional. Por ello, los profesionales del equipo de atención primaria deben distribuir las funciones y actividades con criterios de eficacia y eficiencia, debiendo existir una clara coordinación entre los profesionales.

Teniendo en cuenta la variabilidad existente entre centros de salud y profesionales que los integran, los responsables/servicios de salud autonómicos deben garantizar que éstos puedan asumir las actividades necesarias para la consecución de objetivos de manera sistemática y con la calidad requerida.

Por otro lado, no se debe olvidar la oportunidad que esta intervención representa para hacer efectiva la recomendación reiterada desde organismos nacionales e internacionales, de reorientar los sistemas de salud, fundamentalmente de la atención primaria, hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esto requeriría de un planteamiento de modificación de contextos que hagan más factible el realizar este tipo de actividades.

1.2.5. Teorías del cambio de comportamiento. Contenidos biopsicosociales.

Ayudar a cambiar las conductas en salud no es fácil, y por ello se necesita disponer de un marco conceptual que intente explicar cómo se puede intervenir. El modelo debe permitir caracterizar y diseñar intervenciones destinadas a conseguir el cambio de comportamiento.

Estas intervenciones utilizan la educación para la salud como herramienta de trabajo. Pero, no se debe olvidar que la educación para la salud no es igual a Información. La mera información sobre los riesgos o los factores protectores tiene pocas posibilidades de influencia en el fomento de los comportamientos saludables de la persona. Es importante partir de las necesidades sentidas de los pacientes y de su realidad social y familiar y motivar al cambio teniendo en cuenta estas cuestiones. Las personas han de ser un miembro activo en este proceso de cambio, participando en la toma de decisiones sobre su propia salud.

Existen en la actualidad múltiples teorías y modelos relacionados con los comportamientos humanos en salud. Cada uno de ellos, se centra o prioriza algunos factores o la interacción entre ellos. Entre los más relevantes se encuentran los descritos en el Anexo 12 de la Estrategia de la Salud y Prevención en el SNS.

A continuación se describen 2 modelos que se consideran importantes para una mejor comprensión de la intervención que se propone en este documento.

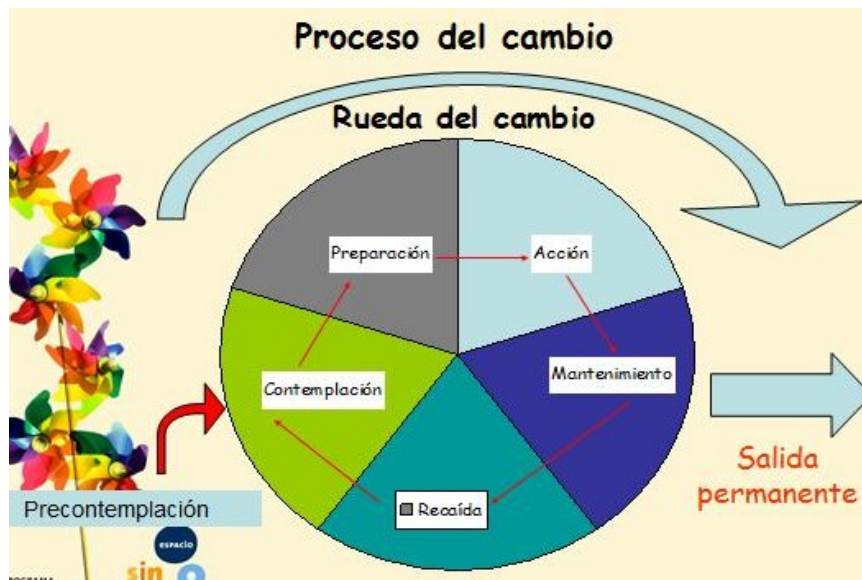
18

Uno de ellos, el modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (figura 2), es el que tradicionalmente se ha venido utilizando para abordar factores como el consumo de tabaco. Este modelo sostiene que el cambio de conducta en salud responde a un proceso en el que cada persona pasa por varias fases a lo largo de un tiempo. Las personas se encuentran en una u otra fase en función del menor o mayor grado de motivación para la adopción de una nueva conducta en salud. El modelo transteórico sugiere que los individuos se mueven a lo largo de cinco etapas, y que el cambio de conducta es un proceso:

- a. Pre-contemplación: no existe intención de cambiar la conducta en un futuro previsible (medido normalmente como los siguientes 6 meses). El individuo no es consciente del riesgo o niega las consecuencias del riesgo.
- b. Contemplación: se es consciente de la existencia de un problema y se piensa en abordarlo, pero aún no se ha realizado ningún compromiso para actuar.
- c. Preparación: existe intención de actuar en un futuro cercano (medido normalmente como dentro del siguiente mes) y es posible que haya tomado ya alguna acción.
- d. Acción: modificación de la conducta o del entorno para abordar un problema. El cambio es relativamente reciente (medido normalmente como los últimos 6 meses).

- e. Mantenimiento: se trabaja para mantener la conducta en un periodo largo de tiempo (más de 6 meses).

Figura 2. Modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente



Fuente: Programa Atención Primaria Sin Humo. Programas semFYC.

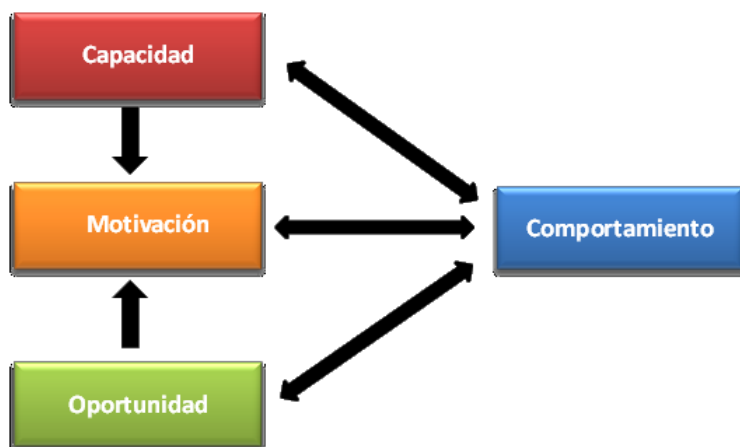
A pesar de ser un modelo de fácil comprensión, con una estructura esquemática y operativa que facilita su aplicación en el marco de la consulta de atención primaria, se considera que pueda ser más efectivo para cambios de “todo o nada”, como dejar de fumar, y de menor efectividad para la adopción de nuevos comportamientos, como el cambio del patrón alimentario o la realización de actividad física, conductas que se caracterizan por su complejidad.

La utilidad de este modelo como forma de intervenir en relación al tabaco, ha sido motivo de estudio y en una revisión Cochrane¹⁶ se afirma que las intervenciones basadas en estadios de cambio no son ni más ni menos efectivas que las que no están basadas en este modelo. El valor adicional de adaptar la intervención al estadio de cambio es incierto.

Una nueva propuesta, denominada la rueda del cambio del comportamiento (figura 3), intenta ser un modelo más completo, coherente, aplicable y visual¹⁷. En el centro de la rueda se sitúan tres condiciones esenciales para el cambio que interactúan entre ellas: la Capacidad, la Motivación y la Oportunidad. La Capacidad se define como el poder y/o la competencia individual (psicológica y física) para comprometerse con el cambio, e incluye tener los conocimientos y las habilidades necesarios. La Motivación, se refiere a los procesos mentales que animan y dirigen el comportamiento, no sólo objetivos y decisiones conscientes. Incluye los procesos habituales de toma de decisiones con su componente emocional y analítico. La Oportunidad se define como

todos los factores que se encuentran fuera del individuo que hacen que el comportamiento sea posible e inmediato.

Figura 3. Rueda del cambio del comportamiento



Fuente: Traducido de "The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions"¹².

Una intervención determinada, puede cambiar uno o más componentes de este sistema de comportamiento. Si se aplica en el diseño de una intervención, se deberá definir el "comportamiento objetivo" y qué componentes de este sistema es necesario modificar para conseguirlo.

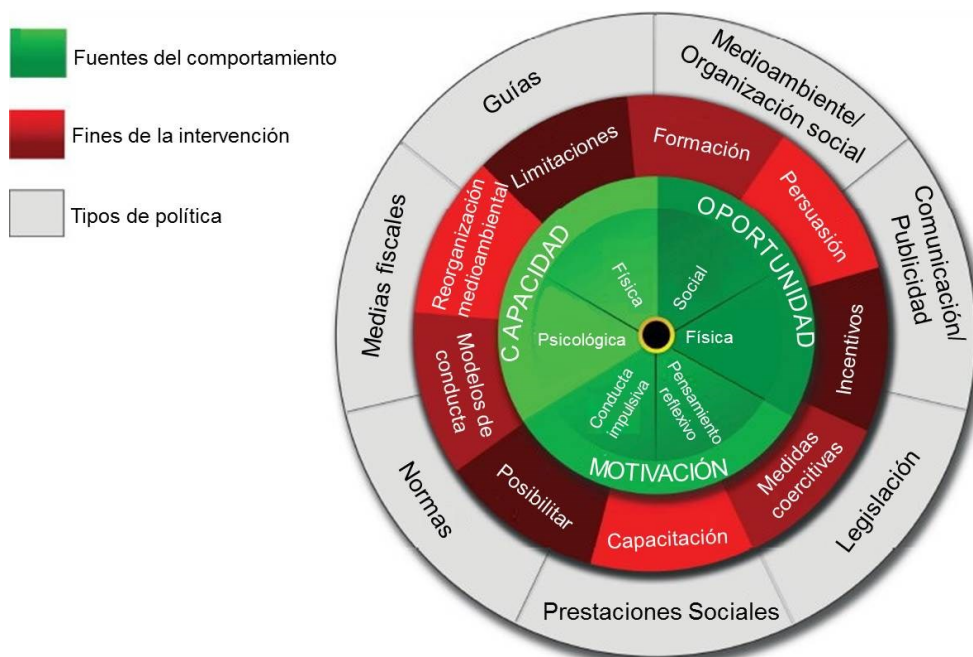
20

Alrededor de las tres condiciones esenciales se sitúan las intervenciones (figura 4) que pueden abarcar:

- Las limitaciones
- La formación
- La persuasión
- La incentivación
- Las medidas coercitivas
- La capacitación
- El posibilitar
- Los modelos de conducta
- La reorganización medioambiental

En atención primaria, para cambiar conductas relacionadas con el estilo de vida en la consulta, se deben ligar estas intervenciones a técnicas más específicas de cambio del comportamiento.

Figura 4. Rueda del cambio del comportamiento



Fuente: Traducido de "The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions"¹²

En este documento, al referirse al abordaje de los diferentes factores de riesgo, no se contempla de manera específica el modelo de los estadios del cambio, por no considerarse imprescindible. Sin embargo, no se ve inconveniente en ofrecer una valoración y registro del estado del cambio, si la Comunidad Autónoma lo tiene contemplado en la HCE o el profesional que realiza la intervención, lo considera necesario.

1.2.6. Metodología Educación individual⁸

Educar no es informar y tampoco persuadir. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el "experto", sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas⁸.

La educación para la salud es un proceso pactado entre un profesional y una persona que necesita, quiere y ha decidido trabajar sobre un tema de salud. El objetivo es el aprendizaje, es decir, la capacitación de esa persona.

Los contenidos son sanitarios/ biológicos y también psicosociales. El trabajo se centra en los comportamientos, la situación de la persona respecto a las recomendaciones, los cambios que decida la persona y los factores relacionados con esos

comportamientos y esos cambios. Una parte de los contenidos los aporta el profesional y otra parte la persona con la que trabaja.

La metodología es de pedagogía activa y participativa, superando planteamientos exclusivamente informativos y prescriptivos. Se parte de las experiencias, vivencias, conocimientos, habilidades, etc. de quien acude a la consulta, consolidándolos, reorganizándolos y modificándolos. Para lograrlo se trata de generar un proceso que posibilite aprendizajes significativos, con las siguientes etapas:

PROCESO DE ENSEÑANZA/APRENDIZAJE

1. CONOCER Y EXPRESAR SU SITUACIÓN

- Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades,...

2. PROFUNDIZAR EN ELLA

- Desarrollar conocimientos
- Analizar diferentes aspectos
- Reflexionar sobre el área emocional

3. ACTUAR

- Desarrollar recursos y habilidades
- Tomar decisiones
- Experimentarlas en la realidad
- Evaluarlas

22

Como se ha mencionado previamente, en el Grupo de Trabajo sobre Capacitación, se realizará un módulo específico de Educación individual en el que se desarrollarán más específicamente la información, técnicas educativas y recursos didácticos acordes a cada paso.

1.2.7. Puntos críticos identificados

- Se considera importante el apoyo del consejo verbal con recomendaciones escritas, mediante la entrega de materiales disponibles que refuercen el consejo verbal (folleto de beneficios y recomendaciones, materiales de apoyo como calendarios o diarios y listado de recursos comunitarios). Un mapa de recursos comunitarios estará disponible a medida que se realice la adhesión de los municipios a la estrategia
- Además, se valorará la pertinencia y factibilidad de dar unas recomendaciones individualizadas escritas, basadas en objetivos pactados con el paciente (en la literatura se denomina "prescripción escrita"). Estas recomendaciones individualizadas escritas implican una negociación de objetivos entre el profesional y el paciente que puede no ser factible en el contexto de un consejo

breve, por lo que se considera que es más factible trabajarlo en una consulta de seguimiento programada o en educación intensiva individual o grupal.

- La coordinación de los centros de salud con el ámbito local, y en el marco de la Estrategia se contempla en la “guía para la implementación local de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS” que desarrolla estos aspectos y que puede descargarse en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Implementacion_Local.htm
- Un documento sobre los “Mecanismos de coordinación en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (en el abordaje de la cronicidad)” está siendo elaborado para permitir la integración de los diferentes componentes de las acciones priorizadas y las actividades que conllevan su desarrollo.
- Se ha de señalar que las estrategias de consejo breve y de educación individual no son suficientes. Es imprescindible generar entornos facilitadores e incluir acciones en el ámbito comunitario. Se consideran las actividades de promoción de la salud, la educación grupal y las intervenciones en el entorno educativo, como elementos complementarios e imprescindibles para alcanzar el objetivo de la incorporación del estilo de vida saludable en la población.
- Garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud requiere de intervenciones eficaces y eficientes que rentabilicen los tiempos de los profesionales de la salud. Por ello el abordaje de problemas en los que la educación grupal tenga un valor añadido de enriquecimiento del aprendizaje, deben tenerse en cuenta.
- Aunque este documento aborda uno por uno cada factor relacionado con el estilo de vida, no hay que perder de vista la oportunidad de realizar un abordaje integral, cuando sea posible en atención primaria. En muchas ocasiones el abordaje de un factor facilita el inicio de un proceso de cambio en el resto de factores.

1.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. *Prev Med* 2007 Feb;44(2):124-8.
2. Ford ES, Bergmann MM, Kroger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. Healthy living is the best revenge: findings from the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Arch Intern Med* 2009 Aug 10;169(15):1355-62.
3. Goldstein MG, Whitlock EP, DePue J. Multiple Behavioral Risk Factor Interventions in Primary Care. Summary of Research Evidence. *Am J Prev Med* 2004;27(2S)
4. Banegas José R., Rodríguez-Artalejo Fernando, Graciani Auxiliadora. Interacción de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2002 Feb [citado 2013 Sep 19]; 76(1): 01-05. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000100001&lng=es
5. Majid Ezzati, PhD, Stephen Vander Hoorn, MSc, Anthony Rodgers, FAFPHM, Alan D Lopez, PhD, Colin D Mathers, PhD, Christopher JL Murray, MD, the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *The Lancet*, Volume 362, Issue 9380, 26 July 2003, Pages 271–280. [citado 2013 Sep 19].
6. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07.
7. Promoción de la Salud. Glosario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
8. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. 2006.
9. Wilfredo Guibert Reyes, Jorge Grau Abalo y Marianela de la C. Prendes Labrada. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(2):176-83.
10. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. Grupo de Crónicos de FAECAP. Mayo 2013. Disponible en: <http://www.faecap.com/publicaciones/show/estrategia-para-la-atencion-a-las-personas-con-problemas-cronicos-estrategia-ante-la-dependencia-y-la-fragilidad>
11. Cartera de Servicios de atención primaria. Desarrollo, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. MSPS. 2010. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera de Servicios de Atencion Primeria 2010.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion_Primeria_2010.pdf)

12. ICSI Health Care Guideline: Healthy Lifestyles. Kottke T, Baechler C, Canterbury M, Danner C, Erickson K, Hayes R, Marshall M, O'Connor P, Sanford M, Schloenleber M, Shimotsu S, Straub R, Wilkinson J. Healthy lifestyles. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2013 May. Disponible en: [consultado en marzo de 2014]
<https://www.icsi.org/asset/4qjdnr/HealthyLifestyles.pdf>
13. A. Martín Zurro. En el 25 aniversario del PAPPS. Editorial. Aten Primaria. 2014;**46**(Supl 4):1.
14. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf
15. Barómetro Sanitario 2003-2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y política Social.
16. Cahill K, Lancaster T, Green N. Intervenciones basadas en estadios para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.
17. Susan Michie, Maartje M van Stralen, Robert West. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096582/?report=classic>

2. CONSEJO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE SEDENTARISMO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 2.1. Recomendaciones de actividad física para población adulta
- 2.2. Descripción del proceso del consejo
 - 2.2.1. ¿Qué debe hacerse?
 - 2.2.2. ¿Cómo debe hacerse? (herramienta de cribado/ algoritmo)
 - 2.2.3. ¿Cómo debe medirse la actividad física en la consulta?
 - 2.2.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?
 - 2.2.5. Prevención del sedentarismo
- 2.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y actividad física
- 2.4. Educación individual
- 2.5. Bibliografía

2.1. Recomendaciones de actividad física para población adulta

Las recomendaciones de actividad física* para población adulta a nivel internacional se componen de 5 elementos clave:

26

1. Actividad aeróbica^{1,2}:
 - Un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada, o
 - Un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa, o
 - Una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- La actividad física se realizará en bloques de una duración mínima de 10 minutos^{2,3}.
- Para obtener mayores beneficios, se puede aumentar hasta 300 minutos de moderada o 150 minutos de vigorosa a la semana, o una combinación equivalente de ambas².
2. Ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana^{1,2,3}.
3. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana⁴.

* Las definiciones de los términos relacionados con actividad física se encuentran disponibles en las páginas 25 y 26 del documento de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, dentro del apartado de Factores abordados en esta Estrategia y Actividad Física.

4. Las personas de mayor edad con dificultades de movilidad deben realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio y evitar las caídas al menos tres días a la semana^{1,2}.

Cuando las personas no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, deben mantenerse activas hasta donde les sea posible y les permita su salud².

5. Reducir los periodos sedentarios prolongados¹:
 - ✓ Reducir el tiempo frente a la televisión u otras pantallas (móviles, ordenadores, tabletas, etc.).
 - ✓ Cambiar una parte del recorrido que se realiza en coche, en autobús o en metro por caminar o ir en bici, siempre que se pueda.
 - ✓ Evitar estar postura sentada durante tiempo prolongado (por ejemplo, en el trabajo, viendo la televisión, leyendo, jugando a las cartas, etc.); se recomienda realizar descansos regulares cada una o dos horas, haciendo sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.

2.2. Descripción del proceso de consejo

27

2.2.1. ¿Qué debe hacerse?

Esta intervención consiste en realizar un consejo breve sobre actividad física y prevención del sedentarismo en Atención Primaria, siendo el objetivo diana la población adulta.

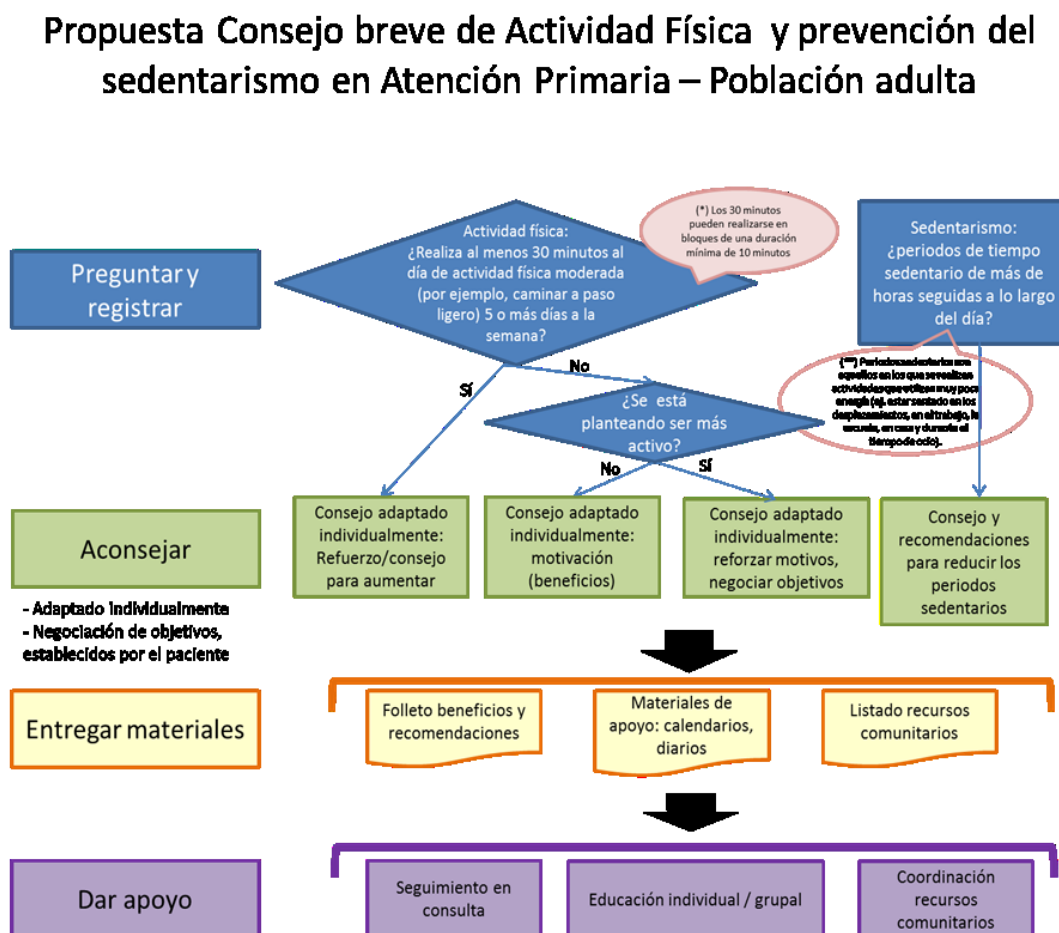
El objetivo final es aumentar la actividad física que realizan los individuos que no cumplen con las recomendaciones internacionales sobre actividad física, y reforzar su mantenimiento a aquellos que las cumplen, así como reducir los periodos de tiempo sedentario.

2.2.2. ¿Cómo debe hacerse?

El consejo breve de actividad física se realizará en la consulta del profesional de Atención Primaria, de Medicina o de Enfermería, cuando se identifique una oportunidad para abordarlo con el paciente.

Se propone un algoritmo general orientativo para su realización en la figura 5.

Figura 5. Propuesta de pasos a realizar en el consejo breve de actividad física en Atención Primaria



Nota: Este algoritmo es un protocolo orientativo, que deberá adaptarse a cada circunstancia y que no sustituye al juicio clínico del personal sanitario en la toma de decisiones.

(*) De la pregunta de Actividad Física saldrá una nota aclaratoria donde se explique que los 30 minutos pueden ser realizados en bloques de una duración mínima de 10 minutos.

(**) De la pregunta de Sedentarismo saldrá una nota aclaratoria donde se explique que los periodos sedentarios son aquellos en los que se realizan actividades que utilizan muy poca energía, incluyendo estar sentado durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio⁵.

2.2.3. ¿Cómo debe medirse la actividad física en la consulta?

No existe un consenso internacional sobre cómo medir la actividad física en la consulta de Atención Primaria.

Para realizar una **primera medición sencilla** sobre el nivel de actividad física del paciente en la consulta, se propone realizarlo mediante una pregunta sencilla que

permite discernir entre aquellos individuos que cumplen las recomendaciones mínimas de actividad aeróbica o aquellos que no:

“¿Realiza al menos 30 minutos al día de actividad física moderada (por ejemplo, caminar a paso ligero) 5 o más días a la semana?”

Esta pregunta se utiliza en el PAFES de Cataluña, y se ha utilizado en un estudio de Nueva Zelanda como parte de un formulario para realizar un cribado de individuos inactivos a los que ofrecer el programa de prescripción verde (Elley et al, 2003)⁶.

La valoración del nivel de actividad física se asocia a una valoración del estado del cambio^{6,7,8,9} para orientar el consejo, basado en el **Modelo transteórico o de etapas de cambio**. No se ha considerado necesario el registro de la etapa de cambio en la historia, aunque pueda realizarse de manera complementaria.

Respecto a utilizar algún **cuestionario estandarizado** para medir el nivel de actividad física en atención primaria, no existe tampoco un consenso sobre cuál es más adecuado. Tras valorar introducir algún cuestionario en el consejo breve, se decide no incluir ninguno, y que se valorará posteriormente la utilización de un cuestionario para las etapas de educación individual o grupal y cuál sería el más adecuado. En el anexo 1.2 se recogen en una tabla las fortalezas y limitaciones de los cuestionarios estandarizados, seleccionados teniendo en cuenta el contexto de atención primaria.

2.2.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?

La literatura sobre consejo breve de actividad física en atención primaria establece que se realice seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes, aunque no recomienda un intervalo concreto y éste puede ser determinado a criterio del profesional. Se considera que 6 meses es un intervalo que puede ser adecuado en líneas generales, teniendo en cuenta las etapas del cambio.

Se debería realizar una nueva valoración del nivel de actividad física como máximo a los dos años.

Se establecerá un recordatorio en la historia clínica para facilitar el seguimiento de estos aspectos (6 meses y 2 años).

2.2.5. Prevención del sedentarismo

Además de los beneficios asociados con la actividad física, existen datos referentes al sedentarismo[†] como variable independiente de riesgo para determinadas patologías como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y obesidad^{8, 10,11,12}.

Por ello, se ha considerado importante introducirlo como un elemento independiente a preguntar y aconsejar en el marco del Consejo breve en Atención Primaria. Para ello, se plantea del siguiente modo (ver figura 1):

- Realizar una pregunta sencilla sobre si el paciente realiza periodos sedentarios de más de 2 horas.

“¿Realiza periodos de tiempo sedentario de más de 2 horas seguidas a lo largo del día?”

Se ha elegido como límite 2 horas basándose en la evidencia disponible sobre el riesgo asociado a estar 2 horas sentado y otros estudios que asocian a su vez estar 2 horas de tiempo delante de una pantalla (televisión, ordenador)⁸.

- Se entregará un material con recomendaciones y consejos sencillos para romper los periodos sedentarios, tanto de ocio como de trabajo.

2.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y actividad física

El 19 de noviembre de 2013 tuvo lugar una reunión sobre recogida de información de estilo de vida en Atención Primaria, del Grupo Específico de CCAA de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, formado por técnicos de las CCAA relacionados con el diseño y evaluación de Cartera de Servicios de Atención Primaria. A continuación se describen de manera agregada los distintos modos de recogida de información sobre actividad física en la historia clínica de atención primaria en población adulta:

- Cuestionario IPAQ.
- Calculadora de actividad física (tipo de actividad, minutos/día, días/semana), se obtiene un resultado de MET/semana.
- ¿Practica actividad física moderada (equivalente a caminar a buen ritmo) regularmente, es decir, 5 o más veces por semana durante 30 minutos cada día la menos (que puede ser acumulado durante todo el día)?

[†] Tomando como referencia la definición de sedentarismo que aparece en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS, realizada por la Red de Investigación de Conducta Sedentaria, que define la conducta sedentaria como cualquier conducta, estando consciente, con un gasto energético menor de 1,5 METS estando sentado o reclinado, y que incluye el estar sentado durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio¹¹.

- Actividad física: Sí/No.
- Pregunta sobre la actividad física realizada en las últimas 2 semanas: ¿cuántas veces ha practicado estas actividades durante más de 20 minutos?: ligera (como caminar)/moderada (como montar en bici, gimnasia)/vigorosa (como fútbol, baloncesto, ciclismo).
- Componente sedentario (número de horas).

2.4. Educación individual

EDUCACIÓN INDIVIDUAL

La educación individual para la promoción de la actividad física se llevará a cabo a través de una serie de consultas programadas, centradas en el desarrollo de habilidades y recursos personales para aumentar la actividad física y disminuir los periodos sedentarios.

Las consultas serán de unos 20-30 minutos de duración, preferentemente realizadas por personal de enfermería de Atención Primaria, aunque en algunos casos 10 minutos podrían ser suficientes también, y su duración se puede adaptar individualmente.

Aspectos clave a valorar en la consulta:

1. Valorar actividad física y periodos sedentarios del paciente:

- a) Analizar las experiencias y vivencias del paciente respecto a la actividad física^{13,14}.
- b) Refuerzo de los beneficios de la actividad física para la salud.
- c) Se realizará un registro de la actividad física realizada en una semana habitual por el paciente, teniendo en cuenta[‡]:
 - Los distintos tipos de actividad física (aeróbica, fortalecimiento muscular, flexibilidad), duración e intensidad.
 - El tiempo que camina a paso ligero.
 - Actividad física integrada en las actividades de la vida diaria y en el trabajo.

[‡] Podría ser de utilidad que el paciente lleve su hoja de registro de actividad física, previamente cumplimentada, a esta consulta de educación individual, para revisarla con el profesional; si bien para ello debe ser facilitada y explicada al entregar los materiales de apoyo durante el consejo breve cuando sea factible.

d) Se sumará la cantidad de actividad física que realiza, teniendo en cuenta las recomendaciones existentes (página 26):

- En actividad aeróbica, se sumará el tiempo que realiza, valorando si alcanza al menos los 150 minutos recomendados de actividad moderada (o 75 de actividad vigorosa, o una combinación equivalente de ambas) a la semana o, si no, cuántos minutos le faltan para ello. Anotar esto será útil para valorar progresos en siguientes consultas.
- En fortalecimiento muscular y flexibilidad, se sumará el número de veces a la semana que realiza ejercicios, y valorando si los realiza al menos las 2 veces a la semana recomendadas o, si no, cuántas veces le faltan para ello.

e) Se valorarán también los periodos sedentarios de más de 2 horas.

f) Una vez realizado el registro, se reforzarán los conceptos de actividad física (tipos de actividad física, intensidad), cuáles son las recomendaciones de actividad física y si las alcanza o no.

2. Analizar factores y barreras del paciente y su entorno que puedan estar influyendo en la práctica o no de actividad física, reforzando los factores positivos y proponiendo modos de minimizar los factores que dificulten la realización de actividad física.

3. En aquellos pacientes que no alcancen las recomendaciones de actividad física, consensuar con el paciente objetivos progresivos[§], haciendo énfasis en la incorporación de la actividad física a las actividades de la vida diaria. Analizar dificultades y alternativas para cumplirlos^{13,14}.

4. En aquellos pacientes que realicen periodos sedentarios de más de 2 horas de duración, se darán recomendaciones para romper los periodos sedentarios.

5. Planificar el seguimiento. Para ello, se podrá entregar una hoja de registro de actividad física para que el paciente pueda plasmar sus avances.

6. Reforzar estos aspectos con la entrega de un folleto de recomendaciones escritas e información de recursos comunitarios para apoyar la realización de actividad física.

En estas consultas se puede aprovechar para abordar factores relacionados, como la alimentación saludable o el consumo de tabaco.

[§] Teniendo en cuenta las características del paciente y la existencia o no de patologías.

Existen experiencias en las que este proceso de educación individual se realiza desde el entorno comunitario, en el que existe un profesional que ejerce de orientador (como por ejemplo un técnico municipal o de instalaciones deportivas). En los casos en los que sea factible esto reforzaría muy positivamente la labor de los profesionales del centro de salud en la promoción de la actividad física.

2.5. Bibliografía

1. Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Protection. Start Active, Stay Active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officers, 2011. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216370/dh_128210.pdf
2. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra, 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf
3. Public Health Agency of Canada. Canadian Physical Activity Guidelines. 2011. Disponibles en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/03paap-eng.php>
4. American College of Sports Medicine Position Stand. Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. 2011.
5. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". Appl Physiol Nutr Metab 2012; 37: 540-542.
6. Elley et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. BMJ 2003;326:793.
7. New Zealand, Green Prescription: <http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions>
8. Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary behaviour and cardiovascular disease: a review of prospective studies. International Journal of Epidemiology 2012;1-16.
9. Healthy Europe Through Learning and Practice (HELP) Project. Modules of Physical Activity and Behavioural Change. Disponible en: <http://www.help-project.com/page.php?id=27>
10. Wilmot, EG et al. Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis. Diabetologia (2012) 55:2895-2905.
11. Osakidetza. Consejo de actividad física desde Atención Primaria. Aktibili. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkactv01/es/contenidos/informacion/consejo_actividad_fisica/es_fisica/adjuntos/consejo_actividad_fisica.pdf

12. On the move. National strategy for physical activity promoting health and wellbeing 2020. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2013.
13. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J, Gobierno de Navarra, Sección de Promoción de la Salud: Manual de Educación para la Salud, Ed. Gobierno de Navarra 2012 reimpr.
14. Echauri M, Pérez MJ, Salcedo MA, Gobierno de Navarra, Sección de Promoción de la Salud: Estilos de Vida. Protocolos para profesionales. Educación y comunicación en consulta individual.

Bibliografía consultada

- Córdoba R et al, Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria 2012; 44 Supl 1:16-22.
- Marqués F et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. PAPPS Actualización 2009.
- NICE. Four commonly used methods to increase physical activity. NICE Public Health Guidance, 2006. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/guidance/ph2/resources/guidance-four-commonly-used-methods-to-increase-physical-activity-pdf>
- NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care. NICE Public Health Guidance, 2013. Disponible en: <http://guidance.nice.org.uk/ph44>
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Methods of Promoting Physical Activity. A Systematic Review. 2007. Disponible en:
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Fysisk_sam_ENG.pdf
- Garret S, et al. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract 2011; DOI: 10.3399/bjgp11X561249. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047345/pdf/bjgp61-e125.pdf>
- Intervenciones eficaces en materia de régimen alimentario y actividad física: informe resumido. Organización Mundial de la Salud, 2012. Edición original en inglés: 2009. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6570&Itemid=39404&lang=en
- OMS Europa. Steps to Health. A European Framework to Promote Physical Activity For Health. World Health Organization, 2007.
- Heath GW, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. Lancet 2012; 380: 272–81.
- Grandes G et al, 2009. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine Primary Care. Arch Intern Med 2009; 169:694-701. Ensayo clínico en España, PEPAF. Disponible en:
http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/INTEMED/22596/loi80208_694_701.pdf

- Puig Rivera A et al. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves. *Atención Primaria* 2012;44(8): 485-493.
- OMS Europa. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. 2006. Disponible en:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
- Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4S): 73-107.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. *Am J Prev Med* 2002; 22(4S): 67-72.
- Task Force on Community Preventive Services. Physical activity. In: Zaza S, Briss PA, Harris KW, eds. *The Guide to Community Preventive Services: What Works to Promote Health?* Atlanta (GA): Oxford University Press;2005:80-1.
- Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN, True WR. *Evidence-Based Public Health*. 2nd ed. Oxford University Press; 2011.
- National Cancer Institute. U.S. Department of Health and Human Services. *Theory at a Glance: a Guide for Health Promotion Practice*. National Cancer Institute. 2005.

3. CONSEJO DE ALIMENTACIÓN PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 3.1. Recomendaciones de alimentación para población adulta
- 3.2. Efectividad del consejo y la educación individual sobre alimentación saludable en atención primaria
- 3.3. Descripción del proceso de consejo:
 - 3.3.1. ¿Qué debe hacerse?
 - 3.3.2. ¿Cómo debe hacerse? (herramienta de cribado/algorithm)
 - 3.3.3. ¿Cómo debe valorarse el patrón de alimentación?
 - 3.3.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?
- 3.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alimentación
- 3.5. Bibliografía

36

3.1. Recomendaciones de alimentación para población adulta^{1,2}

Una alimentación saludable tiene una gran influencia sobre la salud, ya que previene la aparición de enfermedades no transmisibles (ENTs) como las cardiovasculares, la diabetes tipo 2 o determinados tipos de cáncer.

Los factores de riesgo de las ENTs suelen coexistir e interactuar.

La **Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud³**, con respecto a la dieta, realiza una serie de recomendaciones dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas. Así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Limitar la ingesta de azúcares libres.
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.

El Plan de Acción sobre políticas de Alimentación y Nutrición 2007-2012 de la Región Europea de la OMS⁴, realiza las siguientes recomendaciones:

- Disminuir a menos de un 10% la ingesta calórica procedente de ácidos grasos saturados.
- Disminuir a menos de un 1% (2 gramos/día para una dieta de 2000 kcal) la ingesta calórica procedente de ácidos grasos trans.
- Disminuir a menos de un 10% la ingesta calórica procedente de azúcares añadidos.
- Consumir al menos 400 g (5 raciones) diarias de frutas y vegetales.
- Reducir a menos de 5 gramos la ingesta de sal diaria.

El Plan de Acción sobre Alimentación y Nutrición 2015-2020 de la Región Europea de la OMS⁵, propone los siguientes objetivos:

- Creación de entornos que faciliten la elección de alimentos (incluidas bebidas) saludables.
- Promover las ventajas de una alimentación saludable a lo largo del ciclo vital, especialmente en los grupos más vulnerables.
- Fortalecer los sistemas sanitarios para promover una alimentación saludable.
 - Mejorar las habilidades y la formación de los profesionales sanitarios de atención primaria, lo que incluye guías para realizar consejo sobre alimentación.
- Apoyar la vigilancia, la monitorización, la evaluación y la investigación.
- Reforzar los sistemas de gobernanza, las alianzas y el trabajo en red para un enfoque de salud en todas las políticas.

En consonancia con las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS y la Comisión Europea⁶, la **Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)**⁷ de la AECOSAN del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), realiza en cuanto a alimentación, entre otras, las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda que las grasas no superen el 30% de la ingesta diaria, debiendo reducirse el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos *trans*.
- Disminuir a menos de un 10% la ingesta calórica procedente de ácidos grasos saturados
- Se debe incrementar la ingesta diaria de frutas, verduras y hortalizas hasta alcanzar, al menos, 400 g/día. Esto es, consumir, como mínimo, 5 raciones al día de estos alimentos.
- Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples, como golosinas, dulces y refrescos.
- Reducir el consumo de sal, de toda procedencia, a menos de 5 g/día, y promover la utilización de sal yodada.

En general, las recomendaciones de diversas sociedades científicas se centran en los tamaños de las raciones y los consumos de grasas saturadas, azúcares refinados y sal.

La **American Cancer Society (ACS)**⁸ realiza las siguientes recomendaciones en relación a estilo de vida individual relacionado con la dieta:

- Limite el consumo de bebidas y alimentos altamente calóricos como medidas cruciales que le ayuden a mantener un peso saludable.
- Limite su consumo de carnes rojas o procesadas (embutidos).
- Consuma al menos 2-3 raciones de fruta y verdura al día.
- Consuma de manera preferente los cereales, en su variedad integral.

La **American Heart Association (AHA)**⁹ realiza las siguientes recomendaciones sobre dieta:

- Personas que se beneficiarían de un descenso del LDL colesterol:
 - Consuma una dieta rica en vegetales, frutas y cereales integrales.
 - Incluya lácteos bajos en grasa, aves de corral, pescado, legumbres, aceites de origen vegetal no tropical y nueces.
 - Limite el consumo de dulces, bebidas azucaradas y carne roja.
 - Intente que no más del 5-6% de las calorías de su dieta provengan de grasas saturadas.
 - Reduzca el porcentaje de calorías de su dieta procedentes de grasas saturadas y grasas trans.
- Personas que se beneficiarían de una disminución de la presión arterial:
 - Las 3 primeras recomendaciones anteriores.
 - Disminuya el consumo de sodio en la dieta.

En referencia al patrón de dieta mediterránea, se debe mencionar el ensayo PREDIMED (PREvención con Dieta MEDiterránea)¹⁰. Se busca valorar los efectos de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de las enfermedades crónicas. Concluyen que una dieta mediterránea no hipocalórica, suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos (nueces, avellanas y almendras), produce una reducción significativa de eventos cardiovasculares entre personas de alto riesgo.

Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea:

- ¿Usa usted principalmente el aceite de oliva para cocinar?
- ¿Cuánto consume en total al día?
- ¿Cuántas raciones de verdura u hortaliza consume al día (los acompañamientos cuentan como ½ ración)?
- ¿Cuántas piezas de fruta consume al día?
- ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos, consume al día?
- ¿Cuántas raciones de margarina, mantequilla o nata consume al día?
- ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día?
- ¿Cuántas raciones de legumbre consume a la semana?
- ¿Cuántas raciones de pescado o marisco consume a la semana?
- ¿Cuántas veces consume repostería comercial (no casera), como galletas, flanes, dulces o pasteles a la semana?
- ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana?
- ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?
- ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, la pasta, el arroz u otros platos aderezados con una salsa de tomate, ajo o cebolla?

3.2. Efectividad del consejo y la educación individual sobre alimentación saludable en atención primaria^{11,12,13}

Con respecto a la efectividad del consejo breve sobre alimentación saludable en el contexto de atención primaria, existe cierta evidencia de que el consejo produce cambios de pequeños a moderados en el consumo de los principales componentes de una alimentación saludable, especialmente grasas saturadas y frutas y verduras. Sin embargo, existe evidencia insuficiente para determinar con claridad la significación y magnitud del beneficio del consejo rutinario en la promoción de una alimentación saludable¹⁴.

La USPTF ha realizado una extensa revisión de la evidencia del consejo sobre la modificación de la dieta¹⁵. En cuanto a los resultados, se encontraron efectos al menos moderados en todos los nutrientes estudiados (consumo de grasas, frutas y verduras y fibra). Las intervenciones que utilizan materiales de ayuda y medios interactivos de comunicación, conjuntamente con un breve consejo del médico de familia, producen efectos medios, superiores a los obtenidos exclusivamente con el consejo, y parecen ser viables para el uso en el contexto de la atención primaria.

Los sistemas de ayuda en el centro o consulta de atención primaria como los algoritmos de consejo, mecanismos de aviso o recordatorios, han demostrado

asimismo incrementar significativamente la provisión de consejo apropiado sobre la alimentación en el contexto de atención primaria.

Las revisiones Cochrane sobre ensayos clínicos para la evaluación del efecto de consejo para lograr cambios en la alimentación o disminuir el riesgo cardiovascular en personas adultas sanas y del efecto del consejo de la alimentación baja en grasas sobre la pérdida de peso, concluyen que las intervenciones en el contexto clínico tienden a obtener mejores resultados en el consumo de grasas, frutas y verduras que las intervenciones en otros contextos¹⁴.

En España, el Barómetro Sanitario de los años 2003 y 2004 preguntó a los encuestados por el seguimiento de las recomendaciones hechas por su médico de familia respecto a estilo de vida, respondiendo sobre el aspecto alimentación, que habitualmente las seguían el 48,7% y el 45,5% respectivamente.

Principales recomendaciones en el contexto clínico de organismos científicos:

USPTF

<i>Recomendación clínica</i>	<i>Grado evidencia</i>
En población general adulta sin diagnóstico conocido de HTA, DM, dislipemias o enfermedad cardiovascular, a pesar de que la correlación entre dieta saludable, actividad física y la incidencia de enfermedad cardiovascular es fuerte, la evidencia que indica los beneficios para iniciar el consejo en Atención Primaria es pequeña. Los clínicos deben buscar el consejo selectivo para los pacientes susceptibles más que para la población general	C

41

PAPPS¹⁶

RECOMENDACIONES PAPPS
No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en Atención Primaria
Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la Dieta Mediterránea
Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

3.3. Descripción del proceso del consejo y educación individual

3.3.1. ¿Qué debe hacerse?

Esta intervención consiste en realizar una valoración de los patrones de alimentación y un consejo breve y/o educación individual sobre los aspectos concretos susceptibles de mejora que detectemos.

El objetivo diana es la población adulta y el fin es mejorar el patrón alimentario de las personas que no cumplen con las recomendaciones internacionales y reforzarlo en aquellas personas que sí las siguen.

En este sentido, debemos tener presentes las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales y de sociedades científicas, sin perder de vista que en ocasiones utilizan conceptos no cuantificables, como “limitar o moderar”, tratan temas sobre los que los consumidores no pueden disponer de información concreta, como las grasas trans¹⁷, o promueven porcentajes de consumo en términos como “Disminuir a menos de un 10% la ingesta calórica procedente de azúcares añadidos”, complejos de explicar y calcular.

Es por ello que debemos centrarnos en aspectos prácticos, en la reducción del consumo de azúcares, grasas y sal, fomentando el consumo de alimentos frescos y evitando en todo lo posible los procesados y las bebidas azucaradas.

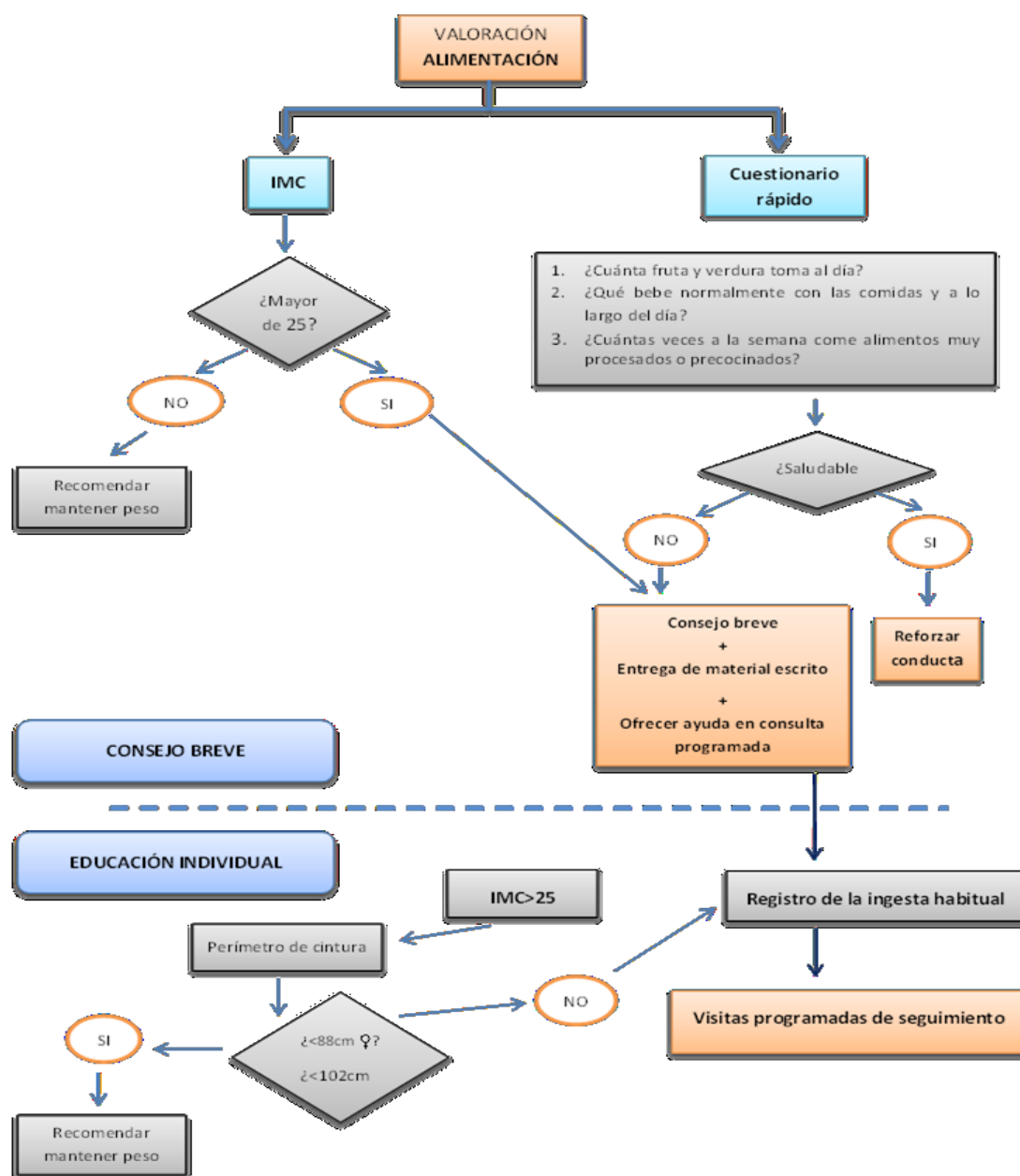
3.3.2. ¿Cómo debe hacerse?

El consejo breve de alimentación se realizará en la consulta del profesional de Atención Primaria, de Medicina o de Enfermería, cuando se identifique una oportunidad para abordarlo con el paciente.

La educación individual se realizará preferentemente por personal de enfermería de Atención Primaria de manera programada en varias sesiones.

A continuación, en la figura 6 se propone un algoritmo de actuación para abordar en la consulta el consejo y la educación individual sobre alimentación. En el diagrama de flujo, en EDUCACION INDIVIDUAL, debemos hablar, mejor, de “asesoramiento dietético intensivo”, y basarlo en el registro de ingesta y no en utilización del cuestionario de la dieta mediterránea.

Figura 6. Propuesta de pasos a realizar en la intervención sobre alimentación en Atención Primaria.



En este algoritmo se contemplan datos antropométricos como el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro abdominal¹⁸, objetivables y necesarios para la valoración del patrón de alimentación, ya que podemos considerar alimentación saludable a la que lo es tanto en términos cualitativos como cuantitativos, permitiendo orientar al profesional al realizar el consejo o la ayuda en consulta individual.

Con carácter general, se consideran válidos los datos obtenidos en un plazo no superior a los dos años.

3.3.3. ¿Cómo debe valorarse el patrón de alimentación?

Definir que es una alimentación saludable es realmente complejo. El estudio PREDIMED ha aportado pruebas claras de los beneficios de la dieta mediterránea, sin embargo, en un entorno cada vez más multicultural, debemos tener en cuenta que no es el único patrón saludable a considerar. Como patrimonio cultural y dados los irrefutables datos que avalan sus excelencias en la prevención primaria de las enfermedades crónicas, la dieta mediterránea debe fomentarse a nivel institucional y a través de la educación comunitaria, pero teniendo presente que no es la única opción saludable y que nuestro objetivo es aproximar los hábitos personales hacia opciones sanas.

Desde la perspectiva del consejo breve, nos centraremos en las acciones que tienen un impacto claro sobre la salud del individuo y que giran en torno a la reducción del consumo de grasas, sal y azúcares refinados, según la evidencia científica de la que disponemos en la actualidad.

Por todo ello, teniendo en cuenta el cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea (test extenso y exhaustivo sobre alimentación, muy justificado en otro tipo de intervenciones, pero muy difícil de utilizar en el contexto de un consejo breve) y las recomendaciones internacionales sobre alimentación, se proponen tres preguntas que faciliten y guíen la entrevista sobre alimentación en una consulta oportunista. Las preguntas propuestas giran en torno a la detección de los principales errores nutricionales en nuestra sociedad: un bajo consumo de fruta y verdura y un aumento de grasas, sal y azúcares refinados.

1. ¿Cuántas raciones de fruta y verdura come al día?
2. ¿Qué bebe normalmente con las comidas y a lo largo del día? (incluyendo zumos industriales)
3. ¿Cuántas veces a la semana come alimentos precocinados, procesados o bollería industrial?

Al abordar en consulta la alimentación, se debe tener en cuenta que no nos encontramos ante un problema de todo o nada como en el caso del tabaco o de disponibilidad de cuestionarios validados como en el caso del alcohol. En alimentación se observan patrones de consumo muy variados y más o menos saludables, casi todos ellos susceptibles de mejora.

Pregunta 1, fruta y verdura: la OMS y el MSSSI a través de la Estrategia NAOS, consideran un consumo mínimo de 5 raciones de fruta y verdura al día. La bibliografía reciente apoya la teoría de que a más consumo de fruta y vegetales, menor riesgo de

mortalidad por todas las causas y por enfermedad cardiovascular. Se ha observado un umbral, que está alrededor de 5 raciones al día, a partir del cual no hay una reducción adicional del riesgo. Esta relación significativa se ha encontrado para la mortalidad cardiovascular, pero no para el riesgo de cáncer, en el que la relación no ha sido firmemente establecida¹⁹.

CONTENIDO DEL CONSEJO BREVE: La presencia de fruta y verdura es de gran importancia en la dieta diaria. Lo más saludable es consumir 5 raciones al día, intentando aproximar nuestro consumo todo lo posible a esta cantidad.

1 ración de frutas = 120-200 g en crudo y limpio = 1 pieza de fruta mediana (pera, manzana, naranja, plátano, melocotón, pomelo, chirimoya, etc.)= 1 rodaja grande de melón, sandía o piña = 2-3 piezas de albaricoques, ciruelas, mandarinas, higos, nísperos, etc.,= 1 taza de fresas, cerezas, uvas, moras, etc.;

1 ración de verdura u hortaliza= 150-200 g en crudo y limpio = equivale a 1 plato normal de verdura u hortaliza cocinadas= 1 plato de ensalada variada= 1 berenjena= 1 tomate (grande)= 2 pepinos= 2 zanahorias.

45

Pregunta 2, bebidas. Se pretende identificar una de las grandes fuentes de consumo de azúcares refinados en la actualidad. Se debe preguntar por tanto también, de forma específica, sobre los zumos envasados.

¿Qué se considera saludable? “El consumo de agua”.

En el caso de que responda que consume algún tipo de bebida alcohólica (normalmente vino y/o cerveza) en las comidas, valorar este consumo tal como se recomienda en el apartado específico (Cribado e intervención breve, sobre consumo de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol, para población adulta en atención primaria).

CONTENIDO DEL CONSEJO BREVE: Se debe limitar el consumo de bebidas/alimentos altamente calóricos, considerando poco saludable su consumo diario habitual.

Pregunta 3, alimentos precocinados, procesados y bollería industrial. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud y las sociedades científicas, recomiendan limitar la ingesta del sodio y grasas, sustituir las saturadas por insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans.

El contenido del consejo breve se centra en responder a la pregunta ¿Cuánto se debe de reducir este consumo? Probablemente tanto como sea posible. Según un estudio sobre consumo de sal en España, el consumo medio de **SAL** en España se cifra en unos 9.8 gramos por persona y día, cuando las recomendaciones son no sobrepasar los 5 gramos²⁰.

Aquí el mensaje es claro: Solo el 8% de esa sal está presente en los alimentos, un 20% se debe a la sal que añadimos y el 72% es la sal añadida a los alimentos procesados. Por lo tanto, la clave está en incrementar el consumo de alimentos frescos y reducir los procesados.

En cuanto al consumo de **GRASAS**, se debe limitar el consumo de alimentos con alto contenido en grasas saturadas (carnes, embutidos, comidas preparadas, etc.). Cuando el alimento especifique que contiene aceites de coco o palma, se recomienda evitar la compra.

Respecto a las grasas trans*, se recomienda limitar a 2 gramos al día su consumo (para una dieta de 2000kcal), teniendo en cuenta que estas grasas se suelen emplear en la elaboración de la comida rápida, los dulces industriales (pastelería, galletas, helados, etc.), los alimentos precocinados y los snacks (patatas fritas de bolsa, chucherías, palomitas de microondas, etc.). Se recomienda evitar la compra de productos en los que conste la presencia de grasas hidrogenadas o parcialmente hidrogenadas.

*En los últimos años, en diferentes países y en concreto en España, la presencia de ácidos grasos trans en los alimentos, ha ido disminuyendo. No obstante, según un estudio de 2009²¹, siguen estando presentes en diferentes alimentos de comida rápida (hamburguesas, patatas prefritas), snacks, bollería industrial (donuts, pastelería, galletas), margarinas y sopas deshidratadas.

Este consejo se verá reforzado por **la entrega de información escrita**.

Además, se ofrecerá apoyo en consulta programada.

EDUCACIÓN INDIVIDUAL

En el contexto de una consulta de educación individual, se valorará la utilización de un cuestionario estandarizado más extenso, en este sentido se propone un registro de ingesta de al menos tres días (Figura 7), para poder conocer los hábitos dietéticos de la persona y así poder trabajar de forma más individualizada.

La educación alimentaria individual consiste en una serie de consultas programadas de unos 20 minutos de duración, centradas en el desarrollo de recursos y habilidades personales para la consecución de una alimentación más equilibrada y saludable²².

Figura 7. Propuesta de registro de ingesta.

Debe anotar **todo** lo que come y bebe a lo largo del día, si es posible, en el momento para no olvidar nada. Precisamos el registro de al menos 3 días, 2 entre semana y 1 en fin de semana, mejor de una semana completa. Apunte el lugar y la hora aproximada. No deje pasar el día sin haber registrado, es más fácil que no recuerde todo lo que comió. No cambie su forma habitual de comer. Por favor, sea sincero: si come algo que sepa que no debe, apúntelo también. No olvide apuntar el azúcar, pan, aceite, tapas, refrescos, bebidas alcohólicas, dulces, chocolates, frutos secos, patatas fritas. Indique si un alimento es precocinado o procesado.

Nombre:

Fecha:

	Alimento	Cantidad	Modo de preparación
Desayuno			
Media mañana			
Comida			
Merienda			
Cena			
Picoteo			

En el contexto de atención primaria se debe tener en cuenta, dentro del abordaje de una alimentación saludable, que la educación grupal tiene un papel importante.

3.3.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?

El consejo sobre alimentación en población adulta general, debería realizarse al cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.

Se establecerá un recordatorio en la historia clínica para facilitar el seguimiento.

3.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alimentación

La información recogida en la reunión del Grupo Específico de CCAA de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención permitió identificar el uso de diferentes términos como dieta equilibrada, dieta adecuada o inadecuada, dieta mediterránea, alimentación equilibrada, alimentación correcta, etc. para referirse al factor de la alimentación. Por otro lado se observa que éste se encuentra relacionado en la mayoría de historias con los protocolos de atención a la cronicidad o con los de actividades preventivas.

La valoración del patrón se realiza por consumos semanales, diarios, se pregunta por variedad, tipos, frecuencia de alimentos consumidos, especificando horarios. Se intenta recoger información, que en muchos casos requiere de entrevistas largas y con resultados que en ocasiones pueden ser de dudosa validez. Este es el caso del cálculo de calorías/día totales, lo que plantea cuestiones acerca de los criterios que los profesionales aplican para un cálculo tan complejo.

Se utilizan diferentes test como el PREDIMED, la valoración del estado nutricional MNA (Mini Nutritional Assessment), o la valoración nutricional subjetiva VNS. Algunos cuestionarios contienen ítems que no están bien definidos, como “¿Desayuna correctamente?” “¿Consume bollería industrial con excesiva frecuencia?” “¿Consume bebidas blandas en exceso?”

En los casos en que se recoge la intervención realizada, sólo se registra si se ha dado consejo o no, sin especificar el contenido de los mismos.

3.5. Bibliografía

1. UE. Libro Blanco para una Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. 2007. Comisión de las Comunidades Europeas.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_es.pdf
2. Consejos para una Alimentación Saludable. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

(semFYC)

http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/guia_alimentacion.pdf

3. Resolución WHA57.17 Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud, 2004.
<http://www.who.int/dietphysicalactivity>
4. WHO. European action plan for food and nutrition policy 2007-2012. Regional office for Europe. (2007).
5. WHO. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020. Regional office for Europe. (2014).
6. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad. 2007. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN:ES:PDF>
7. Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS). Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad y Consumo, febrero de 2005. Disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
8. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention - Reducing the Risk of Cancer With Healthy Food Choices and Physical Activity (<http://www.cancer.org/index>)
9. Eckel RH, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. Published online November 12, 2013. Disponible en: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437740.48606.d1.citation>
10. Ramón Estruch, Emilio Ros, Jordi Salas-Salvadó et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. N Engl J Med 2013;368:1279-90.
11. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. CEIPC 2008 [Spanish Adaptation]. Aten Primaria. 2009 Aug; 41(8):463.e1-463.e24. doi: 10.1016/j.aprim.2008.10.024. Epub 2009 Jul 15.
12. WHO. Interventions on diet and physical activity: what works: summary report.
13. ICSI. Health Care Guideline: Healthy Lifestyle) Kottke T, Baechler C, Canterbury M, Danner C, Erickson K, Hayes R, Marshall M, O'Connor P, Sanford M, Schloenleber M, Shimotsu S, Straub R, Wilkinson J. Institute for Clinical Systems Improvement. Healthy Lifestyles. Updated May 2013.
www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm
14. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludable en atención primaria de salud. Informe de Evaluación. OSTEBA. Marzo 2008.

15. USPSTF - Moyer, V. A., on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral counseling interventions to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*.2012; 157: 367-372.
16. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014; **46**(Supl 4):16-23. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90331113&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=21&accion=L&origen=zona_delectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v46nSupl.4a90331113pdf001.pdf
17. S. Stender, A. Astrup, J. Dyerberg. Industrial trans fat in popular foods is still a health issue in europe: a market basket investigation. *European Heart Journal* (2014) 35 (Abstract Supplement), 399.
18. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Bes-Rastrollo M, Bulló M, et al. (2014) Obesity Indexes and Total Mortality among Elderly Subjects at High Cardiovascular Risk: The PREDIMED Study. *PLoS ONE* 9(7): e103246. doi:10.1371/journal.pone.0103246.
19. Xia Wang, Yingying Ouyang, Jun Liu, Minmin Zhu, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* 2014;349:g4490.
20. Rosa M. Ortega, Ana M. López-Sobale et al. Estimation of salt intake by 24 h urinary sodium excretion in a representative sample of Spanish adults. *British Journal of Nutrition* (2011), 105, 787–794. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8098263>
21. P.-M. Fernández-San Juan. Trans fatty acids (tFA): sources and intake levels, biological effects and content in commercial Spanish food. *Nutr Hosp*. 2009;24(5):515-520.
22. Estilos de Vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual. Gobierno de Navarra.

4. INTERVENCIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 4.1. Eficacia de la intervención. Recomendaciones
- 4.2. Descripción del proceso de consejo
 - 4.2.1. ¿Qué debe hacerse?
 - 4.2.2. ¿Cómo debe hacerse? (herramienta de cribado/algoritmo)
 - 4.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?
- 4.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y tabaco
- 4.4. Bibliografía

Por sus características y dimensiones actuales, el tabaquismo es el problema sanitario que mayor mortalidad y morbilidad causa en España^{1, 2}. Dejar de fumar probablemente es lo más importante que un fumador puede hacer por su salud, es beneficioso tanto a nivel individual, como comunitario³. Según demuestran diferentes estudios, la supervivencia de las personas que dejan de fumar comparada con la de aquellas que siguen haciéndolo, es mayor cuanto antes se abandone el tabaco⁴.

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, desaprender una conducta y modificar la influencia del entorno.

La adicción al tabaco es una condición clínica crónica, difícil de superar, si no se dispone del apoyo y del tratamiento adecuado, ya que anualmente, sólo entre un 3 y un 5% de quienes fuman y realizan intentos de cesación, lo consiguen con éxito. Estas cifras se pueden aumentar sustancialmente si los profesionales sanitarios ayudan a sus pacientes a dejar de fumar. Hay que considerar que alrededor del 70% de las personas que fuman refieren el deseo de dejar de fumar, y un 27,4% lo ha intentado en el último año¹.

Se estima que un 70% de la población acude a su consulta de medicina de familia al menos una vez al año, y que las personas que fuman lo hacen con una frecuencia mayor que las que no fuman. Este hecho ofrece una importante oportunidad para

* Definición de fumar: Según OMS, fumador es aquel que ha fumado un cigarrillo al día durante el último mes. A efectos de intervención para dar un consejo de salud, se priorizará a los fumadores diarios sobre aquellos que fuman de forma ocasional, o de fin de semana.

promover la intención de dejar de fumar y proporcionar ayuda eficaz a quienes han decidido intentarlo¹.

4.1. Eficacia de la intervención. Recomendaciones.

El consejo antitabaco a la persona fumadora, en el contexto de la atención sanitaria rutinaria, es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo, existiendo una fuerte relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención para dejar de fumar y los resultados obtenidos, existiendo evidencia de que a mayor intensidad se producen tasas más altas de éxito¹.

A continuación se muestran las recomendaciones de la USPSTF y el PAPPS para el abordaje del tabaquismo.

Recomendaciones de la USPTF⁵ para el abordaje del tabaquismo

Recomendación clínica	Grado de recomendación
Preguntar por el consumo de tabaco a todos los adultos y proporcionar intervenciones para el abandono del tabaco a los fumadores.	A

52

Recomendaciones PAPPS⁶ sobre consumo de tabaco

Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica (recomendación grado A de la USPSTF). La periodicidad mínima de esta detección 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.

Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar. (Recomendación grado A de la USPSTF).

4.2. Descripción del proceso de consejo y educación individual

4.2.1. ¿Qué debe hacerse?

Esta intervención consiste en preguntar y en registrar en la historia clínica el consumo de tabaco en personas adultas que acuden a consulta en un Centro de Salud. Una vez detectadas las personas que fuman, todas deberían recibir un consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco y una oferta de ayuda para aquellos que deseen dejar de fumar.

A aquellos fumadores que no quieren dejar de fumar en el momento actual, se les debería motivar para el abandono del tabaco mediante técnicas de entrevista motivacional. Para los que no quieran hacer un intento de abandono, se les debería animar a fumar lo menos posible, ya que una reducción del consumo se ha asociado con un posterior cese. Conviene explicar los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco en las personas no fumadoras con la finalidad de concienciarles y prevenir el tabaquismo pasivo¹.

A aquellos fumadores que quieren hacer un intento de abandono del tabaco, el personal sanitario debe ofrecerle ayuda mediante educación para salud individual y/o grupal, y proveerles de capacidades personales para el abandono del mismo. También informarles de otros recursos disponibles como materiales educativos, líneas telefónicas y recursos online.

Se aconseja hacer un seguimiento del paciente fumador, tanto del que no quiere dejar de fumar, como del que está intentando dejar su adicción.

- Preguntar consumo de tabaco medido en cigarrillos día.
- Aconsejar dejar de fumar
- Preguntar sobre intención de dejar de fumar e intervenir según esté dispuesto o preparado a dejar de fumar.
- Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado para el abandono del tabaco, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar (recomendación grado A de la USPSTF).

4.2.2. ¿Cómo debe hacerse?^{7,8}

Esta intervención será realizada de forma oportunista por profesionales sanitarios, tanto de medicina de familia, pediatría, enfermería, dentistas, matronas, como otros, que trabajan en el ámbito de la Atención Primaria.

El tabaco es el factor de riesgo de los aquí tratados, sobre el que más experiencia se tiene en su abordaje en atención primaria. Esto ha dado lugar a la existencia de distintos protocolos para intervenir sobre este factor. En este documento se propone un algoritmo de actuación sencillo y que está en línea con las recientes recomendaciones del PAPPS.

Además, pueden ser de interés las recomendaciones del Documento de Consenso para la Atención Clínica al Tabaquismo en España¹ y otros protocolos de intervención, como el de intervención usando “*metodología 1, 15, 30 para el abordaje del tabaquismo en tiempo real*”³. Esta última es una propuesta que está programada en tres consultas, en las que se llevan a cabo acciones diagnósticas y terapéuticas y que en total, no lleva más de 30-40 minutos. Las acciones diagnósticas consisten en hacer un correcto diagnóstico del tabaquismo mediante la realización de una breve historia de tabaquismo. Las acciones terapéuticas consisten en evitar el padecimiento de los síntomas del síndrome de abstinencia, principal causa de recaída, y el tratamiento de la dependencia psicológica del tabaco.

54

Entre las personas fumadoras, a muchas les falta la motivación suficiente para hacer un intento de abandono del tabaco. Una intervención que puede aumentar el número de fumadores que hacen un intento de abandono, y que consiguen dejar de fumar, es la entrevista motivacional. Este tipo de entrevista es aquella que, centrada en la persona fumadora, trata a desarrollar sus propias habilidades, con vistas a animarle al cambio respecto a un estilo de vida no saludable, ayudando a los pacientes a explorar y resolver su ambivalencia respecto a su conducta.

Es necesario tener en cuenta los factores sociales, culturales y ambientales que favorecen un entorno favorable a la cesación. Las políticas de salud pública, tales como las medidas legislativas frente al tabaquismo, están ayudando a que las intervenciones clínicas resulten mucho más efectivas.

El asesoramiento más eficaz para ayudar a dejar de fumar consiste en el aumento de la motivación del fumador personalizando los riesgos y costos del consumo de tabaco (consecuencias del tabaco en su salud, en la economía personal, o cómo afecta a su familia). El asesoramiento también es una oportunidad para analizar los obstáculos y barreras en el intento de abandono del tabaco, y buscar habilidades para evitar o manejar los deseos de fumar cuando se está intentando el abandono.

Además, el personal sanitario debería aconsejar y asesorar a la persona fumadora sobre las dificultades y retos que el abandono del tabaco supone. Por ejemplo, puede ser un buen momento para promover una alimentación saludable por el miedo a coger

peso cuando se deja el tabaco. En un abordaje posterior y si es necesario, para evitar recaídas, se podría abordar el consumo de riesgo o nocivo/perjudicial de alcohol.

CONSEJO BREVE

El consejo debe ser:

- **Claro:** Es importante que deje de fumar, y podemos ayudarle.
- **Directo:** como su médico/enfermera debe saber que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer por su salud.
- **Personalizado:** relacionar el consejo con los problemas de salud presentes, el coste que representa la compra de tabaco y el impacto en la salud de otras personas.

EDUCACIÓN INDIVIDUAL

La educación individual para ayudar a dejar de fumar incluye contenidos centrados en la preparación al cese, otros centrados en el cese y otros en su mantenimiento⁹.

Consejos para dejar de fumar:

- Expresar sus vivencias y experiencias respecto a fumar y dejar de fumar.
- Fijar una fecha de abandono: idealmente de 2-3 semanas.
- Comunicar decisión al entorno próximo, buscando apoyo y comprensión.
- Anticipar dificultades en el abandono del tabaco y pensar en cómo superarlas.
- Retirar del entorno todos los productos que recuerden al tabaco.
- Discutir con el fumador posibles retos a superar en el intento de abandono del tabaco como son el estrés, el consumo de alcohol, la convivencia con fumadores o la ganancia de peso. Pedirle que piense en cómo evitarlos o afrontarlos. Poner énfasis en una alimentación sana y un estilo de vida activo.
- Recomendar abstinencia total: “no se puede permitir ni un solo cigarrillo en su intento de abandono”.
- Analizar intentos previos de abandono: qué ayudó y qué perjudicó.

Medicación. Existen terapias farmacológicas coste-efectivas para abordar la deshabituación tabáquica que pueden ofrecerse a aquellos fumadores con voluntad de cese. El profesional sanitario debería informar a la persona fumadora de los beneficios y los riesgos asociados con la terapia farmacológica disponible para ayudar a dejar de fumar, y consensuar con ella la más adecuada a su circunstancia.

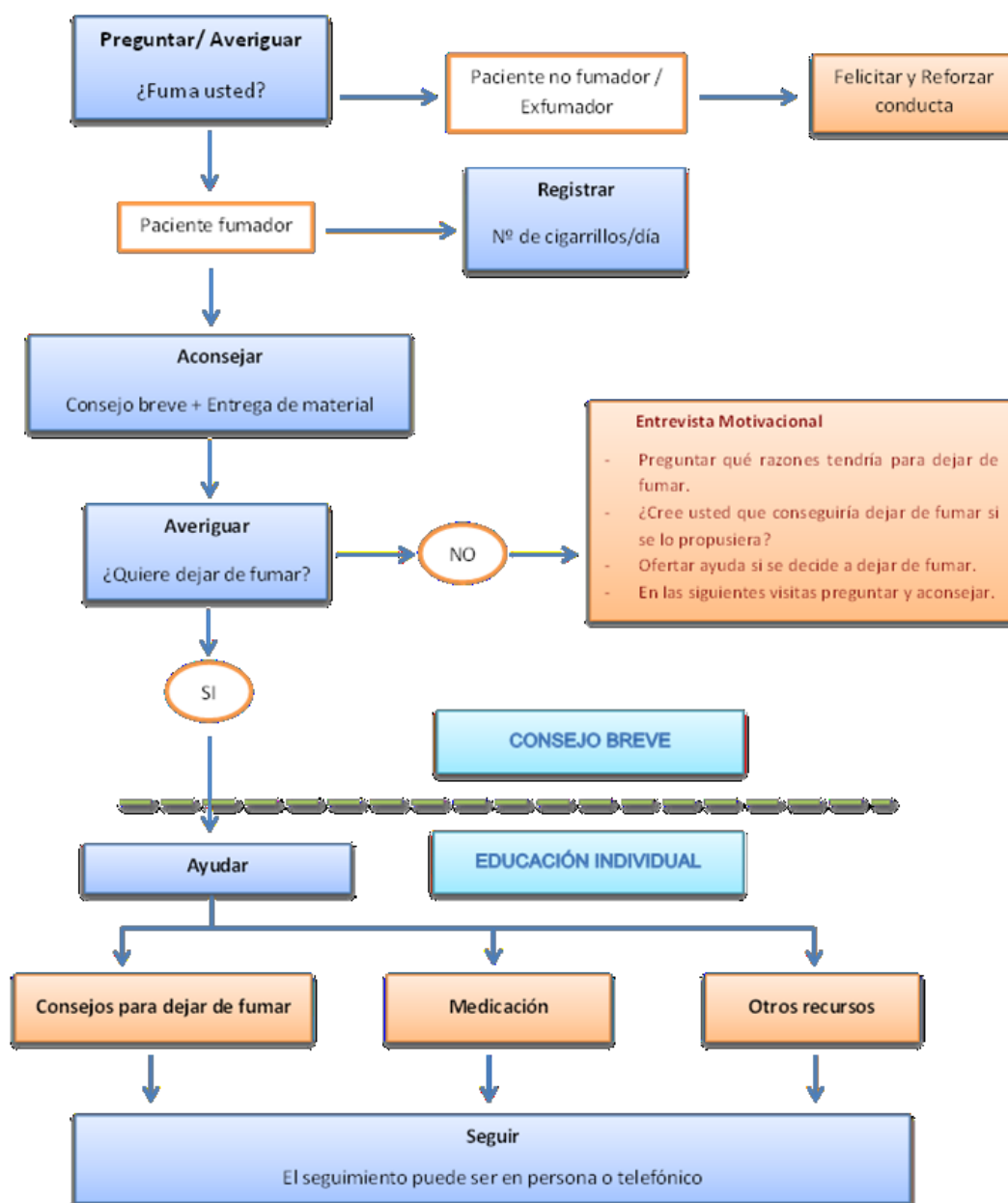
- Terapia sustitutiva con nicotina.
- Bupropion.
- Vareniclina.

Otros recursos:

- Líneas telefónicas.
- Recursos Web.

En la Figura 8 se desarrolla el algoritmo de actuación que se propone para abordar el consumo de tabaco en las consultas de atención primaria.

Figura 8. Propuesta de pasos a realizar en la intervención sobre tabaco en Atención Primaria.



4.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?

La periodicidad mínima de esta intervención 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.

4.3. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y tabaco

El abordaje del factor tabaco se realiza en la mayoría de CCAA mediante el registro de si es o no fumador, fecha de inicio, nº cigarrillos/día, nº paquetes/año, tipo de tabaco fumado, etc. Se pregunta si se está planteando dejarlo y se acuerda una fecha.

Existe controversia sobre la utilidad del registro del índice de paquetes de tabaco/año en la intervención sobre fumadores. Algunos protocolos recomiendan preguntar año de inicio de consumo, total de años fumando y cantidad fumada para medir de manera automática el índice paquetes /año.

La mayoría de CCAA registra el estadio del cambio en la que se encuentra la persona.

Se han podido identificar en relación al factor tabaco 3 test en las historias clínicas de atención primaria de las CCAA (test de Fargestrom, test de Richmond y test de Glover Nisson), que en todo caso deben de tener un valor añadido, pero nunca sustituir a la intervención propuesta.

El plan terapéutico y el seguimiento se realizan y se registran de diferentes maneras de una Comunidad a otra.

4.4. Bibliografía

1. Camarelles F, Dalmau R, Clemente L, Díaz-Maroto JL Muñoz, Lozano A, Pinet MC y 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; 140:272.e1-e12. - vol.140 núm 06.
2. Regidor E, Gutiérrez, Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
3. Gascó P, Camarelles F. Mejorando la capacidad resolutoria. Abordaje del tabaquismo en tiempo real (metodología 1-15-30). AMF 2011;7 : 402-410.
4. 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. Disponible en:

<http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf> (acceso marzo 2014).

5. Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009;150:551-55. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/tobacco/tobaccors2.htm> (Acceso marzo 2014).
6. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2014; 46(Supl 4):16-23. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90331113&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=21&accion=L&origen=zona_delectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v46nSupl.4a90331113pdf001.pdf
7. Camaralles F, Mataix J, Cabezas C, Lozano J, Ortega G et al. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. Barcelona 2011. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: http://www.semanasinhumo.es/upload/file/Guia_bolsillo_tabaquismo_2011_2.pdf (acceso marzo 2014).
8. Fiore MC et al. A Clinical Practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public health Service Report *Am J Prev Med* 2008;35(2). Disponible en: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08.pdf (Acceso noviembre 2014).
9. Pérez MJ, Echaury M, Ancizu E, Chocarro J, Instituto de salud pública, Sección de Promoción de la Salud: Manual de Educación para la Salud, Ed. Gobierno de Navarra 2012 reimpr.

5. CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE, SOBRE CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL, PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 5.1. Recomendaciones para la prevención del consumo de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol en atención primaria
- 5.2. Efectividad del cribado e intervención breve en atención primaria (AP)
- 5.3. Descripción del proceso
 - 5.3.1. ¿Qué debe hacerse?
 - 5.3.2. ¿Cómo debe hacerse? (herramienta de cribado/algorithm)
 - 5.3.3. ¿Cómo debe valorarse el patrón de consumo?
 - 5.3.4. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?
- 5.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alcohol
- 5.5. Bibliografía

59

5.1. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL EN ATENCIÓN PRIMARIA

El alcohol está implicado en una muy amplia variedad de problemas de salud física y mental de manera dosis-dependiente, representando una gran carga social y familiar. Los profesionales de atención primaria tienen la oportunidad de identificar mediante cribado sistemático a los consumidores de riesgo e intervenir a través de un consejo breve.

La **Estrategia Mundial para reducir el uso perjudicial/nocivo de alcohol¹** y el **“European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020”²**, de la OMS:

- inciden en los beneficios de la implantación del cribado y la intervención breve en AP
- recomiendan a los gobiernos que pongan al servicio de los profesionales la formación, los materiales y los incentivos necesarios para llevarlo a cabo.

La **Estrategia de la UE para ayudar a los EEMM a reducir los daños relacionados con el alcohol**³ ha sido el marco común de actuación hasta el año 2012:

- recomienda a los EEMM la puesta en marcha de las mejores buenas prácticas para reducir el impacto negativo del consumo perjudicial/nocivo y de riesgo de alcohol, entre otras, el consejo dado por los profesionales de AP a las personas en situación de riesgo.

En España, en la **1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la práctica clínica en España**⁴, se consensuaron unos puntos clave y recomendaciones en el documento “Prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol”:

Puntos clave

- La identificación precoz de los consumidores de riesgo es la piedra angular de las intervenciones preventivas en alcohol desde el ámbito sanitario.
 - El cribado sistemático es la estrategia más adecuada para identificar precozmente los consumidores de riesgo.
 - Los instrumentos estandarizados (cuestionarios) son los que ofrecen mayores garantías para realizar correctamente el cribado.
-

60

Recomendaciones

1. El Audit-C es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario.
 2. El Audit es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario.
 3. Los marcadores biológicos no deben ser utilizados como instrumentos de cribado, aunque pueden ser útiles en el manejo clínico de los pacientes.
 4. Los instrumentos de cribado deberán ser incorporados sistemáticamente en las historias clínicas informatizadas.
-

5.2. EFECTIVIDAD DEL CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE EN ATENCIÓN PRIMARIA

CRIBADO:

Aunque el cribado del consumo de riesgo puede realizarse en la práctica totalidad de los ámbitos asistenciales, la mayor evidencia sobre su efectividad procede de la AP.

Recomendaciones del PAPPS en cribado de alcohol⁵

El cribado debe realizarse como mínimo cada dos años en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad	
POBLACIONES TRIBUTARIAS DE INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN
ADULTOS	B

Las intervenciones en A.P en personas de 20 a 75 años son útiles para reducir el consumo de alcohol en 3-9 (30-90 gramos) unidades/semana y este efecto dura de 6 a 12 meses.

CONSEJO /INTERVENCIÓN BREVE^{6,7,8}:

Actualmente, existe una fuerte evidencia de la efectividad del consejo médico en contexto de la consulta de AP sobre la disminución del consumo de alcohol.

Revisión realizada por la **USPSTF** sobre la eficacia del consejo terapéutico en atención primaria para la reducción del consumo del alcohol, con consumidores adultos no dependientes:

- las intervenciones efectivas para reducir los consumos de riesgo y perjudiciales/nocivos consistirán en un consejo simple y estructurado, de unos minutos de duración.
- las intervenciones breves o muy breves, son las que con mayor facilidad y viabilidad, pueden incorporarse a las condiciones rutinarias de atención primaria.

La intervención breve para reducir el consumo de alcohol en personas que presentan consumo de riesgo, ha demostrado ser efectiva para reducir este consumo y la morbi-mortalidad que ocasiona, por lo que todos los profesionales sanitarios deberían realizarla. Además, se encuentra entre las intervenciones médicas más baratas que conducen a una mejora en la salud.

La **Organización Mundial de la Salud** estima que la intervención breve desde Atención Primaria sobre el consumo de alcohol^{9,10}:

- evita enfermedades y muertes prematuras
- es la intervención sanitaria más coste-efectiva, sólo por detrás de la intervención sobre el consumo de tabaco

Cada vez hay más evidencia del papel relevante de la enfermería en la identificación de bebedores de riesgo y la intervención breve¹¹. Por regla general, se recomienda que todo el equipo de atención primaria se implique en los programas de intervención

breve y que en cada equipo se definan las responsabilidades que asumen los distintos profesionales¹².

Una **Revisión Cochrane**¹³ de 2007 concluye:

- en general, las intervenciones breves disminuyen el consumo de alcohol
- la intervención breve para el consumo de alcohol en el ámbito de la AP da lugar a reducciones significativas del consumo semanal para los hombres, con una disminución promedio de cerca de 6 UBE por semana en los pacientes, comparados con los controles

5.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CONSEJO BREVE

5.3.1. ¿Qué debe hacerse?

Esta intervención consiste en una valoración del patrón de consumo de alcohol de cualquier persona adulta que acuda a consulta y responda “sí” a la pregunta de si bebe alcohol. Esta valoración irá seguida de un consejo breve o educación individual si es preciso.

Se realizará mediante una herramienta o test adecuado para ello, ya que si sólo se hace una cuantificación del consumo semanal de bebidas alcohólicas, se quedarán sin detectar consumidores de riesgo que tienen un patrón de consumo intensivo (binge drinking) por ejemplo, durante el fin de semana.

5.3.2. ¿Cómo debe cribarse el consumo de riesgo?

Se propone la utilización del test AUDIT-C¹⁴, que es el instrumento abreviado del AUDIT y que ha tenido muy buenos resultados para identificar a los bebedores de riesgo en atención primaria. Incluye las tres preguntas sobre consumo de riesgo del AUDIT. Ha sido validado en España y ha demostrado una sensibilidad y especificidad similar a éste en la detección de bebedores de riesgo.

AUDIT-C

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

Punto de corte para el consumo de riesgo: 5 o más puntos en varones y 4 o más en mujeres

El AUDIT¹⁵ es una prueba de cribado de alcohol desarrollada por la OMS para detectar el consumo de riesgo y la posible dependencia al alcohol. En España se ha traducido y varios autores lo han validado¹⁶, se ha observado una sensibilidad algo menor en mujeres.

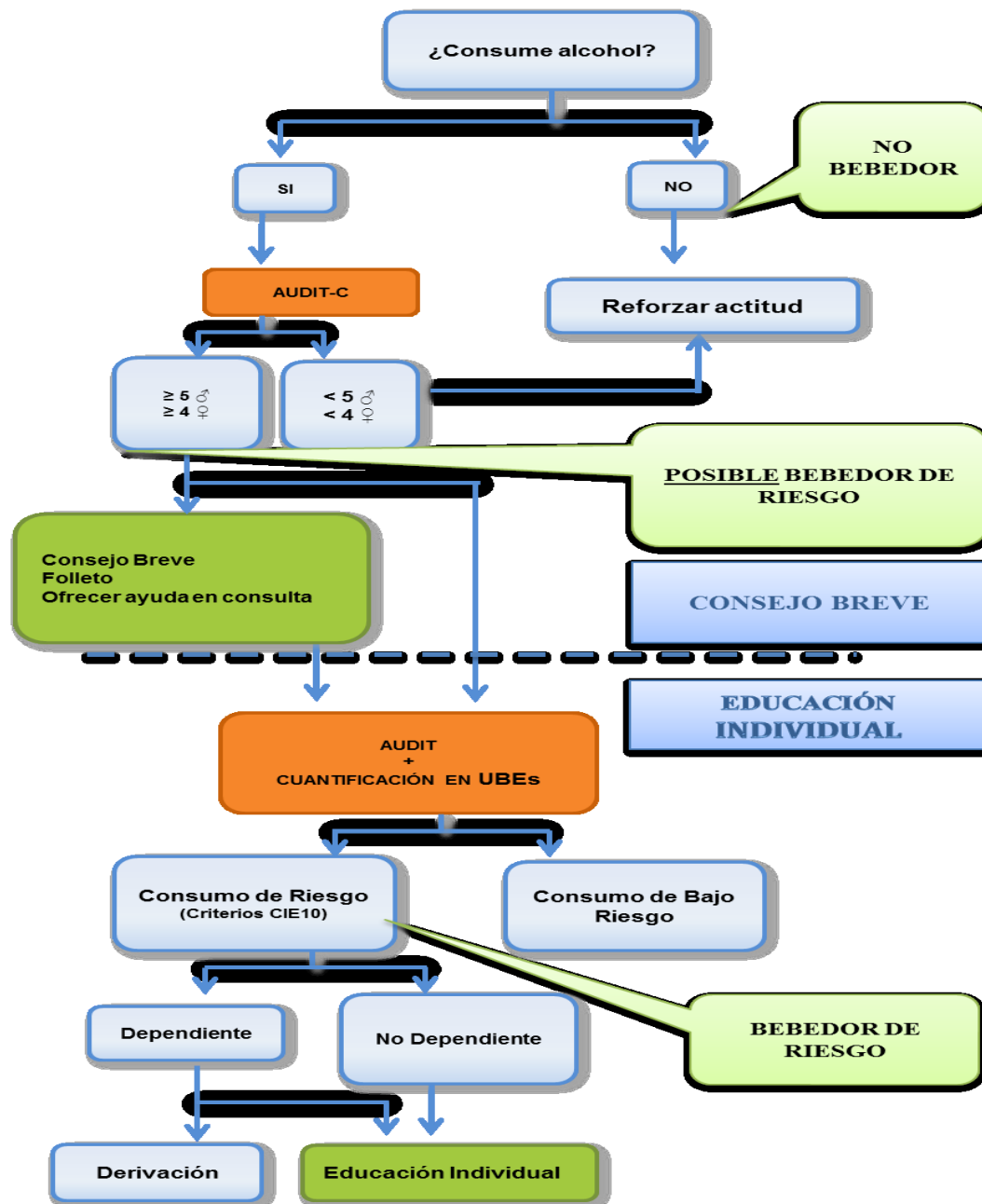
AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior?
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?

Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más puntos en varones, 6 o más en mujeres

La intervención se realizará en la consulta del profesional de AP, tanto de medicina como de enfermería. El modelo de intervención recomendada en la figura 9, se basa en el modelo de las 5Aes.

Figura 9. Propuesta de pasos para realizar el abordaje del consumo de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol en atención primaria.



*El valor de una UBE en España¹⁷ se establece en 10 gr de alcohol y equivale a:

- 1 copa de vino o cava (100 ml)
- 1 cerveza (250 ml)
- ½ copa de licor (25 ml)

Consejo breve

Consistirá en un consejo simple y estructurado, de minutos de duración.

- Se pregunta de manera cercana y nunca culpabilizadora por el consumo de alcohol que realiza.
- En caso negativo se refuerza la actitud. Si es menor de edad se le informa de los beneficios de no comenzar a consumir alcohol hasta los 18 años. Si no ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, lo clasificaremos como ABSTEMIO.
- En caso positivo, se realiza el cribado del consumo de riesgo con el AUDIT-C.
- Si la puntuación del AUDIT-C indica que la persona puede estar realizando un consumo de riesgo:
 - Se dará un consejo breve de minutos de duración, dirigido a que reduzca o modifique este consumo, por las consecuencias que tiene. Este consejo incluirá información sobre los peligros de conducir o montarse en un coche con una persona que conduzca bajo los efectos del alcohol, sobre la influencia del alcohol si realiza actividades laborales de riesgo o sobre las posibles interacciones con fármacos.
 - Se reforzará este consejo con la entrega de material escrito.
 - Se ofrecerá más ayuda en una consulta programada para realizar educación individual.

65

Educación individual¹⁸

- Se realiza cribado con AUDIT (ver anexo 5.3)
- Se cuantifica el consumo diario y semanal en Unidades de Bebida Estándar (se puede proponer calculadora para facilitarlo).
- En función del resultado de lo anterior, podremos clasificar al paciente en:

CONSUMO DE BAJO RIESGO. Si cumple **todos** estos criterios:

- AUDIT 0-7 en hombres, 0-5 en mujeres
- ≤ 4 UBEs/día en hombres y 2-2,5 UBEs/día en mujeres
- ≤ 28 UBEs/semana en hombres y 17 UBEs/semana en mujeres
- < 6 UBEs por ocasión en hombres y < 4 UBEs por ocasión en mujeres

CONSUMO DE RIESGO. Si cumple **alguno** de estos criterios:

- AUDIT > 7 en hombres y > 5 en mujeres
- > 4 UBEs/día en hombres y 2-2,5 UBEs /día en mujeres
- > 28 UBEs/semana en hombres y 17 UBEs/semana en mujeres
- ≥ 6 UBEs por ocasión en hombres y ≥ 4 UBEs por ocasión en mujeres.

- Al consumidor de bajo riesgo se le informará sobre sus niveles de consumo y el riesgo de sobrepasarlos.
- Una vez que se ha detectado a una persona con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, el siguiente paso consistirá en valorar signos y síntomas que apunten a una posible dependencia, como el temblor de manos, la aparición de vasos sanguíneos en el rostro y cambios en las mucosas (conjuntivitis y glositis). Una puntuación de 20 o más en el AUDIT es indicativa de dependencia del alcohol, aunque puntuaciones menores también pueden significar dependencia. El diagnóstico es un paso necesario tras una alta puntuación. La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), descrita en la tabla 10, proporciona pautas detalladas para el diagnóstico del síndrome de dependencia del alcohol.
- Tras esta valoración podremos clasificar en:
 - CONSUMO DE RIESGO CON DEPENDENCIA
 - CONSUMO DE RIESGO SIN DEPENDENCIA
- Aunque habitualmente el abordaje del paciente con síndrome de dependencia alcohólica suele realizarse desde otro nivel, atención primaria tiene un papel clave a lo largo de este proceso; primero identificando a estos pacientes, segundo interviniendo para que la derivación sea eficaz y por último apoyando al paciente mediante un seguimiento a lo largo de este duro proceso.
- Abordaje del CONSUMO DE RIESGO SIN DEPENDENCIA:
Se debe tener en cuenta que el valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo del patrón de consumo y el tipo de bebida consumida habitualmente.

El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de cribado para modificar estas pautas.

A continuación se presenta de forma resumida la intervención que puede derivarse en función de esta puntuación:

Nivel de Riesgo	Intervención	Puntuación del Audit
Zona I	Información y refuerzo	0-7
Zona II	Consejo breve	8-15
Zona III	Consejo breve extendido	16-19
Zona IV	Valorar derivación	20-40

a) Zona de riesgo II. Personas con consumo de riesgo.

Estas personas presentan un riesgo de patologías crónicas debido al consumo habitual de alcohol por encima del recomendado y/o un riesgo de lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o problemas sociales debidos a episodios de intoxicación aguda. Se les realizará un consejo simple de pocos minutos de duración.

Se debe prestar atención al número de UBEs consumidas al día o a la semana. Una persona que declare uno o más episodios de consumo intensivo de alcohol en el último año, debería recibir consejo para evitar beber hasta la intoxicación.

b) Zona de riesgo III. Personas con consumo perjudicial.

Los personas en esta zona de riesgo probablemente serán bebedores con consumo perjudicial, que han experimentado problemas de salud físicos y mentales debidos al consumo y/o han experimentado lesiones, violencia, problemas legales, pobre rendimiento laboral o problemas sociales debidos a la intoxicación frecuente. Existe la denominada intervención breve extendida que consiste en una sesión más compleja o extensiva de tipo motivacional de 20- 30 minutos de duración y sesiones de seguimiento (educación individual). El objetivo de esta intervención es motivar a las personas a cambiar su conducta explorando con ellos las causas de su comportamiento e identificando razones positivas para cambiar.

A continuación, se describen una serie de consejos prácticos para la reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente.

- Defina un límite por día, por semana y por ocasión.
- Monitorice los hábitos de bebida para saber qué cantidad se bebe.
- No beba nunca en ayunas.
- Intente restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beber sólo durante las comidas.
- Beba lentamente. No mantenga el vaso en la mano entre cada sorbo.
- No deje la botella a mano para la próxima copa.
- Cambie de tipo de bebida de vez en cuando (bebidas no alcohólicas).
- Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes.
- Disfrute de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando.
- Evite beber antes de las comidas.
- Si bebe diariamente, haga "pausas" en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 ó 5 días cada mes.
- Practique el rechazar bebidas y decida no beber en algunas ocasiones.
- No se sume a todas las "rondas" ni fuerce a beber a los demás.
- No sobrepase diariamente el consumo de alcohol equivalente a 1/2 litro de vino.
- No beba en situaciones de riesgo (embarazo, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos).

5.3.3. ¿A quién debe de ir dirigido el cribado de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol?

68

- Personas adultas atendidas por un profesional sanitario en el Centro de Salud.
- También deberá realizarse:
 - Antes de prescribir fármacos que interaccionen con el alcohol.
 - En respuesta a problemas que pueden estar relacionados con el consumo perjudicial/nocivo de alcohol.
 - Personas con comorbilidades que puedan verse afectadas por el consumo de alcohol.
 - Especial atención en fumadores y personas con trabajos que requieran concentración, habilidad o coordinación (ej. conducción).

5.3.4 ¿Cada cuánto debe de realizarse?

El cribado debe hacerse como mínimo cada 2 años en toda persona mayor de 14 años sin límite superior de edad.

5.4. Historia clínica de atención primaria en las CCAA y alcohol

La variabilidad en relación al abordaje del consumo de alcohol en atención primaria, se aprecia en distintos aspectos, tales como los conceptos básicos acordados internacionalmente o las herramientas de cribado del consumo de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol, la cuantificación del consumo, los indicadores etc.

Así vemos que los episodios de consumo intensivo de alcohol, definidos por la OMS, la UE y consensuados en nuestro país en encuestas como la ENSE o EDADES y ESTUDES, como la ingesta de más de 60 g de alcohol en un periodo corto de tiempo, en algunas historias se define como la ingesta de más de 80g. En ocasiones se usan términos no recomendados por la OMS como “abuso de alcohol crónico”, “abuso de alcohol agudo”, “bebedor moderado” o “bebedor problema”.

Respecto a las herramientas de cribado utilizadas, también se ha podido comprobar una gran variabilidad, ofreciendo al profesional varios test a su criterio: AUDIT, CAGE, MALT.

En relación a los indicadores también existe variabilidad, se miden aspectos diferentes del consumo, en algunos casos sólo referidos a enfermedad y en otros, utilizando para definir el indicador, términos no recomendados.

5.5. Bibliografía

1. World Health Organization (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf
2. World Health Organization Regional Office for Europe (2012). European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1
3. Comisión de las Comunidades Europeas (2006). Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados Miembros a reducir los daños relacionados con el alcohol. Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com\(2006\)0625_/com_com\(2006\)0625_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2004_2009/documents/com/com_com(2006)0625_/com_com(2006)0625_es.pdf)
4. Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Grupo de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2014;46(Supl 4):16-23. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=90331113&

- [pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=21&accion=L&origen=zona_delectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v46nSupl.4a90331113pdf001.pdf](#)
6. Thomas F. Babor., John C. Higgins-Biddle. Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A manual for use in primary care. WHO.
 7. Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Departamento de Salud del Gobierno de Cataluña: Barcelona. Disponible en:
<http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>
 8. Gual, A., Anderson, P., Segura, L. & Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Intervention. Departamento de Salud del Gobierno de Cataluña: Barcelona. Disponible en:
<http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html>
 9. Anderson, P. (2009) Evidence for the effectiveness and cost- effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. World Health Organization Regional office for Europe. Disponible en:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf?ua=1
 10. Macioseck MV, Coffield AB, Edwards NM, Flotemesh TJ, Goodman MJ, Solberg LI. Priorities among effective clinical practice services. Results of a systematic review and analysis. Am J Prev Med 2006; 31:52-61.
 11. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond SA. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief intervention in primary health care. Journal of Advanced Nursing 2002; 30:333-342.
 12. Villalbí Joan R. Actualizaciones. Prevención de los daños que causa el alcohol. FMC. 2011;18: 542-51.
 13. Bibliotheca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2 Art no. CD004148. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 14. Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alc -Biddle oholism Vol. 37, No. 6, pp. 591-596, 2002.
 15. Thomas F. Babor., John C. Higgins-Biddle., John B. Saunders., Maristela G. Monteiro. AUDIT: The Alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in Primary Care. WHO. Disponible en:
http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf
 16. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp. 1998; 198:11-4.
 17. Rodríguez-Martos A., Gual A., Llopis Llacer J.J La Unidad de Bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. Med Clin (Barc) 1999; 112:446-450.

18. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria. Mójate con el alcohol. semFYC. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

6. PROPUESTA DE ABORDAJE DEL BIENESTAR EMOCIONAL/ESTRÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN ADULTA

6.1. Introducción

6.2. Descripción del proceso de consejo

6.2.1. ¿Qué debe hacerse?

6.2.2. ¿Cómo debe hacerse?

6.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?

6.3. Bibliografía

6.1 Introducción

Las emociones y su manejo tienen una gran influencia sobre el bienestar de las personas, cada vez se dispone de más evidencia científica de sus efectos sobre la salud general. Una buena salud mental permite tener flexibilidad cognitiva y emocional, que son la base de las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés.

El estrés¹ supone un hecho habitual en la vida de las personas, ya que cualquiera, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento. Es difícil dar una única definición de este término, hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta la persona vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo, porque requiere un sobreesfuerzo por parte de la persona, lo que le pone en riesgo de enfermar. Ha de tenerse en cuenta que tanto el tipo de estímulo, como la respuesta que éste desencadena, serán diferentes de unas personas a otras².

La respuesta que el estrés provoca en nuestro organismo, afecta a muchos procesos fisiológicos importantes para el mantenimiento de la salud. Esto no tiene mucha importancia cuando sucede durante breves periodos de tiempo, pero sí que puede tenerla cuando se repite con mucha frecuencia, o se mantiene durante periodos prolongados. Este tipo de respuesta afecta entre otros al sistema cardiovascular y al inmunológico.

Actualmente sabemos que el estrés influye sobre el estilo de vida^{3,4}, por un lado propicia conductas adictivas como el consumo de tabaco y alcohol, y por otro, hace más difícil entre las personas ya consumidoras el abandonar estos hábitos. En general, el estrés se asocia con peor estilo de vida, influyendo entre otros, sobre la práctica de actividad física⁵ y sobre los hábitos alimentarios⁶.

A su vez, el estilo de vida y las enfermedades crónicas influyen sobre los niveles de estrés.

También el entorno influye sobre nuestro bienestar emocional, los espacios verdes y la naturaleza mejoran nuestros niveles de estrés⁷. Las actividades al aire libre reportan beneficios a nuestro bienestar emocional⁸. Algunos factores relacionados con el estrés son¹⁰:

Factores Ambientales	Entorno próximo <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones vitales. - Tipo de vida. - Vivienda, estructura y clima familiar, ruidos, tráfico, tipo de barrio, tipo de trabajo y clima laboral. 		Entorno social <ul style="list-style-type: none"> - Modelos de desarrollo y urbanización. - Estilos de vida agobiantes, solitarios y sedentarios. - Valores sociales: éxito, posesión, velocidad, competitividad... 	
Factores Personales	Área cognitiva <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos sobre el estrés: fuentes, señales, cómo controlarlo. - Factores relacionados. 	Área emocional <ul style="list-style-type: none"> - Formas de pensar y sentir respecto a si, a otras personas y a las situaciones de la vida. - Actitud hacia el cuerpo y el autocuidado. - Locus de control: ¿Siento que puedo controlar el estrés y la propia vida? - Autoeficacia: ¿Siento que soy capaz de introducir cambios positivos? - Creencias: Coste-beneficio de cada cambio ¿Creo que voy a lograr mejorar la situación?... - Actitud crítica ante la presión social a estilos de vida "estresantes". 		Área Habilidades <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades para controlar la tensión física: relajación, masaje, respiración,... - Habilidades de control de pensamientos estresantes. - Habilidades de análisis de situaciones y toma de decisiones. - Habilidades de comunicación.

6.2. Descripción del proceso de consejo

6.2.1. ¿Qué debe hacerse?

La prevención y el abordaje precoz son retos necesarios en los que el primer nivel de atención puede tener un papel clave. La accesibilidad, la continuidad de la atención y las múltiples posibilidades de contacto, hacen a la AP el lugar idóneo para la detección de factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad, como son las crisis psicosociales o situaciones vitales estresantes y conflictos, potencialmente generadores de problemas de salud mental. La experiencia clínica y la investigación han mostrado que la intervención precoz en determinados casos, no solo desde los profesionales sanitarios, sino también de los recursos de asistencia social y/o institucional, y

comunitaria, puede evitar trastornos psicosociales graves en el futuro, a veces irreparables⁹.

Capacitar para desarrollar y profundizar en habilidades y recursos para afrontar los retos de la vida, prepararse de manera anticipada, elaborarlos y manejarlos cuando ocurren, la capacitación en autocuidados físicos y emocionales, etc., es una de las intervenciones más eficientes para la promoción de la salud y el bienestar y para prevenir problemas y enfermedades de salud mental¹⁰.

6.2.2. ¿Cómo debe hacerse?

Se propone la siguiente intervención:

CONSEJO BREVE (Basado en el documento *Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual. Gobierno de Navarra*¹¹)

1. Preguntar si controla el estrés de su vida y registrar

- *Una acumulación de tensiones puede producir malestar, ¿cómo lo llevas?*
- *Tu situación suele remover e implicar una cierta crisis y supone estrés que conlleva riesgos para la salud. ¿Cómo estás?*

74

2. Aconsejar controlar el estrés y registrar

- *Controlar el estrés es beneficioso para la salud, ¿cómo llevas este tema?*
- *En esta época de tu vida de tanto cambio te conviene cuidarte especialmente ¿cómo lo tienes para planteártelo?*
- *Una vida más tranquila puede favorecer una evolución más favorable de tu enfermedad, ¿cómo ves esta posibilidad?*
- *El estrés y las preocupaciones mantenidas pueden tener efectos negativos físicos y emocionales, ¿lo has pensado?*

3. Entregar material escrito e informar sobre recursos

- *En este folleto encontrarás información útil sobre el estrés y como controlarlo. Te propongo que lo leas por si puede serte útil.*
- *Te propongo los siguientes recursos (Web, recursos comunitarios...) porque pueden ayudarte a manejar mejor esta situación.*

4. Ofertar apoyo

- *Si necesitas ayuda para trabajar más este tema, podemos verlo en otra consulta (ofrecer educación individual y/o grupal).*

EDUCACIÓN INDIVIDUAL¹¹

La educación individual para el control del estrés consiste en una serie de consultas programadas, de unos 20-30 minutos de duración, centradas en el desarrollo de recursos y habilidades personales.

También formará parte de esta intervención la educación grupal.

Al ser el bienestar emocional un componente clave en la salud, en el marco de la implementación de la EPP se ha desarrollado una página Web de estilo de vida, que incluye específicamente este factor. Se considera que puede ser un instrumento de consulta y ayuda para la población general. Con un lenguaje sencillo y adaptado, se transmiten conceptos básicos para poder entender las emociones y el estrés y cómo manejarlos. Se proponen cuestionarios de autoevaluación para conocer la situación en la que nos encontramos y mediante videos y grabaciones, se enseñan técnicas de relajación y consejos. En el apartado de insomnio, se informa de sus posibles causas y se facilitan unas pautas para combatir de la mejor manera posible la falta o mala calidad del sueño.

6.2.3. ¿Cada cuánto tiempo debe hacerse?

Aconsejar el control del estrés se hará siempre que el profesional sanitario lo considere oportuno. Es recomendable hacerlo cuando se detecten síntomas de tensión o la persona se encuentre en una transición vital o periodo de crisis psicosocial, especialmente si existen dificultades para su elaboración.

- Personas que acudan a consulta:
 - Con síntomas de ansiedad, tensión o estrés.
 - Tensión física: inquietud, cefaleas de tensión, temblores, tensión muscular.
 - Tensión mental: preocupaciones, sensación de tensión o nerviosismo, dificultades de concentración, etc.
 - Excitación física: mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas.
- En determinadas transiciones vitales, especialmente si se presentan factores que dificultan su elaboración.
- El insomnio es uno de los trastornos del sueño más frecuentes. Aunque las causas del insomnio pueden ser de origen muy diverso, habitualmente son de

tipo emocional, es decir, no se duerme debido a la ansiedad o a las preocupaciones.

- Cualquier persona adulta que acuda a consulta de un profesional sanitario en el Centro de Salud y éste lo considere oportuno.

6.3. Bibliografía

1. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj. Marzo 2003 Vol3 n.1.
2. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. Arch Intern Med. 1993; 153:2093-2101.
3. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2008 April 1; 51(13): 1237-1246.
4. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. JACC Vol 45, nº 5, March 1, 2005:637-51.
5. Scully D, Kremer J, Meade MM, Graham R, Dudgeon K. Physical exercise and psychological well being: a critical review. Br J Sports Med 1998;32:111-120.
6. Oliver G, Wardle J, Gibson L. Stress and food choice: a laboratory study. Psychosomatic Medicine 62:853-865(2000).
7. Van den Berg AE, Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP. Green space as a buffer between stressful life events and health. Social Science&Medicine 70 (2010) 1203-1210.
8. Mitchell, R. and Shaw, R. (2008) Health impacts of the John Muir Award. Glasgow: University of Glasgow.
9. Programa de prevención en salud mental en atención primaria. Grupo de salud mental del PAPPS. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2008
10. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. 2006.
11. Estilos de vida. Protocolos para profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual. Gobierno de Navarra. 2000

7. PROPUESTA DE ABORDAJE DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES (FÁRMACOS Y CONDUCCIÓN) EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN ADULTA

- 7.1. Introducción
- 7.2. Objetivos
- 7.3. Población diana
- 7.4. Bibliografía

7.1. Introducción

El tratamiento farmacológico de un número importante de enfermedades permite a las personas estabilizar su situación de cara a tener las aptitudes necesarias para la conducción, pero a su vez algunos de estos tratamientos pueden interferir en la capacidad de conducción de manera más o menos importante.

En España desde el año 2007 (*Real Decreto 1345/2007, de 11 de Octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente*) se exige que todos los medicamentos que afecten a la capacidad de conducir o manejar maquinaria, deben incluir en su cartón un pictograma, con el fin de alertar al paciente para que lea las advertencias relativas a los efectos sobre la conducción recogidos en el prospecto

En este sentido, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha realizado una revisión de los efectos sobre la conducción de todos los medicamentos autorizados en España, indicando aquellos que deben incluir el pictograma, así como la información que se debe adjuntar, en su caso, en la ficha técnica y en el prospecto¹.

Esta advertencia va dirigida fundamentalmente al consumidor, y a la oficina de farmacia, ya que el médico no recibe ninguna información al respecto en el momento de realizar una prescripción.

En la Unión Europea el proyecto europeo DRUID (Driving Under Influence of Alcohol, Drugs and Medicines)², desarrollado entre 2009-2011, promovido por la Comisión Europea y en el que participó España, a través de la Dirección General de Tráfico, junto con otros 19 países europeos, tuvo como objetivo: profundizar en el conocimiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, otras drogas y medicamentos en los conductores; revisar las posibilidades de intervención y armonizar las actuaciones en el marco europeo de la Unión.

Este proyecto incluye un estudio de la prevalencia del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en 13 países europeos. En este estudio, participaron 3.344 conductores españoles, de los que el 14,85% dieron un resultado positivo a al menos una de las sustancias psicoactivas analizadas. La frecuencia de casos positivos fue superior en el caso de los varones que en las mujeres. La mayoría de los casos positivos fueron debidos a cannabis, alcohol o cocaína.

Atendiendo a los grupos de edad y sexo, se observó un aumento del porcentaje de hombres con resultado positivo al consumo de alcohol con la edad, alcanzando la prevalencia más alta en los varones mayores de 50 años (6,8%). Sin embargo, en el caso de las mujeres la prevalencia más alta de casos positivos asociada a la edad fue para las benzodiazepinas en el grupo de edad mayor de 50 años.

Además del consumo de sustancias psicoactivas, por una parte de los conductores, la gran mayoría de ellos consumen medicamentos para el tratamiento agudo o crónico de una enfermedad, que pueden producir efectos no deseados como somnolencia, visión borrosa, reducción de reflejos, calambres, alteraciones musculares, mareos...etc. que pueden disminuir la capacidad de conducir de forma segura y, en consecuencia, aumentar el riesgo de sufrir un accidente.

El grupo de trabajo WP-4 del proyecto DRUID³ revisó los medicamentos en base a su influencia sobre la capacidad para conducir y propuso una clasificación de los mismos en 4 categorías con un pictograma específico para cada una de ellas:

- Categoría 0 (sin efecto sobre la capacidad de conducción)
- Categoría I (Influencia leve sobre la capacidad de conducción),
- Categoría II (Influencia moderada sobre la capacidad de conducción)
- Categoría III (Influencia severa sobre la capacidad de conducción)

La evolución de los análisis toxicológicos realizados por el Instituto Nacional de toxicología y Ciencias Forenses mostró, en referencia a conductores fallecidos en accidentes de tráfico, una tendencia en alza en los últimos años, en el caso del alcohol y los psicofármacos, mientras que esa tendencia se invierte, en el último año, en relación a las drogas ilegales.

En el caso de los peatones la tendencia observada es similar a la de los conductores, salvo en el caso de las drogas ilegales que también muestran una tendencia al alza. Cuantitativamente los porcentajes encontrados en peatones son menores para el alcohol (29,3% frente al 35%), similar en drogas ilegales (12,7% por 12,8%) y mayor para psicofármacos (27,45 y 13,5% respectivamente).

El médico prescriptor tiene un alto potencial para intervenir mediante el consejo en la prevención de accidentes de tráfico que puedan estar relacionados con la ingesta de medicamentos. Debe al considerar los efectos de los medicamentos en la conducción en el momento de la prescripción: buscando alternativas terapéuticas y facilitando información para los conductores, particularmente si se trata de mayores o polimedicados.

7.2. Objetivos

Mejorar el procedimiento de prescripción de medicamentos que pueden alterar de manera importante la capacidad de conducción.

7.3. Población diana

Población adulta que sean conductores profesionales o que conduzcan más de 40 minutos seguidos al día.

7.4. Intervención

Aunque hay numerosos medicamentos que pueden influir en la capacidad de conducción, esta intervención se centraría en los medicamentos de la categoría III, con influencia severa en la conducción. Consistiría en una advertencia al médico, a través de una alerta en la historia clínica, al realizar la prescripción de un medicamento de este grupo. En estos casos el profesional sanitario, al recibir la alerta informaría al paciente y le daría la recomendación oportuna, citándole tras un periodo de tratamiento para una nueva valoración.

Entre los MEDICAMENTOS CATEGORÍA III se han seleccionado los grupos que pueden prescribirse de manera más frecuente en atención primaria:

- **Analgésicos opiáceos**
- **Antiepilépticos**
- **Benzodiacepinas : Ansiolíticos**
- **Hipnóticos sedantes**
- **Algunos antidepresivos**
- **Antihistamínicos de primera generación**

Esta intervención deberá ser coordinada por Farmacia de Atención Primaria de las Áreas de salud, consensuando los principios activos sobre los que alertar al médico en

su prescripción y ofreciendo la recomendación para una prescripción más segura o informando de una alternativa, si la hubiera.

7.5. Bibliografía

1. Listados de principios activos por grupos ATC y decisiones relativas a la incorporación del pictograma de la conducción de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
<http://www.aemps.gob.es/industria/etiquetado/conduccion/listadosPrincipios/grupo-A.htm>
2. Proyecto DRUID. Disponible en: <http://www.druid-project.eu/Druid/EN/about-DRUID/about-DRUID-node.html>
3. Work Package 4 – Classification. Informe disponible en: http://www.druid-project.eu/Druid/EN/deliverables-list/downloads/Deliverable_4_4_1.pdf?blob=publicationFile&v=1
4. Víctimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria 2013. Instituto Nacional De Toxicología y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Disponible en: [Memoria Anual de Tráfico 2013 \(PDF. 391 KB\)](#)

8. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO OPERATIVO DEL CONSEJO SOBRE ESTILO DE VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

8.1. Indicadores para medir el progreso de la intervención

La evaluación de esta intervención debe de realizarse de manera homogénea en el SNS mediante una serie de **indicadores básicos**. Éstos podrán ser obtenidos a través de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) Se trata de una base de datos muestral, aleatoria, representativa de la población con tarjeta sanitaria individual (TSI) asignada a los servicios de Atención Primaria del SNS. Recaba datos relativos a la atención clínica prestada, a partir de las fuentes primarias, esto es, las historias clínicas utilizadas en Atención Primaria. La información se centra en los problemas de salud o acontecimientos relacionados que suceden a lo largo del tiempo a los usuarios, así como en la manera en la que se actúa sobre ellos.

El GT propuso una serie de indicadores deseables para evaluar las intervenciones consensuadas en este GT en relación a: Actividad física, tabaco, alcohol y alimentación. Esta propuesta se ha presentado a la SDG de Información Sanitaria e Innovación, quien ha sugerido la necesidad de hacer una priorización y síntesis de dichos indicadores. En este sentido, se ha hecho énfasis en un enfoque poblacional y de resultados, por el carácter longitudinal de la atención que se realiza en atención primaria.

	PROCESO	RESULTADO
ACTIVIDAD FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes a los que se da consejo AF/total pacientes adultos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes físicamente activos/total pacientes adultos ▪ Si seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes inactivos que tras consejo y seguimiento son físicamente activos
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de personas adultas a las que se ha realizado detección de consumo de riesgo de alcohol mediante AUDIT C /población adulta. ○ Nº de personas detectadas con consumo de riesgo/nº de personas cribadas ○ Nº de bebedores de riesgo a los que se les ha realizado intervención breve/ Nº de adultos que realizan un consumo de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nº de personas adultas que realizan un consumo de riesgo de alcohol/ Población adulta que consume alcohol

TABACO	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes a los que se registra su consumo de tabaco/total pacientes adultos. - Pacientes a los que se da consejo abandono tabaco/total pacientes adultos 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes fumadores/total pacientes adultos - Si seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes fumadores que tras consejo y seguimiento han dejado de fumar
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos con patrón alimentario registrado/total pacientes adultos - Pacientes adultos que reciben consejo/ total pacientes adultos - Pacientes que reciben educación individual o grupal/ pacientes que reciben consejo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes que realizan dieta saludable/total pacientes adultos que han recibido una intervención

La obtención de estos indicadores a través de la BDCAP, requerirá de la previa implantación y registro (de aquellos aspectos que actualmente no lo estén) y de una adaptación de la manera más sencilla posible de las historias clínicas electrónicas de atención primaria, de forma que permita su extracción y volcado a la BDCAP.

9. ANEXOS

ANEXO 1. ACTIVIDAD FÍSICA

Anexo 1.1. Análisis de la bibliografía y las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia

Existe evidencia en la literatura científica sobre la efectividad del consejo de actividad física en atención primaria dirigido a la población adulta. A su vez, es una intervención que diversos organismos internacionales y supranacionales han identificado como efectiva para la promoción de la actividad física. Un resumen de los elementos principales de la bibliografía consultada se presenta en la tabla 1.

En esta línea, en el contexto de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, se presentaron e identificaron distintas experiencias relativas a esta intervención en las CCAA. Se resumen las relacionadas con el consejo de actividad física en atención primaria para la población adulta, vinculado a recursos comunitarios (Tabla 2).

Tabla 1: Resumen de los elementos principales sobre el consejo de actividad física en atención primaria para la población adulta, presentes en la bibliografía identificada en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

BIBLIOGRAFÍA	ELEMENTOS PRINCIPALES SOBRE EL CONSEJO						
<p>PAPPS: Córdoba R et al, Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria 2012; 44 Supl 1:16-22. Marqués F et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización 2009.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar sobre la actividad física que realiza, mediante preguntas directas o sencillas o cuestionarios estandarizados. Valorar las actividades que realiza la persona durante las 24 horas del día. - Realizar consejo: <ul style="list-style-type: none"> o Si el individuo es activo: de refuerzo o Si es parcialmente activo: de aumento o Si es inactivo: de inicio - Pactar con el individuo cómo empezar. Ofrecer nueva cita en 2/3 semanas, Posteriormente, seguimiento no inferior a 3 meses ni superior a 2 años. - El incremento de la actividad física puede realizarse en las actividades de la vida diaria o realizando algún tipo de ejercicio - Evidencia de las recomendaciones: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Grado de evidencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>Incorporar el consejo y prescripción de actividad física en las consultas de atención primaria, motivando y reforzando al</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </tbody> </table> 		Grado de evidencia	Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste	A	Incorporar el consejo y prescripción de actividad física en las consultas de atención primaria, motivando y reforzando al	B
	Grado de evidencia						
Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste	A						
Incorporar el consejo y prescripción de actividad física en las consultas de atención primaria, motivando y reforzando al	B						

	paciente en cada visita aunque éste no sea el motivo de consulta		
	Recomendar un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 minutos para adultos y ancianos	A	
	Realizar ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y la calidad de vida en todas las edades	A	
	Realizar ejercicio físico de forma regular disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y facilita el control de muchas de las que han aparecido	A	
Fuente de la tabla: Córdoba R et al, 2012			
<p>NICE. Four commonly used methods to increase physical activity. NICE Public Health Guidance, 2006. Disponible en: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11373/31838/31838.pdf</p> <p>NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care. NICE Public Health Guidance, 2013. Disponible en: http://guidance.nice.org.uk/ph44</p>	<p><u>2006</u>: NICE recomienda que los médicos de Atención Primaria aprovechen la oportunidad, cuando sea posible, de identificar adultos inactivos, usando herramienta validada y realizar recomendación. Al recomendar, deben tener en cuenta circunstancias individuales, consensuar objetivos con el paciente, y dar información escrita con los beneficios de la AF y las oportunidades locales para ser activo. Seguimiento en intervalos apropiados a lo largo de 3-6 meses.</p> <p><u>2013</u>: A realizar por cualquier profesional de atención primaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar adultos que no cumplen recomendaciones (de manera oportunista o en una sesión planificada). Usar juicio profesional para valorar cuando es más apropiado realizarlo, teniendo en cuenta las circunstancias. Usar herramientas validadas como GPPAQ. - A los que cumplen las recomendaciones, reforzar el mantenimiento. - A los que no cumplen las recomendaciones, buscar el momento más apropiado para discutirlo con ellos: el momento actual u otro. - Consejo breve: adaptar a las motivaciones y objetivos de la persona, niveles de actividad y habilidades, circunstancias, estado de salud. Dar información sobre opciones locales para ser más activo (mapas online, rutas para caminar o ir en bici). Considerar dar por escrito el consejo y los objetivos. 		
<p>Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Methods of Promoting Physical Activity. A Systematic Review. 2007. Disponible en: http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content1/1/Fysisk_sam_ENG.pdf</p>	<p>Consejo más efectivo si: es más frecuente y más intensivo (sesiones repetidas varios meses) y complementado con prescripción, diarios, podómetros, folletos, discusiones sobre objetivos.</p>		

<p>Garret S, et al. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract 2011; DOI: 10.3399/bjgp11X561249. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3047345/pdf/bjgp61-e125.pdf</p>	<p>Revisión sistemática de estudios de coste-efectividad de intervenciones para aumentar la actividad física, realizadas en atención primaria o en la comunidad.</p> <p>Tres estudios sobre el consejo-prescripción en atención primaria en Nueva Zelanda: intervención coste-efectiva.</p>
<p>Elley et al. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. BMJ 2003,326:793</p> <p>Más información sobre el programa de prescripción verde: Green Prescription : http://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/physical-activity/green-prescriptions</p>	<p>Nueva Zelanda: Consejo y prescripción de actividad física</p> <p>2003: Elley et al. Ensayo clínico sobre el programa de prescripción verde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Screening de niveles de actividad física: formulario basado en las recomendaciones de actividad física. Una pregunta era “¿Como norma, realiza al menos media hora de ejercicio moderado o vigoroso (como caminar o deporte) 5 o más días a la semana? Si la respuesta era negativa, le invitaban a participar. También valoran etapas del cambio. - Intervención: programa de prescripción verde: <ul style="list-style-type: none"> o Profesional de atención primaria discute aumentar actividad física y decide objetivos apropiados con el paciente. Estos objetivos, habitualmente caminar o actividad física en el hogar, son escritos en una prescripción y entregados al paciente. o Una copia de la prescripción se deriva a la fundación local de deportes o Especialistas en ejercicios de la fundación local de deportes realizan 3 llamadas de teléfono durante los siguientes 3 meses para apoyar y animar al paciente. o Se envían newsletters con iniciativas de actividad física en la comunidad y material motivacional. - Efectivo en aumentar actividad física y mejorar calidad de vida en 12 meses. <p>Información 2012: La prescripción verde es un consejo por escrito del profesional de salud para ser más activo físicamente. En Nueva Zelanda, la mayoría de prescripciones se realizan para control de peso, diabetes o enfermedad cardíaca. Un número cada vez mayor se está dando para problemas de salud mental.</p>
<p>Intervenciones eficaces en materia de régimen alimentario y actividad física: informe resumido. Organización Mundial de la Salud, 2012. Edición original en inglés: 2009. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6570&Itemid=39404&lang=en</p>	<p>Atención Primaria: Al menos una sesión con un profesional de la salud, breve negociación para definir metas razonables, una consulta de seguimiento con personal capacitado, información específica, intervención vinculada o coordinada con otras partes interesadas</p>

<p>OMS Europa. Steps to Health. A European Framework to Promote Physical Activity For Health. World Health Organization, 2007</p>	<p>Del consejo médico en general: más efectivo si existe “prescripción escrita” (recomendaciones escritas versus únicamente consejo verbal), los pacientes marcan sus propios objetivos, recomendaciones adaptadas individualmente, seguimiento tras la consulta Colaboración de la comunidad local y los servicios de salud para facilitar y proveer información sobre oportunidades de realizar actividad física.</p>
<p>OMS Europa. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. 2006. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf</p>	<p>Factores parte de programas efectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilización de teorías de cambio de conducta para adaptar intervenciones a las necesidades del individuo - Promoción de actividades de intensidad moderada, en concreto caminar, y actividades que no dependan de instalaciones - Incorporar seguimiento regular
<p>Heath GW, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. Lancet 2012; 380: 272–81</p>	<p>Importancia de la coordinación con recursos comunitarios</p>
<p>Grandes G et al, 2009. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine Primary Care. Arch Intern Med 2009; 169:694-701. Ensayo clínico en España, PEPAF. Disponible en: http://archinte.jamanetwork.com/data/Journals/INTEMED/22596/loi80208_694_701.pdf</p>	<p>Intervención: individuos de 20-80 años que no cumplieran las recomendaciones de actividad física aeróbica. Consistía en breves consejos y materiales educativos. A un subgrupo se le ofrecía sesión educativa personalizada de 15 minutos. La intervención fue efectiva en aumentar el nivel de actividad física a los 6 meses. Más efectiva en los mayores de 50 años y en los que recibieron la sesión educativa personalizada.</p>

Cabe destacar que en otros entornos como el comunitario, el educativo y el laboral, el Community Preventive Services Task Force de Estados Unidos clasifica como intervención recomendada los programas de cambio de conducta en actividad física adaptados individualmente^{23,24,25}.

A su vez, se ha revisado el material correspondiente al curso de Actívate, Aconseja Salud promovido por el Consejo Superior de Deportes.

Tabla 2: Resumen de las intervenciones de las Comunidades Autónomas presentadas (o identificadas posteriormente) en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS

INTERVENCIONES CON COMPONENTE DE PROCESO DEL CONSEJO DE ACTIVIDAD FÍSICA EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	
<p>Andalucía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo dietético: Prescripción de AF desde AP dentro de consejo dietético, especialmente para población con factores de riesgo. Asociado a Rutas para la vida sana: Coordinación con rutas municipales. Carteles de información (y otros medios) de las rutas (distancia, tiempo recomendado, consumo calórico). Priorización por criterio de equidad (Planes de Acción Local en Salud) • PAFAE, Guía de recomendaciones para la promoción de actividad física
<p>Cataluña</p>	<p>PAFES (Plan de actividad física, deporte y salud): Plan interdepartamental. Consejo de AF desde AP para adultos con factores de riesgo cardiovascular</p>

	(consejo y oferta municipio/prescripción de AF asesorada/programa de ejercicio supervisado). Coordinación y potenciación del uso de las rutas saludables
Galicia	Proyecto de Prescripción básica de ejercicio físico en AP
Islas Baleares	Rutas saludables: Diseño de rutas saludables como intervención comunitaria, mejora del entorno urbano. Prescripción de AF desde AP
Murcia	Activa: potenciar actividad física a partir de la coordinación entre atención primaria y consistorios de la comunidad. Prescripción de ejercicio físico a pacientes sedentarios con riesgo cardiovascular, derivación a ayuntamientos
Navarra	Protocolos para profesionales en Educación y Comunicación en consulta individual
País Vasco	<ul style="list-style-type: none"> • Tipi tapa: Actividad física en los mayores de Guipúzkoa: Prescripción de AF desde AP para mayores de 65 años. Potenciación de acceso a rutas municipales • Aktibili: consejo de actividad física desde atención primaria
INTERVENCIONES CON COMPONENTE COMUNITARIO VINCULADO AL SECTOR SANITARIO	
Andalucía	Por un millón de pasos: Campaña replicable de paseos colectivos, suma de pasos de participantes. Se facilitan podómetros por asociación. Inicialmente dirigida a mayores, posteriormente se ha generalizado. Alianza con agentes y estructuras locales. Coordinación con centros, unidades, residencias y asociaciones.
La Rioja	Paseos Saludables: Campaña de comunicación más paseos organizados en primavera con monitor, coordinación con recursos municipales, agentes y asociaciones sociales, centros de salud, farmacias. Marketing online: correos de captación, redes sociales, etc.

Anexo 1.2. Fortalezas y limitaciones de tres cuestionarios estandarizados para medir el nivel de actividad física

Cuestionario	Utilización de los mismos en consulta de Atención Primaria	
	Fortalezas	Limitaciones
IPAQ versión corta validada al castellano**	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario utilizado frecuentemente en España, por lo que se está familiarizado con él. Ej. Encuesta Nacional de Salud 2. Incorporado en historia clínica de atención primaria de varias CCAA. 3. Permite medir días, horas y minutos exactos dedicados a cada tipo de actividad física aeróbica (moderada, vigorosa y caminar) 4. Aborda todas las actividades de la vida diaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario no diseñado específicamente para atención primaria. 2. Pregunta por la actividad de “los últimos 7 días”, en lugar de preguntar por lo que se realiza regularmente, por lo que puede ser una limitación para atención primaria. 3. El tiempo de administración puede ser demasiado largo para utilizar en consulta
GPPAQ validado al castellano ^{††}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario diseñado específicamente para su uso en atención primaria 2. 3 preguntas que analizan actividad en el trabajo, ocio y caminar. 3. Aborda todas las actividades de la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuestro entorno no está familiarizado con su uso. 2. Los intervalos de horas en los que pregunta las distintas actividades no discriminan quién cumple las recomendaciones de la OMS (150

** Disponible en: <http://www.ipaq.ki.se/questionnaires/SpainIQSHL7SELFrev230802.pdf>

†† Puig Rivera A et al. Cómo identificar la inactividad física en atención primaria: validación de las versiones catalana y española de 2 cuestionarios breves. Atención Primaria 2012;44(8): 485-493.

	<p>vida diaria.</p> <p>4. Tiempo de administración corto (2,1 minutos)</p>	<p>minutos de moderada, 75 de vigorosa o una combinación de ambas)</p>
<p>BPAAT validado al castellanoⁱⁱ</p>	<p>10. Cuestionario diseñado específicamente para su uso en atención primaria</p> <p>11. 2 preguntas que analizan actividad de intensidad moderada y vigorosa</p> <p>12. Tiempo de administración corto (1,69 minutos)</p>	<p>1. Nuestro entorno no está familiarizado con su uso.</p> <p>2. Pregunta por actividad vigorosa de 60 minutos o más (no discrimina los 75 minutos de las recomendaciones de la OMS).</p> <p>3. Incluye caminar a un ritmo que le impida hablar con normalidad en actividad vigorosa, pero no incluye caminar en la pregunta de actividad moderada</p> <p>4. En el cuestionario no se especifica claramente que se pregunta por todas las actividades de la vida diaria (trabajo, ocio, traslado, etc.).</p>

ANEXO 2. ALIMENTACIÓN

Anexo 2.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía sobre alimentación

<p>Estilos de vida SemFYC – PAPPS http://www.papps.org/upload/file/08PAPPSACTUALIZACION2009.pdf http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_2_2.pdf http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90331113&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=21&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=27v46nSupl.4a90331113pdf001.pdf</p>	
<p>U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral Counselling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. Recommendations and Rationale. Am J Prev Med. 2003;24:93-100. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiet.htm</p>	
<p>Pignone M, Ammerman A, Fernández L, Orleans CT, Pender N, Woolf S, et al. Counseling to Promote a Healthy Diet in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. AHQR Pub n.º 03-514B. January 2003.</p>	
<p><i>Lyon Diet Heart Study</i> De Lorgeril M, Salen P, Martin J-P, Monjaud I, Delaye J, Nicole M. Mediterranean diet, traditional risk factors and rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: Final report of the Lyon Diet Heart Study. Circulation. 1999;99: 779-85.</p>	
<p>Revision Cochrane: Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S Published: February 28, 2013 http://summaries.cochrane.org/CD008722/interventions-to-enhance-adherence-to-dietary-advice-for-preventing-and-managing-chronic-diseases-in-adults.</p>	<p>Los resultados aportan conclusiones sobre la efectividad del consejo profesional sanitario individualizado, tanto en consulta AP, oficina de farmacia, dietistas y enfermería de evidencia A frente a las medidas de autocontrol por parte del individuo. Estando ligada directamente la adherencia a la duración del seguimiento del cumplimiento de los consejos. No hay diferencias entre la eficacia de los diferentes profesionales siendo la misma en relación a la duración y más efectiva con cualquiera de ellos cuanto más duradera es en el tiempo la intervención. Conclusiones: Evidencia A para los consejos individualizados de larga</p>

	duración en el entorno sanitario.
<p>European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory</p>	<p>WHO European Observatory on Health Systems and Policies, ha revisado 69 intervenciones agrupadas en : Medidas fiscales. EVIDENCIA A Consejo sanitario individualizado. EVIDENCIA A Etiquetado adecuado de alimentos. EVIDENCIA A En el entorno laboral. EVIDENCIA A Medidas reguladoras y legislativas. EVIDENCIA B ESCASA EVIDENCIA Intervención en el medio escolar aislada. Mejora la evidencia unida a intervención en la familia e integrada con la promoción de otros estilos de vida Autorregulación publicidad.</p> <p>EVIDENCIA NULA Campañas informativas a la población.</p>
<p>Conclusiones del Consejo Informal de Ministros de Salud de la UE, 4-5 de marzo de 2013, Dublín. 1ª Sesión, Salud y Bienestar. Prevención de Obesidad.</p>	

Anexo 2.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia

Andalucía	Programa de Consejo dietético en AP . Es una intervención de tipo educativa destinada a mejorar los hábitos de alimentación y de actividad física, de la población adulta usuaria de los centros de atención primaria, que presenta factores de riesgo (HTA, sind metabólico, dislipemia, sobrepeso, etc.).
	PAFAE. Plan para la promoción de la alimentación equilibrada y la actividad física

ANEXO 3. CONSUMO DE TABACO

Anexo 3.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía

<p>Fiore MC et al. Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence:2008 Update. U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. May 2008: 143-146 http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_us_e08.pdf</p>	<p>Abordaje clínico del consumo de tabaco en personas adultas. Las 5 As (averiguar, aconsejar, ampliar el diagnóstico, ayudar y acordar un seguimiento) con asesoramiento (counseling), adaptado a la edad.</p>
--	---

Anexo 3.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia

<p>La Rioja Tratamiento psicosocial de deshabituación tabáquica en la embarazada</p>	<p>Programa de intervención en tabaquismo desde AP de salud</p>
<p>MURCIA</p>	<p>Formación en Consejos eficaces</p>
<p>PAÍS VASCO Tratamiento psicosocial de deshabituación tabáquica en la embarazada</p>	<p>Oferta de deshabituación tabáquica Incluye entrevista motivacional y asesoramiento En fase de diseño de formulario de registro y diseño de un programa de formación</p>
<p>MADRID Red de centros de salud sin humo</p>	<p>Centros de Salud sin humo. Incluye actuaciones de promoción de la salud y prevención del tabaquismo (incluido en cartera de servicios) con protocolo de tratamiento</p>
<p>NAVARRA Programa de ayuda a dejar de fumar</p>	<p>Programa de ayuda a dejar de fumar. Incluye tres tipos de intervención: 1. Consejo breve 2. Educación individual 3. Educación grupal El programa incluye capacitación de profesionales y protocolo de ayuda a dejar de fumar y materiales. Evaluado</p>
<p>CATALUÑA Programa de ayuda a dejar de fumar</p>	<p>Programa de AP sin humo Incluyen intervenciones individuales y grupales breves. Existen guías de intervención y formación de profesionales. Se abordan y ofertan tratamiento y otros factores promotores de salud, género y desigualdades en salud</p>
<p>LA RIOJA Programa de ayuda a dejar de fumar</p>	<p>Programa de intervención en tabaquismo desde AP de salud. Incluyen intervenciones individuales y grupales breves. Existen guías de intervención y formación de profesionales. Se abordan y ofertan tratamiento y otros factores promotores de salud, género y desigualdades</p>

	en salud
PAÍS VASCO Programa de ayuda a dejar de fumar	Oferta de deshabituación tabáquica Entrevista motivacional y asesoramiento, se están elaborando materiales de registro y formación
GALICIA Programa de ayuda a dejar de fumar	Formación sobre tabaquismo a los profesionales sanitarios
MADRID Programa de ayuda a dejar de fumar	Talleres de metodología del consejo eficaz individual sobre estilos de vida saludable
MADRID Programa de ayuda a dejar de fumar	<i>Talleres de educación para la salud grupal en centros de AP</i>
SEMFyC	Formación en metodología para dar un consejo de salud dirigido a profesionales de la AP

ANEXO 4. CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL

Anexo 4.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía sobre alcohol

Existe una abundantísima documentación sobre el tema, a nivel de la UE, USA, Canadá, Australia, etc. En los últimos años, la Comisión Europea, ha venido desarrollando diferentes proyectos para basar sus recomendaciones en la evidencia científica surgida de estudios llevados a cabo dentro del contexto de la UE. Entre la documentación más relevante:

<p>AUDIT: The Alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in Primary Care. WHO. 2001 http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf</p>	<p>Describe cómo utilizar la herramienta para identificar personas con consumos de riesgo y perjudiciales/nocivos de alcohol</p>
<p>“Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care”.WHO http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf?ua=1</p>	<p>Manual dirigido a profesionales sanitarios para ayudarles a manejar la intervención breve con pacientes con problemas relacionados con el alcohol o en riesgo de desarrollarlos</p>
<p>Revisión Cochrane, 2007 “Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations”</p>	<p>Evalúa la efectividad de las intervenciones breves, en AP, para reducir el consumo.</p>
<p>Evidence for the effectiveness and cost effectiveness of interventions to reduce alcohol related harm. WHO 2009. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf</p>	<p>2009. Es una actualización de las evidencias disponibles y está basada en revisiones sistemáticas, en revisiones sistemáticas de revisiones sistemáticas y metanálisis. En el apartado: Respuesta del sector salud, sitúa la IB a la cabeza de las intervenciones efectivas basadas en la evidencia, tanto para hombres como para mujeres.</p>
<p>Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse (actualizado 2013) U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf12/alc misuse/alc misusefinalr s.htm</p>	<p>La USPSTF recomienda (grado B), el cribado y la intervención breve, en adultos mayores de 18 años con consumos de riesgo y perjudiciales/nocivos de alcohol</p>
<p>Primary Health Care European Project Alcohol (PHEPA). Comisión Europea. 2011. “Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions” http://www.phepa.net/units/phepa/html/en/Du9/index.html</p>	<p>Objetivo: Informar a los profesionales de primaria de los conocimientos actuales sobre la efectividad de diferentes técnicas para ayudar a las personas con consumos de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol.</p>

Anexo 4.2. Intervenciones que se están llevando a cabo en las CCAA, en el ámbito de la AP y dirigidas a mayores de 50 años.

INTERVENCIONES PRESENTADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS, EN AP EN RELACIÓN AL ALCOHOL	
GALICIA Consejo sanitario individual	Plan trastornos adictivos 2011-2016 Facilitar la accesibilidad al tratamiento de los consumidores abusivos de alcohol mediante la oferta de intervenciones breves desde los servicios de Atención Primaria
CATALUÑA	Beveu menis Curso de formación de formadores, dirigido a profesionales de AP, sobre cribado e intervención breve Consejo sanitario individual
MADRID Consejo sanitario individual	Talleres de Educación para la Salud grupal en AP Promoción de estilos de vida saludable y promoción de la salud en población inmigrante
MADRID Consejo sanitario individual*	Talleres sobre Metodología del Consejo eficaz individual sobre estilos de vida saludable Formación a profesionales sobre estilos de vida saludable
MADRID Consejo sanitario individual*	Plan de promoción de la salud y prevención 2011-2013
MURCIA	Programa Argos Programa de prevención del consumo de alcohol y otras drogas iniciado en 2010, que implica a los sanitarios de Equipos de Atención Primaria. Se pretende el empoderamiento del personal sanitario de AP como mediadores para prevención e intervención precoz en poblaciones susceptibles de modificar conductas de consumo mediante la entrevista motivacional con consejo breve de salud sobre alcohol.

* Nota aclaratoria: estas intervenciones de la Comunidad de Madrid van dirigidas a promover el consejo de un estilo de vida saludable, no sólo de la prevención de un consumo de riesgo de alcohol.

Anexo 4.3. Cuestionarios propuestos en la intervención de alcohol

Anexo 4.3.1. Cuestionario AUDIT-C

AUDIT (C) *	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/>
(2) De dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/>
(3) De dos a cuatro veces a la semana	<input type="checkbox"/>
(4) Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Uno o dos	<input type="checkbox"/>
(1) Tres o cuatro	<input type="checkbox"/>
(2) Cinco o seis	<input type="checkbox"/>
(3) Siete a nueve	<input type="checkbox"/>
(3) Diez o más	<input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	<input type="checkbox"/>
(1) Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>
(2) Mensualmente	<input type="checkbox"/>
(3) Semanalmente	<input type="checkbox"/>
(4) A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/>
Punto de corte para el consumo de riesgo: cinco o más en varones y cuatro o más en mujeres. Si es positivo hacer AUDIT Completo de 10 ítems	
*Gual A., Segura L., Contel M., Heather N. & Colom J. Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002;37,6:591-6.	

95

Anexo 4.3.2. Cuestionario AUDIT

AUDIT COMPLETO (Alcohol Use Disorders Inventory Test)	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De dos a cuatro veces al mes (3) De dos a cuatro veces a la semana (4) Cuatro o más veces a la semana	6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p> <p>(0) Uno o dos (1) Tres o cuatro (2) Cinco o seis (3) Siete a nueve (3) Diez o más <input type="checkbox"/></p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="checkbox"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario <input type="checkbox"/></p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año. <input type="checkbox"/></p>
<p>Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres</p>	

ANEXO 5. BIENESTAR EMOCIONAL/ ESTRÉS

Anexo 5.1. Intervenciones detectadas en la bibliografía.

INTERVENCIONES DETECTADAS EN LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE BIENESTAR EMOCIONAL	
Promoción de entornos saludables. Programas de ejercicio para promover el bienestar mental en mayores	Senior Health and Physical exercise Project (SHAPE)
Guía NICE Mental wellbeing and older people	Recomendaciones: Animar a las personas mayores a identificar y llevar a cabo rutinas diarias y actividades que les ayuden a mantener o mejorar su salud y bienestar
Recomendaciones PAPPS 2012. Prevención de los trastornos de salud mental	Tiene como objetivo la promoción de la salud mental y la prevención primaria de sus trastornos, la AP es el nivel óptimo para su desarrollo, mediante la detección de los FR y de las situaciones vitales estresantes y conflictos potencialmente generadores de problemas de salud mental

Anexo 5.2. Análisis de las experiencias en CCAA presentadas en el marco de la Estrategia

97

INTERVENCIONES CON COMPONENTE DE PROCESO DEL CONSEJO SOBRE BIENESTAR EMOCIONAL EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	
ANDALUCIA Actividad grupal, de carácter no asistencial, desarrollado por trabajadores sociales de AP	GRUSE, proyecto que se enmarca en el Plan de Salud Mental de Andalucía (PISMA). Forma parte de la Estrategia de Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales de dicho Plan Está dirigido a mujeres adultas con síntomas inespecíficos de malestar físico y/o emocional junto a la percepción para manejar o afrontar situaciones adversas.

ANEXO 6. SISTEMA DE GRADACIÓN DE LA EVIDENCIA DE LA USPSTF

La U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) asigna a todas las recomendaciones que hace, una de 5 posibles letras de nivel de recomendación (A, B, C, D o I). La definición de estos grados de recomendación ha sido modificada en mayo de 2007. Actualmente incluye “sugerencias para la práctica” en cada grado de recomendación.

¿Qué significan los Grados y las Recomendaciones en consulta?

Grado	Definición	Recomendaciones en consulta
A	La USPSTF recomienda la intervención. Existe una alta certeza de que el beneficio neto sea importante.	Ofrezca o proporcione esta intervención.
B	La USPSTF recomienda la intervención. Existe una alta certeza de que el beneficio neto sea moderado o existe una certeza moderada de que el beneficio neto sea de moderado a importante.	Ofrezca o proporcione esta intervención.
C	<i>Nota: la siguiente declaración está en proceso de revisión.</i> Los clínicos pueden proporcionar esta intervención a pacientes seleccionados dependiendo de las circunstancias individuales. Sin embargo, para la mayoría de personas sin signos ni síntomas, es probable que sólo haya un pequeño beneficio con esta intervención.	Ofrezca o proporcione esta intervención sólo si otros motivos apoyan el ofrecimiento o el proporcionar esta intervención este paciente individual.
D	La USPSTF recomienda en contra de esta intervención. Existe una moderada a alta certeza de que no haya beneficio neto con la intervención o de que los riesgos superen los beneficios.	Disuada de utilizar esta intervención.
I	La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance entre beneficios y riesgos de la intervención. La evidencia es insuficiente, de mala calidad o conflictiva, y no se puede determinar el balance entre beneficios y riesgos.	Leer la sección de consideraciones clínicas de la Declaración de las Recomendaciones de USPSTF. Si se ofrece la intervención, los pacientes deberían entender la incertidumbre acerca del balance entre beneficios y riesgos.

98

Niveles de certeza en relación al beneficio neto.

Nivel de certeza*	Descripción
Alto	La evidencia disponible suele incluir resultados consistentes de estudios bien diseñados y realizados en población representativa de atención primaria. Estos estudios evalúan los resultados en salud de la intervención preventiva. Por tanto, es poco probable que esta conclusión se vea afectada por los resultados de estudios futuros.
Moderado	La evidencia disponible es suficiente para determinar los resultados en salud de la intervención preventiva, pero la seguridad de la estimación está condicionada por factores como: <ul style="list-style-type: none"> El número, tamaño o calidad de los estudios individuales.

	<ul style="list-style-type: none"> • La inconsistencia de los resultados entre los estudios individuales. • La limitación en la generalización de los resultados a la práctica clínica de atención primaria. • Pérdida de coherencia en la sucesión de evidencia. <p>Cuanta más información esté disponible, la magnitud o dirección del efecto observado podría cambiar, y este cambio podría ser lo suficientemente importante como para cambiar la conclusión.</p>
Bajo	<p>La evidencia disponible es insuficiente para valorar los efectos en los resultados en salud. La evidencia es insuficiente debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El número o el tamaño limitado de estudios. • Fallos importantes en el diseño o los métodos del estudio. • Falta de datos en la sucesión de evidencia. • Resultados no generalizables a la práctica clínica en atención primaria. • Pérdida de información en resultados de salud importantes. <p>Disponer de más información podría permitir estimar los efectos en los resultados en salud.</p>

*La USPSTF define certeza como la “probabilidad de que la evaluación hecha por la USPTF del beneficio neto de una intervención preventiva sea correcta”. El beneficio neto se define como beneficio menos daño para la población, de una intervención preventiva implementada en atención primaria. La USPSTF asigna un nivel de certeza basado en la naturaleza de toda la evidencia disponible para evaluar el beneficio neto de una intervención preventiva.

Nota: El original en inglés está disponible en las referencias. La traducción al castellano se ha realizado por el grupo coordinador de este documento para facilitar su comprensión.

Referencia:

- U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions After May 2007. May 2008. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>