¿QUE HACER?

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)

Resumen Ejecutivo

Se presenta un resumen del documento de Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con Recursos Comunitarios en Población Adulta, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 14 de enero de 2015.

El documento completo se encuentra disponible en:
http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf.
Se recomienda consultarlo para ampliar la información y consultar la bibliografía de lo presentado en este resumen.

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 Boutureira. 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 Autonoma 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 Camarelles. 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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 5

2. CONSEJO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE SEDENTARISMO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA 6

- **¿Qué hacer?** 6
- **¿Cómo medir la actividad física en la consulta?** 7
- **¿Cada cuánto tiempo?** 7
- **Prevención del sedentarismo** 7

Educación individual 8

3. CONSEJO DE ALIMENTACIÓN PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA 9

- **¿Qué hacer?** 9
- **¿Cómo debería hacerse?** 9
- **¿Cómo valorar el patrón de alimentación?** 11
- **¿Cada cuánto tiempo?** 13

Educación individual 13

4. INTERVENCIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA 15

- **¿Qué hacer?** 15
- **¿Cómo debería hacerse?** 16

Consejo breve 16

Educación individual 16

- **¿Cada cuánto tiempo?** 18

5. CRIBADO E INTERVENCIÓN BREVE, SOBRE CONSUMO DE RIESGO Y PERJUDICIAL/NOCIVO DE ALCOHOL, PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA 19

- **¿Qué hacer?** 19
- **¿Cómo cribar el consumo de riesgo?** 19

Consejo breve 22

Educación individual 22

- **¿A quién dirigir el cribado de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol?** 25
- **¿Cada cuánto tiempo?** 25

6. PROPUESTA DE ABORDAJE DEL BIENESTAR EMOCIONAL/ESTRÉS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN ADULTA 26

- **¿Qué hacer?** 26
- **¿Cómo debería hacerse?** 26

Consejo breve 26

Educación individual 27

- **¿Cada cuánto tiempo?** 27

1. INTRODUCCIÓN

El Consejo breve es una 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. El consejo sanitario es una modalidad con la que se puede hacer tanto promoción de salud como la prevención de enfermedades y que debe hacerse siguiendo una metodología y una comunicación adecuadas que lo hagan más efectivo.

El objetivo de este documento es integrar de manera sistemática la intervención sobre estilo de vida saludable, en la práctica clínica de los profesionales de atención primaria. Para ello se 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 riesgo (Tabla 1).

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.

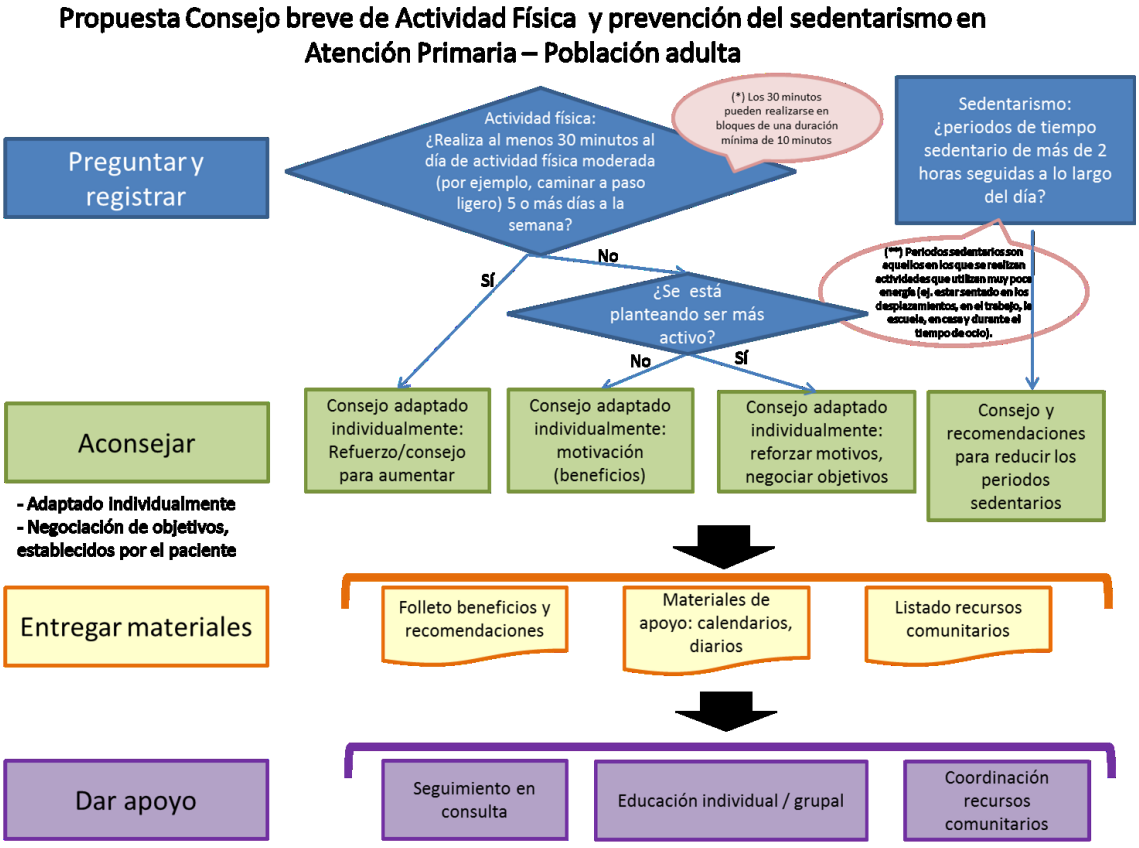
2. CONSEJO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE SEDENTARISMO PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

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.

- **¿Qué hacer?**

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 1.

Figura 1. 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 ocio[5].

- **¿Cómo medir la actividad física en la consulta?**

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?"

- **¿Cada cuánto tiempo?**

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.

- **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.

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?"

* 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 ocio[11].

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.

1. Valorar actividad física y periodos sedentarios:
   a) Analizar las experiencias y vivencias del paciente respecto a la actividad física.
   b) Refuerzo de los beneficios de la actividad física para la salud.
   c) Registro de la actividad física realizada en una semana habitual, 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.
   d) Sumar la cantidad de actividad física que realiza:
      - Actividad aeróbica, valorar si alcanza al menos los 150 minutos recomendados de actividad moderada (o 75 de actividad intensa, o una combinación equivalente de ambas) a la semana o, si no, cuántos minutos le faltan para ello.
      - Fortalecimiento muscular y flexibilidad, sumar el número de veces a la semana que realiza ejercicios, y valorar si los realiza al menos las 2 veces a la semana recomendadas o, si no, cuántas veces le faltan para ello.
   e) Valorar periodos sedentarios de más de 2 horas.
   f) Reforzar conceptos de actividad física, 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.
3. Consensuar con el paciente objetivos progresivos si no se alcanzan las recomendaciones de actividad física.
4. En aquellos pacientes que realicen periodos sedentarios de más de 2 horas de duración, dar recomendaciones para romper los periodos sedentarios.
5. Planificar el seguimiento.
6. Reforzar estos aspectos con la entrega de recomendaciones escritas e información de recursos comunitarios.

3. CONSEJO DE ALIMENTACIÓN PARA POBLACIÓN ADULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **¿Qué hacer?**

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 trans, o promueven porcentajes de consumo en términos como "Disminuir a menos de un 10% la ingesta calórica procedente de azucares 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.

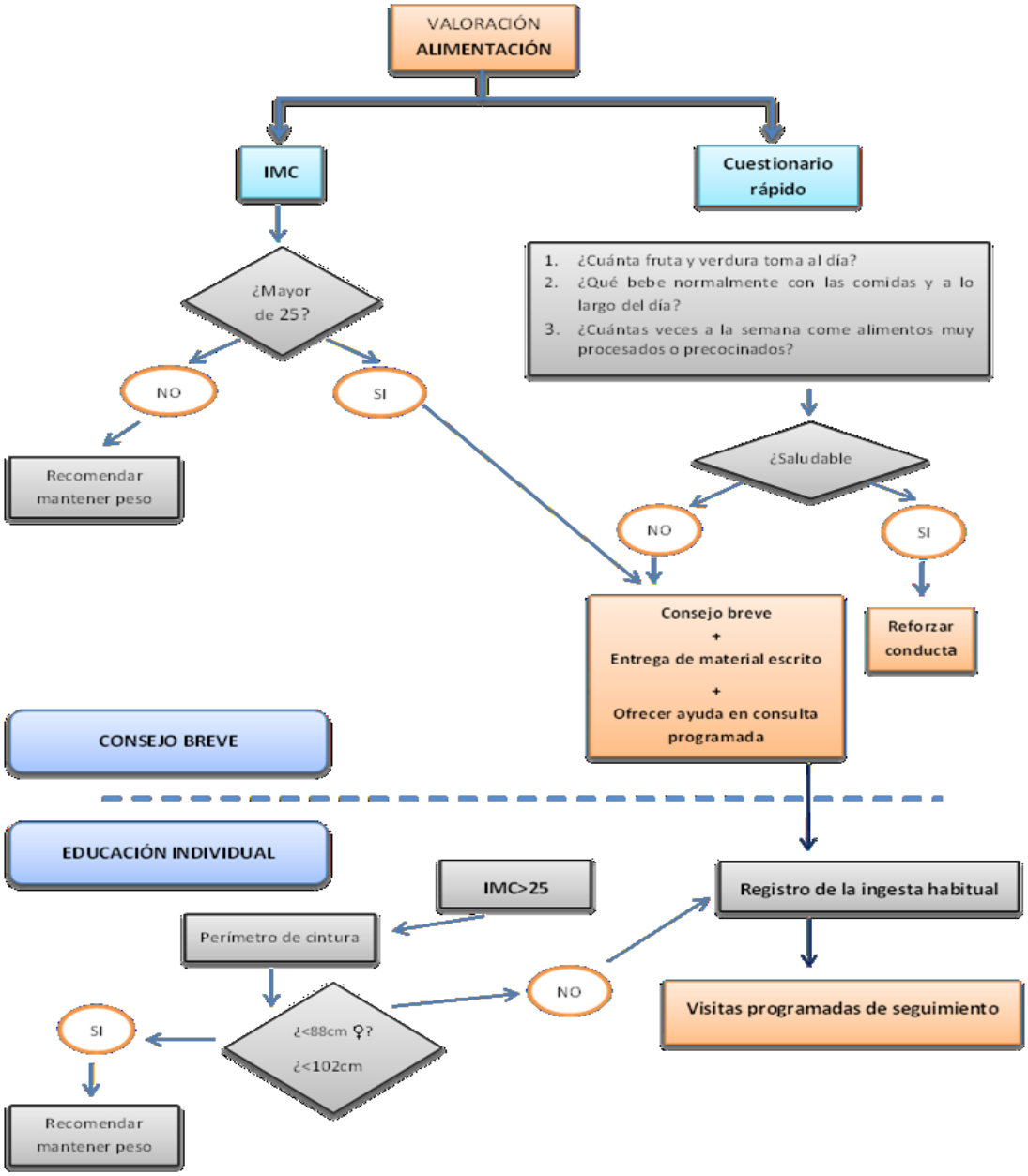
- **¿Cómo debería hacerse?**

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 2 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.

Figura 2. 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 abdominal, 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.

- **¿Cómo valorar 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.

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 establecida.

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.

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 gramos.

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 2009, 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**.

- **¿Cada cuánto tiempo?**

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.

<u>Educación individual</u>

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 saludable

Se propone un registro de ingesta de al menos tres días, para poder conocer los hábitos dietéticos de la persona y así poder trabajar de forma más individualizada.

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			

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

- **¿Qué hacer?**

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 pasivo.

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).

- **¿Cómo debería hacerse?**

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.

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.

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.

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 mantenimiento.

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.

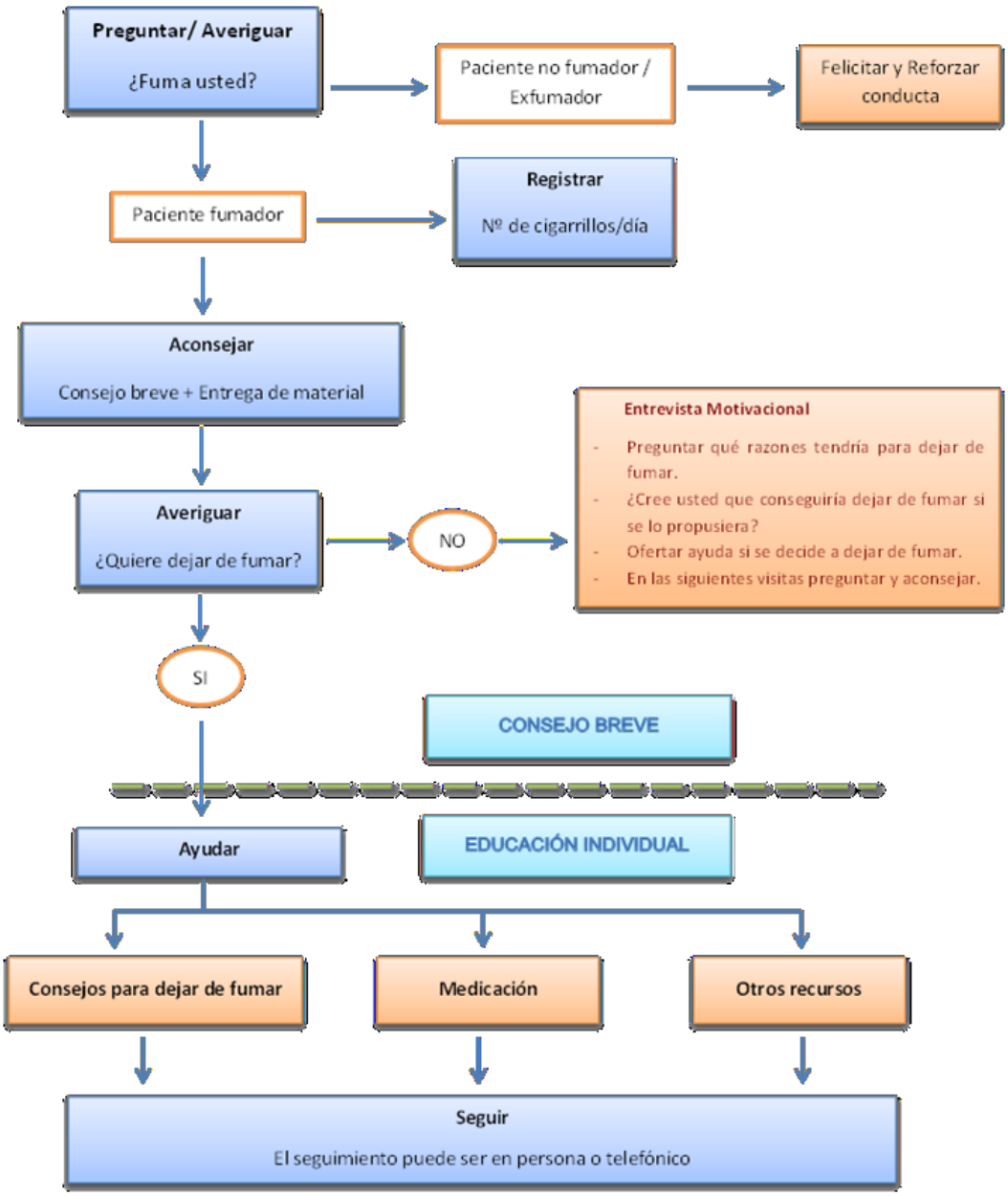
- Terapia sustitutiva con nicotina.
- Bupropion.
- Vareniclina.

Otros recursos:

- Líneas telefónicas.
- Recursos Web.

En la Figura 3 se desarrolla el algoritmo de actuación que se propone para abordar el consumo de tabaco en las consultas de atención primaria.

Figura 3. Propuesta de pasos a realizar en la intervención sobre tabaco en Atención Primaria.



- **¿Cada cuánto tiempo?**

La periodicidad mínima de esta intervención debe ser de una vez cada 2 años. No es necesario re interrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado.

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

- **¿Qué hacer?**

Esta intervención consiste en una valoración del patrón de consumo de alcohol de cualquier persona adulta que acuda a consulta y responda "si" 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.

- **¿Cómo cribar el consumo de riesgo?**

Se propone la utilización del test AUDIT-C, 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. ¿Cuantas 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 AUDIT 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 validado, se ha observado una sensibilidad algo menor en mujeres.

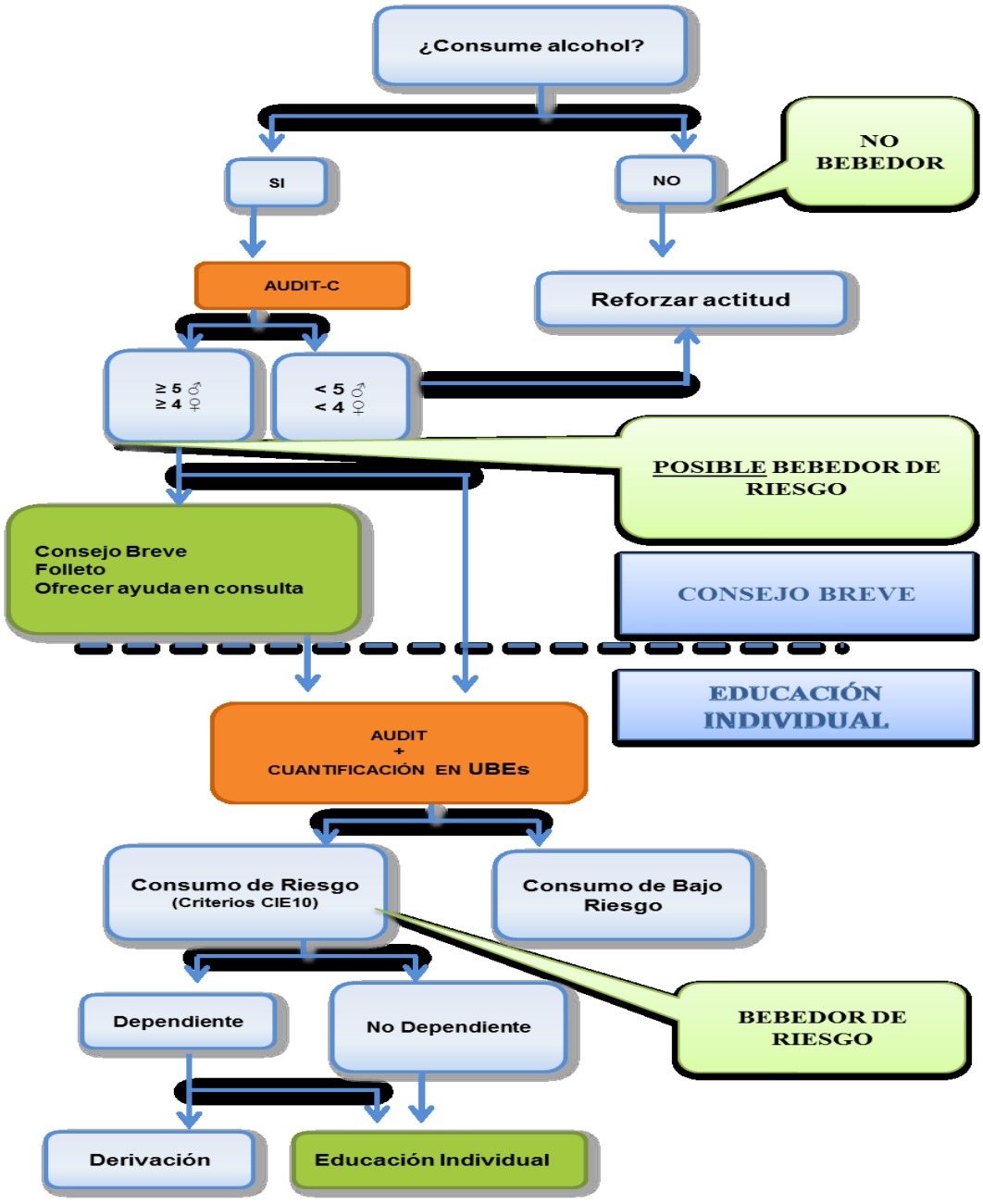
AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
2. ¿Cuantas 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 4, se basa en el modelo de las 5Aes.

Figura 4. 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 España 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.

Educación individual

- Se realiza cribado con AUDIT
- 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.

Consumidor de bajo riesgo, se le informará sobre sus niveles de consumo y el riesgo de sobrepasarlos.

- Consumidor de riesgo o perjudicial de alcohol,
  - 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).
  - Revisar puntuación AUDIT, 20 o más es indicativa de dependencia del alcohol.
  - La décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-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

Abordaje del CONSUMO DE RIESGO CON DEPENDENCIA:

Aunque habitualmente el abordaje 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 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.

Estas personas 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.

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).

- **¿A quién dirigir el cribado de riesgo y perjudicial/nocivo de alcohol?**

- 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).

- **¿Cada cuánto tiempo?**

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

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

- **¿Qué hacer?**

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 irreparables.

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 mental.

- **¿Cómo debería 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*)

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?*

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 INDIVIDUAL

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.

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.

- **¿Cada cuánto tiempo?**

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.