

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones preventivas contra el consumo de alcohol y tabaco

Juárez Jiménez M^aV¹,
De La Cruz Villamayor JA², Baena Bravo AJ³

¹Médico de familia. CS de Mancha Real (Jaén)

²Enfermero. CS de Alcaudete (Jaén). Graduado en Podología

³Enfermero. CS de Martos (Jaén). Graduado en Podología

CORRESPONDENCIA

María de la Villa Juárez Jiménez

E-mail: mariavillajuarezjimenez@gmail.com

Recibido el 28-07-2016; aceptado para publicación el 29-08-2016

Med fam Andal. 2017; 1: 80-83

La **medicina preventiva** es una parte de la medicina. Su campo de acción es mucho más restringido que el de la salud pública, que comprende el conjunto de actividades organizadas de la comunidad dirigidas al fomento, defensa y restauración de la salud de la población. Se trata de los esfuerzos de la comunidad para fomentar y defender la salud de sus ciudadanos y para recuperarla en los casos en que se haya perdido. Uno de estos esfuerzos es el que aporta la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial. La medicina preventiva incluye el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad y la medicina curativa comprende el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad. Los diferentes informes emitidos por la *US Preventive Services Task Force* han venido destacando de forma habitual que las actividades clásicas de la medicina clínica convencional (como por ejemplo las diagnósticas) pueden ser de menos valor para los pacientes que otras actividades como por ejemplo la educación sanitaria de personas asintomáticas que tradicionalmente se ha considerado que no formaban parte del papel del médico práctico (1). Las nuevas evidencias

sobre la eficacia de las actividades preventivas sugieren una redefinición de la responsabilidad de los profesionales sanitarios que, sin dejar de ser curativa y asistencial, debe ser fundamentalmente preventiva y educativa, algo diferente a la responsabilidad clínica inculcada durante siglos en las facultades de medicina y enfermería (2). La integración de las actividades preventivas en la práctica clínica, entre ellas las recomendaciones preventivas y consejos, se considera actualmente como una estrategia fundamental para mejorar la salud de la comunidad (3)(4).

Las actividades preventivas se clasifican en tres niveles: prevención primaria, secundaria y terciaria. Las dos primeras son las únicas de interés en medicina clínica preventiva. La **prevención primaria** tiene por objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades. Desde el punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Las medidas de prevención primaria actúan en el periodo prepatogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o factores de riesgo con el huésped dé lugar a la producción del estímulo provocador de la en-

fermedad. Se distinguen dos tipos de actividades de prevención primaria: las de protección de la salud, que se ejecutan sobre el medio ambiente, y las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se ejecutan sobre las personas.

La **prevención secundaria** actúa sólo cuando la primaria no ha existido o si ha existido pero ha fracasado. Una vez se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de su progresión mediante el tratamiento precoz y oportuno, en la etapa presintomática, lo que en algunos casos mejora el pronóstico de la afección en relación al tratamiento efectuado después del diagnóstico habitual. Mediante la aplicación de procedimientos de selección a personas sanas (cribados) se puede realizar la detección precoz de algunas enfermedades crónicas en la etapa presintomática y una vez confirmado el diagnóstico se aplica el tratamiento precoz. Desde el punto de vista epidemiológico, la prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad preclínica.

Cuando las lesiones patológicas son irreversibles y la enfermedad está bien establecida y ha pasado a la cronicidad, hayan aparecido o no secuelas interviene la **prevención terciaria**. Su objetivo es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan.

Cualquier medida que evite la progresión de la enfermedad hacia la invalidez y mejore las funciones residuales en el caso de invalideces ya establecidas se considera como prevención terciaria.

El alcohol es una de las sustancias más ampliamente utilizadas en el mundo. En España, el consumo de riesgo y el consumo nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad (2). El consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2.5 millones de muertes cada año y es el tercer factor de riesgo más importante de muerte prematura y enfermedad, después del tabaquismo y la hipertensión arterial, y por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso.

Es una droga de abuso y dependencia que causa de la muerte directa de unos 320.000 jóvenes de entre 15 y 29 años de edad, lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario. El

consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad (5)(6): es el primer factor de riesgo en el Pacífico Occidental y las Américas, y el segundo en Europa. Además de los más de 60 diferentes tipos de enfermedad que puede causar, el alcohol es responsable de notables perjuicios sociales, mentales y emocionales, incluyendo criminalidad y todo tipo de violencia, así como absentismo laboral, que conducen a enormes costes para la sociedad.

El tabaquismo es un trastorno adictivo crónico (7) que constituye la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados y también la causa más importante de años de vida perdidos de forma prematura junto a años vividos con discapacidad en España (8) (9). El consumo de tabaco tiene una alta tasa de letalidad: más del 50% de los fumadores de larga evolución morirá por una enfermedad causada por el tabaco (10). El abandono del tabaquismo se asocia con una reducción sustancial del riesgo de muerte por todas las causas entre los pacientes con cardiopatía coronaria (11).

Actividades preventivas contra el abuso de alcohol

PAPPS (Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud): recomienda exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada 2 años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha (indistintamente en la consulta médica o de enfermería) utilizando una encuesta semiestructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborables y festivos. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma sistemática.

El cálculo del alcohol consumido se cuantifica en unidades. La tabla de equivalencias en unidades según los tipos y el volumen de bebida deben adaptarse para recoger las costumbres de cada entorno.

Debe considerarse como consumo peligroso o de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea

superior a 280 g en el varón (28 U) o 170 g en la mujer (17 U) o 50 g (5 U) en 24 h, una o más veces al mes. Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros, como 170 g en el varón (17 U) y 100 g en la mujer (11 U).

Las mujeres embarazadas, los adolescentes y los usuarios de maquinaria peligrosa o vehículos a motor deben ser persuadidos de abstenerse de bebidas alcohólicas. Los bebedores de riesgo deberán realizar un cuestionario de dependencia (MALT o similar).

El personal de enfermería debe remitir al médico cuando haya síntomas relacionados con el consumo de alcohol o el test de dependencia sea positivo.

AAP (American Academy of Pediatrics): discutir con adolescentes sobre la ingesta de alcohol y recomendar la abstinencia.

Aconsejar a los padres evitar la toma de alcohol en su domicilio.

AAFP (American Academy of Family Physicians): recomienda preguntar por el abuso de consumo de alcohol y aconsejar la intervención para disminuirlo tanto en adultos como en mujeres embarazadas.

Reconoce que es aconsejable evitar los productos con alcohol en niños y adolescentes, pero la efectividad de los avisos y consejos médicos en estas edades es incierta.

AMA (American Medical Association): estar alerta de los síntomas y signos de abuso.

Discutir el modelo de uso de alcohol con los pacientes.

AMAGAPS (American Medical Association Guidelines for Adolescent and Preventive Services): recomienda preguntar anualmente a los adolescentes por la ingesta de bebidas alcohólicas.

CTF (Canadian Task Force on Periodic Health Examination): propone búsqueda de casos, consejo y seguimiento. No hay suficientes evidencias para uso de marcadores biológicos aunque se podrían usar cuestionarios en caso de sospecha.

USPSTF (United States Preventives Services Task Force): recomienda investigar en adultos y mujeres embarazadas sobre el abuso en la ingesta de alcohol y aconsejar su reducción, estas evidencias son insuficientes para realizarlas o no en niños y adolescentes.

Actividades preventivas contra el consumo de tabaco

PAPPS (Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud): 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 (periodicidad mínima de detección: una vez cada 2 años).

No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en las que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado.

Se considera fumador cuando lo ha hecho diariamente durante el último mes, y esto incluye cualquier cantidad de cigarrillos, incluso 1.

Todos los fumadores deben recibir un consejo claro y personalizado, ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de hacerlo.

Durante el primer año después de dejar de fumar, deben recibir consejos de refuerzo en cada visita.

Se considera ex fumador/a cuando lleva al menos 1 año sin fumar, siendo importante seguir preguntando por el consumo de tabaco al menos una vez cada 2 años.

En adolescentes preguntar sobre el consumo y dar consejos cada año.

NCI (National Cancer Institute): preguntar por el hábito a todos los pacientes.

Aconsejar y prestar ayuda para abandono del hábito en fumadores.

AAFP (American Academy of Family Physicians): recomienda preguntar por el consumo de tabaco en adultos y mujeres embarazadas y recomendar el abandono del hábito. Recordar las complicacio-

nes que puede ocasionar y el empleo de farmacoterapia como ayuda para su cese. Reconoce que el evitar el uso de productos de tabaco es aconsejable en niños y adolescentes, pero la efectividad del consejo médico en esta población es incierto.

AMAGAPS (American Medical Association Guidelines for Adolescent and Preventive Services): recomienda preguntar anualmente por el hábito de fumar en todos los adolescentes.

CTF (Canadian Task Force on Periodic Health Examination): ofrecer consejo a los fumadores para abandono del tabaco en los controles periódicos de salud y derivar a los fumadores a programas para tal fin. Aconsejar a los adolescentes para que no fumen.

USPSTF (United States Preventive Services Task Force): recomienda que se interrogue sobre el hábito de fumar en todos los adultos, aconsejando y ayudando a su abandono. Investigar el hábito de tabaco en embarazadas recomendando su abandono. Las evidencias son insuficientes para recomendar o no la investigación del tabaquismo, así como, las intervenciones para prevenir su hábito entre niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Córdoba R, Nebot M. Educación sanitaria del paciente en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125(4):154-7.
2. Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2012; 44 (1):16-22.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London (UK): NICE. 2006.
4. American Academy of Family Physicians. Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. 2014.
5. Organización Mundial de la Salud. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Oficina Regional Europea; Copenhagen. 2012.
6. Sharman CH. El problema del alcohol. *Perspectivas de Salud*. 2005; 10 (1).
7. American Psychiatric Association. DSM-IV-TRtm. Diagnostics and Statistical Manual of Mental disorders. 2000.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Annual smoking-attributable mortality, years of potentially lost, and productivity losses—United States, 1997-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005; 54(25):625-8.
9. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Tobacco Control. 2007. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68117/E89842.pdf
10. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328(7455):1519.
11. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. *N Engl J Med*. 2007; 356(23):2388-98.