

**MÓDULO 4:
MODALIDADES DE INTERVENCIÓN PARA AYUDAR
A DEJAR DE FUMAR.
MODELO ABC DE LA CESACIÓN.**

- **Objetivos:**

- Conocer las principales estrategias para el control del tabaquismo en la población consultante.
- Conocer el Modelo ABC como una intervención efectiva para la disminución del consumo de tabaco.

- **Contenidos:**

- Consejería Breve.
- Consejería Integral y modalidad individual y grupal.
- Elementos que constituyen el Modelo ABC.
- Aplicación del Modelo por profesionales del Equipo de Salud.

I. Introducción

Modalidades de Intervención para ayudar a dejar de fumar. Modelo ABC de la Cesación.

La evidencia bibliográfica señala que todas las personas que concurren a un servicio de salud, público o privado, independientemente del motivo de consulta, deben ser interrogadas acerca de su relación con el tabaco, con el fin de determinar su condición de fumador, fumador pasivo, ex-fumador o no fumador.

Posteriormente, todo fumador debe recibir intervención terapéutica para motivarle, animarle o ayudarlo a dejar de fumar.

La forma e intensidad de la intervención que se brinde a cualquier fumador depende de:

- Las características de cada fumador.
- Los recursos con que cuente el establecimiento de salud.
- Del tiempo y capacitación del profesional.

Todos los fumadores que consultan en el sistema de salud están en una situación propicia para recibir un “breve consejo” de abandono de consumo de tabaco.

Entre ellas destacan:

- Cuando el fumador acude a una consulta médica con problemas respiratorios (gripe, tos, esputos, ahogo).
- Cuando se está realizando un examen físico (auscultación cardio-pulmonar, toma de presión arterial).
- Al acudir al laboratorio para recibir los resultados de exámenes complementarios (estudios radiológicos de tórax, ECG, análisis de sangre, test del embarazo).
- Cuando va a ser sometido a una operación quirúrgica o se encuentra hospitalizado.

En estas circunstancias la intervención del profesional de salud, oportuna, empática, positiva y de ayuda suele ser muy eficaz, debido a que el fumador puede estar más proclive a reflexionar y decidirse a modificar sus hábitos.

II. Modelo ABC

El Modelo ABC fue introducido desde las Guías Clínicas de Nueva Zelanda (2007). Ha sido incorporado en las Guías Clínicas de Uruguay 2009 y Argentina 2010 y 2014; y reafirmado en las Guías Clínicas de Nueva Zelanda 2014.

Componentes de la intervención en el **ABC** (tres elementos fundamentales):

- **A**veriguar
- **B**reve Consejo
- **C**esación.

La Intervención Breve se ha simplificado a tres pasos —A, B y C— resumiendo la estrategia de las 5 A, con las cuales se describía tradicionalmente. El Ministerio de Salud ha adoptado este modelo por ser más simple para su aplicación por los equipos de salud.

- **A – Averigüe:**
 - Identifique la situación de “fumador” y consigne en la historia clínica.
 - Averigüe si el paciente ha estado expuesto al humo de tabaco.
 - Actualice regularmente la información registrada en la ficha clínica.
- **B – Breve consejo:**
 - El consejo breve consiste en recomendar a las personas el abandono del consumo de tabaco en tan solo 3 minutos.
 - Debe ser dado a todos los fumadores, independiente de si desean o no dejar de fumar.
 - Brinde el consejo acorde al estadio de cambio, motivación y situación clínica del paciente.
- **C – Cesación**
 - Guíe al fumador en el proceso de cesación, brindando todas las herramientas que estén a su alcance.
 - El objetivo del tratamiento es el abandono o cesación total del consumo de tabaco.

Hay sólida evidencia de que el **consejo del médico produce cambios en la conducta del fumador**, lo conduce a dejar de fumar o a pedir ayuda para hacerlo. Se piensa que el resto del equipo de salud desarrolla una influencia similar.

Seguramente, instaurar esta estrategia dentro de la práctica clínica cotidiana requiere realizar algún ajuste institucional para que todos los pacientes sean interrogados con respecto al uso de tabaco y quede registrado. Es muy relevante hacerlo, ya que se calcula que el 70% de los

fumadores contactan un médico una vez por año y que el número de consultas anuales en nuestro país es de millones. Hay entonces oportunidades únicas de lograr modificar la tasa de consumo, ya que los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo (Vejar L. 2011).

Pasos claves para la cesación:

Si Ud. aconseja a un solo fumador cada día para dejar de fumar (tiempo usado= 30 segundos):

- Luego de 40 días le habría tomado 20 minutos de su tiempo, pero uno de esos 40 pacientes va a dejar de fumar en el largo plazo.
- Luego de un año Ud. habrá ayudado a seis personas a dejar de fumar, usando solo 2 horas de su tiempo.
- Considere que invirtiendo dos horas de su tiempo por año, Ud. **habrá salvado al menos tres vidas ese año.**

Fuente: Propuesta de Dr.Hayden, Mc Robbie. Auckland University en SEIJAS B.D. Rev. Med. Clin. Condes - 2010; 21(5) 719-731.

A continuación, describiremos las características del ABC:

1. A – Averiguar.

- Todas las personas que concurren a un servicio de salud deben ser interrogadas acerca de si consumen algún producto de tabaco.
- Las respuestas deben ser registradas en su historia clínica.
- Los registros de cualquier persona que fume o que haya dejado de hacerlo recientemente, deben ser actualizados regularmente (por lo menos una vez al año).
- Sistemas simples como recordatorios informáticos, adhesivos en la carpeta del paciente o la inclusión de la situación del fumador como ítem preestablecido en la historia clínica, ayudan a recordar que se pregunte y documente la situación del paciente.

2. B – Breve Consejo

La **intervención breve** es una **estrategia** destinada a promover la **cesación tabáquica**, que llega a un gran número de personas, tiene alto índice de costo-efectividad y es una recomendación con evidencia tipo A.

Características:

- Utiliza solo dos o tres minutos de la consulta.
- Debe ser realizada en todas las consultas.
- La puede realizar todo el equipo de salud.
- Es altamente costo-efectiva.
- Se debe adaptar al estadio de cambio en que se encuentra el paciente.

Las intervenciones más simples (Breve Consejo), son menos eficaces (5 a 10% de éxito), pero logran mayor cobertura poblacional, por lo que el número absoluto de personas que dejan de fumar es mayor, con una buena relación costo-efectividad.

Las intervenciones más intensivas, requieren más tiempo y se desarrollan en el contexto de programas específicos y especializados para dejar de fumar, siendo de mayor eficacia (20 a 35% de éxito) pero de menor alcance poblacional.

Todos los fumadores deben recibir una intervención que promueva la cesación tabáquica siempre que acudan ante un profesional médico.

Una vez identificado el fumador, **el consejo claro, firme y personalizado**, constituye una estrategia asequible y eficaz.

Intervención en pacientes no motivados

En **fumadores no motivados** para dejar de fumar, es conveniente emplear intervenciones motivacionales a fin de estimularlos a realizar un intento de cesación en el futuro. En estos casos se puede utilizar la **Entrevista Motivacional**, como una estrategia de probada eficacia para motivar a aquellos fumadores sin interés por dejar de fumar. Para realizar la Entrevista Motivacional se requiere de un terapeuta entrenado, por lo que habitualmente dicha técnica es utilizada en programas especializados (Bello et al. 2009).

La Consejería Breve **de hasta tres minutos por cada contacto** aumenta significativamente las posibilidades de abstinencia. Y si el tiempo de contacto es **entre tres y 10 minutos** aumentan aún más su efectividad.

Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar. Estas intervenciones deben estar integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta.

En cada uno de los estadios se deben efectuar intervenciones específicas que apuntan a generar el proceso de cambio que permitirá que la persona avance en las etapas.

El avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible.

El objetivo es activar el proceso de cambio y hacer que la persona avance hacia el siguiente estadio. No se debe olvidar que la motivación es el motor que favorece este cambio.

- **¿Qué aconsejar?**

- A fumadores: Aconsejar dejar de fumar.
- A ex fumadores: Aconsejar mantener abstinencia.
- A nunca fumadores: Aconsejar evitar el inicio y evitar el tabaquismo pasivo.
- Para aquellos que tienen contacto con niños o sus padres es importante recordar la relevancia que tiene la prevención del tabaquismo y de la prevención de la exposición al humo de tabaco del ambiente, que afecta particularmente a los niños.

- El **Breve Consejo** debe ser:

- Aplicado a todos los pacientes independiente de la razón de la consulta.
- Dado a todos los fumadores, independiente de que deseen o no dejar de fumar.
- Claro y corto: Puede hacerse en tan solo 3 minutos, puede durar tan poco como 30 segundos.
- Firme y personalizado.
- Repetirse en cada consulta.
- Motivador, podría ser el disparador de un intento de cesación.
- Debe incluir elementos informativos.
- Siempre positivo.
- Si el paciente es fumador, debe ser brindado según el estadio de Prochaska en el que se encuentre.

- **Importante**

- El Breve Consejo debe ser personalizado: Se recomienda adecuarlo a la situación del paciente.

- El consejo puede fortalecerse si se vincula a alguna condición médica actual del fumador (Ejemplo: Si padece de enfermedad respiratoria, coronaria, etc.) o a la importancia de proteger a quienes conviven con él, de la exposición al humo de tabaco ajeno o de segunda mano.
- El Breve Consejo actúa estimulando un intento de cesación.

- Posiblemente su máxima efectividad sea en los fumadores con menor nivel de adicción.

Breve Consejo para las siguientes etapas de cambio de Prochaska.

A continuación, se presenta cómo podemos trabajar las etapas pre contemplativa y contemplativa. Se destacará en rojo la aplicación de la Teoría PRIME.

A. Etapa pre contemplativa (no preparados)

- **Se recomienda:**

Se debe trabajar fundamentalmente sobre la concientización:

- El médico debe explicar claramente al fumador que dejar de fumar es la medida sanitaria más eficaz que este puede tomar para mantenerse en buena salud. (Apunta a influir en las Evaluaciones del fumador).
- Evaluar cuáles son los mecanismos de defensa que efectúa la persona para no producir el cambio.
(Respuestas – Impulsos v/s Inhibiciones – Motivos).
- Reflexionar sobre la relación con el tabaco, las razones que lo llevan a fumar y las ganancias que se obtendrían de no hacerlo (Motivos: Deseo o necesidad).
- Oportunidades ambientales: Evaluar qué determinantes del ambiente, entendido como ambiente social, están contribuyendo a mejorar su salud y cuáles no (Evaluación de la influencia del entorno).
- Revisar intentos anteriores, evaluando cuántos hubo, qué fue útil, qué aprendió y por qué volvió a fumar (Evaluación de experiencias, aprendizaje).

- **Qué no se debe hacer:**

- **Empujar a la acción.** Un pre contemplador no está listo para dejar de fumar ya, pero hay que alentarlos a considerar dejar. El error más común es empujar a alguien a tomar acción demasiado rápido, cuando todavía no está preparado.
- **Sermonear.** Hacer comentarios de manera repetida e insistente usualmente desmotiva y pueden debilitar la relación especial del médico con la persona que fuma.

- **Abandonar.** Un pre contemplador puede confundir la indiferencia de un profesional médico como un signo de que el problema de conducta no es tan serio después de todo. Para un pre contemplador la indiferencia aparece como la aprobación de su conducta.
- **Ser permisivo.** La permisividad empieza cuando el profesional médico se interesa por el pre contemplador y quiere entender sus preocupaciones. Esto puede llevar a minimizar el problema. La permisividad continúa cuando el profesional no es firme y claro en su consejo.

B. Etapa contemplativa

- **Se recomienda:**

Estos pacientes se caracterizan por su ambivalencia, por lo que se recomienda que el profesional de la salud:

- En un clima de aceptación y empatía, entregue información de salud de manera clara y firme.
- Ayude al paciente a realizar balance decisional: Hay que tratar de utilizar los siguientes ejes:
 - Consecuencias del cambio para el fumador y los demás.
 - Reacciones que producirá el cambio en el fumador y en los demás.(Visualizar Planes y Respuestas posibles)
- Active emociones para propiciar la necesidad de cambiar: Movilizar de manera que estas ayuden a superar la postergación. Para lograr esto, se pueden emplear distintas técnicas, como por ejemplo, sugerir colocar en un frasco con agua cada una de las colillas al terminar un cigarrillo, para poder observar y tener más presente cuáles son las sustancias que van a su organismo. (Activación de Respuestas y Motivos incompatibles con fumar).
- Ayude a identificar fortalezas personales que puedan ser puestas al servicio del cambio, como autoeficacia y autoestima (**E**valuar nuevos atributos personales, dejando atrás etiquetas negativas).
- Ayude a tomar conciencia sobre la relación con el cigarrillo: (Cambiar **E**valuaciones o creencias) .
 - La persona se encuentra más abierta a escuchar si puede revisar qué lo lleva a fumar, tratar de detectar las situaciones gatillo para fumar.
 - Evaluar cómo se siente y se piensa uno mismo respecto de la adicción al tabaco permite ver cuándo y cómo un problema de conducta está en conflicto con los valores personales.
- Ofrezca ayuda, transmitiendo que existen tratamientos eficaces para dejar de fumar.
- Cite al fumador en un periodo de 4 a 6 semanas para controlar si ha habido algún cambio en su actitud para dejar de fumar.

- Use material escrito con información sobre cómo hacer un intento de abandono, sobre los diferentes tratamientos para ayudar a dejar de fumar y con todos los datos que sirvan para darles a conocer todas las estrategias disponibles para facilitarles el éxito en dejar de fumar.

- **Qué no se debe hacer:**

- **Subrayar** las dificultades o resistencias del paciente para tomar la decisión de dejar de fumar.
- **Minimizar** los riesgos de seguir fumando.
- **Crear** un clima confrontacional para provocar el cambio.
- **Dejar** ir al paciente sin una citación de control (4 a 6 semanas).
- **Forzar** un cambio a la próxima etapa (Preparación).
- **Indicar** medicamentos de apoyo a la cesación.

3. C – Cesación

Hay **dos opciones** para prestar apoyo a la cesación: **Tratar o derivar**.

- **Tratar:** Los trabajadores de la salud que son capaces de prestar apoyo, deberían hacerlo. El apoyo puede incluir el establecimiento de una fecha para la cesación (día D); asesorar al fumador para que complete la abstinencia de fumar; prescribir medicamentos para dejar de fumar (médicos) y la organización de un seguimiento y consulta posterior.
- **Derivar:** Los trabajadores de la salud sin la experiencia o el tiempo para ayudar a las personas a dejar de fumar, deben asesorarse para tratar a estos pacientes o derivar a los lugares donde les prestarán apoyo.

Los componentes del tratamiento para la cesación que han mostrado ser efectivos son:

- Apoyo presencial.
- Tratamiento farmacológico.
- Apoyo telefónico.

La efectividad del tratamiento depende de los conocimientos del profesional acerca de la cesación del tabaquismo, de sus destrezas y del tiempo que se asigne.

Existe una amplia gama de intervenciones efectivas para la cesación tabáquica, desde la simple entrega de material de autoayuda, hasta los tratamientos intensivos para dejar de fumar.

La intensidad de la intervención está definida por el tiempo de contacto entre el terapeuta y el paciente.



- **Intervención mínima:** La mayoría de los fumadores solicita algún tipo de atención en el sistema de salud, siendo la instancia propicia para aplicar la Intervención mínima.
- **Intervención integral:** La intervención integral se refiere a establecer una atención exclusiva para fumadores, destinando 15 minutos a cada fumador.
- **Intervención especializada:** La intervención especializada se realiza en el nivel secundario o terciario de atención, especialmente para fumadores con comorbilidad.

Las diferentes modalidades de intervención se pueden desarrollar en la práctica de manera individual o grupal.

No se ha encontrado diferencia de eficacia entre la intervención individual y la grupal, pero esta última tiene mejor relación costo-efectividad (Bello et al. 2009).

El apoyo para la cesación incluye un amplio espectro de niveles de intervención, desde una intervención mínima de pocos minutos en la consulta médica, hasta la intervención integral o especializada en una unidad de tabaquismo.

Intervención mínima	Consiste en generar o aumentar la motivación para la cesación y aportar al paciente algunas herramientas de manejo conductual, realizando el seguimiento en las sucesivas consultas médicas.
Intervención integral	Cuando el profesional dispone de las habilidades y el tiempo necesario debe realizar una intervención más amplia o integral, que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico, en los casos de pacientes que lo tengan indicado.
Intervención Especializada	Cuando el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales, el médico debe derivar, si es posible, a un especialista en tabaquismo.
Recomendación	Mientras más frecuentes sean las intervenciones, mayor es su efectividad para lograr abstinencia, por lo que se recomienda aplicarlas toda vez que sea posible. Son recomendables por los menos cuatro encuentros con los individuos que desean dejar de fumar, ya que los tratamientos persona a persona de 4 sesiones o más resultan especialmente efectivos para aumentar las tasas de cesación.

Terapia Grupal

La **terapia grupal**, de al menos 4 semanas de duración y con seguimiento por 6 meses, es efectiva para dejar de fumar (OR 2.17; IC 95% 1.37 - 3.45) comparada con no hacer intervención alguna o con la auto intervención (OR 2.04; IC 95% 1.60 - 2.60).

No obstante, la evidencia diverge cuando se mide la eficacia para dejar de fumar, al comparar la intervención grupal con la individual.

Un meta-análisis que incluyó 55 estudios de investigación no encontró diferencia, en cambio otra evaluación, con menor rigor metodológico, evaluó diferentes intervenciones realizadas en 6959 pacientes del Reino Unido, favoreciendo marginalmente la intervención grupal (OR 1.38; IC 95% 1.09 - 1.76) (REV. MED. Clínica Las Condes - 2010; 21(5) 719-731).

Consejo para cada una de las etapas de cambio

A continuación se presenta cómo podemos trabajar las etapas de preparación, acción, mantenimiento, recaída y finalización.

A. Etapa de presentación:

La auto reevaluación y la activación emocional propician el tomar un compromiso concreto, haciendo del cambio una prioridad.

El consejo del profesional de salud se focaliza en ayudar a:

- Preparar el propio plan de acción.
- Hacer público el compromiso.
- Establecer el gran día para dejar de fumar: **“Día D”**.

Para los pacientes que estén en fase de preparación existen dos alternativas que pueden ser complementarias:

- Intervención conductual orientada a combatir la dependencia psíquica que pudieran padecer.
- Terapia farmacológica para aquellos pacientes que tengan indicación médica, con el propósito de aliviar la dependencia física por la nicotina” (Jiménez-Ruiz C, Et al. 2009).

B. Etapa de acción

En la etapa de acción comienza el momento en que la persona ha dejado de fumar (Reducir Impulso, deseo y necesidad. Fortalecer Planes y Respuestas incompatibles con fumar).

Este es el período de mayor riesgo de volver a fumar, por lo que la persona debe estar atenta y trabajar duro alrededor de 6 meses para mantenerse sin fumar, antes de disminuir sus esfuerzos.

El consejo del médico y del equipo de salud va dirigido al reconocimiento de los síntomas (deseo imperioso de fumar, el cual dura instantes) y al manejo del síndrome de abstinencia.

Manejo en la abstinencia:

- Identificar situaciones gatillo y evitarlas -> estar con fumadores por ejemplo.
- Implementar terapias sustitutivas -> ante el deseo de fumar debe tener disponible agua, algún caramelo sin azúcar, chicles sin azúcar, puede ser una pelotita para apretar, tener siempre preparadas las zapatillas para salir a caminar, darse una ducha o lavarse los dientes.
- Recomendar al paciente tener a mano el teléfono de algún amigo o familiar a quien recurrir en el caso que tenga deseos de fumar para recibir apoyo.
- Recomendar “manejar el stress” -> baños, música, gimnasia, técnicas de relajación.
- Sugiera Recompensar sus propios logros -> hay que remarcar las ganancias concretas que se obtienen en salud, en energía, sensación de autocontrol, ahorro de dinero, entre otros y también fijar algún refuerzo personal, que podría ser hacerse un regalo, una salida que tenía pendiente, una obra de teatro, una cena en un lugar especial, como una gratificación posible por ya no estar fumando.

C. Etapa de Mantenimiento:

Se mantienen las estrategias de los estadios anteriores, prestando especial atención a la posibilidad de recaída (Reforzar Planes: Reglas y rutinas incompatibles con fumar. Fortalecer nueva identidad de Ex fumador: Evaluación de sí mismo).

En esta etapa es muy relevante la valoración consciente de los beneficios ganados por permanecer sin fumar y la consolidación de conductas y hábitos nuevos, incompatibles con fumar, que conforman un nuevo estilo de vida saludable, logrando una identidad de “no fumador”.

D. Etapa de recaída

Esta etapa no ocurre en todos los fumadores, aunque como en toda adicción es bastante frecuente (Evaluación de la experiencia).

Un fumador sufre una recaída cuando, luego de haber dejado de fumar, no pudo mantenerse sin fumar durante el tiempo esperado de 6 meses en la etapa de acción o cuando la persona volvió a fumar durante la etapa de mantenimiento o incluso aún después.

Se sugiere no dramatizar la situación: Después de una recaída, antes de hacer un nuevo intento de abandono del cigarrillo, lo mejor es que la persona se tome su tiempo para pensar sobre lo ocurrido y para aprovechar la situación como una instancia de aprendizaje.

Suele haber una pérdida de la autoestima: La recaída es parte del proceso, por lo tanto motive al paciente a continuar con los intentos de dejar de fumar. Cuantos más intentos se realicen, mayor es la tasa de abandono.

E. Etapa de Finalización

Algunos pacientes dejan de tener deseos de fumar y se consideran “curados”; otros persisten en el mantenimiento más allá de los 6 meses esperados, pueden quedar por muchos años en mantenimiento sin fumar, es decir, continuar sin fumar con esfuerzo.

Intervención especializada o integral

Cuanto más intensivas son las intervenciones, más efectivas resultan en el logro de la abstinencia, por lo que se recomienda aplicarlas toda vez que sea posible. **Son recomendables por lo menos cuatro encuentros con los individuos que desean dejar de fumar**, ya que los tratamientos de 4 sesiones o más, resultan especialmente efectivos para aumentar las tasas de cesación (Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia, 2010).

Las ayudas para dejar de fumar aparecen como uno de los pilares para el control del tabaquismo, donde los profesionales del equipo de salud tienen una gran responsabilidad.

En la actualidad existe consenso respecto a que las intervenciones de cesación del tabaquismo deben tener dos componentes: **Tratamiento psico-social y tratamiento**

farmacológico. Ambos componentes deberían incluirse en el apoyo a cualquier persona que solicite ayuda para dejar de fumar.

Importante:

- Las intervenciones intensivas pueden ser provistas por cualquier profesional de salud entrenado para ello.
- Existe una fuerte asociación dosis-respuesta entre la duración de la sesión persona a persona y los resultados exitosos del tratamiento.
- La intervención intensiva es más efectiva que la intervención mínima.
- La intervención intensiva consta de dos componentes: Tratamiento psicosocial y tratamiento farmacológico.

Características de la Consejería Integral:

- Programación de varias sesiones con una duración mínima de 15 minutos cada una.
- Mayor intensidad de la intervención de cesación.
- Profesional capacitado y con asignación de tiempo para la actividad.
- Uso de instrumentos de evaluación y plan de trabajo.
- Uso de medicamentos de apoyo.

Tratamiento psicosocial

Las estrategias psicosociales, que mayoritariamente tienen un enfoque cognitivo-conductual, están destinadas a que el fumador **reconozca su adicción, modifique sus pautas de comportamiento y desarrolle estrategias y habilidades para lograr la abstinencia**, lo que significa cambiar estilos de vida, es decir, aprender a “vivir sin tabaco”.

Las **Terapias cognitivo-conductuales** Son las más utilizadas en el tratamiento del tabaquismo. Más de 100 estudios controlados han demostrado su eficacia, por lo que son consideradas como terapia de primera línea en la Guía de Tratamiento 2008 del Servicio de Salud Pública de EE.UU.

Las estrategias psicosociales se pueden desarrollar de diferentes maneras en la práctica: **Terapias individuales, terapias grupales, líneas telefónicas de ayuda, tratamientos a través de Internet**, etc.

No se ha encontrado diferencia de eficacia entre la intervención individual y la grupal, pero esta última tiene mejor relación costo-efectividad.

El consejo telefónico, especialmente la modalidad pro-activa (seguimiento al fumador) ha demostrado ser eficaz, costo-efectivo y con capacidad de gran cobertura poblacional.

Las estrategias psicosociales **que han demostrado ser efectivas** en el tratamiento del tabaquismo son:

- **Provisión de Consejos Prácticos:**

En el marco cognitivo-conductual, estas estrategias le permiten al fumador desarrollar habilidades que contribuyen a cambiar su patrón de conducta, aumentando sus competencias para la resolución de problemas.

Los componentes **más importantes de estos consejos prácticos son los siguientes:**

- Reconocer situaciones de riesgo:

Identificar estados internos o actividades que aumenten el riesgo de fumar. Estas situaciones son múltiples y varían en cada persona, dependiendo de la relación personal con el tabaco a lo largo de los años, por ejemplo:

- ✓ Estados de ánimo negativo y estrés.
- ✓ Estar cerca de otros fumadores.
- ✓ Beber alcohol.
- ✓ Experimentar urgencia por fumar.
- ✓ Disponibilidad de cigarrillos.

- Desarrollar habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas, con el objetivo de enfrentar las situaciones de riesgo:

- ✓ Aprender a anticiparse y evitar situaciones gatillantes
- ✓ Aprender estrategias cognitivas que reducirán ánimos negativos.

- Lograr cambios de estilo de vida que reduzcan el estrés y mejoren la calidad de vida:

- ✓ Integrar en lo cotidiano prácticas de relajación, como respiración profunda en situaciones difíciles, ejercicio físico, recreación.

- Aprender actividades cognitivas y conductuales para enfrentar la urgencia por fumar:

- ✓ Por ejemplo, distracción de la atención, cambiar rutinas. Teniendo presente que este deseo cede al cabo de unos pocos minutos.

- Adquirir habilidades de asertividad:

- ✓ Aprender a decir NO cuando le ofrezcan cigarrillos «No gracias, yo no fumo» «No, ya dejé de fumar». Pedir ayuda cuando se sienta tentado a fumar. Proteger su gran logro declarando su hogar libre de humo.

- Proveer información básica sobre fumar y cómo dejar de fumar exitosamente:

Se trata de que el fumador adquiriera una serie de conocimientos básicos sobre el tabaquismo en general y sobre su adicción en particular, para que no se deje influir por pensamientos desajustados o erróneos.

- ✓ La naturaleza adictiva de fumar.
- ✓ Cualquier cigarrillo fumado (incluso una “piteada”) aumenta el riesgo de una recaída completa.
- ✓ Los síntomas de abstinencia generalmente son más intensos en las dos primeras semanas del cese tabáquico, pero pueden persistir por más tiempo. Estos síntomas incluyen ánimo negativo, urgencia por fumar y dificultad para concentrarse.

- **Apoyo intra-tratamiento:**

El equipo de salud proporciona un conjunto de estrategias dirigidas a reforzar las motivaciones positivas del fumador, destacando las ganancias sobre las pérdidas, aumento de la autoconfianza, evitando mitos y racionalizaciones en torno al consumo (como la fantasía del control de la cantidad del consumo). También a prevenir problemas asociados al abandono del tabaco (aumento de peso, irritabilidad, etc.) y ayudando al fumador a resolver sus ambivalencias.

Las **principales estrategias** son:

- Estimular al paciente para hacer el intento de dejar de fumar.

- ✓ Comunicar confianza en la capacidad del paciente para dejar de fumar
- ✓ Mencionar que ahora existen tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco.

- Transmitir preocupación.

- ✓ Expresar directamente preocupación y disposición para ayudarlo(a) con la frecuencia que sea necesaria.
- ✓ Preguntar sobre los miedos del paciente y ambivalencia sobre dejar de fumar.

- Incentivar al paciente a hablar sobre el proceso de dejar de fumar.

Se debe preguntar por:

- ✓ Las razones por las que quiere dejar de fumar.
- ✓ Preocupaciones sobre dejar de fumar.
- ✓ Éxitos que ha conseguido el paciente.

- **Apoyo social, extra-tratamiento, brindado por la familia, entorno laboral o comunitario:**

En algunos casos, las acciones destinadas a conseguir colaboración y apoyo de familiares y amigos, contribuyen a aumentar el compromiso con el proceso. Por ejemplo, instaurando ambientes libres de humo en el hogar y en el trabajo, estableciendo “socios” de apoyo y ayudar a otros fumadores para dejar de fumar.

Las **Intervenciones de tratamiento intensivo** son realizadas por profesionales especialmente dedicados a la cesación (muchas veces en el marco de un programa). Las consultas son específicas para dejar de fumar y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población, tanto en los formatos grupales, individuales y telefónicos, con el complemento de materiales escritos y otros.

Los distintos formatos de asistencia, ya sean materiales de autoayuda, línea telefónica con seguimiento, programas basados en sitio web o computadoras, mensajes de texto por celular y otros, son combinables tanto con las intervenciones intensivas como con las breves.

En la **fase de preparación se recomienda que el paciente reciba** dos tipos de intervenciones: Una conductual encaminada a combatir la dependencia psíquica que pudieran padecer y si es posible, otra farmacológica para aliviar la dependencia física por la nicotina, cuando no tenga contraindicaciones para ello (La asistencia clínica en el tabaquismo, 2009).

Tratamiento farmacológico

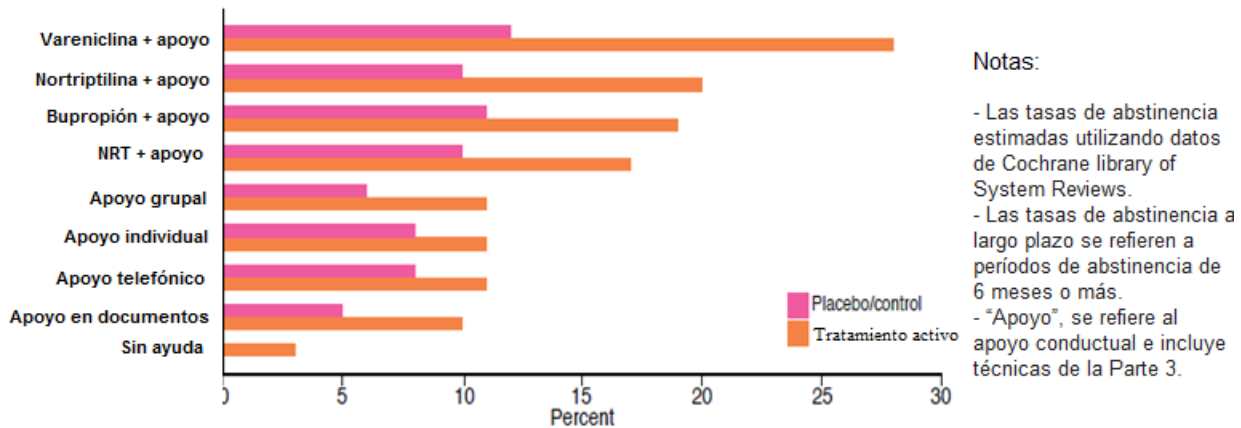
La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola y se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia cuando se las compara con el uso de consejería para la modificación del comportamiento en forma aislada.

La acción del tratamiento farmacológico se centra en el control de síntomas de abstinencia. Obtienen su mejor rendimiento cuando son parte de una estrategia de consejería y seguimiento para dejar de fumar, ya sea presencial o telefónica.

Su uso se dirige a quienes están decididos a realizar un intento de abandono, dado que su eficacia se reduce significativamente en quienes no están preparados para dejar y resulta así un uso inadecuado e ineficiente.

En la tabla siguiente se observan las tasas de abstinencia logradas al combinar tratamiento farmacológico con apoyo psicosocial, en que la más exitosa fue la que usó Vareniclina como medicamento de apoyo.

Tasas de abstinencia para el método de tratamiento a largo plazo



Fuente: HP 5867 ISBN 978-0-478-42809-4 (Print) ISBN 978-0-478-42810-0 (Online), June 2014.

No hay evidencia que oriente a la elección farmacológica específica para cada fumador.

Esta se realiza habitualmente en base a condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias, disponibilidad, tasa de adherencia, costo, etc.

Tanto en las intervenciones breves como en las intensivas, se utilizan las mismas opciones farmacológicas efectivas. Los medicamentos usados por tiempo y dosis suficientes disminuyen los síntomas de abstinencia y mejoran las tasas de cesación.

Se contemplan **dos tipos de tratamiento farmacológico:**

- **De primera elección**, considerados así porque tienen probada eficacia y producen escasos efectos adversos.
- **De segunda elección**, por cuanto que su eficacia es más limitada y ocasionan más efectos adversos.

Entre los primeros destacan varias formas de terapia sustitutiva con nicotina (chicles, parches, pastillas, spray e inhalador bucal), el **Bupropión y la Vareniclina**. Entre los segundos, la **Clonidina y la Nortriptilina**.

La **terapia de remplazo de nicotina (TRN)** fue el primer tratamiento que apareció y ha sido ampliamente usado desde los años 80.

En nuestro país hay chicles de 2 y 4mg y parches de 7,14 y 21mg. Pueden usarse combinados y su efecto aumenta.

Bupropión 150 mgr (Welbutrin, GSK) se ha usado extensamente en programas de salud con buenos resultados y efectos secundarios aislados.

Vareniclina (Champix, Pfizer) 0,5 y 1 mg es el último medicamento en aparecer. Se obtiene de la planta Cytisine, usada para dejar de fumar por más de 40 años en Europa del Este.

Se dispone de drogas efectivas y con adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar:

- **Recomendaciones:**

- Se recomienda Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono.
- Los chicles de nicotina, Vareniclina y Bupropión son eficaces para controlar craving. La terapia sustitutiva con nicotina es eficaz para controlar ansiedad, irritabilidad e inquietud. Bupropión y Vareniclina son eficaces para controlar ansiedad e irritabilidad.
- En pacientes con alta dependencia es posible considerar utilizar terapia combinada. Usualmente reemplazo nicotínico con parche y/o chicle con Bupropión; o TRN con Varenicline.

- **No se recomienda**

- Tratamientos farmacológicos con insuficiente evidencia de efectividad (Benzodiacepinas, Betabloqueantes, Citisina, Acetato de plata, Canabinoides)
- Evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, Naltrexona, Mecamilamina).

- **Importante**

- Hay situaciones en que **el tratamiento farmacológico no es una opción inicial** y debe ser evaluado con más precaución, valorando los riesgos y beneficios en cada paciente en particular: **Embarazo, lactancia, adolescencia y consumo menor de 10 cigarrillos/día.**
- En la elección del fármaco el médico debe tener en cuenta:
 - ✓ Condición clínica del paciente (comorbilidades y contraindicaciones de la medicación).
 - ✓ Experiencias previas y preferencias del paciente.
 - ✓ Experiencia del profesional.

Tabla Orientación de la dosis diaria de TRN según el consumo diario de cigarrillos.

Cigarrillos diarios	Nicotina absorbida por día al fumar (mg)	Orientación para la sustitución diaria con Terapia de Reemplazo con Nicotina (como monoterapia)				
		Chicles o comp 2 mg	Chicles o comp 4 mg	Parches 10 cm ²	Parches 20 cm ²	Parches 30 cm ²
10	15	4 - 6	-	1	1	-
20	30	8 - 10	6 - 8	-	-	1
30	45	-	10 - 12	-	-	1 - 2

Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve. 2014

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica

Parches de Nicotina	<p>Dosis: 7, 14 o 21 mg/24 hr. Uso: Desde el día D. Para los que fuman más de 15 cig/día o prenden su primer cigarrillo dentro de la primera hora del día recomendar 21 mg/día. Duración: Ocho semanas.</p>
Chicles de Nicotina	<p>Dosis: 2 y 4 mg (con o sin sabor). Uso: Desde el día D, en personas con alta dependencia se sugiere iniciar el tratamiento con la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso. Duración: Al menos seis semanas.</p>
Bupropión	<p>Es un antidepresivo atípico que actúa principalmente a nivel de la neurotransmisión de Noradrenalina y Dopamina. Bajo receta archivada. Exige seguimiento médico. Uso: Se recomienda el uso de Bupropión de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación. Duración: Siete a doce semanas.</p>
Vareniclina	<p>Agonista parcial del receptor nicotínico alfa4 beta2. Venta bajo receta. Exige seguimiento médico. Uso: La Vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente sus potenciales beneficios y riesgos al utilizarla. Si bien los estudios demuestran la eficacia de Vareniclina, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares que requiere mayor investigación. Duración: Doce semanas.</p>

A continuación, presentamos recomendaciones para diferentes pacientes y situaciones especiales:

- **Recomendaciones para adolescentes y niños**

Los niños y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo y se interviene durante la consulta pediátrica. Esto favorece la disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. Se recomienda dar un fuerte consejo de escuela, hogar y automóviles libres de humo de tabaco.

Los adolescentes se encuentran, en su mayoría, en estado pre contemplativo (no piensan en dejar de fumar) con respecto al deseo de dejar de fumar. Si bien pueden realizar algún intento para dejar de fumar, tienen muy elevadas tasas de recaídas.

Los jóvenes en general subestiman el potencial adictivo de la Nicotina.

Se sugiere la consejería para la modificación del comportamiento en adolescentes fumadores, ya que aumenta la tasa de cesación. No hay evidencia de efectividad de fármacos y no se recomienda su utilización rutinaria.

- **Recomendaciones para embarazadas y mujeres que amamantan y fuman**

Se recomienda alertar a las embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar las distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos), ya que estas son efectivas.

La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el hijo y para la madre. Sin embargo, dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas.

Estrategias psicosociales efectivas: Breve Consejo de 2 a 3 minutos sobre los riesgos del tabaquismo en el embarazo; videos con información sobre obstáculos y consejos para dejar; asesoramiento de 10 minutos con matrona; material escrito específico; envío de cartas de seguimiento. Además, son efectivos el desarrollo de actividades educativas junto a material escrito; una sesión de apoyo más llamadas telefónicas bimestrales durante el embarazo y mensuales después del parto.

El uso de fármacos está restringido en el embarazo. No está totalmente aclarada su seguridad. La terapia de remplazo nicotínico puede ser útil. Reservar su uso para el 2do o 3er trimestre para evitar potenciales efectos teratogénicos en el 1er trimestre.

- **Recomendaciones para personas con enfermedad psiquiátrica que fuman**

Se sugiere que la terapia conductual en personas con enfermedad psiquiátrica que fuman sea particularmente intensiva y prolongada, dado que estas personas experimentan mayor tasa de recaída que la población general de fumadores.

Se sugieren las terapias comportamental y farmacológica en personas con abuso de sustancias, ya que presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general y sus consecuencias negativas se potencian.

- **Recomendaciones para situaciones clínicas especiales**

A continuación, presentamos diversas situaciones clínicas y las recomendaciones para cada una de ellas:

<p>Hospitalizados y/o Cirugías programadas</p>	<p>Con toda persona internada, se debe averiguar si fuma y además registrarlo e intervenir intensivamente con consejería sobre cesación y ambientes libres de humo (ALH). Además, programar un seguimiento (al menos telefónico) durante el mes posterior al alta médica, esto</p>
---	--

	<p>aumenta significativamente las tasas de abstinencia.</p> <p>Se recomienda que los pacientes programados para cirugía sean alentados a dejar de fumar previamente a la operación, ya que mejora su evolución postoperatoria.</p> <p>La sola internación aumenta la posibilidad de cesación. Se recomienda incluir el “estado de fumador” en la historia clínica (Ej: En la lista de problemas activos y en la epicrisis).</p> <p>Se sugiere el uso de TRN (excepto contraindicación médica) en toda persona internada con síntomas de abstinencia para lograr cesación durante la internación y tras el alta. Se sugiere precaución en su uso en pacientes internados en cuidados intensivos y en post operatorios.</p>
EPOC	<p>Se recomiendan las terapias comportamental y farmacológica (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión), en la cesación tabáquica de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ya que son efectivos.</p> <p>La EPOC es consecuencia directa del cigarrillo en un alto porcentaje de los casos.</p> <p>La cesación aumenta la sobrevida y la calidad de vida específicamente en esta situación clínica.</p>
ECV	<p>ECV enfermedad cardiovascular</p> <p>El cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable. Se recomienda interrogar sobre consumo de tabaco y aconsejar la cesación (incluso de pocos cigarrillos).</p> <p>Se recomienda intervenir en toda persona fumadora con enfermedad cardiovascular con terapia comportamental, ejercicio y medicaciones de primera línea (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión), ya que son efectivas.</p>
VIH	<p>Se recomienda aconsejar dejar de fumar e indicar tratamiento a los fumadores con VIH (+), ya que esto mejora específicamente la sobrevida y la calidad de vida en personas con esta situación clínica.</p>
Cáncer	<p>Se sugiere intervenir en fumadores con patología oncológica ya que la Entrevista Motivacional, la asociación de consejo y medicación son efectivos.</p> <p>La cesación mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de aparición de recidivas, mientras que seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menor efecto de quimioterapia.</p>

Fumadores de menos de 10 cig/día	El cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable. Se recomienda interrogar sobre consumo de tabaco y aconsejar la cesación.
----------------------------------	---

Intervenciones específicas según grado de motivación

Revise a continuación herramientas de manejo práctico, consejos e implementación para la cesación:

- **Herramientas de manejo práctico**

En el cuadro siguiente se presentan algunas herramientas de manejo práctico para la cesación, según el grado de motivación del fumador o fumadora:

Estrategias de intervención básica en fumadores	
Grado de motivación	Intervenciones específicas
No preparados	<ul style="list-style-type: none"> - Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo. - Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente. - Ante otros factores de riesgo del paciente, enfatizar el incremento de daño que implica fumar. - Ofrecer ayuda. - Realizar seguimientos a mediano-largo plazo (30 días).
Preparables	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar un plan personalizado. - Fortalecer la motivación, felicitarlo por la decisión tomada y los logros alcanzados. - Reforzar la confianza en sí mismo, transmitir que él puede lograrlo. - Resaltar la importancia de su decisión para su salud. - Alentar a disminuir la cantidad de cigarrillos fumados ofreciendo estrategias, hasta llegar a la cesación.. - Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos. - Negociar con el paciente el plazo para incluir la abstinencia. - Valorar la necesidad de apoyo farmacológico según criterio

	<p>médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar un seguimiento a corto-mediano plazo (15 días).
Preparados	<ul style="list-style-type: none"> - Acordar una fecha para el abandono. - Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos. - Ofrecer apoyo farmacológico a todo paciente que no tenga contraindicaciones. - Realizar un seguimiento a corto plazo (7 días). - Una vez conseguida la cesación, ofrecer estrategias para la prevención de una caída.

• **Consejos**

A continuación, se presentan en forma esquemática algunos consejos muy concretos de gran utilidad para que el fumador transite por el camino del cambio:

Cómo hacer para...	Estrategias
Lograr la disminución del número de cigarrillos	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar cantidad, hora y situación en que se enciende cada cigarrillo. - Forrar la cajetilla para que quede desagradable a la vista. - Postergar el consumo de cada cigarrillo el mayor tiempo posible, por ejemplo saliendo a caminar. - Cambiar de marca. - No fumar cuando se esté haciendo otra actividad. Cortar las conductas asociadas, por ejemplo: Teléfono y cigarrillo, mate y cigarrillo, café y cigarrillo. - Poner la cajetilla fuera de alcance. - No fumar antes de desayunar y después de las comidas. - Eliminar los ceniceros. - Beber abundante agua o jugos no azucarados. - Sustituir cigarrillos por goma de mascar o pastillas sin azúcar.

<p>Atravesar el síndrome de abstinencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar actividades recreativas, caminar, realizar actividad física. - Evitar tener fácilmente disponibles alimentos ricos en grasas y/o azúcares refinados. - Beber abundantes líquidos no azucarados. - Cuidar el tamaño de las porciones, incrementar la ingesta de frutas y verduras. - Apoyo farmacológico según criterio médico.
<p>Prevenir la recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforzar la motivación, valorando los beneficios alcanzados con la cesación. - Reforzar la confianza en sí mismo, destacando los logros obtenidos. - Anticipar situaciones de vulnerabilidad y definir cómo va a responder, por ejemplo: Preguntar al paciente “¿en qué situación cree usted que no podría evitar encender un cigarrillo? Y ¿cómo cree usted sortear esa situación sin cigarrillo?”. - Estimular al paciente a pedir apoyo si lo necesita.

Lo invitamos a visitar la biblioteca y descargar el documento con esquemas de trabajo de acuerdo a la complejidad del fumador:

- **Implementación**

El profesional de salud es responsable de integrar el Modelo ABC en la práctica clínica cotidiana.

<p>Barreras para implementar el Modelo ABC</p>	<p>Facilitadores para implementar el Modelo ABC</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none">✓ Consejeros o profesionales de la salud que fuman.✓ Falta de tiempo, conocimientos o herramientas.✓ Profesional médico considera que el modelo ABC está fuera de su área de trabajo.	<ul style="list-style-type: none">✓ Capacitación y entrenamiento del profesional de salud.✓ El sistema propicia la aplicación y el registro de los elementos de ABC.✓ Supervisión y feedback.✓ Incentivos financieros.✓ Liderazgo clínico para impulsar el dejar de fumar en todos los niveles.
---	---

III. Aportes de las diferentes disciplinas al tratamiento del tabaquismo

Al estar definido como una enfermedad crónica adictiva, el abordaje del tabaquismo requiere de la participación de todos los integrantes del equipo de salud. Cada disciplina tiene la oportunidad de realizar intervenciones específicas para el control de esta adicción a nivel individual y comunitario.

A continuación, veremos los diversos aportes que pueden realizar algunos miembros del equipo de salud:

1. Nutricionista

Estrategias nutricionales para regular el aumento de peso al dejar de fumar:

El temor a subir de peso, basado en la creencia de que toda persona que deja de fumar aumenta de peso de manera incontrolable puede convertirse en un obstaculizador del proceso de cesación.

Dejar de fumar puede producir aumento de peso por medio de diferentes mecanismos:

- La recuperación casi inmediata del gusto y del olfato, genera mayor deseo de comer y menor capacidad de controlar la cantidad de alimento que se ingiere.
- La persistencia del gesto de llevarse algo a la boca. Esta vez no será el cigarrillo, sino alimentos, por lo general se prefieren alimentos dulces y con elevado tenor calórico.
- Al dejar de fumar el gasto metabólico basal disminuye, con lo que se gastan 200 a 300 calorías menos que cuando se fumaba.

En la mayoría de los casos, es esperable que el paciente presente un aumento de entre 3 y 6 Kg. Sin embargo alrededor de un 10% de los pacientes presentan un aumento mayor.

Por otro lado, no se debe perder de vista que existe un porcentaje de fumadores que, al iniciar un tratamiento nutricional para disminuir de peso, aumenta el consumo de tabaco, por lo que es necesario evaluar la situación desde el punto de vista del nutricionista.

Existe evidencia que la ganancia de peso excesiva reduce hasta en un 38% los beneficios derivados de dejar de fumar en los hombres y hasta en un 17% en las mujeres. Por este motivo se sugiere que el abandono del tabaquismo se acompañe de estrategias para controlar la ganancia de peso, resultando muy importante la intervención del nutricionista durante los dos años que siguen al abandono del tabaco. (Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Uruguay 2009)

El tabaco presenta efectos nocivos que afectan directamente el estado nutricional, ya que aumenta la utilización de vitaminas y nutrientes inorgánicos, altera el perfil lipídico, favorece la pérdida de calcio y genera radicales libres (entre otras alteraciones). A esto se suma que el cigarrillo altera el metabolismo de la glucosa, ejerce cierto efecto anorexígeno por liberación de dopamina (entre otros neurotransmisores) y provoca disminución de los sentidos del olfato y el gusto.

Importante:

- Los beneficios del abandono del tabaco son muy superiores al aumento de peso.
- El patrón de grasa corporal es saludable en los que dejan de fumar: Mejor índice cintura-cadera (predictor de diabetes y de patología coronaria).
- Al dejar de fumar se elevan los niveles de las lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Todo nutricionista en su consulta habitual debe aplicar la estrategia **A B C**:

- **A**veriguar: Detectar a cada paciente fumador y registrar la condición de fumador en su historia clínica.
- **B**reve consejo: Motivar la cesación.
- Apoyo para la **C**esación: Derivar si es posible a profesionales de salud capacitados.

Como parte del equipo multidisciplinario de abordaje del tabaquismo, se sugiere realizar una consulta con un nutricionista en todos los casos, especialmente una vez que el paciente finaliza el tratamiento farmacológico. La intervención tiene como propósito acompañar el proceso de cesación.

- **Corto plazo**

Inicio de la cesación del tabaquismo: Según la Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Uruguay 2009.

- **Monitorear** el peso, acordando con el paciente que el objetivo no es evitar el incremento de peso, sino mantenerlo dentro de los márgenes esperados.

- **Recordar** que la disminución de peso es un objetivo secundario hasta que el fumador llegue a los 6 meses de abstinencia, destacando que el porcentaje de pacientes en que se dan aumentos de peso excesivo es bajo.
- **Brindar** indicaciones nutricionales que no sean desmedidamente restrictivas, para facilitar la adhesión y evitar el fracaso en la cesación del tabaquismo.
- **Enfatizar** una alimentación equilibrada, con alto consumo de líquidos para evitar estreñimiento.
- **Identificar** a los pacientes que necesiten una intervención nutricional individualizada según los siguientes criterios de riesgo:
 - ✓ Pacientes que presentan comorbilidad asociada (metabolopatías).
 - ✓ Pacientes que presentan obesidad actual o antecedente de obesidad.
 - ✓ Pacientes que aumenten más de un 5% del peso inicial durante el proceso de cesación.

- **Mediano plazo**

- Una vez que el paciente finaliza el tratamiento farmacológico se encuentra más vulnerable a un aumento de peso excesivo, por tanto es importante realizar una nueva consulta con nutricionista.
- Acordar hábitos alimentarios saludables.
- Atender factores de riesgo asociados.
- Fomentar la actividad física.

- **Largo plazo**

Para pacientes ex fumadores (6 meses de cesación):

- **Mantener** la consulta nutricional para tratar factores de riesgo y comorbilidad detectada.
- **Definir** objetivos de disminución de peso adecuados a cada individuo, en caso de aumento de peso. Promover descensos de 5 a 10% del peso inicial.

2. Kinesióloga/o:

Todo kinesiólogo, en su consulta habitual debe aplicar la estrategia A B C: El tiempo de contacto con el paciente que involucra su trabajo habitual facilita que asuma un rol para el consejo y orientación hacia la cesación del tabaquismo (Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Uruguay 2009).

- **Detectar** personas fumadoras en la evaluación kinésica previa a la determinación de los tratamientos (Averigüe) y registre el “estado de fumador”.
- **Integrar** ejercicios de relajación, respiración y movilidad general al trabajo con el paciente.
- **Utilizar** la actividad física como herramienta sustitutiva de la conducta de fumar.

- **Promover** la realización de actividad física como estilo de vida saludable.
- **Enseñar** la ejercitación respiratoria mediante técnicas de estímulo a una correcta mecánica, priorizando el uso de los patrones diafragmático, costal inferior y pectoral, inspiración y espiración controlada, espiración asistida y ventilación dirigida.
- **Orientar** en técnicas de higiene bronquial: Importancia del aumento del aporte de líquidos, técnicas de espiración forzada y espiración resistida, gimnasia con la respiración y técnicas de relajación muscular (Schultz, Jacobson).
- **Realizar** en los pacientes en rehabilitación, educación permanente de estilo de vida saludable y promoción de ambientes libres de humo de tabaco (Breve Consejo).
- **Derivar** al paciente que requiera utilizar tratamiento farmacológico para el logro de la cesación.

Se sugiere aconsejar la actividad física en el intento de cesación para regular el aumento de peso, sumar efectividad a las demás estrategias y obtener los efectos saludables propios de la actividad física.

El efecto directo del ejercicio como única estrategia sobre la cesación es de poca magnitud, pero el ejercicio retrasa el aumento de peso cuando se lo combina con un programa de acompañamiento conductual. Además, contribuye al bienestar general al reducir el estrés, mejorar el estado de ánimo, facilitar la socialización, reducir los sentimientos depresivos y la ansiedad. Por otra parte, preserva las funciones mentales como la comprensión, la memoria y la concentración. (Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Uruguay 2009).

3. Enfermera/o

La confianza que generalmente se desarrolla en la relación enfermera/o y paciente constituye una fortaleza para realizar intervenciones dirigidas a fomentar estilos de vida saludables, hacer una adecuada educación en materia de tabaquismo, prevenir el inicio del consumo de tabaco y ayudar a dejar de fumar, aplicando la estrategia A B C:

- **Promover** instancias educativas en sala de espera sobre los riesgos del consumo de tabaco y en la comunidad.
- **Averiguar** acerca de la situación de consumo de tabaco o la exposición a humo ambiental en todos los pacientes y especialmente cuando se trata de niños, adolescentes y embarazadas.
- **Registrar** en la historia clínica su condición de fumador activo o pasivo, así como el tipo de intervención realizada y su seguimiento.
- En caso de ser fumador, **entregar Breve Consejo y/o apoyo para la cesación, según la etapa en que se encuentre el fumador.**
- **Trabajar** en grupos de cesación de tabaquismo con otros integrantes del equipo multidisciplinario.

4. Odontólogo/a

Todo odontólogo en su consulta habitual, debe aplicar la estrategia A B C:

- **Averiguar:** Detectar a cada paciente fumador y registrar su condición de fumador en su historia clínica.
- **Promover** las medidas de higiene.
- **Informar** sobre el tabaquismo como factor de riesgo para su salud bucal.
- **Identificar** cualquier lesión asociada al tabaquismo.
- **Aconsejar** firmemente la cesación por medio de un Breve Consejo.
- **Derivar** a la Unidad Especializada de Tabaquismo, a todo paciente que, manifieste su deseo de abandonar la adicción al tabaco (apoyo para la Cesación).
- **Derivar** al paciente que requiera utilizar tratamiento farmacológico para el logro de la cesación.
- El consumo de tabaco, genera a nivel bucal alteraciones de las estructuras dentarias y/o restauraciones y también alteraciones en otros sectores. Uno de los motivos de consulta más frecuentes al odontólogo es por cambio de color de las restauraciones y de los dientes.

Debe **observarse en el fumador**, la aparición de lesiones en la mucosa bucal, que van desde una úlcera, a lesiones blancas crónicas, consideradas premalignas.

Recuerde: Los profesionales de la salud cuentan con una amplia gama de herramientas, avaladas por estudios y experiencias nacionales e internacionales, para ayudar a las y los fumadores a aprender a vivir sin tabaco.

IV. Referencias bibliográficas

- Bailey W C, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.
- Bello S, Et al. Tratamiento farmacológico del tabaquismo. Rev Chil Enf Respir 2008; 24: 127-137.
- Bello S, Sergio, Et al: Diagnóstico y Tratamiento Psicosocial del Tabaquismo. Rev Chil Enf Respir 2009; 25: 218-230.
- Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Versión Breve. Ministerio de Salud. Argentina 2014.
- Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia. Ministerio de Salud. Argentina 2010.
- Jiménez-Ruiz C, Et al. La asistencia clínica en el tabaquismo. © Unidad Especializada en Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.
- Ministry of Health. 2014. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. HP 5867 ISBN 978-0-478-42809-4 (Print) ISBN 978-0-478-42810-0 (Online) June 2014.
- Ministry of Health. 2014. Background and Recommendations of the New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington: Ministry of Health.
- Programa Nacional para el Control del Tabaco. Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Uruguay 2009.
- Seijas B. Daniel. El ABCD de la cesación de fumar. De la evidencia a la práctica clínica preventiva. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2010; 21(5) 719-731].
- Veiga S, et al. Abordaje del tabaquismo: intervención mínima y herramientas psicológicas. Trastornos Adictivos 2003; 6(0):95-102.

- Véjar Leonardo. Cómo los doctores pueden ayudar a disminuir el daño a la salud causado por el cigarrillo. 201. Programa de Tabaquismo Hospital Sótero del Río, SSMSO. disponible en <http://www.neumologia-pediatria.cl>