

JUNIO 2017

# Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria

## Tercera Edición



## **Aviso de responsabilidad**

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

## **Copyright**

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO) (2017). Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria (3a ed.) Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO).

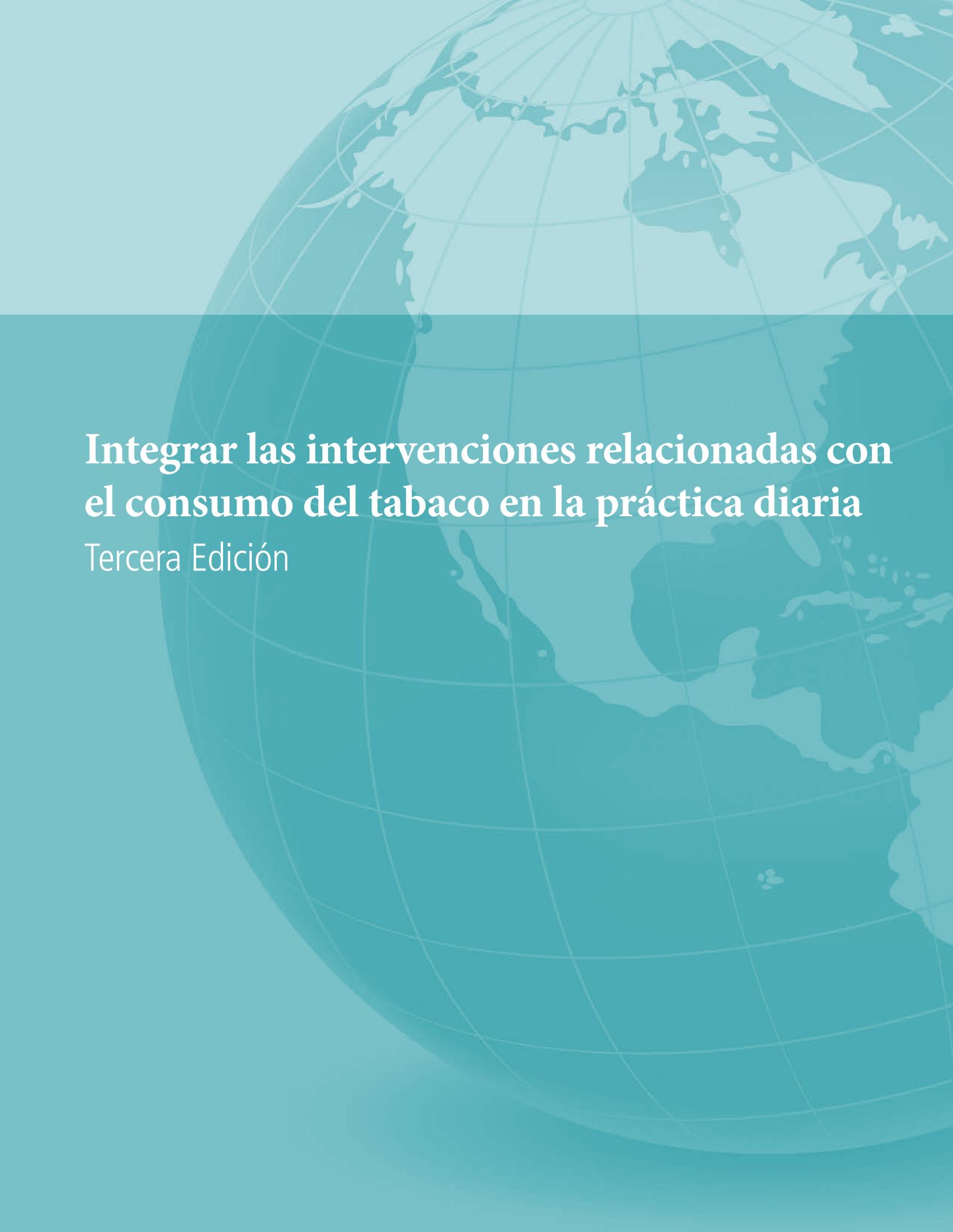
Este programa está financiado por el Ministerio de Salud y Atención de Larga Duración de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care).

Todo el trabajo producido por la RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

## **Información de contacto**

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario  
(Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)  
158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L3

Website: [www.RNAO.ca/bestpractices](http://www.RNAO.ca/bestpractices)



# **Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria**

Tercera Edición

# Saludo de Doris Grinspun,

## Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en presentar la tercera edición de la guía de buenas prácticas Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica diaria. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en el servicio que los profesionales de la salud nos comprometemos a ofrecer en nuestra labor cotidiana. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.



Agradecemos de corazón a las partes interesadas que están haciendo realidad nuestra visión de las guías de buenas prácticas, empezando por el Gobierno de Ontario, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrecer su financiación plurianual. Por su inestimable experiencia y liderazgo, deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Irmajean Bajnok, antigua Directora del Centro de Asuntos Internacionales y Buena Prácticas de la RNAO, la Dra. Valerie Grdisa, Directora del Centro de Asuntos Internacionales y Buena Prácticas de la RNAO y la Dra. Michelle Rey, Directora Asociada de Investigación y Desarrollo de las Guías de la RNAO.

También quiero agradecer a los copresidentes del equipo de expertos de la RNAO, el Dr. Peter Selby, la Dra. Shelley Walkerley y la Dra. Annette Schultz (copresidenta 2013-2014) por aportar sus amplios conocimientos y exquisito liderazgo en la elaboración de esta guía. Gracias también al personal de la RNAO: Sheila John (Jefa de Desarrollo de la Guía), Jennifer Callaghan (Coordinadora del Proyecto de Desarrollo de la Guía), Natalia Hamilton-Martin (Coordinadora del Proyecto de Desarrollo de la Guía), Tiiu Sildva (antigua Especialista en intervenciones relacionadas con el uso de tabaco), Jennifer Tiberio (antigua Especialista en intervenciones relacionadas con el uso de tabaco), Tanvi Sharma (Investigadora Asociada Principal en Enfermería), Lisa Ye (antigua Investigadora Asociada en Enfermería) y el resto del equipo del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, por su intenso trabajo en la producción de esta guía actualizada. Un agradecimiento especial a los miembros del equipo de expertos de la RNAO por ofrecer generosamente su tiempo y experiencia para ayudar a construir un recurso clínico riguroso y robusto. Sin vuestra ayuda, nunca lo habríamos conseguido.

La implantación exitosa de esta guía requiere el esfuerzo concertado de educadores, personal clínico, encargados de contratación, responsables de formular políticas e investigadores. La comunidad de enfermeras y profesionales de la salud, con su inquebrantable compromiso y dedicación a la excelencia en el cuidado de pacientes, aporta sus conocimientos e incontables horas de trabajo voluntario para el desarrollo y revisión de cada una de las guías de buenas prácticas. La respuesta de los encargados de contratación ha sido entusiasta: han elegido impulsores de buenas prácticas y han implantado y evaluado el impacto en sus pacientes e instituciones. Los gobiernos, en el país y en el extranjero, se han unido a nuestro viaje. Juntos, estamos construyendo una cultura de buenas prácticas basada en la evidencia.

Os invito a compartir esta guía con vuestros colegas de otras profesiones, ya que tenemos mucho que aprender unos de otros. Juntos, debemos garantizar que el público reciba los mejores cuidados posibles cada vez que entran en contacto con nosotros, para que sean los verdaderos ganadores de este importante esfuerzo.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a long horizontal stroke.

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD, O.ONT.  
Directora Ejecutiva  
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

## Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii.  
Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)  
Instituto Carlos III de España.  
Madrid Octubre 2014

A handwritten signature in purple ink that reads "Teresa Moreno".

# Índice de Contenidos

ANTECEDENTES	Cómo utilizar este documento . . . . .	6
	Objetivos y ámbito de aplicación . . . . .	7
	Interpretación de la evidencia . . . . .	8
	Resumen de recomendaciones . . . . .	9
	Equipo del programa de guías de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) .	11
	Panel de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) . . . . .	12
	Agradecimientos a los colaboradores . . . . .	13
	Definición de tabaco y tipos de tabaco . . . . .	18
	Antecedentes . . . . .	20
Principios rectores / Supuestos acerca de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco . . . . .	23	
RECOMENDACIONES	Recomendaciones para la práctica . . . . .	24
	Recomendaciones para la formación . . . . .	36
	Recomendaciones para el sistema, la organización y las directrices . . . . .	40
	Lagunas en la investigación e implicaciones futuras . . . . .	45
	Estrategias de implantación . . . . .	46
	Evaluación y seguimiento de la guía . . . . .	48
	Proceso de actualización y revisión de las guías . . . . .	52
REFERENCIAS	Referencias . . . . .	53

# Índice de Contenidos

Anexo A: Glosario .....	62	ANEXOS
Anexo B: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda .....	68	
Anexo C: Proceso de desarrollo de las guías .....	70	
Anexo D: Daños del tabaco .....	73	
Anexo E: Beneficios del abandono del uso de tabaco .....	75	
Anexo F: Estrategias para evitar la recaída .....	76	
Anexo G: Lista de recursos para intervenciones relacionadas con el uso de tabaco .....	77	
Anexo H: Test de dependencia de la nicotina de Fagerström (Revisado) .....	82	
Anexo I: Programa STOP: Ejemplo de algoritmo de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) .....	83	
Anexo J: Programas de formación para profesionales de la salud .....	84	
Anexo K: Descripción de la Herramienta .....	85	
Apoyos .....	86	APOYOS
Notas .....	89	NOTAS

## Cómo utilizar este documento

Esta guía de buenas prácticas en enfermería<sup>(G)\*</sup> es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para respaldar la práctica de la enfermería basada en la evidencia. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones para las enfermeras<sup>(G)</sup> que trabajan con personas<sup>(G)</sup> que consumen tabaco. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno, así como de las necesidades y preferencias de la persona. Además, la guía proporciona una visión general de las estructuras y respaldo adecuados para ofrecer los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, valoraciones, intervenciones y documentar las herramientas. Las enfermeras y otros profesionales que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo.

Si su organización está poniendo en práctica esta guía, recomendamos seguir estos pasos:

1. Evaluar las prácticas actuales de enfermería y cuidados de salud mediante las recomendaciones de la guía.
2. Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
3. Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados. Recursos de implantación, incluida la Herramienta de la RNAO: Implantación de guías de buenas prácticas (2a ed.) (RNAO, 2012), disponible en: [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca).

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia.

\* A lo largo de este documento, los términos marcados con un superíndice G <sup>(G)</sup> se encuentran en el [Anexo A: Glosario de términos](#).

## Objetivos y ámbito de aplicación

Las **Guías de buenas prácticas (GBP)** son declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los profesionales de la salud que trabajan con los pacientes y sus familias en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud y servicios más adecuados (Field & Lohr, 1990). Esta guía reemplaza la guía de la RNAO *Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería* (2007), (también referida como *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice*, por su nombre en inglés). Está diseñada para su uso por parte de enfermeras y otros miembros del equipo de salud interprofesional<sup>(G)</sup> para mejorar la calidad<sup>(G)</sup> de su práctica en la atención a las personas que consumen tabaco, y así mejorar los resultados clínicos mediante el uso de prácticas basadas en la evidencia.

En febrero de 2015, se reunió un panel interprofesional de expertos para establecer los objetivos y el alcance de esta guía. El objetivo es proporcionar, a enfermeras y otros profesionales de la salud de todos los ámbitos de atención, buenas prácticas en intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco, con recomendaciones basadas en la evidencia para la valoración y planificación de intervenciones en la atención a las personas que consumen tabaco. El alcance incluye todas las formas de tabaco comercial y no se limita solamente al hábito de fumar, por lo que el nombre de la guía ha cambiado de «abandono del hábito de fumar»<sup>(G)</sup> a «intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco».

Las recomendaciones ayudarán a las enfermeras y otros profesionales de la salud a obtener los conocimientos necesarios para detectar el consumo de tabaco en todas las personas, poner en práctica un plan de cuidados, tratar o derivar, mejorar los programas de formación de los profesionales de la salud incorporando el contenido sobre el uso y consumo del, garantizar que el programa formativo sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco está proporcionado por educadores capacitados, y abogar por políticas de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos en los entornos de atención y en la comunidad. Esta guía se aplica a todos los ámbitos de la práctica de la enfermería, incluidos el asistencial, el de gestión y el educativo.

Esta guía proporciona recomendaciones de buenas prácticas en tres áreas principales:

- **Recomendaciones para la práctica**<sup>(G)</sup>: Se dirigen principalmente a las enfermeras y otros profesionales de la salud que forman parte de los equipos interprofesionales que prestan cuidados directos a personas en instituciones de salud (por ejemplo, cuidados en hospitales de agudos, de larga duración) y en la comunidad (por ejemplo, atención primaria y salud pública). Las recomendaciones para la práctica se formulan y presentan de acuerdo con el proceso de enfermería<sup>(G)</sup>.
- **Recomendaciones para la formación**<sup>(G)</sup>: Se dirigen a los responsables de personal y formación, como por ejemplo educadores, equipos de mejora de la calidad, gerentes, administradores e instituciones académicas y profesionales.
- **Recomendaciones para el sistema, la organización y directrices**<sup>(G)</sup>: Se dirigen a múltiples destinatarios, dependiendo de la recomendación. Estos destinatarios incluyen enfermeras de cuidado directo y otros profesionales de la salud, gerentes, administradores, responsables de elaborar directrices, cuerpos reguladores de enfermería, instituciones académicas y organismos gubernamentales.

Para una efectividad óptima, las recomendaciones en estas tres áreas deben implantarse conjuntamente para mejorar las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y para potenciar la capacidad del equipo interprofesional de asociarse con el propósito de mejorar la salud. Es sabido que las competencias en educación para la salud en la atención al uso y consumo de tabaco varían entre las enfermeras y otros profesionales de la salud dentro de los equipos de salud.

Varios factores pueden afectar a la aplicación de las prácticas de formación sobre el uso de tabaco que se describen en esta guía. Estos factores incluyen las políticas y procedimientos de cada organización en concreto, la legislación gubernamental y las características demográficas y socioeconómicas de las personas que acceden a la atención y los servicios.

## Interpretación de la evidencia

Los niveles de evidencia se asignan a los diseños de investigación para clasificar en qué medida cada diseño particular es capaz de eliminar explicaciones alternativas de los fenómenos estudiados. Cuanto mayor es el nivel de evidencia, mayor es la probabilidad de que las relaciones presentadas entre las variables sean verdaderas. Los niveles de evidencia no reflejan el mérito o la calidad de los estudios individuales.

Para las recomendaciones de la guía, cuando estén disponibles, se hará referencia a los estudios con el nivel de evidencia más alto que corresponda a la recomendación. Cuando varios estudios recogen hallazgos similares, sólo se citan los estudios con el nivel de evidencia más alto.

En ocasiones, las recomendaciones de la guía tienen asignado más de un nivel de evidencia. Esto refleja la variedad de diseños de estudio que apoyan los múltiples componentes de una recomendación. Para garantizar la transparencia, los niveles individuales de evidencia para cada componente de la recomendación se identifican en el análisis de la evidencia. Además, como parte de la revisión sistemática<sup>(G)</sup> (véase el [Anexo B: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda](#)), la calidad de los estudios se evalúa mediante una clasificación asignada como alta, media o baja. Siempre que sea posible, además del nivel de evidencia más alto, se citan estudios solamente de calidad alta o media para apoyar las recomendaciones. Cuando únicamente se dispone de estudios de baja calidad, todos ellos se incluyen como referencias.

NIVEL	FUENTE DE LA EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida del metanálisis <sup>(G)</sup> o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados <sup>(G)</sup> y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado <sup>(G)</sup> no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental <sup>(G)</sup> , no aleatorizado bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa.
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, tales como estudios analíticos <sup>(G)</sup> o estudios descriptivos <sup>(G)</sup> , y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Fuente: Adaptado de la Red Intercolegial de Guías de Escocia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network o SIGN, 2011) y Pati (2011).

## Resumen de recomendaciones

Esta guía reemplaza la guía de la RNAO *Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería* (2007b), (también referida como *Integrating Smoking Cessation into Daily Nursing Practice*, por su nombre en inglés).

Se han utilizado los siguientes símbolos para las recomendaciones:

- ✓ La recomendación no ha cambiado como resultado de la revisión sistemática de la evidencia.
- +
 La recomendación y la evidencia que la avala se han actualizado como resultado de la revisión sistemática.
- NEW** Se ha desarrollado una nueva recomendación tras la revisión sistemática.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICAS		NIVEL DE EVIDENCIA	ESTADO
1.0 Valoración	<p><b>Recomendación 1.1:</b></p> <p>Utilizar intervenciones breves para detectar en todas las personas cualquier forma de uso de tabaco e iniciar la intervención según sea apropiado.</p>	la, lb	+
2.0 Planificación	<p><b>Recomendación 2.1:</b></p> <p>Desarrollar junto con el paciente un plan de intervención centrado en el paciente relacionado con el tabaco.</p>	V	+
3.0 Implantación	<p><b>Recomendación 3.1:</b></p> <p>Proporcionar a los pacientes intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico, o derivarlos, si consumen tabaco y expresan interés en reducir o abandonar su consumo.</p>	la, V	+
	<p><b>Recomendación 3.2:</b></p> <p>Tratar a todas las mujeres embarazadas o en período de posparto en cada visita mediante asesoramiento intensivo conductual, para reducción del daño, abandono del uso de tabaco y prevención de recaídas, junto con terapia sustitutiva de nicotina, o derivarlas, específicos, según corresponda en cada caso.</p>	la, lb, V	+
4.0 Evaluación	<p><b>Recomendación 4.1:</b></p> <p>Evaluar la efectividad del plan de intervención hasta que se cumplan los objetivos del paciente.</p>	V	<b>NEW</b>

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA	ESTADO
5.0 Formación	<p><b>Recomendación 5.1:</b></p> <p>Incorporar contenidos basados en la evidencia sobre las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en los programas de formación de los profesionales de la salud.</p>	Ib, IIb, IV, V	+
	<p><b>Recomendación 5.2:</b></p> <p>Garantizar que la formación sobre el abandono del consumo de tabaco está proporcionada por parte de educadores capacitados y cualificados en el campo de las intervenciones relacionadas con este consumo.</p>	IV	NEW

RECOMENDACIONES PARA EL SISTEMA, LA ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES		NIVEL DE EVIDENCIA	ESTADO
6.0 Sistema, organización y directrices	<p><b>Recomendación 6.1:</b></p> <p>Abogar ante los responsables de la formulación de políticas, en todos los niveles de gobierno, por una legislación amplia a favor de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos, así como su cumplimiento en la comunidad.</p>	Ia, IIb, IV	+
	<p><b>Recomendación 6.2:</b></p> <p>Implantar y hacer cumplir políticas globales de espacios sin tabaco en todas las instituciones de salud, por todos los pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, así como por todo el personal, tanto permanente como temporal.</p>	Ia, IV	+
	<p><b>Recomendación 6.3:</b></p> <p>Integrar preguntas acerca del uso de tabaco en las historias clínicas/documentación de salud para facilitar el abordaje de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco durante las visitas a servicios de salud.</p>	Ib	NEW
	<p><b>Recomendación 6.4:</b></p> <p>Evaluar los programas y servicios de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco.</p>	V	NEW

## Equipo del programa de guías de buenas prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

### Sheila John, RN, BScN, MScN

Program Manager  
Guideline Development Lead  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Tiiu Sildva, BN, MPH

Former Tobacco Intervention Specialist  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Jennifer Tiberio, MN, NP-PHC

Former Tobacco Intervention Specialist  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Jennifer Callaghan, BA, MPH

Guideline Development Project Coordinator  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Natalie Hamilton-Martin, BA

Guideline Development Project Coordinator  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Tanvi Sharma, RN, MN

Lead Nursing Research Associate  
Tobacco Intervention Specialist  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Lisa Ye, RN, MN, CNN(C)

Former Nursing Research Associate  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Anastasia Harripaul-Yhap, RN, MSc (A)

Former Nursing Policy Analyst  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Gurjit K. Toor, RN, MPH

Data Quality Analyst  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Megan Bamford, RN, MScN

Program Manager  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Irmajean Bajnok, RN, MScN, PhD

Former Director, International Affairs and Best Practice Guidelines Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Valerie Grdisa, RN, MS, PhD

Director, International Affairs and Best Practice Guidelines Centre  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

### Michelle Rey, MSc, PhD

Associate Director, Research and Guideline Development  
Registered Nurses' Association of Ontario  
Toronto, Ontario

## Panel de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

**Peter Selby, MBBS, CCFP, FCFP, MHSc,**

DipABAM, DFASAM

Expert Panel Co-chair

Professor, Departments of Family & Community Medicine and Psychiatry, and Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto  
Full Member, Institute of Medical Sciences, School of Graduate Studies, University of Toronto  
Director, Medical Education and Clinician Scientist Addictions Division, Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)  
Toronto, Ontario

**Shelley Walkerley, NP-PHC, PhD**

Expert Panel Co-chair

Assistant Professor, Nurse Practitioner Program and Coordinator  
School of Nursing, York University  
Toronto, Ontario

**Annette Schultz, RN, PhD**

Associate Professor

University of Manitoba Rady Faculty of Health Sciences, College of Nursing  
Winnipeg, Manitoba

**Debbie Aitken, RN, BScN, APN**

Program Manager, Smoking Cessation Program  
University of Ottawa Heart Institute  
Ottawa, Ontario

**Jennifer Bouwmeester, RN, BScN,**

CCHN(C), CTE

Public Health Nurse

Simcoe Muskoka District Health Unit  
Barrie, Ontario

**Claire Gignac, RN, M-TTS**

Former Tobacco Treatment Specialist, Master Registered Nurse, Counsellor and Educator  
Health Sciences North  
Sudbury, Ontario

**Catherine Goldie, RN, PhD**

Assistant Professor, Faculty of Health Sciences  
Queen's University School of Nursing  
Kingston, Ontario

**Jan Johnston, RN, BScN, MEd, CCHN(C)**

Public Health Nurse

Hamilton Public Health Services  
Hamilton, Ontario

**Gail Luciano, BSc, MEd**

Manager, Smoking Cessation, Smokers' Helpline  
Canadian Cancer Society, Ontario Division  
Hamilton, Ontario

**Tanya Magee, RN, BN**

Faculty Registered Nurses Professional  
Development Centre  
Halifax, Nova Scotia

**Patricia Smith, PhD**

Associate Professor

Northern Ontario School of Medicine  
Lakehead University Faculty of Medicine  
Thunder Bay, Ontario

Todos los miembros del panel de expertos de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) realizaron declaraciones de interés que puedan interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, y se pidió a los miembros que actualizaran regularmente sus declaraciones durante el proceso de desarrollo de la guía. Se solicitó información acerca de intereses económicos, intelectuales, personales y de otro tipo y se documentó para futuras referencias.

No se identificaron conflictos limitantes. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.

## Agradecimientos a los colaboradores

Como componente del proceso de desarrollo de las guías de buenas prácticas (véase el [Anexo C: Proceso de desarrollo de las guías](#)), la RNAO se ha comprometido a obtener valoraciones por parte de enfermeras y otros profesionales de la salud que trabajan en una amplia gama de puestos y entornos de práctica, administradores y financiadores de servicios de salud y asociaciones de colaboradores<sup>(6)</sup>. Los revisores pueden ser enfermeras y otros profesionales de la salud en el punto de atención, ejecutivos de enfermería, administradores, expertos en investigación, miembros de equipos interprofesionales, educadores, estudiantes de enfermería o pacientes. La RNAO tiene como objetivo solicitar la experiencia y perspectiva de los colaboradores que representan diversos sectores de salud, distintos papeles dentro de la enfermería y otras profesiones (por ejemplo, la práctica clínica, la investigación, la formación y las políticas) y distintas ubicaciones geográficas. La RNAO quiere agradecer su contribución en la revisión de esta guía de buenas prácticas a los colaboradores con los que nos pusimos en contacto para solicitar sus diversas perspectivas y conocimientos:

### Amanda Arseneau, RN, CRE

Registered Nurse  
Chatham Kent Community Health Centres  
Chatham, Ontario

### Dan Barsky, RN, BScN

Registered Nurse  
The Ottawa Hospital  
Ottawa, Ontario

### Judith Cox, RN, BScN

Public Health Nurse, Family Health Division  
KFL&A Public Health  
Kingston, Ontario

### Jamie Dawdy, RN, BScN, MSc, PhD student

PhD student and School of Nursing Faculty  
McMaster University  
Burlington, Ontario

### Barbara Dawson, RN, BScN, MA

Public Health Nurse  
Brant County Health Unit  
Brantford, Ontario

### Rosa Dragonetti, MSc, RP

Project Director  
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)  
Toronto, Ontario

### Melissa Goheen, RN, BScN

York Region Public Health  
Newmarket, Ontario

### Robyn Micaela Hardy-Moffat, RN, BScN, BFA

Bridgepoint Family Health Team  
Toronto, Ontario

### Kimberley Harkness, RN (EC), MN, NP-Adult

Nurse Practitioner  
University Health Network  
Toronto, Ontario

### Grace Kuipers, BSc, MDiv, RP

Senior Specialist, Learning and  
Development  
Cancer Care Ontario  
Toronto, Ontario

### Tanya Mahajan, RN

Health Promotion Specialist  
Toronto Public Health  
Toronto, Ontario

### Heather Millen, RN, BScN

Public Health Nurse  
Haldimand–Norfolk Health Unit  
Caledonia, Ontario

### Lea Mutch, MN

Clinical Nurse Specialist  
Winnipeg Regional Health Authority  
Winnipeg, Manitoba

### Sarah Neil, RN

Public Health Nurse  
Middlesex–London Health Unit  
London, Ontario

### Janet Nevala, RN, BScN

Regional Coordinator  
Canadian Cancer Society, Smokers' Helpline  
Ottawa, Ontario

### Rachel Roy, MSc, BSc, BA

Health Promotion Specialist  
Hamilton Public Health Services  
Hamilton, Ontario

### Jenny Schiffli, RN (EC), BScN, MScN

Primary Health Care Nurse Practitioner, Tobacco  
Cessation Coordinator  
Haldimand War Memorial Hospital  
Dunnville, Ontario

### Jenny Sohn, BScN

Level 4 Nursing Student  
McMaster University  
Hamilton, Ontario

### Nicole Szumlanski, RN, BNSc, CTE

Registered Nurse  
KFL&A Public Health  
Kingston, Ontario

### May Tao, RN, BScN, MSN

Health Promotion Specialist  
Toronto Public Health  
Toronto, Ontario

### Heather Travis, MA

Manager  
Leave The Pack Behind  
St. Catharines, Ontario

\*\* Los colaboradores que actúan como revisores son personas que tienen experiencia en el tema de la guía, son representantes de organizaciones que están involucradas en la implantación de la guía o son individuos que se ven afectados por su implantación.

Los colaboradores que actúan como revisores para las guías de la RNAO son identificados de dos maneras. En primer lugar, se recluta a colaboradores mediante una convocatoria pública que se anuncia en la página web de la RNAO ([www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). En segundo lugar, el equipo de desarrollo de las guías de la RNAO y el equipo de expertos identifican a personas y organizaciones clave con experiencia en el ámbito de la guía y les invitan directamente a participar en la revisión.

Se pide a los revisores que lean un borrador completo de la guía y participen en la revisión antes de su publicación. Los colaboradores envían sus comentarios completando un cuestionario en internet, contestando las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

- ¿Esta recomendación es clara?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La evidencia apoya esta recomendación?
- ¿Esta recomendación se aplica a todos los papeles, regiones y entornos de práctica?

El cuestionario en internet también ofrece a los colaboradores la oportunidad de incluir comentarios y valoración para cada sección de la guía.

El equipo de desarrollo de las guías de la RNAO recopila las respuestas y prepara un resumen de las valoraciones. El equipo de expertos de la RNAO revisa y considera todos los comentarios y, si es necesario, modifica el contenido y las recomendaciones de la guía antes de su publicación para abordar los temas necesarios. Los colaboradores que actúan como revisores aceptan la publicación de sus nombres y datos de contacto en la guía.

## Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

### Coordinación

**María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD**

Coordinadora Científica

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

**Esther González María, RN, MSc, PhD**

Coordinadora Científica

Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia.

**Cintia Escandell García, DUE, PhD cand.**

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

### Equipo de Traducción

**Marta López González**

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense Madrid,  
CES Felipe II.

**María Nebreda Repesa**

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad de Valladolid.

**Paula García Manchón**

Traductora Responsable de Proyecto

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense Madrid,  
CES Felipe II.

**Juan Diego López García**

Traductor Responsable de Proyecto

Licenciado en Traducción e Interpretación  
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y  
Universidad de Granada

## Colaboración Externa Traducción

### Elena Morán López

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

### Clara Isabel Ruiz Ábalo

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

### Jaime Bonet

Licenciado en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense de Madrid

### Carmen Martínez Pérez-Herrera

Licenciada en Traducción e Interpretación  
Universidad Complutense de Madrid

### Francisco Paredes Maldonado

Licenciado en Lenguas Extranjeras Aplicadas y Traducción.  
Universidad de Orléans (Francia)

### Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)  
Hospital Universitario de Canarias

### Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

### Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

### Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

### Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta  
Universitat de les Illes Balears

## Grupo de Revisión

### Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii,  
Instituto de Salud Carlos III, España

### Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,  
A Coruña, España

### Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD

Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Lleida. Lleida.

### Isabel Margalet

Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur  
Guadalajara España

### Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre  
Madrid, España.

### Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe  
Madrid, España.

### Iosune Salinas

Fisioterapeuta  
Universitat de les Illes Balears, España.

### Lara Edurne González Castellanos, DUE

Centro de Salud José M<sup>a</sup> Llanos. Madrid.

## Definición de Tabaco y Tipos de Tabacos

En esta guía, «tabaco» se refiere a todas las formas y presentaciones de tabaco comercial que se usan con o sin humo, lo que incluye, pero no se limita, a cigarrillos, puros, puritos, tabaco de mascar, solubles, cachimbas/pipas de agua/shishas/narguiles, rapé, tabaco de liar y pipas, así como otros productos que pueden contener nicotina, tales como cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) (véase el **Anexo D: Daños del tabaco**). No incluye los usos terapéuticos del tabaco y la nicotina, como el uso ceremonial tradicional y la terapia de reemplazo de nicotina. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de las diferentes formas y presentaciones de los productos de tabaco, para poder proporcionar intervenciones eficaces para los pacientes. (Véase la **Tabla 1: Tipos de producto de tabaco y descripción**).

**Tabla 1: Tipos de producto de tabaco y descripción**

TIPOS DE PRODUCTOS DE TABACO	DESCRIPCIÓN
<b>Cigarrillos</b>	<p>Los <b>cigarrillos comerciales</b> son cilindros finos de tabaco finamente cortado envuelto en papel especial para fumar. Los cigarrillos comerciales están fabricados por empresas y se venden en estancos y otros comercios regulados. La compra de estos cigarrillos suele llevar impuestos.</p> <p>Los <b>cigarrillos de contrabando</b> son cigarrillos que se venden ilegalmente a precios más bajos que los de la venta al por menor, sin el pago de los impuestos aplicables (Luk, Cohen, Ferrence, McDonald, Schwartz, &amp; Bondy, 2009).</p>
<b>Puros</b>	<p>Los puros son tabaco envejecido o curado envuelto en hoja de tabaco y pueden contener tanto tabaco como un paquete estándar de cigarrillos entero. Los puros se suelen tardar en fumar una o dos horas (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).</p>
<b>Puritos</b>	<p>Los puritos son puros más cortos y más estrechos, a menudo de 8-10 cm de largo, pesan menos de 1,4 gramos (excluido el peso de cualquier boquilla o punta), y contienen aproximadamente 3 gramos de tabaco (Centers for Disease Control and Prevention, 2016; Government of Ontario, 2016).</p>
<b>Tabaco de Mascar</b>	<p>El tabaco de mascar consiste en tiras de tabaco de hoja suelta que se colocan en la boca entre la encía y la mejilla, por lo que la nicotina puede absorberse a través de la mucosa bucal. El tabaco de mascar generalmente está envejecido o curado y se endulza o se le aporta sabores. La saliva acumulada se escupe (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).</p>
<b>Solubles</b>	<p>Los solubles incluyen elementos que se asemejan a dulces y a menudo tienen algún sabor. Pueden estar presentados en forma de obleas, caramelos, palitos, tiras y bolas (World Lung Foundation, 2015).</p>

TIPOS DE PRODUCTOS DE TABACO	DESCRIPCIÓN
<p><b>Cachimbas / pipas de agua / shishas / narguiles</b></p>	<p>Una cachimba es una pipa de agua que permite a los usuarios fumar tabaco que está disponible en diferentes sabores, como menta, cereza y sandía. La cachimba se originó en Oriente Medio y su uso suele ser una actividad social entre un grupo de individuos. La cachimba también se llama shisha, narguile, hookah o pipa de agua. Los individuos que usan cachimbas están expuestos a los mismos riesgos para la salud que las personas que fuman cigarrillos (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).</p>
<p><b>Rapé</b></p>	<p>El rapé es tabaco finamente molido que puede ser húmedo o seco y que a menudo viene en diferentes sabores. Se vende en latas o bolsas.</p> <p>El <b>rapé húmedo</b> no genera saliva y se coloca entre la mejilla y la encía. La nicotina se absorbe a través de la mucosa bucal. Los productos de rapé húmedo también se conocen como snuff, snus, khaini, shammaah, nass, o naswa (Eriksen et al., 2012).</p> <p>El <b>rapé seco</b> está triturado hasta obtener un polvo fino que se inhala por la nariz, donde la nicotina se absorbe rápidamente (American Cancer Society, 2016).</p>
<p><b>Tabaco de liar</b></p>	<p>Los cigarrillos de liar se preparan a mano usando tabaco suelto y un papel de fumar (Asma et al., 2015).</p>
<p><b>Pipas</b></p>	<p>Las pipas son dispositivos para fumar hechos de madera de brezo, pizarra o arcilla. Las hebras de tabaco se colocan en la abertura más ancha de la pipa y se queman; el humo pasa a través del tallo y se inhala a través de la abertura más estrecha (Asma et al., 2015).</p>
<p><b>Cigarrillos electrónicos</b></p>	<p>Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) contienen una mezcla líquida de propilenglicol (PG), glicerina vegetal y agua. Pueden contener nicotina o no. Cuando se calienta el elemento interno de la batería, se produce un vapor que se inhala. Esto se conoce también como «vaping» (American Cancer Society, 2016).</p>

## Antecedentes

El campo de los cuidados de salud ligados a las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco está cambiando y los esfuerzos de prevención, reducción y abandono del hábito, junto con el manejo de los síntomas de abstinencia para los pacientes, deben seguir respondiendo a este panorama complejo y cambiante. Un aspecto que continúa creciendo en complejidad es la disponibilidad de una amplia gama de productos alternativos. Por ejemplo, el uso de cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) sigue siendo polémico, ya que no hay evidencia suficiente acerca de su seguridad y eficacia como herramienta de reducción de daños. También ha habido un aumento en el uso de cachimbas (pipas de agua), con ideas erróneas en torno a su seguridad. Además, ha habido un aumento mundial en el uso de puritos, y un mayor uso de tabaco de liar, ya que es una presentación de tabaco más barata y con menos impuestos.

El uso de tabaco está en aumento en todo el mundo, con aproximadamente 5.800 billones (5.800.000.000.000) de cigarrillos fumados en 2014 (World Lung Foundation, 2015). En Canadá, la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido en las últimas décadas. Aproximadamente 4,2 millones de canadienses, de 15 años de edad y mayores (un 14,6%) eran fumadores habituales en 2013, siendo la tasa general más baja jamás registrada (Reid, Hammond, Rynard, & Burkhalter, 2015). Las personas entre 25 a 34 años de edad tienen las tasas de fumadores más altas y en las áreas rurales hay más personas que consumen tabaco que en las áreas urbanas (Reid et al., 2015). Las tasas de prevalencia de uso de tabaco son más altas en Nuevo Brunswick y más bajas en la Columbia Británica (Reid et al., 2015). Si bien estas tasas se refieren a la población general, es importante señalar que algunos grupos experimentan un mayor efecto negativo del consumo de tabaco debido a los determinantes sociales de salud. En esta guía, a estos grupos se les denominan poblaciones afectadas desproporcionadamente por el tabaco<sup>(G)</sup>. Las tasas de uso y consumo de tabaco en estas poblaciones, en Canadá y en todo el mundo, a menudo duplican las tasas de la población general (Reid et al., 2015).

Sobre la base de las tasas actuales de consumo de tabaco, el siglo XXI registrará 1.000 millones de muertes relacionadas con el uso de tabaco en todo el mundo (World Lung Foundation, 2015). El impacto del consumo de tabaco sobre la salud pública sigue siendo extremadamente alto. Además, existen costes sanitarios directos e indirectos, ya que el uso de tabaco es también un factor de riesgo para enfermedades graves agudas y crónicas, incluido el cáncer, el accidente cerebrovascular y las enfermedades cardíacas y pulmonares. En Canadá, los costes sanitarios y económicos asociados con el uso de tabaco se estiman en un total de 17.000 millones de dólares anuales, incluidos 4.400 millones de dólares en costes directos de servicios de salud (Government of Canada, 2016).

Existe una evidencia clara que sugiere que las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco contribuyen a reducir los costes de servicios de salud y a aumentar la calidad de vida de las personas que reducen o abandonan su consumo (véase el **Anexo E: Beneficios del abandono del uso de tabaco**). Sin embargo, los servicios de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco son insuficientes para los pacientes (Ortiz, Schacht, & Lane, 2013). Es fundamental que los pacientes tengan acceso a asesoramiento, apoyo conductual y tratamiento farmacológico, como la terapia de reemplazo de nicotina<sup>(G)</sup>, y también que se les ofrezcan servicios rutinarios de reducción de daños a través de una variedad de servicios de salud (Freund, 2009). Por ejemplo, ciertas intervenciones breves<sup>(G)</sup> con pacientes pueden conducir a mayores tasas de reducción o abandono y contribuir a prevenir enfermedades y muertes prematuras (Linder et al., 2009). Por lo tanto, las intervenciones con personas que consumen tabaco tienen el potencial de reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con dicho consumo. (Freund, 2009).

Mediante la implantación de las intervenciones relacionadas con el uso y consumo de tabaco, los profesionales de la salud pueden contribuir a reducir el consumo de tabaco, que es la mayor causa de muerte evitable en el mundo actualmente (World Health Organization, 2008). Las enfermeras tienen una posición privilegiada dentro del sistema sanitario que les permite proporcionar apoyo, asesoramiento y tratamiento continuo a las personas que consumen tabaco, ya que son el grupo profesional más grande dentro del sistema sanitario y a menudo suelen ser el primer punto de atención (American Nurses Association, 2016). Los profesionales de la salud también pueden apoyar el desarrollo y la implantación de políticas para abordar todas las formas de uso de tabaco basadas en su potencial de daño. Por ejemplo, los profesionales de la salud pueden abogar por establecer prohibiciones del uso de tabaco y cigarrillos electrónicos y los cambios de política necesarios para ello.

Las políticas sobre espacios sin tabaco y las prohibiciones del uso de tabaco también reconocen que los productos de tabaco combustibles y sin humo constituyen una amenaza para la salud y la calidad de vida (Ortiz et al., 2013).

Los profesionales de la salud pueden ser, a su vez, consumidores de tabaco. Aunque las organizaciones de servicios de salud deben centrar sus esfuerzos en las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco destinadas a los pacientes, el personal debe tener acceso a asesoramiento y tratamiento farmacológico<sup>(G)</sup>. El uso de tabaco por parte del personal no debe disuadir a los profesionales de la salud de proporcionar apoyo a los pacientes.

Para ayudar a los lectores a comprender mejor las propiedades dañinas del tabaco y las maneras más efectivas de involucrar a las personas, a continuación se recoge información acerca de las sustancias nocivas en el tabaco y la entrevista motivacional (EM).

### Substancias nocivas en el tabaco

El humo de tabaco contiene más de 7.000 productos químicos. Cientos de estos productos químicos son tóxicos y al menos 69 son sustancias cancerígenas reconocidas (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012). A pesar de los riesgos para la salud conocidos que están asociados con el uso y consumo de tabaco y la naturaleza adictiva de la nicotina, la industria del tabaco diluye esta evidencia en sus estrategias de marketing y publicidad. La nicotina es una sustancia que se encuentra en las hojas de tabaco, es el componente adictivo y sin duda el más responsable del consumo mundial de tabaco. Aunque de entre las distintas modalidades de uso de tabaco, la forma más dañina es la que produce el humo de la combustión de las hojas de tabaco, la nicotina activa los receptores nicotínicos de acetilcolina en el cerebro, lo que se asocia con una serie de efectos sutiles que perpetúan su uso. Aunque la nicotina no es abiertamente intoxicante, puede convertirse en adictiva (World Lung Foundation, 2015). La nicotina provoca una serie de efectos secundarios, como una reducción del apetito, una mejora del estado de ánimo elevado, un aumento del ritmo cardíaco y la tensión arterial, náuseas y diarrea. Sin embargo, las personas que usan nicotina de forma regular pueden desarrollar una tolerancia a sus efectos. El abandono repentino, voluntario o involuntario, se acompaña de síntomas de abstinencia que pueden comenzar en las horas siguientes al último uso. Los síntomas de abstinencia de la nicotina pueden incluir fuerte deseo hacia el consumo, cambios de humor, como ansiedad y depresión, inquietud, insomnio, aumento del apetito y falta de concentración mental (World Lung Foundation, 2015). La activación de los receptores nicotínicos del cerebro puede ocurrir a partir de métodos tradicionales de consumo, tales como cigarrillos, tabaco de mascar y rapé. Más recientemente, ha habido un aumento en el uso de productos no regulados, como los cigarrillos electrónicos. Cuando estos productos no regulados contienen nicotina, plantean nuevos desafíos para las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco, ya que se desconocen sus efectos a corto y largo plazo.

### Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM)<sup>(G)</sup> es un estilo de asesoramiento centrado en la persona que tiene como objetivo abordar la ambivalencia para cambiar, al mismo tiempo que apoya el valor inherente y el potencial de cada individuo (Miller & Rollnick, 2012). La EM reconoce que las personas emprenden el cambio de comportamiento con diferentes grados de preparación (Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, & Burke, 2010). Los elementos subyacentes de la EM se basan en la colaboración, la aceptación, la compasión y la evocación, al tiempo que sitúan la perspectiva del individuo en el centro de la atención (Miller & Rollnick, 2012). La ambivalencia es una experiencia habitual para quien está considerando cambiar y algunos individuos pueden estancarse en esta perspectiva durante algún tiempo. Defender el cambio con un individuo que es ambivalente puede conducir a la resistencia por parte del paciente. Las personas son más propensas a cambiar por lo que se oyen decir a sí mismas que por lo que les dicen otros. La EM es un estilo de conversación colaborativa que refuerza la motivación de la persona para cambiar (Miller & Rollnick, 2012). Aunque la EM se originó a principios de los años ochenta, el primer ensayo con EM para el abandono del uso de tabaco no se realizó hasta 1998 (Hettema & Hendricks, 2010). Desde entonces, se han llevado a cabo cientos de estudios sobre el impacto de la EM sobre el abandono del uso de tabaco (Hettema & Hendricks, 2010). Debido a que la EM es un enfoque colaborativo, de apoyo y sin críticas, estas capacidades pueden incorporarse a intervenciones breves e intensivas relacionadas con el uso de tabaco. Una revisión de Cochrane encontró que la EM se asoció con un aumento de las tasas de abandono en comparación con únicamente el asesoramiento breve o la práctica individual en un entorno que no tiene un servicio de intervención formal para el abandono del hábito (Lindson-Hawley, Thompson, & Begh, 2015).

**Tabla 2: Cuatro procesos de la entrevista motivacional (EM)**

PROCESO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)	DESCRIPCIÓN
<b>Conectar</b>	Establecer una conexión y una relación de trabajo colaborativo
<b>Centrar</b>	Centrarse en las necesidades de la persona durante la conversación sobre el cambio
<b>Preguntar</b>	Preguntar a la persona cuál es su propia motivación por cambiar.
<b>Planificar</b>	Desarrollar un compromiso para cambiar y crear un plan de acción.

Las destrezas básicas para realizar una EM incluyen formular preguntas abiertas, ofrecer afirmaciones basadas en comentarios hechos por el paciente, escuchar con atención y reflexionar sobre la conversación, resumir la conversación y proporcionar información y consejos con el permiso del paciente.

### **Preguntas abiertas:**

Las preguntas abiertas preparan el terreno para las afirmaciones, la escucha reflexiva y el resumen. Se recomienda formular preguntas que alienten al paciente a ser el que más habla. Algunos ejemplos incluyen: «¿Qué le preocupa acerca de su salud?» o «¿Qué es lo que le gusta del consumo de tabaco?» o «¿Qué razones podría tener para no dejarlo?» o «Cuénteme las dificultades que encuentra al intentar obtener los medicamentos.» (Miller & Rollnick, 2012). Se recomienda no hacer más de tres preguntas seguidas.

### **Afirmaciones:**

El refuerzo de lo que el paciente está diciendo debe ocurrir con frecuencia durante la conversación. Felicitar o elogiar y explorar los éxitos del pasado ayudan a construir una relación terapéutica.

### **Escucha reflexiva:**

La escucha reflexiva es un pilar fundamental de la EM y resulta útil para tratar la resistencia. Las reflexiones pueden ser tan simples como «Se siente usted triste». También pueden ser más complejas, como «Parece que le preocupa cómo fumar todos estos años puede haber afectado su salud en general». Para realizar declaraciones reflexivas, ya sean simples, amplificadas o dobles, diga al paciente que ha escuchado lo que está diciendo y anímele a explorar sus sentimientos. La reflexión simple reconoce los pensamientos, sentimientos y perspectivas del paciente de una manera neutral.

### **Resumen:**

Las frases de resumen se utilizan para reflejar los componentes clave de lo que el paciente ha dicho y para comprobar que el profesional de la salud ha comprendido lo que el paciente ha compartido. El resumen enlaza los puntos principales de la entrevista, pasados y presentes.

# Principios Rectores / Supuestos acerca de las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco

1. El uso de tabaco es la mayor causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo actualmente.
2. El uso habitual de tabaco es una adicción que requiere tratamiento, apoyo e intervenciones repetidas para los pacientes.
3. Las enfermeras de todos los puntos de atención de salud tienen la responsabilidad ética y profesional de proporcionar acceso a un tratamiento basado en la evidencia y las buenas prácticas, y prestar apoyo a las personas que usan y consumen tabaco.
4. Los pacientes tienen derecho a acceder a tratamientos e intervenciones relacionadas con el uso de tabaco para aliviar los síntomas de abstinencia y manejar su adicción en cualquier sector de salud, en todos los puntos de atención.
5. Las personas que consumen tabaco pueden recaer varias veces antes de alcanzar la abstinencia, y las enfermeras deben intentar que las personas se vuelvan a comprometer en el proceso de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco (véase el [Anexo F: Estrategias para evitar la recaída](#)).
6. Es importante alentar a las personas que usan tabaco, así como a los que no lo hacen, a que hagan de su hogar un espacio sin tabaco para proteger a los niños, las familias, a sí mismos y a otras personas de la exposición al humo de segunda mano o tabaquismo pasivo<sup>(G)</sup> y al humo de tercera mano<sup>(G)</sup>.
7. Los programas de formación de enfermería, los colegios de enfermería y las asociaciones de enfermería tienen la responsabilidad de formar y apoyar a las enfermeras para que proporcionen intervenciones relacionadas con el uso de tabaco basadas en la evidencia.
8. Las enfermeras ocupan un lugar ideal para asumir un papel de liderazgo en las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco a nivel individual, de programa y/o de políticas.
9. La implantación de intervenciones sistemáticas e integrales relacionadas con el uso de tabaco en todos los entornos de atención aumentarán el éxito del manejo de los intentos de abandono y los síntomas de abstinencia, y promoverán la reducción de daños y el abandono del uso de tabaco.



# Recomendaciones para la Práctica

## 1.0 VALORACIÓN

### RECOMENDACIÓN 1.1:

Utilizar intervenciones breves para detectar en todas las personas cualquier forma de uso de tabaco e iniciar la intervención según sea apropiado.

Nivel de Evidencia = Ia, Ib

### Análisis de la evidencia

Las intervenciones breves<sup>(G)</sup> son enfoques basados en la evidencia diseñados para ser utilizados por los profesionales de la salud en todo tipo de entornos para motivar a los individuos a reducir o abandonar el uso de tabaco. Algunos ejemplos de intervenciones breves pueden incluir, pero no se limitan a las 3 A<sup>(G)</sup>, 4 A<sup>(G)</sup> y 5 A<sup>(G)</sup> del abandono del uso de tabaco.

Una revisión Cochrane de 2013 indica que las intervenciones breves pueden aumentar la probabilidad de un intento satisfactorio de abandono del uso de tabaco y aumentar la cantidad de tiempo que un paciente permanece libre de tabaco (Stead et al., 2013). Aunque el impacto de las intervenciones breves sobre el abandono del uso de tabaco varía, cualquier intervención breve es más probable que conduzca a una reducción significativa en el uso de tabaco, en comparación con la atención habitual sin intervención (Virtanen, Zeebari, Rohyo, & Galanti, 2015). Otra revisión Cochrane concluye que las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco proporcionadas por enfermeras resultan eficaces a la hora de ayudar a las personas a abandonar el uso de tabaco (Rice & Stead, 2008) (véase la Figura 1: **Breve diagrama de flujo de intervención**).

Figura 1: Breve diagrama de flujo de intervención



<sup>^</sup> Estas intervenciones deben llevarse a cabo además de proporcionar el apoyo pertinente según el contexto (intrahospitalario frente a comunitario).

\* Intrahospitalario se refiere a todos los entornos donde los pacientes están ingresados (incluidos hospitales, residencias de cuidados a largo plazo, centros psiquiátricos o centros de rehabilitación).

\*\* Comunitario se refiere a los entornos de promoción de la salud que están fuera del hospital (los pacientes no están ingresados).

~ Las intervenciones conductuales con pacientes ingresados (como el asesoramiento de apoyo) durante la estancia hospitalaria y al menos durante un mes de contacto de apoyo después del alta promueven el abandono del uso de tabaco, especialmente cuando se combinan con TRN (Rigotti, Clair, Munafò y Stead, 2012).

## 2.0 PLANIFICACIÓN

### RECOMENDACIÓN 2.1:

Desarrollar junto con el paciente un plan de intervención centrado en el paciente relacionado con el tabaco.

Nivel de Evidencia = V

### Análisis de la evidencia

Con el objetivo de reducir los daños del uso del tabaco, es importante realizar una atención centrada en la persona en cada una de las consultas. Los profesionales de la salud deben reconocer que cada persona aporta perspectivas únicas y valiosas a lo largo de todo el proceso de atención. La atención centrada en la persona también reconoce que los determinantes sociales de salud contribuyen al estado de salud de las personas. El nivel económico, la educación o el género, entre otros, pueden afectar a los comportamientos, el estilo de vida y las interacciones. También es fundamental tener en cuenta otros factores como la edad, las experiencias vividas y la cultura<sup>(G)</sup> al desarrollar un plan de intervención.

Además de los factores mencionados anteriormente, un plan de intervención debe tener en cuenta el contexto de las necesidades individuales del paciente (Cohen et al., 2011; College of Nurses of Ontario, 2009; Registered Nurses' Association of Ontario, 2007). Los profesionales de la salud pueden tener sesgos preconcebidos relacionados con diferentes valores y normas culturales, y estos sesgos suelen ser subconscientes e involuntarios. Por lo tanto, alentamos a los profesionales de la salud a reflexionar y reconocer cómo sus valores personales pueden afectar la relación con los pacientes. Ser consciente de esto puede, a su vez, facilitar unos cuidados culturalmente apropiados y centrados en la persona (College of Nurses of Ontario, 2009).

Profesional de la salud y paciente deben trabajar juntos para identificar las barreras para el abandono o reducción del uso de tabaco que son propias de cada persona. Este proceso puede incluir tener en cuenta las redes sociales y familiares, su entorno físico o cómo se manifiestan los síntomas de abstinencia. Como ejemplo, la colaboración de los profesionales con la persona para identificar y tratar los factores de estrés que están presentes en la vida del paciente y que influyen en el uso de tabaco y los posibles comportamientos de reducción o abandono (Twyman, Bonevski, Paul, & Bryant, 2014). Las poblaciones afectadas desproporcionadamente por el tabaco a menudo tienen prioridades contradictorias en cuanto a salud y bienestar, y aunque abandonar el uso de tabaco es el objetivo final, la reducción de daños es importante si en ese momento no pueden o no están listos para el abandono total (Wesche, Robert, & Carry, 2011).

Ejemplos de poblaciones afectadas desproporcionadamente por el tabaco pueden incluir, pero no se limitan a: minorías étnicas, comunidades LGBT+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans y otras identidades sexuales y de género minoritarias), poblaciones indígenas, personas con enfermedades mentales y/o trastornos por uso de sustancias, y personas encarceladas (Christiansen, Reeder, Hill, Baker, & Fiore, 2012; Twyman et al., 2014; Warner et al., 2014). El uso de tabaco es un problema complejo para estas poblaciones y los planes de atención deben ser individualizados. Es importante que los profesionales de la salud utilicen un enfoque de determinantes sociales de salud y de reducción de daños con las poblaciones afectadas desproporcionadamente por el tabaco para adaptar las intervenciones que aborden las necesidades del paciente en el contexto de su vida (Wesche et al., 2011).

En Canadá, los patrones de uso de tabaco varían entre los grupos de población; no obstante, las poblaciones indígenas tienen una mayor tasa de uso de tabaco en comparación con la población general (Cancer Care Ontario, 2016; Cohen et al., 2011). Algunas poblaciones indígenas, tanto en Canadá como en todo el mundo, utilizan el tabaco en ceremonias tradicionales.

En estos casos, el tabaco no se quema con el propósito de inhalar el humo de la misma manera que el tabaco comercial. Por lo tanto, no es apropiado que los servicios de salud intervengan en la práctica cultural del uso de tabaco ceremonial (Aboriginal Nurses Association of Canada, 2005). El uso tradicional de tabaco es una práctica sagrada y cultural que no es perjudicial, ya que utiliza una planta de tabaco natural, que no incluye los miles de productos químicos presentes en el tabaco comercial. Como tal, es una práctica que debe respetarse, y no está dentro del alcance de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco que se detallan en esta guía (First Nations Health Authority, 2016).

Al desarrollar un plan de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco, los profesionales de la salud pueden considerar preguntar al paciente:

- ¿Qué significa para usted el uso de tabaco?
- ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos del uso de tabaco?
- ¿Hay algún pequeño paso que pueda dar hoy para empezar a reducir su uso de tabaco y/o reducir la exposición de sus hijos o familiares al humo de segunda y tercera mano?



## 3.0 IMPLANTACIÓN

### RECOMENDACIÓN 3.1:

Proporcionar a los pacientes intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico, o derivarlos, si consumen tabaco y expresan interés en reducir o abandonar su consumo.

Nivel de Evidencia: Ia, V

### Análisis de la evidencia

Para las personas que consumen tabaco y que han expresado interés en cambiar su uso de tabaco, las intervenciones intensivas<sup>(G)</sup> son las más beneficiosas. Las intervenciones intensivas duran más de 10 minutos e incluyen la evaluación de la motivación para abandonar el uso de tabaco, la identificación de situaciones de alto riesgo y desencadenantes<sup>(G)</sup> del uso de tabaco y el planteamiento de estrategias de solución de problemas para manejar las situaciones de riesgo. (Stead et al., 2008). Las intervenciones intensivas incluyen intervenciones conductuales y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico, terapia de reemplazo de nicotina y/o medicamentos con receta (por ejemplo, bupropión<sup>(G)</sup> o vareniclina<sup>(G)</sup>). Actualmente, no hay evidencia suficiente que apoye la eficacia de otras intervenciones, tales como el uso de cigarrillos electrónicos, terapia con láser, acupuntura o acupresión (McRobbie, Hajek, Feder, & Eldridge, 2008; White, Rampes, Liu, Stead, & Campbell, 2014).

Véase la **Tabla 3** para una descripción de las intervenciones intensivas basadas en la evidencia. La sección de «Otras intervenciones» debe explorarse con cautela, ya que no hay evidencia suficiente que apoye la eficacia de estas intervenciones como ayudas para el abandono del uso de tabaco o la reducción de daños.

Cuando no resulta factible o posible que un profesional sanitario proporcione intervenciones intensivas, tiene que derivar a la persona a los recursos adecuados, como un teléfono de ayuda al abandono del uso de tabaco<sup>(G)</sup>, que puedan proporcionar intervenciones intensivas (véase el **Anexo G: Lista de recursos para intervenciones relacionadas con el uso de tabaco**). También hay una serie de herramientas que pueden ayudar al proveedor de servicios de salud a proporcionar una intervención intensiva (véase el **Anexo H: Test de dependencia de la nicotina de Fagerström**) junto con las técnicas de Entrevista Motivacional (EM) que se detallan en la sección de Antecedentes de esta guía.

**Tabla 3: Intervenciones intensivas**

INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA	EVIDENCIA SUFICIENTE PARA APOYAR SU USO COMO HERRAMIENTA DE ABANDONO DEL HÁBITO O REDUCCIÓN DE DAÑOS
<b>Intervenciones conductuales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ La evidencia sugiere que la efectividad del tratamiento de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco aumenta con la intensidad de las mismas, independientemente del modo de administración o el entorno en el que se producen (Stead et al., 2008).</li> <li>■ Los hallazgos de una revisión sistemática demuestran que, para cualquier grupo de población, los componentes de intervención más efectivos parecen incluir apoyos conductuales, como el desarrollo de mecanismos de resolución de problemas (por ejemplo, identificar los desencadenantes); la presencia de redes de apoyo social; o una combinación de estrategias que pueden incluir asesoramiento cara a cara o por internet, teléfono, mensajes de texto o grupos de apoyo (Stead et al., 2008).</li> <li>■ La incorporación de intervenciones de seguimiento y tratamiento de los comportamientos relacionados con el uso de tabaco debe ser parte de la práctica estándar (Rice &amp; Stead, 2008).</li> <li>■ Añadir tratamiento farmacológico a las intervenciones conductuales contribuye al aumento de las tasas de éxito, por lo que debe hablarse con los pacientes de la posibilidad de tratamiento farmacológico como intervención adicional (Lancaster &amp; Stead, 2005).</li> </ul>
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ El tratamiento farmacológico puede desempeñar un papel importante en el manejo de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco.</li> <li>■ Realizar una descripción en profundidad de todas las posibles intervenciones farmacológicas está más allá del alcance de esta guía, pero los profesionales de la salud deben tener conocimiento de las opciones de tratamiento farmacológico disponibles y considerar la posibilidad de consultar con una enfermera, farmacéutico o médico para determinar la mejor manera de emplear tratamiento farmacológico con receta como parte de una intervención combinada cuando se trabaja con personas que usan tabaco.</li> <li>■ Antes de recomendar un medicamento sin receta, las enfermeras deben tener conocimientos, capacidad y juicio sobre la situación de la persona, su condición y el perfil del medicamento (College of Nurses of Ontario, 2015).</li> <li>■ En general, con respecto al manejo farmacológico, las enfermeras deben asegurarse de que:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se tienen en cuenta opciones de tratamiento farmacológico a la hora de planificar el manejo</li> <li>2. Los pacientes tienen acceso a un tratamiento farmacológico adecuado y</li> <li>3. El tratamiento farmacológico se administra de forma segura</li> </ol> </li> </ul>

INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA	EVIDENCIA SUFICIENTE PARA APOYAR SU USO COMO HERRAMIENTA DE ABANDONO DEL HÁBITO O REDUCCIÓN DE DAÑOS
<p><b>Parche de nicotina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede comprar sin receta médica</li> <li>■ Disponible en tres dosis: 7 mg, 14 mg y 21 mg</li> <li>■ Según Selby (2016), se pueden utilizar los siguientes parámetros para recetar el parche:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>■ &lt;10 cigarrillos al día: comenzar con un parche de 14 mg x 1-4 semanas</li> <li>■ 10-29 cigarrillos al día: comenzar con un parche de 21 mg x 1-4 semanas</li> <li>■ 30 + cigarrillos al día: comenzar con un parche de 28 mg (21 mg + 7 mg) x 1-4 semanas</li> </ul> </li> <li>■ Proporciona una dosis controlada de nicotina que se absorbe a través de la piel.</li> <li>■ Se aplica en un sitio sin pelo, limpio y seco por encima de la cintura, y se debe cambiar el lugar donde se coloca en cada aplicación.</li> <li>■ Tiene un comienzo lento y un suministro constante durante el transcurso de 24 horas, pero puede retirarse para dormir si es necesario.</li> <li>■ véase el <b>Anexo I: Programa STOP: Ejemplo de algoritmo de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN)</b></li> </ul>
<p><b>Chicle de nicotina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede comprar sin receta médica</li> <li>■ TRN de acción corta o alivio inmediato para el deseo urgente de consumir tabaco</li> <li>■ Disponible en dos dosis: 2 mg y 4 mg</li> <li>■ Sustituir un chicle por cada vez que se desee un cigarrillo; satisface las necesidades orales, y el ansia de nicotina</li> <li>■ Se absorbe a través de la mucosa bucal</li> <li>■ No se mastica continuamente, sino que se mastica dos o tres veces y luego se coloca entre la mejilla y la encía: «mascar, mascar y colocar» entre la mejilla y la encía, luego esperar un minuto y repetir durante 30 minutos o menos</li> <li>■ Se absorbe menos si se consume junto con café, té, alcohol, zumo o refrescos</li> </ul>
<p><b>Caramelos de nicotina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede comprar sin receta médica</li> <li>■ TRN de acción corta o alivio inmediato para el deseo fuerte repentino de consumir tabaco.</li> <li>■ Disponible en dos dosis: 2 mg y 4 mg</li> <li>■ Se absorbe a través de la mucosa bucal</li> <li>■ Se absorbe menos si se consume junto con café, té, alcohol, zumo o refrescos</li> </ul>

INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA	EVIDENCIA SUFICIENTE PARA APOYAR SU USO COMO HERRAMIENTA DE ABANDONO DEL HÁBITO O REDUCCIÓN DE DAÑOS
<p><b>Inhalador de nicotina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede comprar sin receta médica</li> <li>■ TRN de acción corta o alivio inmediato para el deseo repentino de consumir tabaco</li> <li>■ Consiste en una boquilla con un cartucho de nicotina insertable</li> <li>■ Se absorbe a través de la mucosa bucal, no se inhala hacia los pulmones</li> <li>■ Aborda tanto la dependencia física como la conductual del uso de tabaco, ya que imita el ritual de llevarse el tabaco a la boca</li> <li>■ Se absorbe menos si se consume junto con café, té, alcohol, zumo o refrescos</li> </ul>
<p><b>Spray de nicotina</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Se puede comprar sin receta médica</li> <li>■ Se rocía directamente en la boca y se absorbe a través de la mucosa bucal</li> <li>■ Es la forma de terapia de reemplazo de nicotina que se absorbe más rápidamente</li> <li>■ Hace efecto en 60 segundos para aliviar el deseo fuerte de consumir tabaco</li> </ul>
<p><b>Clorhidrato de bupropión (medicamentos con receta)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Necesita receta</li> <li>■ También se comercializa como fármaco antidepresivo y es un medicamento sin nicotina</li> <li>■ Imita los efectos de la nicotina sobre la dopamina y la noradrenalina con el fin de prevenir los síntomas de la abstinencia de nicotina (Warner &amp; Shoaib, 2005)</li> <li>■ Puede considerarse como una intervención de segunda línea en el tratamiento del uso de tabaco cuando la terapia de reemplazo de nicotina resulta ineficaz (Health Canada, 2013)</li> <li>■ Es un método eficaz de abandono del uso de tabaco y aumenta las probabilidades de abandonar el uso de tabaco en comparación con un placebo (Cahill &amp; Lancaster, 2014)</li> </ul>
<p><b>Vareniclina (medicamentos con receta)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Necesita receta</li> <li>■ Previene la recaída y disminuye el placer asociado con el uso de tabaco (Cahill, Lindson-Hawley, Thomas, Fanshawe, &amp; Lancaster, 2016)</li> <li>■ Puede considerarse como una intervención de segunda línea en el tratamiento del uso de tabaco cuando la terapia de reemplazo de nicotina resulta ineficaz (Health Canada, 2013)</li> <li>■ Su eficacia para el abandono del uso de tabaco ha quedado demostrada en varios estudios (Cahill et al., 2016; Huang, Li, Yang, Jiang, &amp; Wu, 2012)</li> </ul>



Las siguientes intervenciones deben utilizarse con precaución, ya que no hay evidencia suficiente para apoyar su eficacia como ayuda para el abandono del uso de tabaco o la reducción de daños.

**OTRAS INTERVENCIONES**

**EVIDENCIA SUFICIENTE PARA APOYAR SU USO COMO HERRAMIENTA DE ABANDONO DEL HÁBITO O REDUCCIÓN DE DAÑOS**

**Cigarrillos electrónicos**

- Muchos cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) imitan la apariencia y sensación de los cigarrillos tradicionales. Sin embargo, en lugar de tabaco que se quema e inhala en forma de humo, los cigarrillos electrónicos producen un vapor que se inhala o «vaporiza». El vapor se produce cuando un líquido (que puede contener o no nicotina) que se encuentra en el interior del cigarrillo electrónico se calienta gracias a un elemento de combustión interna y se inhala (American Cancer Society, 2016).
- Los resultados de los estudios con respecto a la eficacia de los cigarrillos electrónicos como ayuda para el abandono del uso de tabaco han sido desiguales. Un ensayo controlado aleatorizado encontró que los cigarrillos electrónicos pueden ser tan eficaces como la terapia de reemplazo de nicotina (Bullen et al., 2013).
- Una revisión Cochrane también concluyó que, aunque los resultados de dos ensayos controlados aleatorizados encontraron que los cigarrillos electrónicos ayudaron a fumadores a abandonar el uso de tabaco a largo plazo en comparación con los cigarrillos electrónicos placebo, el número reducido de estudios en esta revisión disminuía la fiabilidad de estos resultados (McRobbie, Bullen, Hartmann-Boyce, & Hajek, 2014). Los efectos a largo plazo de la exposición al vapor de cigarrillos electrónicos de primera y segunda mano sobre la salud no están claros, ya que se necesitan más resultados de estudios a largo plazo.
- Debido a la falta de consenso en torno a la eficacia y la seguridad de los cigarrillos electrónicos, el asesoramiento al paciente debe centrarse en las modalidades que la literatura ha confirmado como eficaces, y que incluyen el asesoramiento, la terapia de reemplazo de nicotina y otras opciones de tratamiento farmacológico con receta, siempre en consulta con una enfermera profesional, farmacéutico o médico.

**Hipnoterapia, terapia con láser, electroestimulación, acupresión o acupuntura**

- Un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados encontró que la acupuntura y la hipnoterapia pueden ayudar a algunas personas a abandonar el uso de tabaco, pero se necesita más evidencia para comprobar si estas modalidades resultan tan eficaces como el tratamiento farmacológico (Tahiri, Mottillo, Joseph, Pilote, & Eisenberg, 2012).
- De manera similar, una revisión Cochrane encontró que, debido a cuestiones metodológicas, no se puede llegar a conclusiones claras acerca de la eficacia de la acupuntura, la acupresión, la terapia con láser o la electroestimulación (White et al., 2014). Dados los resultados no concluyentes y el coste de implantar estos métodos, no se recomiendan como tratamiento de rutina. No obstante, la evidencia no indica que estas formas de terapia causen ningún daño al paciente cuando se utilizan junto con otras intervenciones basadas en la evidencia.

**RECOMENDACIÓN 3.2:**

Tratar a todas las mujeres embarazadas o en período de posparto en cada visita mediante asesoramiento intensivo conductual, para reducción del daño, abandono del uso del tabaco y prevención de recaídas, junto con terapia sustitutiva de nicotina, o derivarlas, específicos, según corresponda en cada caso.

Nivel de Evidencia = Ia, Ib, V

## Análisis de la evidencia

En Canadá, hasta un 10 por ciento de las mujeres embarazadas usa tabaco (Chamberlain et al., 2013). Esto puede ser una subestimación, ya que puede que no lo divulguen debido al estigma asociado con el uso de tabaco durante el embarazo. Para todas las mujeres, el uso de tabaco se asocia con un alto riesgo de desarrollar cáncer, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Shah & Cole, 2010). El impacto del uso de tabaco sobre la salud de la madre y el feto durante el embarazo incluye un mayor riesgo de desprendimiento de placenta, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, parto prematuro (antes de las 37 semanas), muerte fetal y muerte neonatal (Chamberlain et al., 2013). La exposición al humo, de segunda y tercera mano, durante el primer año de vida y la infancia provoca mayor riesgo de desarrollar bronquitis, neumonía y otitis media (Levitt, Shaw, Wong, & Kaczorowski, 2007).

Más mujeres dejan de usar tabaco durante el embarazo que en cualquier otro momento de sus vidas. Aunque aproximadamente entre un 15% y un 60% de las mujeres embarazadas dejan de usar tabaco durante el embarazo, la tasa de recaída puede ser de hasta un 60% en los primeros meses posparto y hasta un 80% al cabo de un año después del parto (Jiménez-Muro et al., 2012). Los factores asociados con las recaídas en el período posparto incluyen el estrés de los cuidados al recién nacido, la depresión y el menor nivel socioeconómico (Chamberlain et al., 2013; Jiménez-Muro et al., 2012). El embarazo y el posparto son momentos oportunos para tratar o derivar a las mujeres en cada encuentro de salud hacia un asesoramiento conductual intensivo y tratamiento de prevención de la recaída, junto con terapia de reemplazo de nicotina, según sea apropiado en cada caso (Chamberlain et al., 2013; Jiménez-Muro et al., 2012).

El panel de expertos recomienda la utilización de una atención personalizada centrada en la mujer<sup>(G)</sup> con respecto al tratamiento del uso de tabaco para estimular los intentos de abandono del consumo de tabaco y disminuir la probabilidad de recaída. Este enfoque enfatiza los beneficios del abandono del consumo o de la reducción de daños para la mujer y su feto. Además, el panel de expertos recomienda que, cuando sea seguro para la mujer, los profesionales de la salud deben colaborar con la pareja de la mujer y los miembros del hogar para concienciar sobre el impacto del uso de tabaco y fomentar la reducción o el abandono del éste.

## Intervenciones de tratamiento farmacológico

Realizar una descripción en profundidad de todas las posibles intervenciones farmacológicas durante el embarazo está más allá del alcance de esta guía, pero los profesionales de la salud deben tener conocimiento de las opciones de tratamiento farmacológico disponibles como parte de una intervención combinada cuando se trabaja con mujeres que consumen tabaco. En general, con respecto al manejo farmacológico, las enfermeras deben asegurarse de que:

1. Se tienen en cuenta opciones de tratamiento farmacológico al planificar el manejo.
2. Las mujeres tienen acceso a un tratamiento farmacológico adecuado.
3. El tratamiento farmacológico se administra de forma segura.

## Terapia de reemplazo de nicotina (TRN)

La Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) puede barajarse como complemento de las intervenciones conductuales durante el embarazo y debe analizarse según cada caso individual. Aunque la evidencia de la literatura hasta 2014 indica que la TRN debe proporcionarse como tratamiento de segunda línea después de que las intervenciones conductuales no hayan tenido éxito, el panel de expertos recomienda que se proporcione TRN durante el embarazo simultáneamente con un asesoramiento intensivo para ayudar con el abandono del consumo, la reducción de daños y el manejo de los síntomas de abstinencia. La TRN es una opción de reducción de daños preferible al consumo de tabaco durante el embarazo, ya que proporciona nicotina sin exposición a los otros compuestos cancerígenos de los cigarrillos.

El panel de expertos recomienda que se ofrezcan formas intermitentes de TRN durante el primer, segundo y tercer trimestres, después de debatir los riesgos y beneficios con la paciente. Las formas intermitentes de TRN incluyen chicles de nicotina, caramelos, inhaladores, sprays o pulverizadores. Si se requiere un apoyo adicional de TRN, el panel de expertos recomienda usar el parche de nicotina, con la condición de que se elimine a la hora de acostarse.

Durante la lactancia materna, la TRN se puede recomendar y utilizar con seguridad, ya que sólo una pequeña cantidad de nicotina entra en el suministro de leche materna, lo que hace que sea preferible al uso de productos de tabaco (Dempsey & Benowitz, 2001). Aunque la investigación está comenzando a evaluar el impacto de la TRN en lactantes, no hay evidencia suficiente para apoyar el efecto negativo o positivo del uso de TRN para el abandono del uso de tabaco durante el embarazo o en los resultados del nacimiento (Coleman, Chamberlain, Cooper, & Leonardi-Bee, 2010). Sin embargo, en comparación con el uso continuado de tabaco, la TRN es la opción más segura para la mujer y su bebé.

## Bupropión y Vareniclina

El bupropión es una opción de tercera línea que se puede considerar durante el embarazo si las intervenciones psicosociales<sup>(6)</sup> y la terapia de reemplazo de nicotina fracasan. El bupropión es también un medicamento antidepresivo y puede ser apropiado para las mujeres como intervención para el abandono del consumo de tabaco si también sufren de depresión. El bupropión no parece estar asociado con mayores tasas de malformación fetal o aborto espontáneo (Cressman, Pupco, Kim, Koren, & Bozza, 2012).



En este momento, el uso de vareniclina debe evitarse durante el embarazo y la lactancia debido a una evidencia insuficiente sobre su seguridad y eficacia como intervención de abandono del consumo y uso de tabaco en mujeres embarazadas (Coleman et al., 2010).

## 4.0 EVALUACIÓN

### RECOMENDACIÓN 4.1:

Evaluar la efectividad del plan de intervención hasta que se cumplan los objetivos del paciente.

Nivel de Evidencia = V

### Análisis de la evidencia

Según el panel de expertos, resulta fundamental establecer metas para el paciente y crear un plan de intervención cuando se trabaja con quienes consumen tabaco. Los objetivos del paciente para las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco pueden incluir el abandono, la reducción o el manejo de los síntomas de abstinencia. Los objetivos del tratamiento deben establecerse durante el primer encuentro con el paciente y reevaluarse en cada encuentro posterior. La valoración continua del plan de intervención permite al profesional de servicios de salud evaluar el compromiso y la motivación de la persona con respecto al tratamiento, así como el progreso hacia el logro de los objetivos de tratamiento (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). La evaluación debe utilizarse para revisar y valorar el plan de tratamiento existente y las estrategias utilizadas con el paciente, a fin de mejorar los resultados durante el transcurso del tratamiento.

La evaluación del progreso del paciente puede consistir en que el profesional de la salud pregunte acerca del número de cigarrillos que se fuma al día, los desencadenantes y deseos intensos de consumir tabaco, los síntomas de abstinencia, las recaídas o deslices<sup>(G)</sup>, los niveles de motivación, los retos y dificultades y los éxitos. La evaluación en esta etapa también puede abordar la prevención de la recaída, para que las personas estén bien preparadas cuando se presenten desencadenantes y situaciones de riesgo de recaída. El panel de expertos reconoce que el logro de las metas de los pacientes con respecto al uso de tabaco puede ser un proyecto de por vida con múltiples recaídas. Es importante enfatizar al paciente que las recaídas no son indicativas de fracaso. Las recaídas ofrecen una oportunidad para reevaluar el plan de intervención del paciente y sus metas, desencadenantes y dificultades. Una vez que se realice esta reevaluación, el plan y las metas de la persona se ajustarán según sea necesario.



# Recomendaciones para la Formación

## 5.0 FORMACIÓN

### RECOMENDACIÓN 5.1:

Incorporar contenidos basados en la evidencia sobre las intervenciones relacionadas con el uso del tabaco en los programas de formación de los profesionales de la salud.

Nivel de Evidencia = Ib, IIb, IV, V

### Análisis de la evidencia:

Los alumnos de ciencias de la salud y los profesionales de la salud deben recibir una formación adecuada dentro de sus programas para profesionales de la salud, así como en su lugar de trabajo, en lo que respecta a la prestación de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco basadas en la evidencia (Sheffer, Barone, & Anders, 2011). Los programas de formación para profesionales de la salud incluyen cursos de formación post-secundaria, así como programas de orientación, programas de posgrado, programas de formación continua y capacitación proporcionada en entornos clínicos.

Es necesario capacitar a los alumnos de ciencias de la salud en lo relativo a las intervenciones relacionadas con el uso y consumo de tabaco, ya que el nivel de formación y entrenamiento en el manejo de este tipo de intervenciones a menudo es insuficiente en los planes de estudio (es decir, es un componente menor del plan de estudios). Además, los alumnos a menudo tienen algunas lagunas de conocimiento con respecto a los riesgos para la salud del tabaco (Chan, So, Wong, & Lam, 2008; Jordan, Khubchandani, Wiblishauser, Glassman, & Thompson, 2011; Price, Jordan, Jeffrey, Stanley, & Price, 2008; ; Price, Mohamed, & Jeffrey, 2008; Richmond, Zwar, Taylor, Hunnisett, & Hyslop, 2009). Un estudio transversal que examinó el alcance de la formación sobre el tabaco en el plan de estudios de enfermería concluyó que el equipo docente de enfermería deberían aumentar la amplitud y la profundidad de los temas relacionados con el tabaco en el plan de estudios de enfermería, centrándose en teorías y estrategias que abordan los cambios de comportamiento (Chan, Sarna, & Danao, 2008).

La mejora de la formación y el entrenamiento relacionados con el uso de tabaco prepara mejor a los estudiantes de las profesiones sanitarias para abordar las intervenciones relacionadas con el uso y consumo de tabaco en la práctica (Houston, Warner, Corelli, Fenlon, & Hudmon, 2009). Además, la evidencia sugiere que la formación acerca del uso de tabaco debe introducirse lo antes posible en el temario dirigido a profesionales de la salud para que los conocimientos, actitudes y habilidades apropiados ligados a las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco puedan fortalecerse con el tiempo. La introducción temprana de la formación sobre el tabaco prepara a los estudiantes para convertirse en líderes y desempeñar un papel eficaz en la promoción de las intervenciones de control del tabaco (Chan et al., 2008). Aunque la bibliografía se centra principalmente en integrar los contenidos sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en el aula y en los entornos de formación continua, el panel de expertos sugiere firmemente que todos los programas de orientación dentro de entornos clínicos incluyan también los contenidos ligados a este tipo de intervenciones.

### Desarrollo curricular, implantación y evaluación del temario

Según la literatura actual, que investiga la implantación del temario de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco incluye los siguientes parámetros de evaluación: el número de horas dedicadas al estudio y entrenamiento de las intervenciones relacionadas con el consumo y uso de tabaco, las áreas de contenido abordadas, los métodos educativos empleados y la evaluación de los alumnos. Aunque hay literatura que explora distintos métodos de aplicación de los planes de estudio, estas investigaciones no han especificado cuáles de estos métodos ofrecen el formato más efectivo en cuanto a

la capacitación en las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco. Tampoco hay suficiente evidencia que explore la integración de los determinantes sociales de salud en el temario de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco. El profesorado debe basarse en los determinantes sociales de salud actuales presentes en la literatura para obtener evidencia sobre cómo integrar estos aspectos en el plan de estudios. También deben incluirse temas básicos sobre el manejo clínico del paciente al planificar la capacitación en intervenciones relacionadas con el uso y consumo de tabaco.

La literatura demuestra que hay varias maneras de evaluar la competencia del alumnado, como por ejemplo exámenes escritos, el uso de pacientes estandarizados, estudios de casos, juegos de rol y planificación de la atención. Hay varios métodos de implantación de la formación que pueden resultar efectivos para enseñar el temario de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco. Aunque el alcance de esta guía no incluye un análisis comparativo de los métodos de implantación más efectivos, ocho métodos han demostrado resultados positivos en términos de aumento de los conocimientos del alumnado. Véase la Tabla 4: Métodos de enseñanza para la formación en intervenciones relacionadas con el uso de tabaco.

**Tabla 4: Método de enseñanza para la formación en intervenciones relacionadas con el uso del tabaco**

MÉTODO DE FORMACIÓN	EVIDENCIA
<b>En persona</b>	<p>Los individuos que han asistido a cursos de formación sobre abandono del uso de tabaco en persona son más propensos a formar y tratar a pacientes, e indican mayor preparación para hacerlo (Arnett, Baba, &amp; Cheek, 2012; Chan et al., 2008; Sheffer et al., 2011; Verbiest et al., 2014).</p> <p>La formación en persona también se traduce en mejoras significativas en la motivación, el conocimiento y la confianza del profesional de la salud (Roman, Borges, &amp; Morrison, 2011).</p>
<b>En internet</b>	<p>Múltiples estudios han concluido que la formación en internet, que puede incluir la formación autodirigida (O'Donnell, Hamilton, Markovic, &amp; Close, 2010), desarrolla el conocimiento y las capacidades básicas necesarias para realizar intervenciones efectivas en el abandono del uso de tabaco (Brose, West, Michie, Kenyon, &amp; McEwen, 2012; Carpenter, Carlini, Painter, Mikko, &amp; Stoner, 2012; Schmelz, Nixon, McDaniel, Hudmon, &amp; Zillich, 2010).</p>
<b>Simulación o formación con pacientes estandarizados</b>	<p>El aprendizaje activo a través de sesiones experimentales con simulaciones o juegos de rol sobre técnicas de asesoramiento para el abandono del uso de tabaco con actores es una manera factible de introducir este asesoramiento en los programas formativos (Hawk, Kaeser, &amp; Beavers, 2013).</p> <p>Los estudios recogen una mayor confianza entre quienes participan en las sesiones de formación con respecto a asesorar a sus pacientes sobre el abandono del uso de tabaco y ayudar a las personas que consumen tabaco a abandonar su uso (Hawk et al., 2013; Shishani, Stevens, Dotson, &amp; Riebe, 2013).</p>
<b>Autodirigido</b>	<p>Se encontró que un programa de formación continua autodirigido tenía un impacto universalmente positivo en cuanto a los conocimientos, las actitudes y las prácticas clínicas previstas con respecto a las intervenciones y el tratamiento del uso de tabaco (Studts, Burris, Kearns, Worth, &amp; Sorrell, 2009).</p>

MÉTODO DE FORMACIÓN	EVIDENCIA
<b>Combinación</b>	Las modalidades mixtas (por ejemplo, en internet o en persona) tienen el beneficio de aumentar los resultados en el abandono del uso de tabaco y los cambios en la práctica, además de aumentar la confianza en general, lo que puede dar lugar a <b>mayores tasas de abstinencia</b> (Carson et al., 2012; Herie, Connolly, Voci, Dragonetti, & Selby, 2012; Prochaska et al., 2008).
<b>Sesiones de formación</b>	<p>Los médicos que realizan una sesión de formación de 40 minutos para entender las opciones de tratamiento y mejorar su capacidad de derivación pueden aumentar significativamente el número de derivaciones a los servicios de abandono del uso de tabaco y ayudar a los pacientes a abandonar su uso (McRobbie et al., 2008). Al cabo de una hora de formación, se encontraron diferencias significativas entre los médicos formados y los que no habían recibido formación en cuanto a la regularidad con la que preguntaron a los pacientes acerca del uso de tabaco y aconsejaron a los pacientes abandonar su uso (Verbiest et al., 2014).</p> <p>Las sesiones de formación didáctica y dramatización<sup>(G)</sup> de una jornada pueden facilitar cambios a corto y largo plazo en las actitudes y comportamientos de los profesionales de la salud con respecto a las intervenciones de asesoramiento relacionadas con el uso de tabaco (Borrelli, Lee, &amp; Novak, 2008). En otro estudio, en el que se comparó el tiempo dedicado a asesorar a las personas que usan tabaco antes de la formación y seis meses después de la formación, las enfermeras pasaron más tiempo asesorando a las personas que consumen tabaco a los seis meses de la formación Borrelli et al., 2008).</p>
<b>Cursos</b>	Los programas intensivos de asesoramiento para el abandono del uso de tabaco (definidos como sesiones de cuatro horas o más) pueden tener un impacto positivo en la práctica clínica y pueden servir como modelo para las iniciativas de intercambio de conocimiento más allá de los dominios conductuales (Herie et al., 2012).
<b>Programa de formación de formadores (Train-the-trainer)</b>	<p>En los programas de formación de formadores (train-the-trainer) <sup>(G)</sup>, los educadores mejor capacitados enseñan a los educadores menos experimentados acerca de cómo impartir los contenidos. Esto puede aumentar la cantidad de formación sobre uso de tabaco que se proporciona en el plan de estudios para profesionales de la salud, como se observa en un estudio de programas formativos para enfermeras de cuidados agudos (Heath et al., 2007). En el momento en que más miembros del profesorado dedicaron tiempo a la formación para el abandono del uso de tabaco, hubo un aumento de la efectividad percibida de la formación en intervenciones para el abandono del uso de tabaco y se incrementó el valor del uso de guías basadas en evidencia. Aumentó el número total de horas dedicadas a impartir formación acerca de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y el número de miembros del equipo docente que dedicaron al menos tres horas a la formación acerca del uso de tabaco también aumentó.</p> <p>Un programa de formación de formadores de dos días de duración puede mejorar el nivel de formación acerca del uso tabaco que se proporciona en los programas para enfermeras de cuidados agudos (Heath et al., 2007).</p>

**RECOMENDACIÓN 5.2:**

Garantizar que la formación sobre el abandono del consumo de tabaco está proporcionada por parte de educadores capacitados y cualificados en el campo de las intervenciones relacionadas con este consumo

Nivel de Evidencia = IV

**Análisis de la evidencia:**

Los educadores deben comprometerse a realizar un aprendizaje continuo para asegurarse de que están bien informados acerca de las buenas prácticas basadas en evidencia más actualizadas en cuanto a las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y su tratamiento (Sears, Cohen, & Drope, 2008). El término «educadores» se aplica a cualquier persona responsable de la formación de estudiantes o profesionales de la salud en un aula o en un entorno clínico. Cuando los educadores cuentan con conocimientos basados en la evidencia acerca de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y su tratamiento, se producen resultados positivos. Cuando los educadores completan un programa formativo reconocido sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y su tratamiento, su formación garantiza que la calidad de la formación proporcionada a sus discentes es de alto nivel.

La participación en entrenamientos también hace que los educadores sean más propensos a desarrollar e integrar contenidos y competencias relacionados con el tabaco en su enseñanza (Heath et al., 2007). Por ejemplo, un estudio pre/postexposición indicó que aquellos educadores que recibieron formación sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco estuvieron mejor capacitados para aprender, entender la práctica, debatir e incluir el temario relacionado con el tabaco en sus cursos cuando impartían formación a profesionales de la salud (Davis, Stockdale, & Cropper, 2010). El estudio examinó el impacto de un programa de formación sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco de seis horas de duración impartido en el entorno de la práctica con recursos de enseñanza sobre la motivación de los educadores. Después del programa de formación, los educadores eran más propensos a incluir formación sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en sus programas de formación de higienistas dentales (Davis et al., 2010). En otro estudio, cuando el profesorado de los programas de formación de enfermería en cuidados agudos completaron un curso de capacitación, el porcentaje de alumnos que dedicaron al menos tres horas de formación sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco aumentó del 22,2% al 74,1% (Heath et al., 2007).

Los educadores pueden obtener formación basada en la evidencia mediante la realización de un reconocido programa de estudios o temario sobre manejo y tratamiento de los trastornos del uso de tabaco en pacientes. (véase el **Anexo J: Programas de formación para profesionales de la salud**).

# Recomendaciones para el Sistema, la Organización y Directrices

## 6.0 SISTEMA, ORGANIZACIÓN Y DIRECTRICES

### RECOMENDACIÓN 6.1:

Abogar ante los responsables de la formulación de políticas, en todos los niveles de gobierno, por una legislación amplia a favor de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos, así como su cumplimiento en la comunidad.

Nivel de Evidencia= Ia, IIb, IV

### Análisis de la evidencia:

Los profesionales de la salud deben abogar por una legislación de espacios sin humo para mejorar la salud pública durante toda la vida de las personas gracias a una mejor calidad del aire una reducción de los ingresos hospitalarios evitables relacionados con trastornos respiratorios y cardiovasculares, especialmente los ataques cardíacos y el síndrome coronario agudo (Callinan, Clarke, Doherty, & Kelleher, 2010). El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control o WHO FCTC)<sup>(G)</sup> recomienda establecer una amplia legislación de espacios sin humo<sup>(G)</sup> para proteger al público de la exposición a la contaminación del humo de tabaco (Callinan et al., 2010). Ha habido un aumento en el número de países de todo el mundo que están implantando políticas que prohíben o restringen el uso de tabaco en lugares públicos y lugares de trabajo (Callinan et al., 2010). Proporcionar un ambiente de apoyo que reduzca el uso de tabaco puede ayudar a disminuir la aceptabilidad social y la influencia social del uso de tabaco y de cigarrillos electrónicos. La evidencia de una revisión sistemática y otros estudios de Europa sugieren que la legislación de espacios sin humo beneficia a poblaciones enteras, ya que promueve una tendencia a la baja en la prevalencia del uso de tabaco y genera resultados positivos de cambio de comportamiento con respecto al aumento del número de intentos de abandonar el uso de tabaco (Callinan et al., 2010; Fong et al., 2006). Además, la legislación que aumenta los impuestos sobre los cigarrillos desincentiva la compra de cigarrillos (Callinan et al., 2010; Cantrell, Hung, Fahs, & Shelley, 2008; Fong et al., 2006; Nagelhout et al., 2012).

El panel de expertos, con el apoyo de la evidencia que se encuentra en la literatura, afirma que los profesionales sanitarios están bien posicionados para influir y apoyar la efectividad de la legislación de control del tabaco de varias maneras. Pueden, por ejemplo, abogar por la prohibición nacional del uso de tabaco y cigarrillos electrónicos, abogar por mayores impuestos sobre el tabaco, y prestar su acercamiento y su apoyo a las personas que usan tabaco mientras que se van implantando las leyes nacionales de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos.

#### 1. Prohibición nacional del uso de tabaco y cigarrillos electrónicos (es decir, prohibir el uso de productos de tabaco en los espacios públicos para disminuir la exposición al humo de tabaco de segunda mano o tabaquismo pasivo) (Naghelout et al., 2012).

- En los países con fuertes medidas en materia de tabaco, las personas que consumen tabaco son más propensas a abandonar su uso (Allen et al., 2014).
- La legislación de espacios sin humo mejora la calidad del aire y disminuye la exposición del público al humo de segunda mano o tabaquismo pasivo (Naghelout et al., 2012).
- Las enfermeras y otros profesionales de la salud deben abogar por una legislación de espacios 100% sin humo que prohíba el uso de tabaco y cigarrillos electrónicos en todos los lugares públicos, incluidos los lugares de trabajo, sin excepciones o habitaciones designadas para el uso de tabaco.

## 2. Aumento de los impuestos sobre el tabaco (es decir, impuestos establecidos por el gobierno sobre el coste de los cigarrillos)

- Existe una correlación entre el aumento del precio de los cigarrillos y los cambios positivos en los comportamientos relacionados con el uso de tabaco (es decir, una reducción de la compra de cigarrillos debido a querer evitar los impuestos) (Cantrell et al., 2008).
- Los esfuerzos de implantación deben ampliarse y centrarse en reducir al mínimo la disponibilidad de cigarrillos legales e ilegales con impuestos bajos o sin impuestos (Cantrell et al., 2008).

## 3. Acercamiento y apoyo a las personas que usan tabaco mientras se van implantando las leyes nacionales de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos (Kennedy et al., 2012).

- La legislación de espacios sin humo está relacionada con el aumento de los intentos de abandonar el consumo de tabaco; por lo tanto, proporcionar apoyo individual durante las épocas en que se está introduciendo una nueva legislación antitabaco puede ayudar a aumentar aún más las tasas de abandono (Kennedy et al., 2012).
- Los profesionales de la salud deben informar a los pacientes acerca de la legislación de control del uso de tabaco y proporcionar asistencia personalizada, especialmente durante los momentos en que se está introduciendo una nueva legislación de espacios sin humo (Cantrell et al., 2008).

Mediante una combinación de enfoques orientados y centrados en la promoción de una legislación de espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos, los profesionales de la salud pueden participar en iniciativas de prevención de uso de tabaco y protección contra el tabaquismo que disminuyan la carga de enfermedad relacionada con el uso de tabaco, tanto a nivel individual como comunitario.

### RECOMENDACIÓN 6.2:

Implantar y hacer cumplir políticas globales de espacios sin tabaco en todas las instituciones de salud, por todos los pacientes, tanto ingresados como ambulatorios, así como por todo el personal, tanto permanente como temporal.

Nivel de Evidencia = Ia, IV

### Análisis de la evidencia:

Las organizaciones de servicios de salud tienen la responsabilidad profesional y legal de abordar el uso de tabaco y promover la reducción de daños mediante la implantación de políticas integrales de espacios sin tabaco. En Canadá y en otros países ya se han establecido políticas de espacios sin tabaco en entornos hospitalarios (Stockings et al., 2014). La implantación de políticas en estos países ha puesto de manifiesto numerosos beneficios para las personas que acuden a estos entornos, y el personal de las organizaciones de servicios de salud.

Poder, Carroll, Wallace y Hua (2012) destacaron que los lugares de trabajo sin tabaco están asociados con una menor exposición al humo de segunda mano o tabaquismo pasivo. Además, en un estudio transversal, se observó que los entornos de trabajo sin tabaco también contribuyeron a más intentos de abandonar el uso de tabaco y una mayor tasa de éxito en el abandono de su uso (Lawn et al., 2014). Las políticas de espacios sin tabaco también pueden ayudar a:

- Reducir la incidencia y prevalencia del uso de tabaco en instalaciones hospitalarias.
- Establecer un precedente importante para las buenas prácticas y cambios positivos de comportamiento entre los pacientes y el personal.
- Alentar a otros establecimientos a convertirse en espacios sin humo y sin cigarrillos electrónicos en interés de la salud pública.

Los hallazgos de una revisión sistemática indicaron que las políticas de espacios sin tabaco implantadas en dos instalaciones psiquiátricas contribuyeron a una disminución significativa del uso de tabaco entre los pacientes durante el ingreso y hasta tres meses después del alta (Stockings et al., 2014). Del mismo modo, un estudio transversal realizado

en entornos de salud mental concluyó que las políticas de hospitalización sin tabaco contribuyeron a un aumento de los intentos de abandonar el uso de tabaco y un aumento de las mejoras percibidas en la salud (Lawn et al., 2014). Un hallazgo importante reveló que el personal de los servicios de salud necesitaba apoyo continuado para implantar estas políticas de manera efectiva (Lawn et al., 2014). Aunque la evidencia actual sugiere que las políticas pueden influir en un cambio de conductas, motivaciones y creencias acerca del uso de tabaco (Stockings et al., 2014), se precisa llevar a cabo más investigaciones sobre los efectos de las políticas de espacios sin tabaco sobre los pacientes y el personal en entornos de atención que no sean entornos de salud mental.

Para apoyar la implantación y aplicación de políticas integrales de espacios sin tabaco dentro del entorno asistencial y de la cultura de la organización, el panel de expertos recomienda que profesionales de salud, líderes, y responsables:

- Hagan campaña para eliminar el uso de tabaco en áreas y habitaciones designadas o en momentos designados (Stockings et al., 2014),
- Proporcionen recursos adicionales y formación del personal para abordar el tratamiento del uso de tabaco con los pacientes y sus familias durante y después de la hospitalización. La evidencia indica que existe un fuerte vínculo entre las tasas de abandono del uso de tabaco y el asesoramiento personalizado durante el ingreso, su educación, la discusión de técnicas conductuales y terapia de reemplazo de nicotina, y el seguimiento después del alta (Ortiz et al., 2013),
- Abogar por un mejor acceso a tratamientos de reducción de daños y de abandono del uso de tabaco y por la prestación de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y su tratamiento mediante una combinación de apoyo farmacológico y conductual (Stockings et al., 2014),
- Facilitar planificación, recursos y apoyo administrativo adecuados para la transición y la aplicación de políticas (Lawn et al., 2014),
- Apoyar a los profesionales de la salud para que puedan implantar y hacer cumplir de manera efectiva las políticas de espacios sin humo (Lawn et al., 2014), y
- Abogar por una formación apropiada para el personal sobre el tratamiento del uso de tabaco, para que puedan ofrecer con confianza intervenciones de tratamiento y de manejo de los síntomas de recaída a sus pacientes (Lawn et al., 2014).

Es particularmente importante que el personal y los pacientes que consumen tabaco reciban terapia de reemplazo de nicotina para garantizar la implantación de las políticas de espacios sin tabaco. Un programa integral multiestratégico que incluía el acceso sin restricciones a la terapia de reemplazo de nicotina para personal y pacientes mejoró la atención para las personas que consumían tabaco en hospitales (Freund, 2009; Sherman et al., 2006). Además, la evidencia de un estudio transversal de 58 hospitales (Ballbe et al., 2015) demostró que mantener los programas de abandono del uso de tabaco y aplicar las políticas hospitalarias sobre espacios sin humo mientras se proporcionaba medicación para el abandono del consumo tanto al personal como a los pacientes sin coste alguno alentó a otras organizaciones a hacer lo mismo. Es más, varios años después de la implantación, el 74% de los hospitales siguen teniendo programas de abandono del uso de tabaco para pacientes ingresados y el 93% de los hospitales mantienen programas de abandono del uso de tabaco para el personal. Por el contrario, la falta de terapia de reemplazo de nicotina y de recursos de abandono del uso de tabaco puede poner en peligro la sostenibilidad de los programas bien establecidos de abandono del uso de tabaco (Ballbe et al., 2015).

La implantación de políticas integrales de espacios sin tabaco en todos los entornos de atención contribuye a crear un ambiente de apoyo a pacientes y también al personal sanitario para reducir o abandonar el uso de tabaco. Por lo tanto, todos los entornos o centros sanitarios deben ser espacios sin tabaco y se ha de impulsar que se implanten, se desarrollen y/o se hagan cumplir las políticas e intervenciones existentes de espacios sin tabaco.

**RECOMENDACIÓN 6.3:**

Integrar preguntas acerca del uso de tabaco en las historias clínicas / documentación de salud para facilitar el abordaje de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco durante las visitas a servicios de salud.

Nivel de Evidencia = Ib

**Análisis de la evidencia:**

El panel de expertos recomienda que las organizaciones incorporen indicaciones para realizar intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en las historias clínicas, para facilitar la toma de decisiones clínicas en torno al tratamiento del uso de tabaco para los pacientes. El uso o consumo de tabaco del paciente debe documentarse en las historias clínicas en papel o en las historias clínicas electrónicas (HCE)<sup>(G)</sup>, para así aumentar la adhesión y seguimiento por parte de los profesionales de la salud en la prestación de asesoramiento e intervenciones relacionadas con el uso de tabaco a los pacientes (Linder et al., 2009). Un ensayo controlado aleatorizado realizado con 26 prácticas de atención primaria y dos centros de salud comunitarios encontró que la documentación y el tratamiento del uso de tabaco mejoraron con el uso de un sistema de mejora de la historia clínica electrónica en tres partes (Linder et al., 2009). En este estudio, la historia clínica electrónica incluía un icono de estado de uso de tabaco, recordatorios de tratamiento y un formulario en un clic para solicitar medicación y derivar hacia un asesoramiento (Linder et al., 2009).

Las historias clínicas electrónicas tienen la capacidad de recordar a los profesionales de la salud que documenten el uso o consumo de tabaco del paciente y ofrezcan consejos, recomiendan la receta de tratamiento farmacológico para el abandono del uso de tabaco y facilitan la derivación a servicios de asesoramiento (Linder et al., 2009). Las intervenciones apoyadas por las historias clínicas electrónicas que aumentan la documentación, aumentan las derivaciones y conectan a las personas que usan productos de tabaco con servicios de asesoramiento para el abandono de su consumo contribuyen a un aumento de casi el doble en los intentos de abandonar el uso de tabaco (Linder et al., 2009). Aunque las tasas absolutas de abandono del uso de tabaco pueden variar, incluso pequeñas diferencias en el asesoramiento y en las tasas de abandono pueden tener un impacto positivo en la salud gracias a la reducción de la morbilidad y la mortalidad (Linder et al., 2009). Aunque la mayoría de los estudios se llevaron a cabo en el ámbito de la atención primaria, el panel de expertos apoya la implantación de avisos de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en los registros electrónicos de salud (o en las historias clínicas en papel cuando los registros electrónicos de salud no están disponibles) en otros ámbitos asistenciales.

Ejemplos de cómo insertar estos avisos en los registros electrónicos de salud para apoyar a quienes toman decisiones clínicas y mejorar el tratamiento del uso de tabaco de los pacientes son los siguientes:

- Incorporar avisos para documentar el uso de tabaco para todas las personas que consumen tabaco en cada visita. La documentación es un paso importante para las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco y su tratamiento (Linder et al., 2009). En el Reino Unido, la investigación demuestra que la identificación proactiva de las personas que utilizan tabaco mediante el registro de casos puede aumentar el uso de los servicios de abandono del uso de tabaco y reducción de daños (Linder et al., 2009).
- Documentar el estado de uso de tabaco de los pacientes (Linder et al., 2009). Los pacientes que habían registrado su estado de uso de tabaco eran más propensos a establecer contacto con un servicio de asesoramiento para abandonar el uso de tabaco y más propensos a recibir tratamiento farmacológico para abandonar el consumo de tabaco (Linder et al., 2009).
- Desarrollar plantillas y algoritmos de abandono del uso de tabaco que se puedan integrar en la historia clínica electrónica del paciente y que se incluyan como avisos.
- Desarrollar funcionalidades de derivación hacia servicios de asesoramiento sencillas, de un solo clic, que podrían incluir, por ejemplo, derivación al teléfono local de ayuda al abandono del uso de tabaco (Linder et al., 2009).
- Garantizar el acceso a recursos actualizados de abandono del uso de tabaco (Linder et al., 2009).

#### RECOMENDACIÓN 6.4:

Evaluar los programas y servicios de intervenciones relacionadas con el uso del tabaco

Nivel de Evidencia = V

#### Análisis de la evidencia:

La evaluación del programa es un componente importante del proceso de implantación que no debe pasarse por alto. Antes de la implantación del programa, debe elaborarse un plan de evaluación que proporcione el plan de acción para los objetivos del programa, las estrategias de implantación, los pasos que seguir, los hitos esperados y los impactos deseados (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011).

La evaluación del programa debe incluir métricas de valoración del plan de implantación que recojan datos estructurales, de procesos y de resultados. Deben identificarse los facilitadores y los obstáculos dentro del plan de evaluación y deben supervisarse a través de todas las fases del proyecto, con el objetivo de mejorar futuros enfoques. La evaluación estructural debe determinar si la organización posee o no los recursos necesarios para mantener un programa de abandono del uso de tabaco antes de su implantación. Los ejemplos pueden incluir el personal adecuado, programas de orientación para el personal acerca del abandono del uso de tabaco y presupuesto para proporcionar terapia de reemplazo de nicotina de manera gratuita. La evaluación del proceso examina los procesos de asistencia clínica, intervención y/o formación. Los ejemplos incluyen evaluar si se ofrecieron intervenciones breves a todas las personas que consumen tabaco o si todas ellas recibieron información sobre la terapia de reemplazo de nicotina. La evaluación de los resultados puede centrarse en evaluar los intentos de abandono del uso de tabaco, las tasas de reducción o la disminución en los síntomas de abstinencia de la nicotina del paciente. Además, es importante determinar cómo se recogerán los datos de la evaluación. Las herramientas de evaluación que facilitan la recopilación de datos incluyen encuestas, escalas, auditorías y retroalimentación, o evaluaciones observacionales (RNAO, 2012). Los datos de evaluación pueden utilizarse para demostrar el impacto de la intervención, su coste-efectividad y si se necesita realizar algún cambio para mejorar la efectividad de la intervención.



## Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras

Al revisar la evidencia de esta guía, el panel de expertos de la RNAO identificó tres áreas prioritarias para la investigación donde no hay suficiente evidencia de calidad metodológica o la calidad es baja. En general, pueden dividirse en investigaciones relacionadas con la práctica, con los resultados y con el sistema de salud. Véase la **Tabla 5** a continuación.

**Tabla 5: Áreas de investigación prioritarias**

CATEGORÍA	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<b>Práctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prevalencia e intervenciones para el uso de la cachimba</li> <li>■ Efectos a corto y largo plazo de los cigarrillos electrónicos</li> <li>■ Impacto del tabaco de contrabando sobre las tasas de uso de tabaco</li> <li>■ Impacto de las medidas de manejo de los síntomas</li> <li>■ Efectividad de la terapia de reemplazo de nicotina en mujeres embarazadas y posparto</li> <li>■ Impacto de la reducción de daños sobre las tasas de uso y abandono</li> <li>■ Efecto de la terapia de reemplazo de nicotina sobre los lactantes</li> </ul>
<b>Resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Efectividad de los programas de ejercicio sobre las tasas de abandono</li> <li>■ Beneficios de la formación incentivada</li> <li>■ Efectividad de la atención plena sobre las tasas de abandono</li> <li>■ Impacto de los recursos sobre la implantación</li> <li>■ Impacto y retos de los entornos sin tabaco</li> <li>■ Efectividad de un enfoque de manejo de los síntomas de abstinencia sobre las tasas de abandono</li> <li>■ Efectividad de la intervención mínima con ingreso hospitalario y la derivación para intervención intensiva hacia el teléfono local de ayuda al abandono del uso de tabaco</li> </ul>
<b>Sistema de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Impacto de los equipos interprofesionales de atención sobre las tasas de abandono</li> <li>■ Impacto de los vaporizadores</li> <li>■ Efectividad de las intervenciones sobre los fumadores «sociales», «ligeros» o no cotidianos</li> <li>■ Efectividad de las nuevas plataformas tecnológicas en las intervenciones para el abandono del uso de tabaco, como por ejemplo, programas a través de internet, aplicaciones móviles y programas de mensajería de texto (Patnode et al., 2015)</li> </ul>

## Estrategias de Implantación

La implantación de la guía en el punto de atención es multifacética y complicada; se necesita algo más que la simple concienciación y la distribución de directrices para que la gente cambie su práctica. Las guías deben adaptarse para cada entorno de práctica de manera sistemática y participativa, para garantizar que las recomendaciones encajen en el contexto local (Harrison, Graham, Fervers, & van den Hoek, 2013). La Herramienta de la RNAO para la implantación de las guías de buenas prácticas (RNAO, 2012) proporciona un proceso basado en la evidencia y fundamentado en la ciencia de la implantación para la adopción exitosa de las directrices de la guía (véase el [Anexo K: Descripción de la Herramienta](#)).

Los factores críticos de éxito identificados en la Herramienta incluyen:

- Los líderes de todos los niveles están comprometidos a apoyar la implantación de las guías.
- Se seleccionan las guías para su implantación mediante un proceso sistemático y participativo.
- Se identifican colaboradores para los que las guías resultan pertinentes y se les anima a su implantación.
- Se requiere una evaluación integral de la preparación antes de la implantación de las guías.
- Las guías se adaptan al contexto local.
- Se identifican y supervisan los obstáculos y los facilitadores para la implantación de las guías y, siempre que sea posible, se implantan estrategias de mitigación.
- Se seleccionan las intervenciones que promueven la adopción de las guías.
- Se realiza un seguimiento y mantenimiento sistemáticos de la implantación de las guías.
- La evaluación del impacto de las guías está incluida en el proceso.
- Existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La Herramienta utiliza el marco «Del conocimiento a la acción (Knowledge-to-Action)» (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) para demostrar los pasos del proceso que se necesitan para la investigación y síntesis de los conocimientos. También dirige la adaptación de los nuevos conocimientos, como las guías, al contexto local. Este marco sugiere identificar y utilizar herramientas de conocimiento para identificar las lagunas y comenzar el proceso de adaptación de los nuevos conocimientos a los entornos locales.

La RNAO está comprometida con la difusión y la implantación de nuestras guías de buenas prácticas. La RNAO utiliza un enfoque coordinado para la difusión, que incorpora varias estrategias, que incluyen:

- a) La Red de defensores de buenas prácticas de enfermería® (Nursing Best Practice Champions Network®), que desarrolla la capacidad de las enfermeras individuales para fomentar la concienciación, el compromiso y la adopción de las guías de buenas prácticas;
- b) Los conjuntos de órdenes de enfermería<sup>(G)</sup>, que proporcionan declaraciones de intervención claras, concisas y accionables, derivadas de las recomendaciones para la práctica de las guías de buenas prácticas y que pueden integrarse fácilmente en las historias clínicas electrónicas, pero también pueden utilizarse en entornos basados en papel o híbridos; y
- c) La designación de Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados® (Best Practice Spotlight Organization® o BPSO®, por sus siglas en inglés), que apoya la implantación en los niveles de organización y sistema. Los BPSO se centran en el desarrollo de culturas basadas en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y mantener múltiples guías de buenas prácticas de la RNAO.

Además, ofrecemos un servicio anual a los institutos de formación sobre creación de capacidades directrices específicas y su aplicación. (RNAO, 2012).

Puede encontrar información sobre la gama completa de estrategias de implantación de la RNAO en:

- Red de defensores de buenas prácticas de la RNAO—[www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions](http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions)
- Conjuntos de órdenes de enfermería de la RNAO—[www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets](http://www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets)
- Organizaciones de atención a las buenas prácticas de la RNAO—[www.RNAO.ca/bpg/bps](http://www.RNAO.ca/bpg/bps)
- Institutos de formación para el desarrollo de las capacidades de la RNAO y otras oportunidades de desarrollo profesional —[www.RNAO.ca/ events](http://www.RNAO.ca/events)



# Evaluación y Seguimiento de la Guía

Al implantar las recomendaciones de esta guía, recomendamos tener en cuenta cómo se realizará el seguimiento y se evaluará su implantación e impacto.

La **Tabla 6** se basa en un marco definido en la Herramienta de la RNAO para la *Implantación de guías de práctica clínica* (RNAO, 2012) y detalla algunos de los indicadores específicos de seguimiento y evaluación que pueden apoyar la implantación de esta guía.

**Tabla 6: Indicadores relacionados con la institución o estructura del sistema, los procesos y los resultados para llevar a cabo un seguimiento y evaluación de esta guía**

TIPO DE INDICADOR		
Estructura	Proceso	Resultado
<i>Estos indicadores se refieren a los apoyos y recursos que un sistema de salud, una organización de servicios de salud o una institución académica necesitan para permitir la implantación con éxito en la práctica de la guía.</i>	<i>Estos indicadores evalúan si se han implantado las buenas prácticas relacionadas con la formación, la capacitación, y la práctica para que los profesionales de la salud motiven a los pacientes.</i>	<i>Estos indicadores evalúan el impacto de la implantación de las recomendaciones de esta guía sobre las organizaciones de servicios de salud, los profesionales de la salud y los resultados de los pacientes.</i>
<b>Indicadores de estructura específicos para la organización</b>	<b>Indicadores de proceso específicos para el paciente</b>	<b>Indicadores de resultados específicos para el paciente</b>
<p>Compromiso de la organización para abogar por una legislación amplia a favor de entornos sin humo y sin cigarrillos electrónicos, así como su cumplimiento en la comunidad <b>(Recomendación 6.1)</b>.</p> <p>Implantación y aplicación en toda la organización de políticas amplias de espacios sin tabaco para todos los pacientes y personal <b>(Recomendación 6.2)</b>.</p> <p>Integrar preguntas acerca del uso de tabaco en las historias clínicas/documentación de salud para facilitar el abordaje de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco durante las visitas a servicios de salud <b>(Recomendación 6.3)</b>.</p>	<p>Porcentaje de pacientes a los que se examina para detectar cualquier forma de uso de tabaco mediante intervenciones breves <b>(Recomendación 1.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes a quienes se detectó uso de tabaco y que tienen un plan de intervención centrado en la persona <b>(Recomendación 2.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes a quienes se detectó uso de tabaco y expresan interés en reducir su uso o abandonarlo y que posteriormente,</p> <p>(i) reciben intervenciones intensivas y asesoramiento sobre tratamiento farmacológico;</p> <p>-o-</p>	<p>Prevalencia o porcentaje de pacientes a quienes se detectó uso de tabaco <b>(Recomendación 1.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes a quienes se detectó uso de tabaco y que están interesados en abandonar su uso <b>(Recomendación 1.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que han reducido el uso de tabaco tras recibir intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que reciben terapia de reemplazo de nicotina tras recibir intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p>

TIPO DE INDICADOR		
Estructura	Proceso	Resultado
<p>Desarrollo e implantación en toda la organización de sistemas de documentación electrónica que fomenten la documentación del estado de uso de tabaco, la detección y las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco, así como las derivaciones hacia servicios de asesoramiento, junto con recursos <b>(Recomendación 6.3)</b>.</p> <p>Las organizaciones han implantado un plan de evaluación estructurado para valorar de forma rutinaria la eficacia de los programas y servicios relacionados con el uso de tabaco mediante las medidas apropiadas <b>(Recomendación 6.4)</b>.</p> <p>Capacidad de las instituciones académicas para incorporar contenidos basados en la evidencia sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en los programas de formación para profesionales de la salud <b>(Recomendación 5.1)</b>.</p> <p>Disponibilidad en la organización de programas de formación y capacitación paraprofesionales de salud en cuanto a intervenciones relacionadas con el uso de tabaco <b>(Recomendación 5.2)</b>.</p>	<p>(ii) reciben una derivación hacia intervenciones intensivas y asesoramiento sobre tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>:</p> <p>Para pacientes embarazadas o posparto <b>(Recomendación 3.2)</b>:</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto a quienes se detectó uso de tabaco y fueron derivadas a asesoramiento conductual intensivo en cada encuentro.</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto en riesgo de recaída de uso de tabaco que recibió asesoramiento conductual intensivo en cada encuentro.</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto a quienes se detectó uso de tabaco y recibieron asesoramiento conductual intensivo que resultó ineficaz por sí solo, y a quienes se informó acerca de los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en cada encuentro.</p> <p>Porcentaje de estudiantes o personas recién graduados que recibieron contenidos basados en la evidencia sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en su programa de formación para profesionales de la salud <b>(Recomendación 5.1)</b></p> <p>Porcentaje de profesionales de la salud que recibieron un plan de estudios sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco impartido por educadores capacitados y cualificados en el campo de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco <b>(Recomendación 5.2)</b>.</p>	<p>farmacoterapia <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que reciben terapia de reemplazo de nicotina tras intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico y que posteriormente han abandonado el uso de tabaco <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que abandonaron el uso de tabaco en los últimos 30 días tras intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que han usado tabaco durante los últimos 12 meses que trataron de abandonar el uso de tabaco durante los últimos 12 meses tras intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Porcentaje de pacientes que manejan eficazmente sus síntomas de abstinencia desde que abandonaron el uso de tabaco tras intervenciones intensivas y asesoramiento sobre el uso de tratamiento farmacológico <b>(Recomendación 3.1)</b>.</p> <p>Para pacientes embarazadas o posparto <b>(Recomendación 3.2)</b>:</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto que usa tabaco.</p>

TIPO DE INDICADOR		
Estructura	Proceso	Resultado
		<p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto que están interesadas en abandonar el uso de tabaco tras un asesoramiento conductual intensivo combinado con terapia de reemplazo de nicotina, según cada caso.</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto que reducen el uso de tabaco tras un asesoramiento conductual intensivo combinado con terapia de reemplazo de nicotina, según cada caso.</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto que usan terapia de reemplazo de nicotina después de un asesoramiento conductual intensivo.</p> <p>Porcentaje de pacientes embarazadas o posparto que han abandonado el uso de tabaco en los últimos 30 días tras un asesoramiento conductual intensivo combinado con terapia de reemplazo de nicotina, según cada caso.</p> <p>Porcentaje de pacientes que abandonaron el uso de tabaco durante el embarazo y que luego recayeron después del parto (dentro de los 3 meses siguientes, durante el primer año) tras un asesoramiento conductual intensivo combinado con terapia de reemplazo de nicotina, según cada caso.</p>

TIPO DE INDICADOR		
Estructura	Proceso	Resultado
		<p>Porcentaje de estudiantes o profesionales de la salud recién graduados cuyos conocimientos del contenido basado en la evidencia acerca de intervenciones relacionadas con el uso de tabaco son satisfactorios (<b>Recomendación 5.1</b>).</p> <p>Porcentaje de profesionales de la salud que están capacitados para proporcionar intervenciones relacionadas con el uso de tabaco después de que educadores capacitados y cualificados en el campo de las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco hayan impartido el temario relacionado con estas intervenciones (<b>Recomendación 5.2</b>).</p>

Otros recursos de la RNAO para la evaluación y seguimiento de las guías de buenas prácticas:

- Los indicadores de calidad de enfermería para la presentación de informes y la evaluación® (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation® o NQUIRE® por sus siglas en inglés) fueron diseñados para el programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (Best Practice Spotlight Organization® o BPSO® por sus siglas en inglés) de la RNAO con el propósito de realizar un seguimiento sistemático del progreso y evaluar el impacto de la implantación de las guías de buenas prácticas de la RNAO en estas organizaciones. Los NQUIRE son la primera iniciativa internacional de mejora de la calidad de este tipo, y consisten en una base de datos de indicadores de calidad derivados de recomendaciones que se encuentran dentro de las guías de buenas prácticas clínicas seleccionadas por la RNAO. Para obtener más información, visitar: [www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire)
- Los conjuntos de órdenes de enfermería incorporados en el registro electrónico de salud ofrecen un sistema para la captura electrónica de datos de los indicadores de proceso. La capacidad de vincular los indicadores de estructura y de proceso con indicadores de resultados específicos ayuda a determinar el impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas sobre los resultados específicos de salud del paciente.

# Proceso de Actualización y Revisión de las Guías

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a actualizar sus guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas en el área correspondiente revisará cada guía de buenas prácticas de enfermería al cabo de cinco años de la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de Asuntos Internacionales y Buenas Prácticas (International Affairs and Best Practice Guidelines, IaBPG por sus siglas en inglés) realiza un seguimiento regular de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante sobre el tema.
3. El personal puede recomendar que se adelante la revisión basándose en los resultados del seguimiento. Para tomar la decisión de revisar y editar las guías antes de lo previsto, es aconsejable realizar las consultas necesarias con los miembros del equipo de expertos original y los otros especialistas y expertos en la materia.
4. Tres meses antes de la fecha de revisión, el equipo de desarrollo de la guía comienza a planificar la revisión:
  - a) Invitar a especialistas en el campo a participar en el equipo de expertos, que estará compuesto por miembros del equipo de expertos original y otros expertos y especialistas recomendados;
  - b) Recopilar los comentarios y preguntas recibidos durante el proceso de implantación de la guía, incluidos los comentarios y experiencias de cada Organización de atención a las buenas prácticas y otros entornos de implantación;
  - c) Recopilar nuevas guías de buenas prácticas clínicas sobre el tema y la realizar una revisión sistemática de la evidencia; y
  - d) Desarrollar un plan de trabajo detallado, con fechas, contenidos y plazos de entrega, para desarrollar una nueva edición de la guía.
5. Las nuevas ediciones de las guías revisadas se difundirán de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.



## Referencias

Aboriginal Nurses Association of Canada. (2005). *Tobacco cessation—Canadian environmental scan*. Ottawa, ON: Aboriginal Nurses Association of Canada.

Allen, J. A., Gritz, E. R., Xiao, H., Rubenstein, R., Kralikova, E., Haglund, M., ...Vallone, D. M. (2014). Impact of tobacco control policy on quitting and nicotine dependence among women in five European countries. *Tobacco Control, 23*(2), 173–177.

American Cancer Society. (2016). *Health risks of smokeless tobacco*. Obtenido de <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/smokeless-tobacco>

American Nurses Association. (2016). *Tobacco free nurses*. Obtenido de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse/TobaccoFree.html>

Arnett, M. R., Baba, N. Z., & Cheek, D.(2012). Improving tobacco dependence education for dental and dental hygiene students at Loma Linda University School of Dentistry. *Journal of Dental Education, 76*(4), 472–478.

Asma, S., Mackay, J., Song, S. Y., Zhao, L., Morton, J., Palipudi, K. M., ... Tursan d’Espaignet, E.(2015). *The GATS Atlas: Global Adult Tobacco Survey*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention Foundation. 1–128. Obtenido de <http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>

Baker, R., Bankart, M. J., & Murtagh, G. M. (2009). Do the quality and outcomes framework patient experience indicators reward practices that offer improved access? *British Journal of General Practice, 59*(565), e267–272.

Ballbè, M., Martínez, C., Salto, E., Cabezas, C., Riccobene, A., Valverde, A., ...Fernández, E. (2015). Maintenance of tobacco cessation programmes in public hospitals in Catalonia, Spain. *Addictive Behaviors, 42*, 136–139.

Borrelli, B., Lee, C., & Novak, S. (2008). Is provider training effective? Changes in attitudes towards smoking cessation counseling and counseling behaviors of home health care nurses. *Preventive Medicine, 46*(4), 358–363.

Brose, L.S., West, R., Michie, S., Kenyon, J. A. M., & McEwen, A. (2012). Effectiveness of an online knowledge training and assessment program for stop smoking practitioners. *Nicotine & Tobacco Research, 14*(7), 794–800.

Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal, 182*(108), E839–842.

Bullen, C., Howe, C., Laugesen, M., McRobbie, H., Parag, V., Williman, J., & Walker, N. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: A randomised controlled trial. *The Lancet, 9905* (382), 1629–1637.doi: 10.1016/S0140-6736(13)61842-5

Cahill, K., & Lancaster, T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library, (2)*, 1–126.

Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., & Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*, CD006103. doi:10.1002/14651858.CD006103.pub7

Callinan, J. E., Clarke, A., Doherty, K., & Kelleher, C. (2010). Legislative smoking bans for reducing second hand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD005992.

CAN-ADAPTT. (2011). *Canadian smoking cessation clinical practice guideline*. Toronto, ON: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Obtenido de <http://www.can-adaptt.net>

Canadian Health Services Research Foundation. (2005). *Final report: Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Obtenido de [http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence\\_e.pdf](http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf)

Cancer Care Ontario. (2016). *Path to prevention: Recommendations for reducing chronic disease in First Nations, Inuit and Métis*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario.

Cantrell, J., Hung, D., Fahs, M. C., & Shelley, D. (2008). Purchasing patterns and smoking behaviors after a large tobacco tax increase: A study of Chinese Americans living in New York City. *Public Health Reports*, 123(2), 135–146.

Carpenter, K. M., Carlini, B. H., Painter, I., Mikko, A. T., & Stoner, S. A. (2012). Refer2Quit: Impact of web-based skills training on tobacco interventions and quitline referrals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), 187–195.

Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD000214.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Obtenido de [https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training\\_modules/19/desc-and-analytic-studies\\_ppt\\_final\\_09252013.pdf](https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf)

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Smoking & tobacco use*. Obtenido de [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/tobacco\\_industry/cigars/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/cigars/index.htm)

Chamberlain, C., O'Mara Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., & Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

Chan, S. S., Sarna, L., & Danao, L. L. (2008). Are nurses prepared to curb the tobacco epidemic in China? A questionnaire survey of schools of nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 706–713.

Christiansen, B., Reeder, K., Hill, M., Baker, T. B., & Fiore, M. C. (2012). Barriers to effective tobacco-dependence treatment for the very poor. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), 874–884.

Cohen, B., Schultz, A., Walsh, R., Fuga, L. A., Bartmanovich, C., Eves, S. J., & Turcotte, F. (2011). *Exploring issues of equity within Canadian tobacco control initiatives: An environmental scan*. Obtenido de [https://umanitoba.ca/faculties/nursing/media/issues\\_of\\_equity.pdf](https://umanitoba.ca/faculties/nursing/media/issues_of_equity.pdf)

Coleman, T., Chamberlain, C., Cooper, S., & Leonardi-Bee, J. (2010). Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 106, 52–61. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03179.x

College of Nurses of Ontario. (2009). *Culturally sensitive care*. Obtenido de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040\\_culturallysens.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf)

College of Nurses of Ontario. (2013). *Working with unregulated care providers*. Obtenido de [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41014\\_workingucp.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41014_workingucp.pdf)

- College of Nurses of Ontario. (2015). *Medication*. Obtenido de [http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007\\_medication.pdf](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf)
- Cressman, A. M., Pupco, A., Kim, E., Koren, G., & Bozza, P. (2012). Smoking cessation therapy during pregnancy. *Canadian Family Physician, 58*(5), 525–527.
- Davis, J. M., Stockdale, M. S., & Cropper, M. (2010). Evaluation of a comprehensive tobacco cessation curriculum for dental hygiene programs. *Journal of Dental Education, 74*(5), 472–479.
- Dempsey, D. A., & Benowitz, N. L. (2001). Risks and Benefits of Nicotine to Aid Smoking Cessation in Pregnancy. *Drug Safety, 24*(4), 277–322.
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *The tobacco atlas* (4th ed.). Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F. I., & Drope, J. (2015). *The tobacco atlas* (5th ed.). Brighton, UK: American Cancer Society.
- Field, M., & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Nations Health Authority. (2016). *Respecting tobacco: Keep tobacco sacred—traditional tobacco use*. Obtenido de <http://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/wellness-streams/respecting-tobacco>
- Fleiss, J., Levin, B., & Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Fong, G. T., Hyland, A., Borland, R., Hammond, D., Hastings, G., McNeill, A., ... Driezen, P. (2006). Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: Findings from the ITC Ireland/UK survey. *Tobacco Control, 15*(Suppl 3), iii51–iii58.
- Freund, M. (2009). Increasing hospital-wide delivery of smoking cessation care for nicotine-dependent in-patients: A multi-strategic intervention trial. *Addiction, 104*(5), 839.
- Government of Ontario. (2016). *Smoke-Free Ontario Act*. Obtenido de <https://www.ontario.ca/laws/statute/94t10#BK4>
- Government of Canada. (2016). *Smoking and tobacco use data*. Obtenido de <http://www.healthycanadians.gc.ca/healthy-living-vie-saine/tobacco-tabac/smoking-facts-faits-tabagisme/index-eng.php>
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., & van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) 110–120. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawk, C., Kaeser, M. A., & Beavers, D. V. (2013). Feasibility of using a standardized patient encounter for training chiropractic students in tobacco cessation counseling. *Journal of Chiropractic Education, 27*(2), 135–140.
- Health Canada. (2011). *Health concerns—smoking and your body: Quit smoking aids*. Obtenido de <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/aid-eng.php>
- Health Canada. (2013). *Safety information on Champix and Zyban*. Obtenido de <http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33621a-eng.php>

Health Canada. (2016). *Benefits of quitting*. Obtenido de <http://healthycanadians.gc.ca/healthy-living-vie-saine/tobacco-tabac/quit-cesser/quit-now-cesser-maintenant/benefits-avantages-eng.php>

Health Care Innovation Working Group. (2012). *From innovation to action: The first report of the Health Care Innovation Working Group*. Obtenido de <http://www.pmprovinceterritoires.ca/en/featured-publications/75-council-of-the-federation-to-meet-in-victoria>

Heath, J., Kelley, F. J., Andrews, J., Crowell, N., Corelli, R. L., & Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a tobacco cessation curricular intervention among acute care nurse practitioner faculty members. *American Journal of Critical Care, 16*(3), 284–289.

Herie, M., Connolly, H., Voci, S., Dragonetti, R., & Selby, P. (2012). Changing practitioner behavior and building capacity in tobacco cessation treatment: The TEACH project. *Patient Education and Counseling, 86*(1), 49–56.

Hettema, J. E., & Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 868–884.

Houston, L. N., Warner, M., Corelli, R. L., Fenlon, C. M., & Hudmon, K. S. (2009). Tobacco education in US physician assistant programs. *Journal of Cancer Education, 24*(2), 107–113.

Huang, Y., Li, W., Yang, L., Jiang, Y., & Wu, Y. (2012). *Long-term efficacy and safety of varenicline for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. doi: 10.1007/s10389-011-0476-5

Jiloha, R. C. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation. *Indian Journal of Psychiatry, 56*(1), 87.

Jiménez-Muro, A., Nerín, I., Samper, P., Marqueta, A., Beamonte, A., Gargallo, P.,... Rodríguez, G. (2012). A proactive smoking cessation intervention in postpartum women. *Midwifery, 29*(3), 240–245. doi:10.1016/j.midw.2012.01.003

Jordan, T. R., Khubchandani, J., Wiblehauser, M., Glassman, T., & Thompson, A. (2011). Do respiratory therapists receive training and education in smoking cessation? A national study of post-secondary training programs. *Patient Education and Counseling, 85*(1), 99–105.

Kaufman, P., Ferrence, R., Pope, M., Smith, M., Tyndall, L., & Zhang, B. (2012). Putting Third hand Smoke on the Policy and Research Agenda: Knowledge User Survey Results. *The Ontario Tobacco Research Unit*. Obtenido de [http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update\\_nov2012.pdf](http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update_nov2012.pdf)

Kennedy, R. D., Behm, I., Craig, L., Thompson, M. E., Fong, G. T., Guignard, R., & Beck, F. (2012). Smoking cessation interventions from health care providers before and after the national smoke-free law in France. *The European Journal of Public Health, 22*(Suppl 1), 23–28. Obtenido de <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckr209>

Lam, T. H. (2008). Building an integrated model of tobacco control education in the nursing curriculum: Findings of a students' survey. *Journal of Nursing Education, 47*(5), 223–226.

Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001292.pub2/full>

Lawn, S., Hahir, A., Indig, D., Prosser, S., Macleod, S., & Keller, A. (2014). Evaluation of a totally smoke-free forensic psychiatry in-patient facility: Practice and policy implications. *Australian Health Review, 38*(4), 476–482.

Levitt, C., Shaw, E., Wong, S., & Kaczorowski, J. (2007). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth, 34*, 341–347.

- Linder, J. A., Rigotti, N. A., Schneider, L. I., Kelley, J. H. K., Brawarsky, P., & Haas, J. S. (2009). An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, *169*(8), 781–787.
- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., & Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, (3), 1–76. Obtenido de <http://www.cochranelibrary.com>
- Luk, R., Cohen, J. E., Ferrence, R., McDonald, P. W., Schwartz, R., & Bondy, S. J. (2009). Prevalence and correlates of purchasing contraband cigarettes on First Nations reserves in Ontario, Canada. *Addiction*, *104*, 488–495. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02453.x
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, *20*(2), 137–160. doi:10.1177/1049731509347850
- McRobbie, H., Bullen, C., Hartmann-Boyce, J., & Hajek, P. (2014). Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *The Cochrane Library*. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub2/abstract>
- McRobbie, H., Hajek, P., Feder, G., & Eldridge, S. (2008). A cluster-randomised controlled trial of a brief training session to facilitate general practitioner referral to smoking cessation treatment. *Tobacco Control*, *17*(3), 173–176. doi:10.1136/tc.2008.024802
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, *339*, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535
- Nagelhout, G. E., de Vries, H., Boudreau, C., Allwright, S., McNeill, A., van den Putte, B., ... Willemsen, M.C. (2012). Comparative impact of smoke-free legislation on smoking cessation in three European countries. *European Journal of Public Health*, *22*(Suppl 1), 4–9.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). *Developing an effective evaluation plan: Setting the course for effective program evaluation*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity. Obtenido de [http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco\\_control\\_programs/surveillance\\_evaluation/evaluation\\_plan/pdfs/developing\\_eval\\_plan.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/evaluation_plan/pdfs/developing_eval_plan.pdf)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Smoking—harm reduction public health guideline: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*. Obtenido de <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>
- New Zealand Ministry of Health. (2007). *New Zealand smoking cessation guidelines*. Wellington, NZ: New Zealand Ministry of Health. Obtenido de <http://www.moh.govt.nz>

Northern Territory Government Department of Health and Families. (2010). *Clinical guidelines for the management of nicotine dependent inpatients*. Darwin, AU: Department of Health, Western Australia. Obtenido de <https://health.nt.gov.au>

O'Donnell, J. A., Hamilton, M. K., Markovic, N., & Close, J. (2010). Overcoming barriers to tobacco cessation counselling in dental students. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8(2), 117–124.

Ortiz, G., Schacht, L., & Lane, G. M. J. (2013). Smoking cessation care in state-operated or state-supported psychiatric hospitals: From policy to practice. *Psychiatric Services*, 64(7), 666–671.

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), 50–71. Obtenido de <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2472663721/a-framework-for-evaluating-evidence-in-evidence-based>

Patnode, C. P., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P., & Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), 608–321.

Poder, N., Carroll, T., Wallace, C., & Hua, M. (2012). Do smoke-free environment policies reduce smoking on hospital grounds? Evaluation of a smoke-free health service policy at two Sydney hospitals. *Australian Health Review*, 36(2), 158–162.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P.A., & Hall, A.M. (Eds.). (2014). *Canadian fundamentals of nursing* (5th Cdn. ed.) (J. C. Ross-Kerr, M. J. Wood, B. J. Astle, & W. Duggleby, Cdn. adapts.). Toronto, ON: Elsevier Canada.

Price, J., Jordan, T., Jeffrey, J., Stanley, M., & Price, J. (2008). Tobacco intervention training in graduate psychiatric nursing education programs. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(2), 117–124.

Price, J. H., Mohamed, I., & Jeffrey, J. D. (2008). Tobacco intervention training in American College of Nurse-Midwives accredited education programs. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(1), 68–74.

Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Leek, D., Hudmon, K. S., Louie, A. K., Jacobs, M. H., & Hall, S. M. (2008). Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic Psychiatry*, 32(6), 484–492.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007a). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2007b). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice* (revised). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012). *Toolkit: Implementation of best practice guidelines* (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2013). *Developing and sustaining interprofessional health care: Optimizing patient, organizational, and systems outcomes*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Reid, J. L., Hammond, D., Rynard, V. L., & Burkhalter, R. (2015). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.

- Rice, V. H., & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Obtenido de <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/nursing-interventions.pdf>
- Richmond, R., Zwar, N., Taylor, R., Hunnisett, J., & Hyslop, F. (2009). Teaching about tobacco in medical schools: A worldwide study. *Drug and Alcohol Review, 28*(5), 484–497.
- Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*, CD001837. doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3.
- Roman, B., Borges, N., & Morrison, A. K. (2011). Teaching motivational interviewing skills to third-year psychiatry clerkship students. *Academic Psychiatry, 35*(1), 51–53.
- Royal Australian College of General Practitioners. (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*. Melbourne, AU: Royal Australian College of General Practitioners.
- Schmelz, A. N., Nixon, B., McDaniel, A., Hudmon, K. S., & Zillich, A. J. (2010). Evaluation of an online tobacco cessation course for health professions students. *American Journal of Pharmaceutical Education, 74*(2), 36.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Obtenido de <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Sears, K. E., Cohen, J. E., & Drope, J. (2008). Comprehensive evaluation of an online tobacco control continuing education course in Canada. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 28*(4), 235–240.
- Selby, P. (2012). Algorithm for Tailoring Pharmacotherapy in Primary Care Settings. *CAN-ADAPTT Guide to Smoking Cessation*. Obtenido de <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Resources/Tobacco%20Algorithm%20updated%20May%202016.pdf>
- Selby, P. (2016). *STOP Program: Sample Nicotine Replacement Therapy (NRT) Algorithm*. Centre for Addiction and Mental Health: Nicotine Dependence Service. Obtenido de [https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/stop/Documents/Appendix%20G%20-%20STOP%20NRT%20Dispensing%20Guideline\\_v1.0\\_Oct\\_2014.pdf](https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/stop/Documents/Appendix%20G%20-%20STOP%20NRT%20Dispensing%20Guideline_v1.0_Oct_2014.pdf)
- Shah, R. S., & Cole, J. W. (2010). Smoking and stroke: The more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy, 8*(7). doi:10.1586/erc.10.56
- Sheffer, C. E., Barone, C., & Anders, M. E. (2011). Training nurses in the treatment of tobacco use and dependence: Pre- and post-training results. *Journal of Advanced Nursing, 67*(1), 176–183.
- Sherman, S. E., Joseph, A. M., Yano, E. M., Simon, B. F., Arikian, N., Rubenstein, L.V.,... Mittman, B.S. (2006). Assessing the institutional approach to implementing smoking cessation practice guidelines in veterans health administration facilities. *Military Medicine, 171*(1), 80–87.
- Shishani, K., Stevens, K., Dotson, J., & Riebe, C. (2013). Improving nursing students' knowledge using online education and simulation to help smokers quit. *Nurse Education Today, 33*(3), 210–213.
- Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD000165.pub3

- Stead, L.F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4
- Stead, L. F., Lancaster, T., & Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002850/abstract;jsessionid=CDD7E80B45B9F934AED49931C13F24ED.f02t02>
- Stockings, E., Bowman, J., Prochaska, J., Baker, A., Clancy, R., Knight, J., ...Wiggers, J. (2014). The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 617–633.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., & Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care*, 151–159. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Studts, J. L., Burriss, J. L., Kearns, D. K., Worth, C. T., & Sorrell, C. L. (2009). "Providers practice prevention": Promoting dental hygienists' use of evidence-based treatment of tobacco use and dependence. *Journal of Dental Education*, 73(9), 1069–1082.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, MD. Obtenido de <http://medicalmarijuana.procon.org/sourcefiles/2k4results.pdf>
- Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L., & Eisenberg, M. J. (2012). Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 125, 576–584.
- The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration* (4.2.5). Obtenido de <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (5.1.0). Obtenido de <http://handbook.cochrane.org>
- Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C., & Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: A systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*, 4(12), e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414
- The World Alliance for Patient Safety Drafting Group. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. World Health Organization (WHO). Obtenido de [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- University of Toronto Department of Family & Community Medicine. (2000). *Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction*. Toronto, ON: A Pegasus Health-care International Publication.
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. (2008). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline, 2008 update*. Obtenido de <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>
- Verbiest, M. E. A., Crone, M. R., Scharloo, M., Chavannes, N. H., van der Meer, V., Kaptein, A. A., & Assendelft, W. J. J. (2014). One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: A cluster randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(1), 1–10.

- Virtanen, S. E., Zeebari, Z., Rohyo, I., & Galanti, M. R. (2015). Evaluation of a brief counseling for tobacco cessation in dental clinics among Swedish smokers and snus users: A cluster randomized controlled trial (the FRITT Study). *Preventive Medicine, 70*, 26–32.
- Warner, C., Sewali, B., Olayinka, A., Eischen, S., Wang, Q., Guo, H., ... Okuyemi, K. S. (2014). Smoking cessation in homeless populations: Who participates and who does not. *Nicotine & Tobacco Research, 16*(3), 369–372.
- Warner, C., & Shoaib, M. (2005). How does bupropion work as a smoking cessation aid? *Addiction Biology, 10*(3), 219–231. doi:10.1080/13556210500222670
- Wesche, S., Robert, R., & Carry, C. (2011). *First Nations, Inuit and Métis: Respiratory health initiatives environmental scan*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.
- White, A. R., Rampes, H., Liu, J. P., Stead, L. F., & Campbell, J. (2014). Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library, (1)*, 1–86. doi:10.1002/14651858.CD000009.pub4
- World Health Organization (WHO). (2006). *Electronic health records: Manual for developing countries*. Obtenido de <http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2008). *Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Obtenido de [http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr\\_download/en](http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en)
- World Health Organization (WHO). (2012). *What are the Social Determinants of Health: Key concepts*. Obtenido de [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf?ua=1)
- World Lung Foundation. (2015). *The tobacco atlas*. Obtenido de <http://www.tobaccoatlas.org>
- Zwar, N., Mendelsohn, C. P., Richmond, R. L. (2014). Tobacco smoking: Options for helping smokers to quit. *Australian Family Physician, 43*(6), 348–354.

## Anexo A: Glosario

**3Aes del abandono del uso de tabaco:** Se refiere a averiguar el uso de tabaco de cada paciente, aconsejar a cada paciente acerca de la importancia del abandono del uso de tabaco y actuar proporcionando al paciente información o una derivación para acceder a servicios de ayuda para el abandono del uso de tabaco. Utilizadas por el Modelo de Ottawa para el Abandono del Uso de Tabaco (Ottawa Model for Smoking Cessation) (<http://ottawamodel.ottawaheart.ca>).

**4Aes del abandono del uso de tabaco:** Se refiere a averiguar el uso de tabaco de cada paciente, aconsejar a cada paciente acerca de la importancia del abandono del uso de tabaco, actuar proporcionando al paciente información o una derivación para acceder a servicios de ayuda para el abandono del uso de tabaco y acordar visitas de seguimiento continuo para el paciente. Utilizadas por RNAO en su guía de buenas prácticas de 2007 integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería.

**5Aes del abandono del uso de tabaco:** Se refiere a averiguar el uso de tabaco de cada paciente, aconsejar a cada paciente acerca de la importancia del abandono del uso de tabaco, abordar la disposición del cliente a abandonar el uso de tabaco, actuar proporcionando al paciente información o una derivación para acceder a servicios de ayuda para el abandono del uso de tabaco y acordar visitas de seguimiento continuo para el paciente. Precursoras de las 3A y 4A utilizadas por muchas organizaciones de salud en todo el mundo.

**Abandono del tabaco:** Proceso por el cual una persona que usa productos de tabaco deja de fumar y deja de utilizar productos de tabaco durante un mínimo de 24 horas.

**Apoyos conductuales:** Intervenciones no farmacológicas para apoyar el abandono del uso de tabaco, como asesoramiento, apoyo social (por ejemplo, grupos para dejar de fumar o salas de chat en internet), identificación y manejo de desencadenantes y estrategias para manejar deslices y recaídas.

**Asesoramiento o intervención breve:** Intervención en la que hay un contacto breve (de menos de cinco minutos) entre el proveedor de servicios de salud y el paciente.

**Bupropion (Zyban):** Medicamento eficaz que no contiene nicotina y que precisa receta médica. El Bupropión actúa sobre el cerebro para imitar los efectos de la nicotina sobre la dopamina y la noradrenalina con el fin de prevenir los síntomas de la abstinencia de nicotina (Warner & Shoab, 2005).

**Calidad:** Grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y concuerdan con el conocimiento profesional actual (The World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 2009).

**Colaborador:** Individuo, grupo u organización con un interés particular en las decisiones y acciones llevadas a cabo por las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker, Bankart, & Murtagh, 2009). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema.

**Conjunto de órdenes de enfermería:** Grupo de intervenciones basadas en la evidencia que son específicas del ámbito de la enfermería. Las enfermeras pueden solicitar de forma independiente (es decir, sin la firma de un médico) los conjuntos de órdenes de enfermería para estandarizar la atención proporcionada para un trastorno o situación clínica específica (en este caso, las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco).

**Cultura:** Valores, creencias, normas y formas de vida compartidos y aprendidos por un individuo o grupo. La cultura influye en el pensamiento, las decisiones y las acciones (College of Nurses of Ontario, 2013; RNAO, 2012).

**Desencadenante:** Actividad o emoción que evoca el deseo de usar tabaco; también llamado antojo de uso de tabaco (Zwar, Mendelsohn, & Richmond, 2014).

**Determinantes sociales de salud:** Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para hacer frente a la enfermedad. Estas circunstancias se ven a su vez moldeadas por un conjunto más amplio de fuerzas: la economía, las políticas sociales y la política (World Health Organization, 2012).

**Enfermera:** Aquí se incluyen las enfermeras universitarias, las enfermeras con formación profesional (Licensed Practical Nurses o bien Registered Practical Nurses, como se las llama en Ontario), las enfermeras especialistas en salud mental y las enfermeras de práctica avanzada, como son las enfermeras especializadas y las especialistas clínicas (RNAO, 2013).

**Enfoque centrado en la mujer:** Enfoque holístico de la atención que se ocupa de las necesidades físicas, espirituales, emocionales, culturales y psicológicas de la mujer. Enfatiza el valor del derecho de la mujer a la autodeterminación en cuanto a elección y control.

**Entrevista motivacional (EM):** Estilo de comunicación colaborativo, orientado a objetivos, con especial atención al lenguaje del cambio. Está diseñado para fortalecer la motivación personal y el compromiso con un objetivo específico al inducir y explorar las propias razones de la persona para cambiar, dentro de un entorno de aceptación y compasión (Miller & Rollnick, 2012).

**Ensayo controlado aleatorio (ECA):** Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a participantes asignados aleatoriamente a un grupo experimental (que recibe la intervención), a un grupo de comparación (que recibe tratamiento convencional) o a un grupo de control (no recibe ni intervención ni placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Se realiza un seguimiento y monitorización de los participantes para determinar la eficacia de la intervención. Los ensayos controlados aleatorizados incluyen ensayos doble ciego, simple ciego y no ciego.

**Equipo interprofesional de salud:** Equipo compuesto por múltiples profesionales de la salud (regulados y no regulados) que trabajan en colaboración para brindar servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de varios entornos de atención (Health Care Innovation Working Group, 2012; RNAO, 2013).

**Estudio analítico:** Estudio que investiga las hipótesis sobre las relaciones exposición-resultado. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y el resultado a lo largo del tiempo, utilizando un grupo de comparación (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Los diseños de estudios analíticos incluyen los estudios de control de casos (también llamados de casos y testigos) y los estudios de cohortes. Un estudio de control de casos compara a las personas con un trastorno específico o resultado de interés (casos) con personas de la misma población sin dicho trastorno o resultado (control) (The Cochrane Collaboration, 2005). Un estudio de cohortes es un estudio observacional en el que se sigue a un grupo concreto de personas (cohorte) a lo largo del tiempo de forma prospectiva o retrospectiva (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Estudio controlado:** Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a participantes asignados aleatoriamente a un grupo experimental (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Estudio cuasi-experimental:** Estudio que carece de aleatorización y grupo de control y, por lo tanto, no se considera un «verdadero» diseño experimental (como sería, por ejemplo, un ensayo controlado aleatorizado). El investigador controla la asignación a la intervención, la exposición o el tratamiento utilizando un método distinto de la asignación aleatorizada (por ejemplo, el diseño inicial y final) (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

**Estudio descriptivo:** Genera hipótesis y describe características de una muestra de individuos en un determinado momento. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y el resultado a lo largo del tiempo, utilizando un grupo de comparación (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Los diseños de estudios descriptivos incluyen estudios transversales que miden la distribución de algunas características en una población en un momento determinado (también llamadas encuestas) (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Evidencia:** Información que se aproxima más a los hechos de un asunto. La forma de la evidencia depende del contexto. Los hallazgos de una investigación metodológicamente apropiada y de alta calidad proporcionan la evidencia más precisa. Debido a que la investigación suele ser un proceso incompleto, en ocasiones contradictorio o no disponible, resulta necesario complementar la investigación o sustituirla con otros tipos de información. La base de la evidencia a la hora de tomar una decisión está formada por las múltiples formas de evidencia combinadas para equilibrar el rigor con la conveniencia, dando siempre mayor importancia a lo primero que a lo último (Canadian Health Services Research Foundation, 2005).

**Formación didáctica:** Presentación no interactiva de información factual, a menudo ofrecida al paciente en forma de conferencia, por parte del proveedor de servicios de salud.

**Guías de buenas prácticas:** Documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes en la toma de decisiones oportunas en relación a la atención (práctica) (Field & Lohr, 1990); también se denominan guías de práctica clínica.

**Historia clínica electrónica:** Término ampliamente utilizado en muchos países, con definiciones variadas en cuanto al alcance de la cobertura. Generalmente se refiere a una historia clínica longitudinal con entradas registradas por profesionales de la salud en múltiples lugares donde se proporciona atención. La historia clínica electrónica:

- contiene toda la información personal de salud que pertenece a un individuo;
- los profesionales de la salud pueden añadir registros y acceder a él de forma electrónica durante la vida de la persona; y
- va más allá de las situaciones agudas de hospitalización, incluye todos los entornos de atención ambulatoria en los que el paciente recibe atención (World Health Organization, 2006).

**Humo de segunda mano o tabaquismo pasivo:** Humo exhalado por un individuo que quema un producto de tabaco, como por ejemplo un cigarrillo, un puro o una pipa. Hay más de 7.000 productos químicos en el humo de segunda mano, de los cuales al menos 69 son sustancias cancerígenas reconocidas (Eriksen et al., 2012).

**Humo de tercera mano:** Contaminación por humo de tabaco que permanece después de apagar un cigarrillo. Su papel en el contexto más amplio de los esfuerzos de control del tabaco sigue siendo desconocido. Un equipo de expertos internacional y multidisciplinar se ha reunido y está revisando y difundiendo evidencia sobre el humo de tercera mano a los usuarios de conocimiento en los ámbitos de ciencia, medicina, salud pública y políticas (Kaufman et al., 2012).

**Intervención intensiva:** Intervención en la que hay un contacto amplio (de más de diez minutos) entre el proveedor de servicios de salud y el paciente.

**Intervención psicosocial:** Intervención no farmacológica diseñada para aumentar las tasas de abstinencia de tabaco a través de estrategias como las terapias cognitivo-conductuales, motivacionales y de apoyo (Chamberlain et al., 2013).

**Investigación cualitativa:** Investigación que utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para analizar y describir fenómenos (por ejemplo, experiencias vividas) y para darles un significado. La naturaleza de este tipo de investigación es exploratoria y abierta. El análisis consiste en la organización e interpretación de datos no numéricos (por ejemplo, fenomenología, etnografía, teoría fundamentada y estudio de casos) (Speziale & Carpenter, 2007).

**Legislación de espacios sin humo:** Legislación que prohíbe o limita el uso de tabaco en ciertos espacios.

**Metaanálisis:** Revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (The Cochrane Collaboration, 2005).

**Paciente:** En esta guía, se refiere a cualquier individuo con quien los profesionales de la salud establecen una relación terapéutica con el propósito de colaborar para la salud. El término «paciente» puede incluir las siguientes posibilidades: persona, individuo, residente, consumidor y su familia (padres, otros allegados, cuidadores, amigos, apoderados en la toma de decisiones, grupos, comunidades y poblaciones).

**Poblaciones afectadas desproporcionadamente por el tabaco:** Incluye individuos que experimentan un mayor efecto negativo por el uso de tabaco que la población general, debido a sus determinantes sociales de salud; por ejemplo, los pacientes que viven con un trastorno de salud mental.

**Proceso de enfermería:** Enfoque orientado a la solución de problemas que se emplea para identificar y tratar los problemas de salud de los pacientes. Incluye la evaluación, planificación, implantación y análisis (Potter, Perry, Stockert, & Hall, 2014).

**Programa de formación de formadores (Train-The-Trainer):** Programa en el que educadores bien informados capacitan a educadores menos experimentados acerca de cómo enseñar los contenidos.

**Recaída o desliz:** La recaída es la situación en la que un paciente ha vuelto a sus niveles basales de uso de tabaco después de un período de abstinencia. El desliz es la situación en la que un paciente ha fumado un cigarrillo o dos después de un período de abstinencia, pero rápidamente regresa al estado de abstinencia.

**Recomendaciones para el sistema, la organización y directrices:** Informe de los requisitos necesarios para que el entorno de práctica permita la correcta implantación de la guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a nivel gubernamental o social.

**Recomendaciones para la formación:** Informe de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

**Recomendación para la práctica:** Informes de buenas prácticas orientados a la práctica clínica que, en condiciones ideales, están basados en la evidencia y que permiten la implantación exitosa de una guía de buenas prácticas.

**Revisión sistemática:** Revisión que «intenta recopilar toda la evidencia empírica que se ajusta a los criterios de elegibilidad preespecificados con el fin de responder a una pregunta de investigación concreta» (The Cochrane Collaboration, 2011). La revisión sistemática utiliza métodos sistemáticos, explícitos y reproducibles para identificar, seleccionar y realizar una evaluación crítica de la investigación pertinente, y para recopilar y analizar datos de los estudios que se incluyen en la revisión (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

**Teléfono de ayuda al abandono del uso del tabaco (Quietline):** Servicios telefónicos de ayuda al abandono del uso de tabaco que ayudan a los usuarios a dejar el tabaco. Los servicios ofrecidos por las líneas telefónicas de ayuda al abandono del uso de tabaco incluyen orientación y asesoramiento, derivaciones, materiales enviados por correo, capacitación para profesionales de la salud, servicios a través de internet y (en algunos casos) medicamentos gratuitos, como la terapia de reemplazo de nicotina. Muchas investigaciones demuestran que las líneas telefónicas de ayuda al abandono del uso de tabaco resultan muy efectivas para ayudar a los usuarios de tabaco a abandonar su uso. Debido a su capacidad de llegar a los usuarios de tabaco, independientemente de su ubicación, y proporcionar el servicio, las líneas telefónicas de ayuda al abandono del uso de tabaco se han extendido rápidamente por toda Norteamérica.

**Terapia de reemplazo de nicotina (TRN):** Medicamento que contiene nicotina que tiene como objetivo promover el abandono del uso de tabaco al tiempo que evita la exposición a los daños asociados con el tabaco (Health Canada, 2011). Actualmente están aprobados para su uso en Canadá los parches de nicotina, chicles, caramelos, inhaladores y sprays.

**Tratamiento farmacológico:** Apoyos, con o sin receta, que ayudan al paciente a abandonar el uso de tabaco. Las opciones sin receta de ayuda al abandono del uso de tabaco incluyen opciones de terapia de reemplazo de nicotina, como los parches de nicotina, chicles, caramelos, inhaladores y sprays. Las opciones con receta incluyen bupropión o vareniclina (Jiloha, 2014).

**Vareniclina:** Medicamento sin nicotina para ayudar al abandono del uso de tabaco que precisa receta médica y se administra por vía oral de forma diaria. La duración típica del tratamiento es de 12 semanas. La vareniclina actúa sobre los receptores de nicotina del cerebro para disminuir las ganas de usar tabaco y al mismo tiempo disminuir los efectos placenteros de la nicotina (RNAO, 2007a).

# Anexo B: Proceso de Revisión Sistemática y Estrategia de Búsqueda

## Revisión de la Guía

La Coordinadora del Proyecto de Desarrollo de las Guías de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) buscó una lista establecida de páginas web donde se recogen directrices y otros contenidos relevantes publicados entre 2006 y 2015. Esta lista se compiló basándose en el conocimiento de páginas web de práctica basada en la evidencia y en las recomendaciones de la literatura, e incluye páginas web clave relacionadas con la adicción al tabaco y las intervenciones de tratamiento. Puede encontrar información detallada sobre la estrategia de búsqueda de las directrices existentes, incluida la lista de páginas web donde se realizaron búsquedas y los criterios de inclusión, en: [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca). Los miembros del equipo de expertos de la RNAO también identificaron directrices.

Los miembros del equipo de desarrollo de las guías de la RNAO realizaron evaluaciones críticas de seis directrices internacionales, para lo que utilizaron la herramienta de evaluación de guías «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II» (Brouwers et al., 2010). A partir de esta revisión, se seleccionaron las siguientes seis directrices para informar las recomendaciones y análisis de la evidencia:

1. CAN-ADAPTT. (2011). Guía práctica para el abandono del uso de tabaco en Canadá (Canadian smoking cessation clinical practice guideline). Toronto, Ontario: Red de Acción Canadiense para el Avance, Diseminación y Adopción de Tratamientos contra el Tabaco Basados en la Práctica (Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment), Centro para la Adicción y la Salud Mental (Centre for Addiction and Mental Health). Obtenido de <http://www.can-adaptt.net>
2. Instituto Nacional para la Excelencia en Cuidados de Salud (National Institute for Health and Care Excellence o NICE, por sus siglas en inglés). (2013). Guía de salud pública para la reducción de daños en el uso de tabaco: Servicios para el abandono del uso de tabaco en atención primaria, farmacias, autoridades locales y lugares de trabajo, en particular para grupos de trabajo manual, mujeres embarazadas y comunidades de difícil acceso (Smoking—harm reduction public health guideline: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities). Obtenido de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>
3. Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (New Zealand Ministry of Health). (2007). Directrices para el abandono del uso de tabaco en Nueva Zelanda (New Zealand smoking cessation guidelines). Wellington, NZ: Ministerio de Salud de Nueva Zelanda (New Zealand Ministry of Health). Obtenido de <http://www.moh.govt.nz>
4. Departamento de Salud y Familia de los Territorios del Norte (Northern Territory Government Department of Health and Families). (2010). Directrices clínicas para el manejo de pacientes ingresados con dependencia de la nicotina (Clinical guidelines for the management of nicotine dependent inpatients). Darwin, AU: Departamento de Salud de Australia Oeste (Department of Health, Western Australia) Obtenido de <https://health.nt.gov>
5. RColegio Real de Médicos Generalistas de Australia (Royal Australian College of General Practitioners). (2011). Apoyo del abandono del uso de tabaco: Guía para profesionales de la salud (Supporting smoking cessation: A guide for health professionals). Melbourne, AU: Colegio Real de Médicos Generalistas de Australia (Royal Australian College of General Practitioners). Obtenido de <http://aascp.org.au/health-professionals/resources/guidelines/>
6. Servicio de Salud Pública del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service). (2008). Tratamiento del uso de tabaco y su dependencia: Guía de práctica clínica. Actualización de 2008 (Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline, 2008 update). Obtenido de <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>

## Revisión sistemática

El equipo de investigación de RNAO y una bibliotecaria de Ciencias de la Salud desarrollaron una estrategia de búsqueda integral basada en criterios de inclusión y exclusión creados en colaboración con el equipo de expertos de RNAO. El equipo buscó artículos relevantes publicados en inglés entre 2006 y 2015 en las siguientes bases de datos: Índice Acumulativo de Literatura sobre Enfermería y Salud Relacionada (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, CINAHL por sus siglas en inglés), Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL por sus siglas en inglés), Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR por sus siglas en inglés), Embase, MEDLINE y PsycINFO. Además de esta búsqueda sistemática, se pidió a los miembros del equipo de expertos que buscaran en sus bibliotecas personales posibles artículos clave que no se encuentran en estas bases de datos.

La información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, incluyendo los criterios de inclusión y exclusión, así como los términos de búsqueda, está disponible en internet.

Los artículos recuperados se dividieron por igual entre dos Asociadas de Investigación de Enfermería (AIE), que son enfermeras tituladas con nivel de Máster. Cada AIE evaluó de forma independiente la admisibilidad de cada estudio según los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La Directora del Programa de Guías de Buenas Prácticas de la RNAO, que participó en el apoyo al equipo de expertos de la RNAO, resolvió cualquier desacuerdo entre las AIE.

Cada AIE evaluó de forma independiente las puntuaciones de las revisiones críticas de 26 artículos (una muestra aleatorizada de un 10% de los artículos elegibles para la extracción de datos y revisión crítica). Si se alcanzaba un acuerdo aceptable entre los evaluadores (estadística Kappa K = 0,88), se justificaba proceder con la evaluación de la calidad y la extracción de datos, y los estudios restantes se dividieron de nuevo entre las AIE a partes iguales (Fleiss, Levin, & Paik, 2003). Las AIE también completaron un resumen final de los hallazgos de la literatura. Las tablas de datos pormenorizados y un resumen se proporcionaron a todos los miembros del equipo de expertos de la RNAO, para su revisión y análisis.

La bibliografía completa de todos los artículos de texto completo que se examinaron para su inclusión está disponible en internet.



**Equipo de expertos en intervenciones relacionadas con el uso del tabaco**

Fila superior: (I-D): Tiiu Sildva, Tanvi Sharma, Lisa Ye, Jan Johnston, Dr. Patricia Smith, Jennifer Bouwmeester, Tanya Magee, Debbie Aitken, and Dr. Annette Schultz; Bottom Fila inferior: (I-D) Jennifer Callaghan, Sheila John, Dr. Shelley Walkerley, Gail Luciano, Dr. Peter Selby, and Claire Gignac; Ausentes: Jennifer Tiberio, Natalie Hamilton-Martin, and Dr. Catherine Goldie

## Anexo C: Proceso de Desarrollo de las Guías

La Asociación Profesional de enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que cada guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con este compromiso, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento de todas y cada una de las guías cada cinco años.

Para esta guía, la RNAO reunió un equipo de expertos que representan una amplia gama de sectores y áreas de práctica (véase la sección del equipo de expertos de la RNAO que se encuentra al principio de esta guía). La revisión sistemática de la evidencia se basó en el propósito y alcance, apoyada por las cuatro preguntas de investigación que se enumeran a continuación. La revisión sistemática descubrió literatura relevante revisada por homólogos y directrices publicadas entre 2006 y 2015. Para orientar la revisión sistemática se emplearon las siguientes preguntas:

1. En los pacientes que usan tabaco, ¿qué métodos de detección y evaluación utilizados por los profesionales de la salud son más eficaces para promover la reducción de daños, los intentos de abandono, el abandono del uso de tabaco y la prevención de recaídas?
2. En los pacientes que usan tabaco, ¿qué tratamiento e intervenciones o estrategias de manejo utilizadas por los profesionales de la salud resultan más eficaces a la hora de tratar la dependencia del tabaco, la abstinencia de nicotina y promover la reducción de daños, el abandono del uso de tabaco y la prevención de recaídas?
3. Para los profesionales de la salud, ¿qué formación se necesita para proporcionar una atención eficaz a los pacientes en relación con el tratamiento de la dependencia del tabaco?
4. En los organismos de salud, ¿qué enfoques sistemáticos y mecanismos apoyan la adopción efectiva de intervenciones por parte de los profesionales de la salud en contra del uso de tabaco y la dependencia de la nicotina?

El mandato del equipo de expertos de la RNAO fue desarrollar una guía de buenas prácticas basada en la evidencia que proporcionara a las enfermeras y otros profesionales de la salud las mejores prácticas actuales para abordar a pacientes que usan tabaco. Las recomendaciones de esta guía tratan de reducir la brecha identificada entre la práctica actual y la práctica basada en la evidencia.

Esta edición (2017) es el resultado del trabajo del equipo de expertos para integrar la mejor evidencia más actualizada en las recomendaciones y proporcionar evidencia de apoyo.

## Diagrama de flujo del proceso de revisión de guías

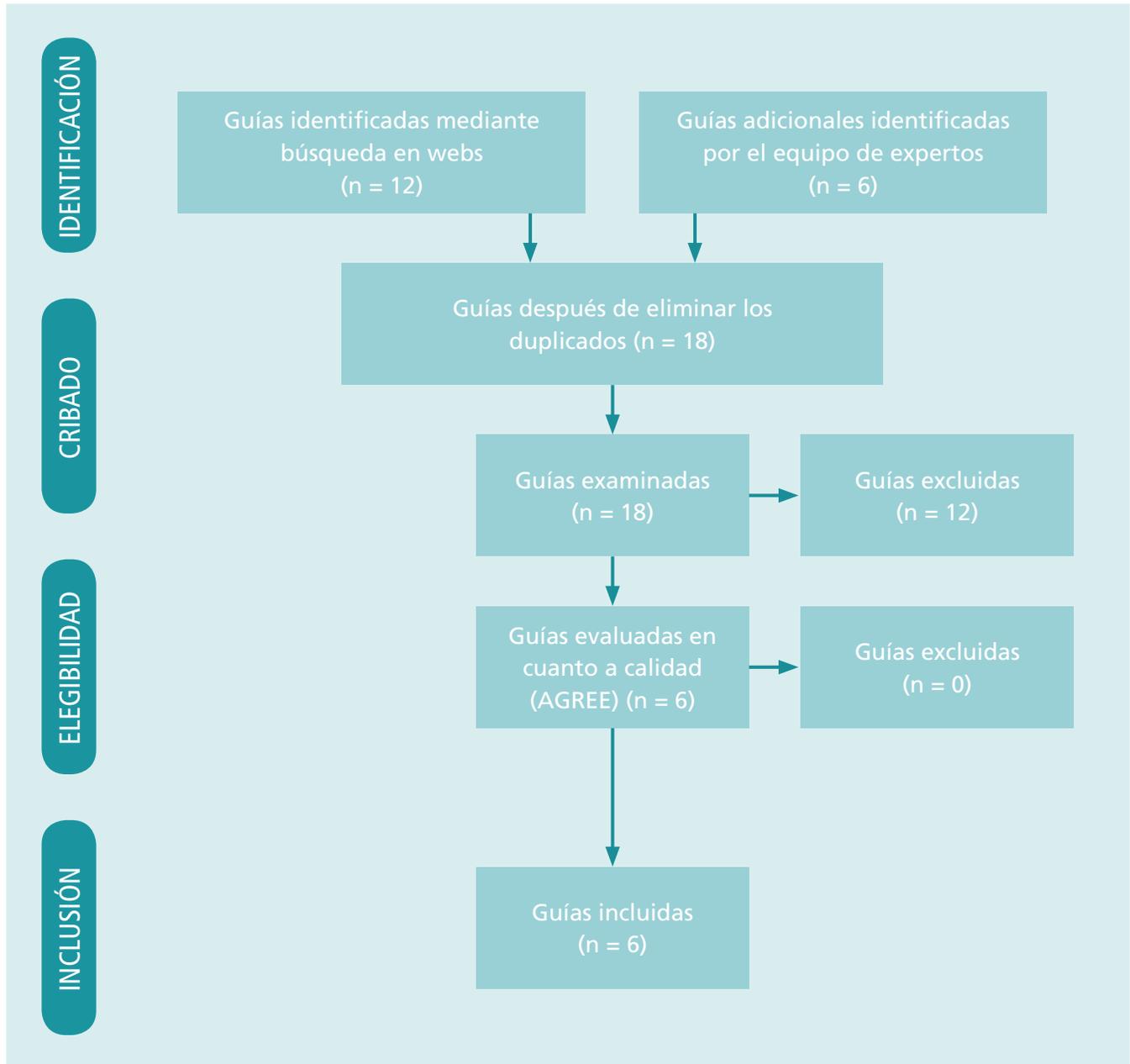


Diagrama adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group (2009).

## Diagrama de flujo del proceso de revisión de artículos

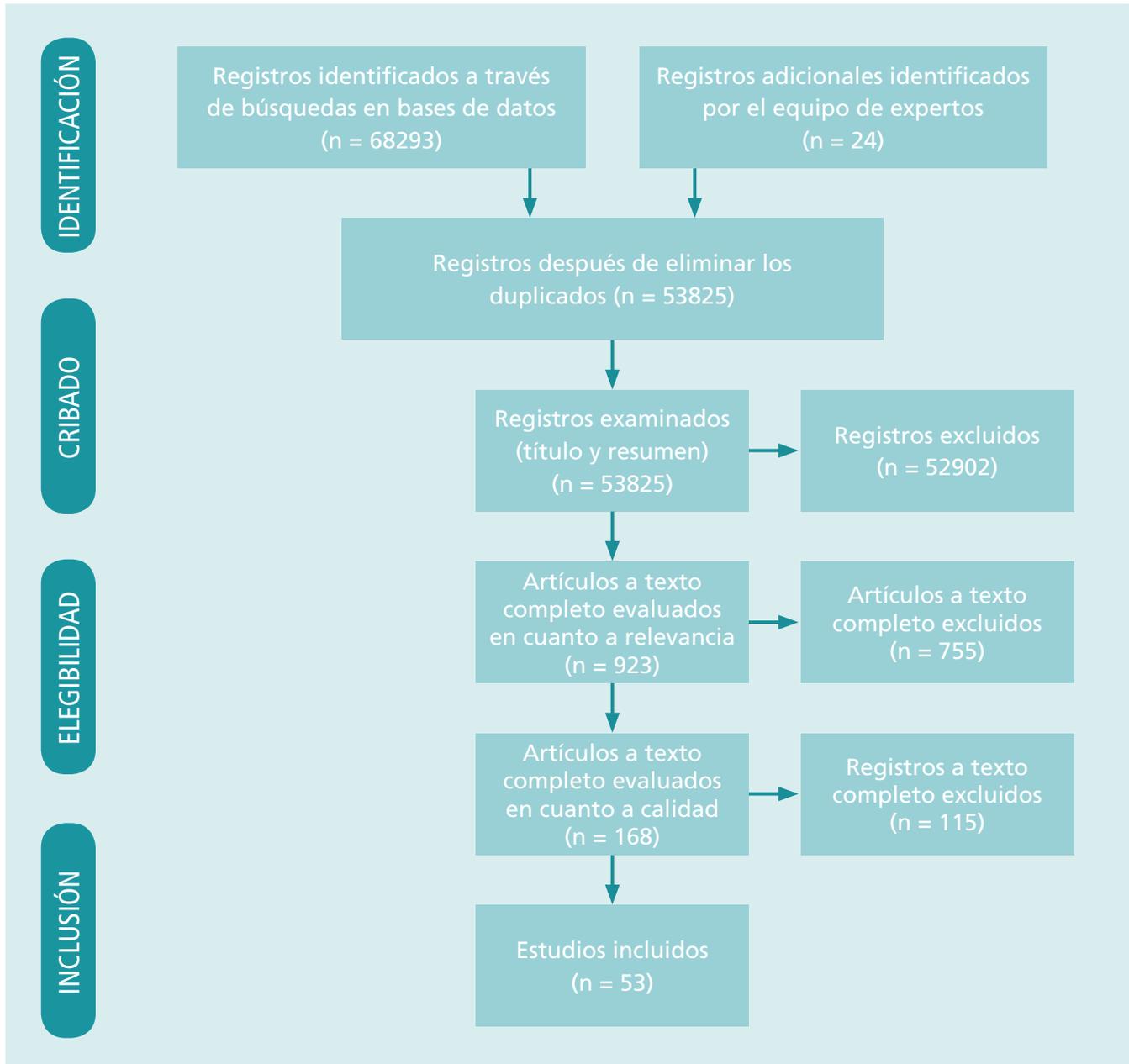
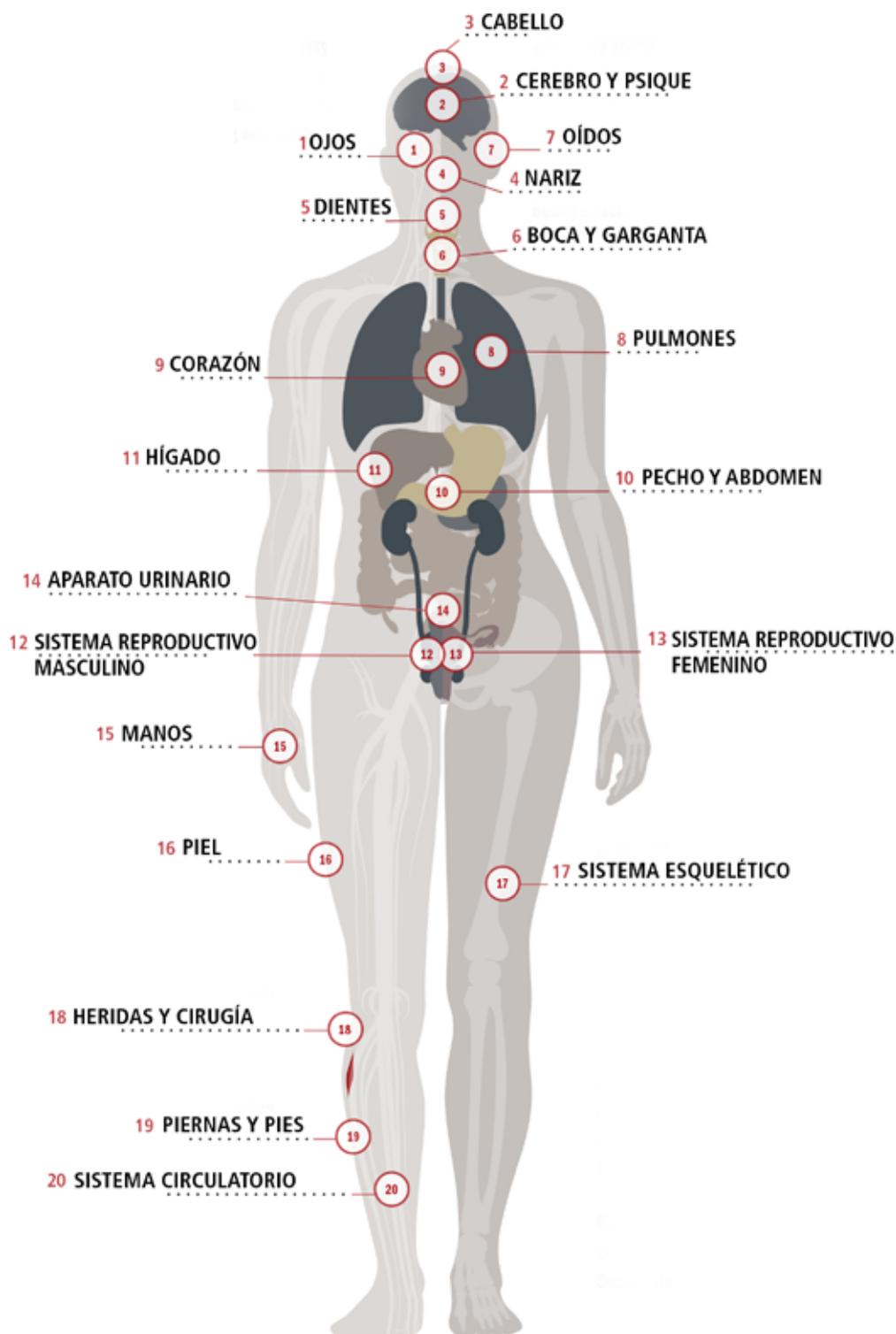


Diagrama adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group (2009).

## Anexo D: Daños del Tabaco

El tabaco causa daños e incapacidad a prácticamente todos los órganos



Fuente: Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh & Drope (2015, p. 18).

**1. Ojos**

Cataratas Ceguera (degeneración macular)  
Picor, lagrimeo y parpadeo excesivos

**2. Cerebro y psique**

Derrame cerebral (accidente cerebrovascular)  
Adicción / síndrome de abstinencia  
Alteración de la química cerebral  
Ansiedad acerca de los efectos del tabaco sobre la salud

**3. Cabello**

Olor y decoloración

**4. Nariz**

Cáncer de las cavidades nasales y senos paranasales  
Rinosinusitis crónica Deterioro del sentido del olfato

**5. Dientes**

Enfermedad periodontal (deterioro de las encías, gingivitis, periodontitis)  
Dientes sueltos, pérdida de dientes  
Caries de la superficie de la raíz, placa dental  
Descoloración y tinción

**6. Boca y garganta**

Cáncer de labios, boca, garganta, laringe y faringe  
Dolor de garganta Deterioro del sentido del gusto  
Mal aliento

**7. Oídos**

Pérdida auditiva

**8. Pulmones**

Cáncer de pulmón, bronquios y tráquea  
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfisema  
Bronquitis crónica, infección respiratoria (gripe, neumonía, tuberculosis)  
Dificultad respiratoria, asma, tos crónica, producción excesiva de esputo

**9. Corazón**

Trombosis coronaria (ataque al corazón)  
Aterosclerosis (daño y oclusión de la vasculatura coronaria)

**10. Pecho y abdomen**

Cáncer de esófago  
Cáncer gástrico, de colon y de páncreas  
Aneurisma de la aorta abdominal  
Úlcera péptica (esófago, estómago, porción superior del intestino delgado)  
Posible aumento del riesgo de cáncer de mama

**11. Hígado**

Cáncer de hígado

**12. Sistema reproductor masculino**

Infertilidad (deformidad del esperma, pérdida de motilidad, reducción del número de espermatozoides)  
Impotencia  
Muerte por cáncer de próstata

**13. Sistema reproductor femenino**

Cáncer de cuello uterino y ovario, insuficiencia ovárica prematura, menopausia precoz  
Reducción de la fertilidad  
Menstruación dolorosa

**14. Aparato urinario**

Cáncer de vejiga, riñón y uréter

**15. Manos**

Enfermedad vascular periférica, mala circulación (dedos fríos)

**16. Piel**

Psoriasis  
Pérdida de tono de la piel, arrugas, envejecimiento prematuro

**17. Sistema esquelético**

Osteoporosis  
Fractura de cadera  
Susceptibilidad a problemas de espalda  
Cáncer de médula ósea  
Artritis reumatoide

**18. Heridas y cirugía**

Deterioro de la capacidad de cicatrización de heridas  
Mala recuperación posoperatoria  
Quemaduras por cigarrillos y por incendios causados por cigarrillos

**19. Piernas y pies**

Enfermedad vascular periférica, pies fríos, dolor en las piernas y gangrena  
Trombosis venosa profunda

**20. Sistema circulatorio**

Enfermedad de Buerger (inflamación de arterias, venas y nervios de las piernas)  
Leucemia mieloide aguda

**Sistema inmune**

Deterioro de la resistencia a infecciones  
Posible aumento del riesgo de enfermedades alérgicas

**Otros**

Diabetes Muerte súbita

## Anexo E: Beneficios del abandono del uso de tabaco

### A los 20 minutos del último cigarrillo:

- La tensión arterial puede descender hasta niveles normales
- La temperatura corporal de manos y pies aumenta hasta niveles normales
- El pulso y frecuencia cardíaca desciende hasta niveles normales

### En 8 horas:

- El nivel de monóxido de carbono en sangre desciende
- El nivel de oxígeno en la sangre aumenta

### En 24 horas:

- La probabilidad de ataque cardíaco puede reducirse

### En 48 horas:

- Las terminaciones nerviosas pueden volver a crecer
- Los sentidos del olfato y el gusto mejoran

### En 72 horas:

- Los bronquios se relajan, si no están dañados, lo que hace más fácil la respiración
- La capacidad pulmonar aumenta

### En 2 semanas a 3 meses:

- La circulación mejora
- Caminar se hace más fácil
- La función pulmonar puede aumentar hasta un 20 %

### En 1 mes a 9 meses:

- La tos, la congestión nasal, la fatiga y la dificultad respiratoria pueden disminuir notablemente en el transcurso de varias semanas
- Potencial para que los cilios crezcan en los pulmones, lo que aumenta la capacidad de manejar las mucosas, limpiar los pulmones y reducir infecciones

### En 1 año:

- El riesgo de enfermedades cardiovasculares se reduce a la mitad. Al cabo de 15 años, el riesgo es similar al de las personas que nunca han fumado

### En 2 años:

- El riesgo de cáncer de cuello de útero se reduce en comparación con alguien que continúa fumando
- El riesgo de cáncer de vejiga se reduce a la mitad en comparación con alguien que continúa fumando

### En 5 años:

- La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón para el fumador medio (un paquete al día) disminuye de 137 por 100.000 a 72 por 100.000
- Al cabo de entre 5 y 15 años después de abandonar el uso de tabaco, el riesgo de accidente cerebrovascular se reduce al de alguien que nunca ha usado tabaco

### En 10 años y siguientes:

- Las células precancerosas son reemplazadas
- El riesgo de otros cánceres, como los de boca, laringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas, disminuye
- Después del abandono del uso de tabaco a largo plazo, el riesgo de muerte por enfermedad pulmonar obstructiva crónica se reduce en comparación con el de alguien que sigue fumando

Los períodos de tiempo mencionados deben ser tomados sólo como una medida general, variarán de individuo a individuo y dependen de la duración del hábito y del número de cigarrillos fumados.

© Todos los derechos reservados. Health Canada. (2016). Beneficios del abandono del uso de tabaco. Reproducido con permiso del Ministro de Salud, 2016.

## Anexo F: Estrategias para Evitar la Recaída

- Animar al paciente a identificar situaciones tentadoras y desarrollar un plan específico para manejarlas (por ejemplo, anotar tres estrategias y llevar consigo la lista en todo momento).
- Replantee la posible recaída (desliz) como una oportunidad de aprendizaje, no un fracaso.
- Recomendar al paciente:
  - Aprender a manejar el estrés y técnicas de relajación.
  - Aprender a equilibrar el estilo de vida para que las presiones y los desencadenantes no sean abrumadores.

Los factores comunes asociados con la recaída incluyen:

- Uso de alcohol
- Estado de ánimo negativo o depresión
- Pensamientos negativos
- Presencia de otros fumadores en el hogar
- Síntomas prolongados de abstinencia
- Exposición a situaciones de alto riesgo, como situaciones sociales, discusiones y otras fuentes de estrés
- Restricción dietética
- Falta de apoyo para abandonar el uso de tabaco
- Problemas con el tratamiento farmacológico, como la subdosificación, los efectos secundarios, los obstáculos para la adherencia al tratamiento o la interrupción temprana del tratamiento
- Abuso de drogas recreativas.

*Fuente:* Reimpreso con permiso del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Toronto (University of Toronto Department of Family & Community Medicine). (2000). Pautas para el abandono del uso de tabaco: Cómo tratar la adicción al uso del tabaco de su paciente (*Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction*). Toronto, Ontario: Una publicación de Pegasus Health-care International.

# Anexo G: Lista de Recursos para Intervenciones Relacionadas con el Uso de Tabaco

## A) Recursos para personas que fuman

### **Sociedad canadiense contra el Cáncer (Canadian Cancer Society)**

Sede nacional

55 St Clair Avenue West, Suite 300

Toronto, Ontario, M4V 2Y7

Email: [ccs@cancer.ca](mailto:ccs@cancer.ca)

Tel: 1-416-961-7223

Página web: [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)

Ofrece folletos y recursos de autoayuda para las personas que fuman, como por ejemplo: «Para los fumadores que quieren abandonar el hábito de fumar» y «Para los fumadores que no quieren abandonar el hábito de fumar», disponibles en inglés y francés.

### **Teléfono de Ayuda al Fumador (Smoker's Helpline)**

Tel: 1-877-513-5333

Página web: [www.smokershelpline.ca](http://www.smokershelpline.ca)

Ofrece servicios de abandono del uso de tabaco basados en la evidencia de forma gratuita. Personal altamente cualificado y especializado en el abandono del uso de tabaco ofrece apoyo telefónico personalizado y libre de prejuicios. El servicio está disponible en francés e inglés y, a través de un traductor, en más de 100 idiomas. SmokersHelpline.ca ofrece un programa autodirigido de abandono del uso de tabaco y una comunidad moderada de personas que han abandonado el uso de tabaco. Los pacientes de Ontario pueden enviar el mensaje de texto iQUIT al número de teléfono 123456 para recibir ayuda por mensaje de texto. Los profesionales de la salud pueden aprender más acerca de cómo derivar a los pacientes en [SmokersHelpline.ca/refer](http://SmokersHelpline.ca/refer)

### **Centro para la Adicción y la Salud Mental (Centre for Addiction and Mental Health CAMH) Clínica de la Dependencia de la Nicotina**

175 College Street

Toronto, Ontario, M5T 1P7

Tel: 1-416-535-8501, ext. 34455

Página web: [www.nicotinedependenceclinic.com](http://www.nicotinedependenceclinic.com)

Opera una Clínica para el abandono del uso de tabaco y ofrece capacitación para profesionales de la salud a través del programa de Mejora de la Formación en Asesoramiento Aplicado para la Salud y el Abandono del Uso de Tabaco (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health, TEACH por sus siglas en inglés).

### **Health Canada**

Localizador de códigos postales del Programa de Control del Tabaco (Tobacco Control Programme Postal Locator): 0301A Ottawa, Ontario, K1A 0K9

Tel: 1-866-318-1116

Fax: 1-613-952-5188

Email: [TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca](mailto:TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca)

Página web: [www.gosmokefree.ca](http://www.gosmokefree.ca)

La página web contiene una gran variedad de nuevas herramientas para ayudar a los canadienses a abandonar el uso de tabaco. Las personas que usan tabaco pueden registrarse en el programa e-Déjalo (e-Quit) para recibir una serie de mensajes de correo electrónico gratuitos durante 30 días para ayudarles durante el proceso de abandono del uso de tabaco.

### **Fundación del Corazón y Accidente Cerebrovascular de Canadá (Heart and Stroke Foundation of Canada)**

110-1525 Carling Ave.

Ottawa, Ontario, K1Z 8R9

Tel: 1-613-727-5060

Fax: 613-727-1895

Email: [info@hsf.ca](mailto:info@hsf.ca)

Página web: <http://www.heartandstroke.ca/>

Es uno de los principales financiadores de las investigaciones que salvan vidas, lo que ha llevado a avances como la cirugía de trasplante de corazón y un tratamiento revolucionario del accidente cerebrovascular que reduce la tasa de mortalidad en un 50 por ciento.

### **Deja el Paquete (Leave The Pack Behind)**

Universidad de Brock, Niagara Region

1812 Sir Isaac Brock Way, Plaza 514

St. Catharines, Ontario, L2S 3A1 (Brock University, Niagara Region, 1812 Sir Isaac Brock Way, Plaza 514 St. Catharines, Ontario, L2S 3A1)

Tel: 1-905-688-5550, ext. 4992

Email: [ltpliboffice@brocku.ca](mailto:ltpliboffice@brocku.ca)

Página web: [www.LeaveThePackBehind.org](http://www.LeaveThePackBehind.org)

Este programa de control del uso de tabaco ofrece a los adultos jóvenes que usan tabaco o están abandonando su uso información, apoyo personalizado y recursos para el abandono del uso de tabaco financiados por el Gobierno de Ontario.

### **Prevención de la Exposición Gestacional y Neonatal al Humo del Tabaco (Prevention of Gestational and Neonatal Exposure to Tobacco Smoke (PREGNETS por sus siglas en inglés))**

Página web: [www.pregnets.org](http://www.pregnets.org)

Mejora la salud de las madres y sus bebés ofreciendo información, recursos y apoyo a las mujeres embarazadas y posparto, así como a sus profesionales de la salud.

### **Sociedad Canadiense del Pulmón (Canadian Lung Association)**

Sede Nacional

1750 Courtwood Crescent, Suite 300

Ottawa, Ontario, K2C 2B5

Tel: 1-888-566-LUNG (5864)

Email: [info@lung.ca](mailto:info@lung.ca)

Página web: [www.lung.ca](http://www.lung.ca)

### **Ontario Lung Association Branch**

18 Wynford Drive, Suite 401

Toronto, Ontario, M3C 0K8

Tel: 1-888-566-LUNG (5864)

Email: [info@on.lung.ca](mailto:info@on.lung.ca)

Website: [www.on.lung.ca](http://www.on.lung.ca)

Promueve la salud pulmonar y ayuda a las personas a prevenir y manejar las enfermedades pulmonares mediante la financiación de investigaciones cruciales, la promoción de tratamientos mejorados y políticas más inteligentes, y el apoyo a los pacientes en el manejo de su salud.

## B) Recursos para profesionales de la salud

### **Buen Comienzo: Recursos para el Uso Indebido de tabaco (Best Start—Tobacco Misuse Resources)**

180 Dundas Street West, Suite 301  
Toronto, Ontario, M5G 1Z8  
Tel: 1-416-408-2249 or 1-800-397-9567  
Fax: 1-416-408-2122  
Email: [beststart@healthnexus.ca](mailto:beststart@healthnexus.ca)  
Página web: [www.beststart.org](http://www.beststart.org)

Es un componente del Centro de Recursos Buen Comienzo (Best Start), un programa clave de Salud Nexus (Health Nexus), que es una organización bilingüe de promoción de la salud que trabaja con diversos socios para construir comunidades saludables, equitativas y prósperas. El Centro de Recursos apoya a los profesionales que trabajan en salud preconcepcional, salud prenatal y desarrollo infantil temprano.

### **Médicos para un Canadá Sin Humo (Physicians for a Smoke-Free Canada, PSC por sus siglas en inglés)**

134 Caroline Avenue  
Ottawa, Ontario, K1Y 0S9  
Tel: 1-613 297 3590  
Fax: 1-613-728-9049  
E-mail: [psc@smoke-free.ca](mailto:psc@smoke-free.ca)  
Página web: [www.smoke-free.ca](http://www.smoke-free.ca)

Organización nacional de médicos canadienses que comparten un objetivo: la reducción de las enfermedades causadas por el tabaco mediante la reducción del uso de tabaco y la reducción de la exposición al humo de segunda mano o tabaquismo pasivo. Médicos para un Canadá Sin Humo también proporciona información acerca de una gran variedad de temas relacionados con el tabaco.

### **Unidad de Investigación sobre el Tabaco en Ontario del Centro para la Adicción y la Salud Mental (Centre for Addiction and Mental Health—Ontario Tobacco Research Unit, OTRU por sus siglas en inglés)**

33 Russell Street  
Toronto, Ontario, M5S 2S1  
Tel: 1-416-595-6888  
Fax: 1-416-595-6068  
Email: [info@otru.org](mailto:info@otru.org)  
Página web: [www.otru.org](http://www.otru.org)

Red de investigación con sede en Ontario que está reconocida como líder canadiense en la investigación, seguimiento, evaluación, enseñanza y capacitación relacionadas con el control del uso de tabaco, y como una fuente respetada de información científica sobre el control del uso de tabaco.

### **Centro de Capacitación de Programas y Consultoría (Program Training and Consultation Centre, PTCC por sus siglas en inglés)**

c/o Cancer Care Ontario  
505 University Avenue, 16th Floor  
Toronto, Ontario, M5G 2L7  
Tel: 1-800-363-7822  
Email: [admin@ptcc-cfc.on.ca](mailto:admin@ptcc-cfc.on.ca)  
Website: [www.ptcc-cfc.on.ca](http://www.ptcc-cfc.on.ca)

Proporciona servicios de capacitación y consulta en Ontario para implantar estrategias eficaces de reducción del uso de tabaco en la comunidad.

**Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO)**

158 Pearl Street

Toronto, Ontario, M5H1L3

Tel: 416-599-1925 or 1-800-268-7199

Fax: 416-599-1926

Página web: [www.tobaccofreernao.ca](http://www.tobaccofreernao.ca)

Ofrece talleres, webinarios y cursos de formación a través de internet para ayudar a formar a los profesionales de la salud sobre las intervenciones para el abandono del uso de tabaco.

**Centro para la Adicción y la Salud Mental: Mejora de la Formación en Asesoramiento Aplicado para la Salud y el Abandono del Uso de Tabaco (Centre for Addiction and Mental Health - Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health, TEACH por sus siglas en inglés)**

175 College Street, 3rd Floor

Toronto, Ontario, M5T 1P7

Tel: 1-416-535-8501, ext.31600

Email: [teach@camh.ca](mailto:teach@camh.ca)

Página web: [www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Home.aspx](http://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Home.aspx)

Ofrece formación a los profesionales de la salud con respecto a intervenciones para el abandono del uso de tabaco.

**Centro para la Adicción y la Salud Mental - Red de Acción Canadiense para el Avance, Diseminación y Adopción de Tratamientos contra el Tabaco Basados en la Práctica (Centre for Addiction and Mental Health - Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, CAN-ADAPTT por sus siglas en inglés)**

175 College Street

Toronto, Ontario, M5T 1P7

Email: [can\\_adaptt@camh.net](mailto:can_adaptt@camh.net)

Página web: [www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx](http://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx)

Red de investigación basada en la práctica que facilita la investigación y el intercambio de conocimientos entre profesionales, investigadores y responsables de la formulación de políticas en el ámbito del abandono del uso de tabaco.

**Puedes Lograrlo (You Can Make It Happen)**

Página web: [youcanmakeithappen.ca](http://youcanmakeithappen.ca)

Fuente integral de información, herramientas y recursos sobre el abandono del uso de tabaco para los profesionales de la salud, proporcionada por las unidades de salud pública y el teléfono de ayuda al fumador (Smokers' Helpline).

## C) Recursos Internacionales

**Asociación para el Tratamiento del Uso y la Dependencia del Tabaco (Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence, ATTUD por sus siglas en inglés)**

Página web: [www.attud.org](http://www.attud.org)

Organización de profesionales de salud dedicada a la promoción y el aumento del acceso al tratamiento del uso de tabaco basado en la evidencia para consumidores de tabaco.

**Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC por sus siglas en inglés)**

1600 Clifton Road

Atlanta, Georgia, 30329-4027

USA

Tel: 1-800-CDC-INFO (1-800-232-4636); TTY: 1-888-232-6348

Página web: [www.cdc.gov/tobacco/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/index.htm)

**Organización Mundial de la Salud (OMS) - Iniciativa Sin Tabaco (World Health Organization Tobacco Free Initiative, TFI por sus siglas en inglés)**

**Prevención de Enfermedades No Transmisibles (PENT),  
(WHO Prevention of Noncommunicable Diseases (PND))**

20 Avenue Appia

1211 Geneva 27

Switzerland

Tel: +41 22 791 4426

Fax: + 41 22 791 4832

Email: [tfi@who.int](mailto:tfi@who.int)

Página web: [www.who.int/tobacco/research/cessation/en](http://www.who.int/tobacco/research/cessation/en)

## Anexo H: Test de Dependencia de la Nicotina de Fagerström (Revisado)

El siguiente cuestionario está diseñado para ayudarle a determinar la fuerza de su adicción a la nicotina. Señale con un círculo la respuesta apropiada para cada pregunta. Sume el total del número de puntos para obtener su puntuación final.

### La puntuación más alta posible es 10

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

- A los 5 min. . . . . 3 puntos
- 30 min . . . . . 2 puntos
- 30 - 61 min. . . . . 1 puntos
- Después de 60 min . . . . . 0 puntos

¿Le resulta difícil no usar tabaco en lugares en los que no debe, como en la iglesia, en la escuela, en el cine, en el autobús, en los tribunales o en un hospital?

- Yes . . . . . 1 puntos
- No . . . . . 0 puntos

¿Qué cigarrillo odiaría más tener que dejar?

- El primero de la mañana . . . . . 1 punto
- Cualquier otro . . . . . 0 puntos

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

- 10 o menos . . . . . 0 puntos
- 11-20 . . . . . 1 punto
- 21-30 . . . . . 2 puntos
- 31 o más . . . . . 3 puntos

¿Fuma más en las primeras horas después de despertar que durante el resto del día?

- Sí . . . . . 1 punto
- No . . . . . 0 puntos

¿Continúa fumando, incluso si está tan enfermo que está en la cama la mayor parte del día, o si tiene una gripe o una tos intensa?

- Sí . . . . . 1 punto
- No . . . . . 0 puntos

**TOTAL** \_\_\_\_\_ puntos

### Interpretación de la puntuación

**7 a 10:** Tiene una alta dependencia de la nicotina y puede beneficiarse de un programa de abandono del uso de tabaco basado en el tratamiento de la adicción a la nicotina. Comience con un parche de 21 mg o chicles de 4 mg.

**4 a 6:** Tiene una dependencia moderada de la nicotina; no obstante, puede considerar un programa de abandono del uso de tabaco basado en el tratamiento de la adicción a la nicotina. Comience con un parche de 14 mg o chicles de 2 mg.

**< 4:** Tiene una dependencia baja de la nicotina, no es probable que necesite la terapia de reemplazo de nicotina (TRN).

Fuente: Reimpreso con permiso del Karl Fagerström.

# Anexo I: Programa STOP: Ejemplo de Algoritmo de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN)

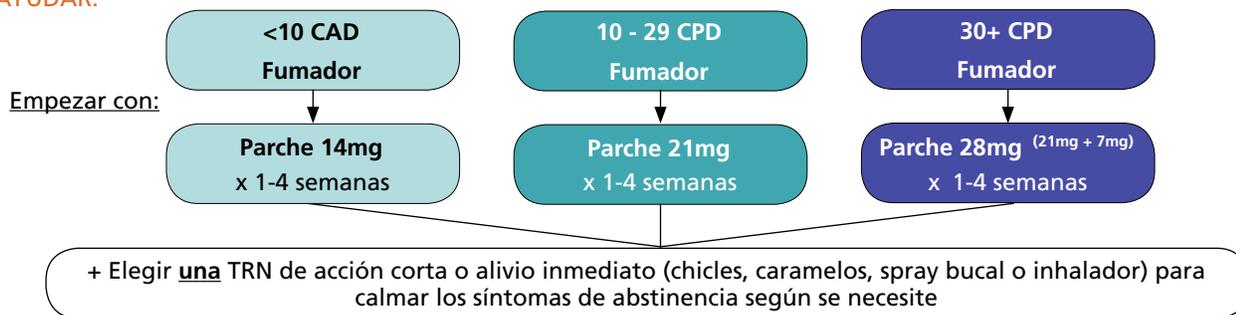
## Programa STOP: Ejemplo de algoritmo de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN)



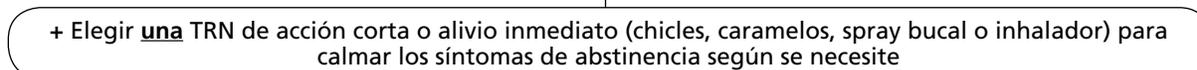
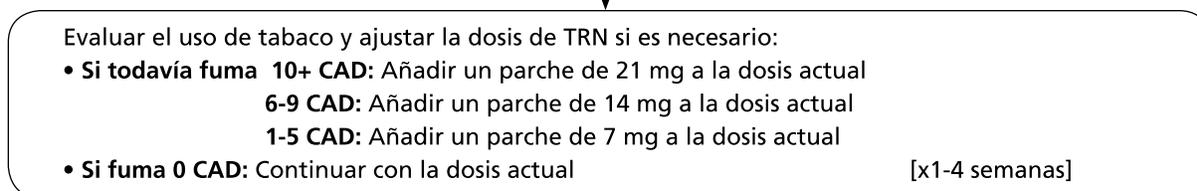
**ABORDAR:** ¿Cuántos cigarrillos fuma al día (CAD)?

**ACONSEJAR / EVALUAR:** Recomiende al paciente que abandone el uso de tabaco en la fecha que haya elegido, o reduzca el número de cigarrillos al día (CAD) en un 50% en la próxima visita (si no hay fecha de abandono del uso de tabaco).

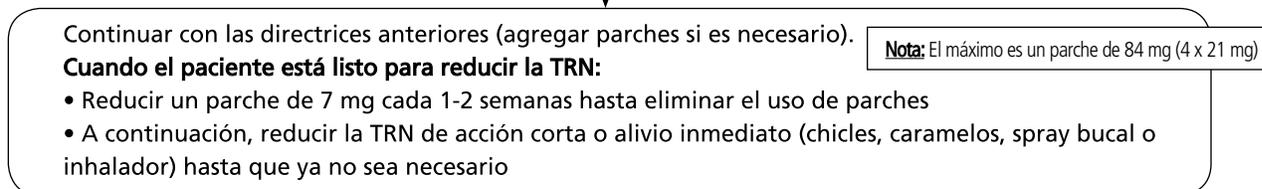
**AYUDAR:**



**ACORDAR:** Visita de seguimiento 1-4 semanas después de la fecha de abandono del uso de tabaco



**Visitas siguientes:**



*Estas son solo pautas. Los profesionales deben usar su juicio clínico caso por caso.  
La duración máxima del tratamiento es de 26 semanas a través del programa STOP.*

Fuente: Selby, P. (2016). Programa STOP: Ejemplo de algoritmo de la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) (STOP Program: Sample Nicotine Replacement Therapy (NRT) Algorithm). Centro para la Adicción y la Salud Mental (Centre for Addiction and Mental Health CAMH) Servicio de Dependencia de la Nicotina (Nicotine Dependence Service)

## Anexo J: Programas de Formación para Profesionales de la Salud

- La **Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)** ofrece talleres, webinarios y cursos de formación a través de internet para ayudar a formar a los profesionales de la salud sobre las intervenciones para el abandono del uso de tabaco.  
[www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-best-practice-smoking-cessation-initiative](http://www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-best-practice-smoking-cessation-initiative)  
[www.tobaccofreernao.ca](http://www.tobaccofreernao.ca)
- El **Centro de Capacitación de Programas y Consultoría** (Program Training and Consultation Centre, PTCC por sus siglas en inglés) es un centro de recursos de la estrategia de Ontario Sin Humo (Smoke Free Ontario). El PTCC proporciona capacitación y asistencia técnica a los profesionales de la salud que trabajan en el control del uso de tabaco en Ontario a través de talleres, webinarios y recursos. El PTCC trabaja en estrecha colaboración con las Redes Locales de Control del Uso de Tabaco (Tobacco Control Area Networks, TCAN por sus siglas en inglés) y las unidades de salud pública de Ontario.  
[www.ptcc-cfc.on.ca](http://www.ptcc-cfc.on.ca)
- La **Sociedad Canadiense de Salud Mental** (Canadian Mental Health Association, CMHA por sus siglas en inglés) ofrece talleres interactivos sobre los principios, capacidades y métodos de entrevista motivacional (EM).  
[www.ottawa.cmha.ca/programs-services/motivational-and-advanced-interviewing-training/#.WBtgmforLcs](http://www.ottawa.cmha.ca/programs-services/motivational-and-advanced-interviewing-training/#.WBtgmforLcs)
- El **Centro para la Adicción y la Salud Mental** (Centre for Addiction and Mental Health, CAMH por sus siglas en inglés) proporciona cursos y capacitación, tales como un programa integral de Mejora de la Formación en Asesoramiento Aplicado para la Salud y el Abandono del Uso de Tabaco (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health, TEACH por sus siglas en inglés). El programa TEACH tiene como objetivo mejorar los conocimientos y las capacidades de los profesionales de la salud en los sectores público, privado y sin ánimo de lucro que proporcionan asesoramiento a los pacientes e intervenciones intensivas de abandono del uso de tabaco.  
[www.teachproject.ca](http://www.teachproject.ca)
- La **Unidad de Investigación sobre el Tabaco en Ontario** (Ontario Tobacco Research Unit, OTRU por sus siglas en inglés) es un centro de investigación, seguimiento y evaluación del control del uso de tabaco que proporciona información, formación y capacitación basadas en la evidencia sobre control del tabaco.  
[www.otru.org](http://www.otru.org)
- **Puedes Lograrlo** (You Can Make It Happen) Es una fuente integral de información, herramientas y recursos sobre el abandono del uso de tabaco para los profesionales de la salud, proporcionada por las unidades de salud pública y el teléfono de ayuda al fumador (Smokers' Helpline). Proporcionan enlaces a oportunidades de formación, tales como breves intervenciones de contacto, intervenciones intensivas y entrevistas motivacionales.  
[www.youcanmakeithappen.ca](http://www.youcanmakeithappen.ca)

## Anexo K: Descripción de la *Herramienta*

### *Herramienta: Implantación de las guías de buenas prácticas*

Las guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta de Implantación de las guías de buenas prácticas* basadas en la evidencia disponible, perspectivas teóricas y consenso. Recomendamos el uso de esta *Herramienta* de cara a la implantación, en una institución de servicios de salud, de cualquier guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. En concreto, la *Herramienta* recomienda que se sigan los siguientes pasos principales:

1. Identificar una guía de práctica clínica basada en la evidencia y bien desarrollada
2. Identificar, evaluar y comprometer a los colaboradores.
3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La *Herramienta* supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La *Herramienta* está disponible en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). El documento está disponible en formato encuadernado por una tarifa reducida, y puede consultarse gratuitamente en la página web de la RNAO. Para obtener más información, un formulario de pedido o descargar la *Herramienta*, visite la página web de la RNAO: [www.RNAO.ca](http://www.RNAO.ca).

# Apoyos



Centre for Addiction and Mental Health  
100 Stokes Street  
Toronto, ON M6J 1H4  
www.camh.ca

Centre de toxicomanie et de santé mentale  
100, rue Stoke  
Toronto, ON M6J 1H4  
www.camh.ca/fr

1 de febrero de 2017

Dra. Doris Grinspun RN, MSN, PhD,LLD (hon), O.ONT.  
Directora ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto, Ontario  
MSH 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

El Centro para las Adicciones y la Salud Mental (CAMH) se complace en anunciar que daremos apoyo a la guía de buenas prácticas clínicas basada en la evidencia titulada: Integrar las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en la práctica diaria de la enfermería.

CAMH, el mayor hospital universitario para adicciones y salud mental de Canadá y centro de investigación internacionalmente reconocido, defiende firmemente a aquellos afectados por las adicciones y problemas de salud mental. Compartimos la dedicación de RNAO para que las enfermeras y otros profesionales de la salud ayuden a los pacientes que consumen tabaco y les proporcionen los recursos necesarios para ayudarlos en su tránsito hacia el cese. Nuestro reconocido Programa de Mejora de la Formación en Asesoramiento Aplicado para la Salud y el Abandono del Uso de Tabaco (TEACH) ha proporcionado, de forma exitosa, formación en intervenciones directas relacionadas con el consumo de tabaco a miles de profesionales sanitarios.

Además, nuestra Clínica de la Dependencia de la Nicotina y el programa STOP han proporcionado recursos y apoyo esenciales a los pacientes que consumen tabaco, incluida la terapia de reemplazo de la nicotina. Esto se alinea directamente con las recomendaciones descritas en esta guía.

Resulta fundamental que los profesionales sanitarios estén dotados de los conocimientos y habilidades necesarios para intervenir y apoyar a los pacientes que consumen tabaco. Esta guía se muestra de un valor incalculable para los profesionales sanitarios, los pacientes que consumen tabaco y, aún más allá, para las muchas personas afectadas globalmente por el consumo de tabaco.

Alabamos el duro trabajo realizado en la elaboración de esta guía por todos los colaboradores y comprendemos la importancia de este documento para la posterior mejora del papel de los profesionales en abordar uno de los retos sanitarios más importantes de nuestro tiempo.

Atentamente,

Catherine Zahn, MD, FRCPC(C)  
President and CEO



Canadian Cancer Society  
Société canadienne du cancer

8 de Febrero de 2017

Dra. Doris Grinspun RN, MSN, PhD,LLD (hon), O.ONT.  
Directora ejecutiva de la  
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)  
158 Pearl Street  
Toronto, ON  
MSH 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

Desde la Sociedad Canadiense contra el Cáncer (Canadian Cancer Society), estamos encantados de apoyar la guía de buenas prácticas clínicas basada en la evidencia de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO) titulada: Integrar las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en la práctica diaria de la enfermería

La Sociedad Canadiense contra el Cáncer es el líder nacional en la lucha contra el cáncer. Nuestra misión es la erradicación del cáncer y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con cáncer. Dado que el uso de tabaco es una de las causas principales y directas del cáncer, estamos unidos en nuestra lucha contra el uso de tabaco. La colaboración entre la Sociedad Canadiense contra el Cáncer y la RNAO se ve reforzada por nuestra participación conjunta en la estrategia de Ontario Sin Humo (Smoke Free Ontario), a través de programas como el Teléfono de ayuda al fumador (Smokers' Helpline), que brinda apoyo y recursos a los pacientes y sus familias en torno al uso de tabaco.

La tercera edición de la guía de la RNAO ayudará a las organizaciones y a los profesionales de la salud a identificar la importancia de evaluar a los pacientes que usan tabaco y realizar intervenciones. Nuestros esfuerzos colectivos en Canadá están marcando la diferencia. El trabajo de RNAO sobre intervenciones relacionadas con el uso de tabaco contribuirá en gran medida a apoyar a los profesionales de la salud que ayudan a los pacientes a abandonar y reducir el uso de tabaco.

¡Felicitaciones por su excelente trabajo!

Mark Hiefling

Directora Ejecutiva  
Sociedad Canadiense Contra el Cáncer (Canadian Cancer Society), Ontario

1 888 939-3333 | [cancer.ca](http://cancer.ca)

**Ontario Division**  
55 St. Clair Avenue West, Suite 500  
Toronto, Ontario M4V 2Y7  
T 416 488-5400 F 416 488-2872  
[ontdiv@ontario.cancer.ca](mailto:ontdiv@ontario.cancer.ca)

**Division de l'Ontario**  
55, avenue St. Clair Ouest, bureau 500  
Toronto (Ontario) M4V 2Y7  
Tél. 416 488-5400 Téléc. 416 488-2872  
[ontdiv@ontario.cancer.ca](mailto:ontdiv@ontario.cancer.ca)



UNIVERSITY OF OTTAWA  
HEART INSTITUTE  
INSTITUT DE CARDIOLOGIE  
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

31 de enero de 2017

Dra. Doris Grinspun RN,MSN, PhD, LLD (hon), O.  
ONT. Directora ejecutiva de la  
Asociación Profesional de Enfermeras  
de Ontario (RNAO) 158 Pearl Street, Toronto,  
Ontario, MSH 1L3

Estimada Dra. Grinspun,

Estamos encantados de apoyar la guía de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO): Integrar las intervenciones relacionadas con el uso de tabaco en la práctica diaria de la enfermería El Instituto del Corazón de la Universidad de Ottawa (University of Ottawa Heart Institute) establece y mantiene constantemente nuevos estándares de atención clínica, con el fin de desarrollar un mayor conocimiento de las enfermedades cardiovasculares y contribuir a la base de evidencia mundial de conocimientos sobre el funcionamiento cardiovascular. Se creó el Modelo de Ottawa para el Abandono del Uso de Tabaco (Ottawa Model for Smoking Cessation, OMSC por sus siglas en inglés) para abordar la necesidad de desarrollar prácticas que garanticen que el apoyo para el abandono del uso de tabaco se proporcione de manera regular, sistemática y transparente a todos los pacientes adecuados y se incorpore como parte de la atención de rutina.

La visión de RNAO para la Iniciativa de Intervenciones Relacionadas con el Uso de Tabaco (Tobacco Intervention Initiative) concuerda totalmente con el OMSC, un modelo que ha sido identificado como una práctica líder por Acreditación de Canadá (Accreditation Canada). Ambos programas tienen como objetivo y están logrando aumentar las tasas en las que los profesionales de la salud aconsejan y ayudan a los pacientes que usan tabaco a abandonar su uso, mejorar las tasas de abstinencia a largo plazo y evitar el riesgo de muerte prematura. El desarrollo de esta guía, con la participación estratégica de un gran número de expertos en salud y colaboradores de diferentes campos y organizaciones asociadas claves, ha dado lugar a recomendaciones unificadas y pasos prácticos que los profesionales de la salud pueden seguir al abordar el tratamiento del uso de tabaco.

Las guías de buenas prácticas clínicas resaltan la importancia de la colaboración interdisciplinaria, la transparencia, las asociaciones y el cuidado centrado en el paciente, y además, en el caso del abandono del uso de tabaco, la importancia de proporcionar atención personalizada que inspire cambios de comportamiento positivos en con los pacientes que usan tabaco. Esta guía de la RNAO influirá en gran medida a las enfermeras, los educadores, las organizaciones de servicios de salud y, lo que es más importante, a los propios pacientes.

Atentamente,

Andrew Pipe, CM, MD, LLD(Hon), DSc(Hon), Dip Med Deportiva Deportiva, CCFP (SEM)  
Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ottawa  
Jefe de la División de Prevención de Rehabilitación, Instituto Cardiovascular de la Universidad de Ottawa (CM, MD, LLD(Hon),DSc(Hon),  
Dip Sport Med,CCFP (SEM) Professor, Faculty of Medicine, University of Ottawa Chief, Division of Prevention of Rehabilitation, University of  
Ottawa Heart Institute)

Para:  
Dr.Thierry Mesana, MD,PhD, FRCSCPresidente y Director Ejecutivo del Instituto Cardiovascular de la Universidad de Ottawa (University of  
Ottawa Heart Institute President and Chief Executive Officer)

40, RUE RUSKIN STREET, OTTAWA, ON K1Y 4W7  
T 613.761.5000 WWW.OTTAWAHEART.CA



**ia** BPG

INTERNATIONAL  
AFFAIRS & BEST PRACTICE  
GUIDELINES

TRANSFORMING  
NURSING THROUGH  
KNOWLEDGE

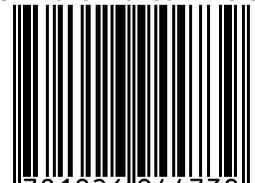
Guía de Buenas  
Prácticas Clínicas

JUNIO 2017

# Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo del tabaco en la práctica diaria

Tercera Edición

ISBN 978-1-926944-73-9



9 781926 944739

 **RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario



**Ontario**