

# Curso Medicina de Estilo de Vida para Médic@s



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

## CUIDÁNDONOS PARA CUIDAR

Clase 5: “Daño provocado por consumo de sustancias:  
Tabaco, alcohol y pantallas”.

Docente: Dra. Isabel Flores Ortega  
Fecha: Jueves 29.06.2023

# PROGRAMA DEL CURSO



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

## CURSO MEDICINA DEL ESTILO DE VIDA PARA MÉDIC@S "CUIDÁNDONOS PARA CUIDAR"

La sociedad Chilena de Medicina del estilo de vida (SOCHIMEV), ofrece este curso introductorio a la MEV, en el contexto de la estrategia que está elaborando COLMED desde el Departamento Solidaridad Gremial y Bienestar. El objetivo principal es poder concientizar a l@s médic@s en los conceptos fundamentales para llevar una buena calidad de vida. Este primer curso pretende ser un piloto, y en base al interés que observemos en esta oportunidad, podremos planificar a futuro otros cursos similares o con temáticas diferentes, que sean de interés de l@s colegiad@s.

**Dirigido a:** Médicas y médicos colegiados

**Duración total:** 21 horas

9 sesiones 1.5 hrs (días jueves de 19:00 a 20:30 hrs. por Zoom)

7.5 horas de trabajo autónomo

**Modalidad:** Online – Campus COLMED

### CONTENIDOS

**MÓDULO 1** Generalidades y fundamentos de la Medicina del Estilo de Vida (MEV)

Docente: Dra. Sandra Lanza

**MÓDULO 2** Nutrición: Fundamentos de la Alimentación Basada en Plantas. Docente: Dra. Sandra Lanza

**MÓDULO 3** Ejercicio como medicina

Docente: EU Carla Bonatti

**MÓDULO 4** Importancia de un buen hábito de sueño

Docente: Dra. Fernanda Gómez

**MÓDULO 5** Daño provocado por consumo de sustancias: Alcohol- tabaco- pantallas. Docente: Dra. Isabel Flores

**MÓDULO 6** Psicología positiva e importancia de las conexiones sociales. Docente: Kigo, Felipe Figueroa

**MÓDULO 7** Manejo del estrés: herramientas prácticas de Mindfulness

Docente: Ps. Cristóbal Carrasco

**MÓDULO 8** Intervenciones de lugares de trabajo basadas en MEV

Docente: Dr. José Ignacio Méndez

**MÓDULO 9** De la teoría a la práctica, elaboración de un plan de intervención. Docente: Dra. Sandra Lanza

**EVALUACIÓN FINAL:** requisito de aprobación nota 5,0

Elaboración de un plan de tratamiento individual y un plan con intervenciones aplicables al lugar de trabajo, basados ambos en MEV, de acuerdo a la información entregada en clases, material complementario y a formato e instructivo entregados para este fin. Plazo: 3 semanas desde el último módulo.



SOCIEDAD CHILENA DE  
Medicina del  
Estilo de Vida

# CLASE 5: “Daño provocado por consumo de sustancias: Tabaco, alcohol y pantallas”



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

## Presentación docente:



### **DRA. ISABEL FLORES O.**

Médica EDF, Cefam San Pedro de la Paz, vicepresidente Directiva MGZ, Capítulo Concepción. Secretaria general, Sociedad Chilena de Medicina del Estilo de Vida. Médica urgencias Hospital Clínico del sur Clínica Bio Bío, SAR San Pedro de la Paz. Pasante Depto. Nutrición, Metabolismo y Diabetes. Pontificia Universidad Católica, 2023.



# Daño provocado por consumo de sustancias: Tabaco, Alcohol y pantallas

¿Eres consumidor de alguna sustancia nociva descrita?

MENTI (si/no)

# Reflexión inicial

¿Porqué tiene importancia ese consumo en nuestras vidas?

❖ **Mortalidad:**

45 muertes/día tabaquismo en Chile.

Cada año: >5MILL muertes tabaco → 2025 aumenten a 10 mill.

Alcohol: 1 persona cada 2 min. en la región de américa (2002).

❖ **Costos humanos:**

- Tabaquismo, causa nº 1 prevenible de MM. (EEUU, antes que obesidad).
- Cada año se pierden mas de 400.000 años de vida por muerte prematura y discapacidad.
- Más de 7800 dg de cáncer producido por tabaco/año
- Consumo riesgoso de OH: más de 200 afecciones (ECNT, VIH, lesiones, Tr. mentales, violencia domestica).
- Pantallas: Afección desarrollo cerebral <25 años, alteración del sueño y comportamiento.

❖ **Costos económicos:**

Más de 1 billón de pesos/año: sistema de salud, pérdida de productividad (tabaco).

Costos 0,8% del PIB y 11,5% monto gasto salud Chile.

Empobrece países más pobres y a familias países en desarrollo, gasto hogar 10% - compra tabaco.

(dinero no invertible).

Hospitalizaciones y procedimientos /año.

Tabla 15. Costos para el sistema de salud atribuibles al tabaquismo (Pesos chilenos-CLP- Febrero 2014).

Grupo de patologías	Costo total (CLP)	Costo atribuible al tabaquismo (CLP)	%
Enfermedades cardíacas	658.305.850.136	226.186.188.326	34%
Accidente cerebrovascular	523.561.802.691	125.900.842.655	24%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	312.146.231.085	252.158.221.342	81%
Neumonía	3.119.673.406	829.725.569	27%
Cáncer de pulmón	206.139.936.725	180.530.562.310	88%
Otros cánceres	503.005.775.631	171.827.027.403	34%
Tabaquismo pasivo y otras causas	-	124.466.233.789	-
<b>Total</b>	<b>2.206.279.269.674</b>	<b>1.081.898.801.395</b>	<b>49%</b>

3	Seguimiento anual del paciente coronario
4	Evento Accidente Cerebrovascular (ACV)
5	Seguimiento anual post ACV
6	Evento Neumonía/Influenza
7	EPOC leve
8	EPOC moderado
9	EPOC grave
10	Cáncer de Pulmón (1er año)
11	Cáncer de Pulmón (2do año y subsiguientes)
12	Cáncer de Boca (1er año)
13	Cáncer de Boca (2do año y subsiguientes)
14	Cáncer de Esófago (1er año)
15	Cáncer de Esófago (2do año y subsiguientes)
16	Cáncer de Estómago (1er año)
17	Cáncer de Estómago (2do año y subsiguientes)
18	Cáncer de Páncreas (1er año)
19	Cáncer de Páncreas (2do año y subsiguientes)
20	Cáncer de Riñón (1er año)
21	Cáncer de Riñón (2do año y subsiguientes)
22	Cáncer de Laringe (1er año)
23	Cáncer de Laringe (2do año y subsiguientes)
24	Leucemia (1er año)
25	Leucemia (2do año subsiguientes)
26	Cáncer de Vejiga (1er año)
27	Cáncer de Vejiga (2do año y subsiguientes)
28	Cáncer de Cuello Uterino (1er año)
29	Cáncer de Cuello Uterino (2do año y subsiguientes)



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

# Objetivos de aprendizaje

**Al finalizar esta sesión, ustedes serán capaces de:**

1. Estimar e integrar la importancia del consumo de sustancias nocivas.
2. Describir los efectos sociales y de salud del uso de sustancias nocivas.
3. Relacionar el consumo de sustancias nocivas con causas de morbimortalidad.
4. Diagnosticar el consumo perjudicial de tabaco, alcohol y pantallas.
5. Comprender rol del abandono del tabaquismo en prevención de enfermedades crónicas.
6. Implementar planes para el abandono del tabaquismo: facilitar el cambio conductual con el modelo 5 A.
7. Comprender rol de suspender el uso del alcohol en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas.
8. Describir el proceso clínico para evaluar uso indebido de alcohol.
9. Tener herramientas para evaluar el consumo perjudicial
10. Abordaje terapéutico para consumo de sustancias nocivas.



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.



# Trastorno por consumo de sustancias

## DSM-V

Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales vigente.

---

### Trastornos relacionados con sustancias

---

### Trastornos por consumo de sustancias

Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 304.10 (F13.20) trastorno moderado por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej. esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de "Trastorno por consumo de otras sustancias" e indicar la sustancia específica (p. ej. 305.90 [F19.10] trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "Otra (o desconocida)" (p. ej. 304.90 [F19.20] trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej. 304.00 [F11.20] trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.20] trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código adecuado del CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abs-

Actualización del DSM-5 (octubre de 2018), página 58 de 96 Copyright © 2018 American Psychiatric Association.

# TABAQUISMO



Enfermedad crónica adictiva, que evoluciona con recaídas caracterizadas por la búsqueda y consumo persistente de la droga, a pesar de reconocer sus consecuencias negativas.

El consumo está asociado a sustancia psicoactiva altamente adictiva: **Nicotina**.

→ (+) dopamina → repetir comportamiento → refuerzo.

Vincula recompensas de la N. a comportamientos diarios - CESE=problema.

MITO: “Ayuda relajarse/estrés” → Falso. Droga estimulante, Circuito de dependencia.

# Epidemiología:

- Prevalencia consumo, 42,2%-32,5% en mayores de 15 años. (ENS).
- Edad en promedio de inicio 17,9 años.
- Chile de los países América, con mayor carga tributaria, pero aún sus precios son inferiores a los de la región.
- En Chile: el 18,5% de todas las muertes del país, son atribuibles a tabaco. 16 mil muertes/año se podrían evitar.
- Productos de tabaco matan 1 /2 personas que los usan
- Fumar ocasiona:
  - 87% muerte por cáncer pulmonar
  - 32% por cardiopatías coronarias
  - 80% por EPOC
- Fumar y cáncer:



Más de 40 cánceres relacionado con uso de tabaco. Si nadie fumara  $\frac{1}{3}$  muertes x ca se evitaría.

Tabla 14. Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP-mp) debida al tabaquismo en Chile.

Patología	AVP-mp Sin descuento				AVP-mp Descuento 5%			
	Mujeres	Hombres	Total	%	Mujeres	Hombres	Total	%
Infarto de Miocardio	6.915	20.017	26.932	10,5%	4.205	11.657	15.862	10,1%
Accidente Cerebrovascular	12.899	15.666	28.566	11,2%	7.345	9.360	16.705	10,6%
Síndrome coronario agudo no IAM	4	6	10	0,0%	3	4	7	0,0%
Muerte cardiovascular de causa no isquémica	5.486	11.062	16.548	6,5%	3.651	7.040	10.691	6,8%
Neumonía	2.954	5.103	8.057	3,2%	2.116	3.280	5.396	3,4%
Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica	41.507	34.618	76.125	29,8%	25.714	22.112	47.826	30,4%
Cáncer de pulmón	15.422	28.750	44.173	17,3%	9.091	17.782	26.872	17,1%
Cáncer de boca y faringe	515	1.466	1.982	0,8%	308	884	1.192	0,8%
Cáncer de esófago	4.438	5.852	10.290	4,0%	2.833	3.815	6.648	4,2%
Cáncer de estómago	3.667	15.760	19.427	7,6%	2.245	9.848	12.093	7,7%
Cáncer de páncreas	4.051	4.601	8.651	3,4%	2.424	2.807	5.231	3,3%
Cáncer de riñón	402	3.652	4.053	1,6%	234	2.194	2.427	1,5%
Cáncer de laringe	330	2.227	2.557	1,0%	205	1.410	1.614	1,0%
Leucemia	689	1.359	2.048	0,8%	363	732	1.094	0,7%
Cáncer de vejiga	667	1.665	2.332	0,9%	425	1.089	1.513	1,0%
Cáncer de cuello	4.005	0	4.005	1,6%	2.106	0	2.106	1,3%
<b>Total por patologías asociadas al tabaquismo</b>	<b>103.952</b>	<b>151.805</b>	<b>255.757</b>	<b>100,0%</b>	<b>63.265</b>	<b>94.013</b>	<b>157.279</b>	<b>100,0%</b>

AVP-mp: años de vida perdidos por muerte prematura.

La mayor parte de AVP por muerte prematura son : Cá. pulmón(17,3%), EPOC(29,8%), muerte CV isquémica (10,5%).

# Daños en salud:

- ❑ Responsable de más de 1 millón muertes/año en toda América.
- ❑ 20.191/año IAM e internaciones por enfermedad cardíaca.
- ❑ Cáncer debido a tabaco: 7881/año

→ Bucofaringeo, Esófago, Tráquea, pulmones, Estómago, Páncreas, Riñones, ureter, Cólón, cuello uterino, vejiga, LMA.

- ❑ Enf. crónicas:

→ catarata, aneurisma a., C. coronaria, ACV, neumonía, EPOC, ASMA, LCFA, TBC, periodontitis.

→ Desequilibrio hormonal- SOP

→ RI, Obesidad, Síndrome metabólico.

→ Demencia, Alzheimer



## Fumar produce ó empeora:

- DM
  - Artritis reumatoide
  - Sistema inmunológico (alquitran y otros químicos)- Cél. Langerhans.
- Infección VPH
- Alteración reproductiva masculina y femenina: disfunción eréctil, afección óvulos, parto prematuro, emb ectópico, aborto.
  - Afección ocular: Degeneración macular
  - Fracturas óseas, Dolores musculares.
  - Tasa de fracaso de tratamiento de todos los cánceres.
  - Disminución de la corteza cerebral
  - Menor calidad de vida



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.



Tabla 9. Muertes y número de eventos por patologías asociadas a tabaquismo y porcentaje atribuible al tabaquismo en Chile. Detalle por patología.

Patología asociada al tabaquismo	Total de muertes	Muertes atribuibles al tabaquismo		Total de eventos	Eventos atribuibles al tabaquismo	
	N	N	%		N	%
Infarto de Miocardio	5.486	1.379	25%	53.792	18.944	35%
Síndrome coronario agudo no IAM	4	1	17%	346	62	18%
Muerte cardiovascular de causa no isquémica	7.394	1.185	16%	-	-	-
Accidente Cerebrovascular	8.145	1.497	18%	55.314	12.050	22%
Cáncer de pulmón	2.679	2.335	87%	3.517	3.076	87%
Neumonía	3.407	722	21%	19.812	5.269	27%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	5.533	4.523	82%	67.426	51.450	76%
Cáncer de boca y faringe	139	103	74%	349	255	73%
Cáncer de esófago	861	625	73%	1.089	793	73%
Cáncer de estómago	4.106	1.084	26%	6.009	1.618	27%
Cáncer de páncreas	1.341	447	33%	1.412	472	33%
Cáncer de riñón	624	203	32%	1.374	461	34%
Cáncer de laringe	174	147	85%	296	252	85%
Leucemia	396	82	21%	457	98	21%
Cáncer de vejiga	315	144	46%	999	467	47%
Cáncer de cuello	868	153	18%	2.176	389	18%
Tabaquismo pasivo y otras causas	1.902	1.902	100%	-	-	-
<b>Total por patologías asociadas al tabaquismo</b>	<b>43.375</b>	<b>16.532</b>	<b>38%</b>	<b>214.366</b>	<b>95.656</b>	<b>45%</b>

# HUMO tabaco



Más de 250 químicos nocivos, dónde 69 al menos causan cáncer.

- Enfermedad vías respiratorias inferiores
- Irritación nasal
- cardiopatía coronaria
- Cá. pulmón, Cá mama, cá SNP.
- Alteraciones reproductivas
- Aterosclerosis

Niños:

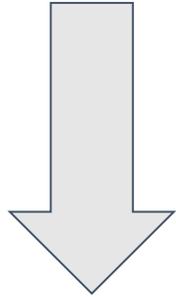
- linfoma, leucemia, asma, enf. Oído medio, tu cerebral.

# ¡NO EXISTE NIVEL SEGURO DE EXPOSICIÓN O CONSUMO!



- 1-2 cigarrillos/día : aumentan riesgo IAM 30%
- 1-7 hrs/ semana exposición en HTA: aumenta 24% riesgo IAM

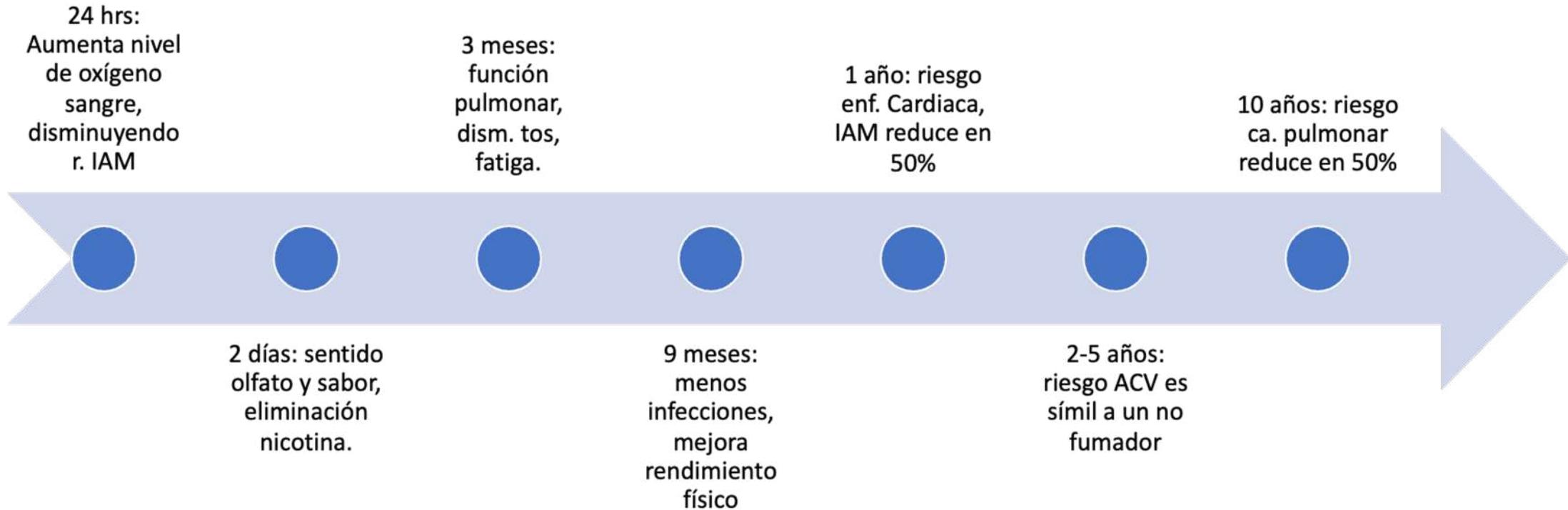
Cesación en prevención 2da Cardiovascular:



- 36% mortalidad v/s Estatinas 29%, BB 23%, AAS 15%.
- PAS 40 mmhg
- 50% riesgo 2do evento CV.



# Rol del abandono en beneficios:



- Cese a los 30 años → gana 10 años expectativa vida, cese a los 60 años → 3 años E.V.

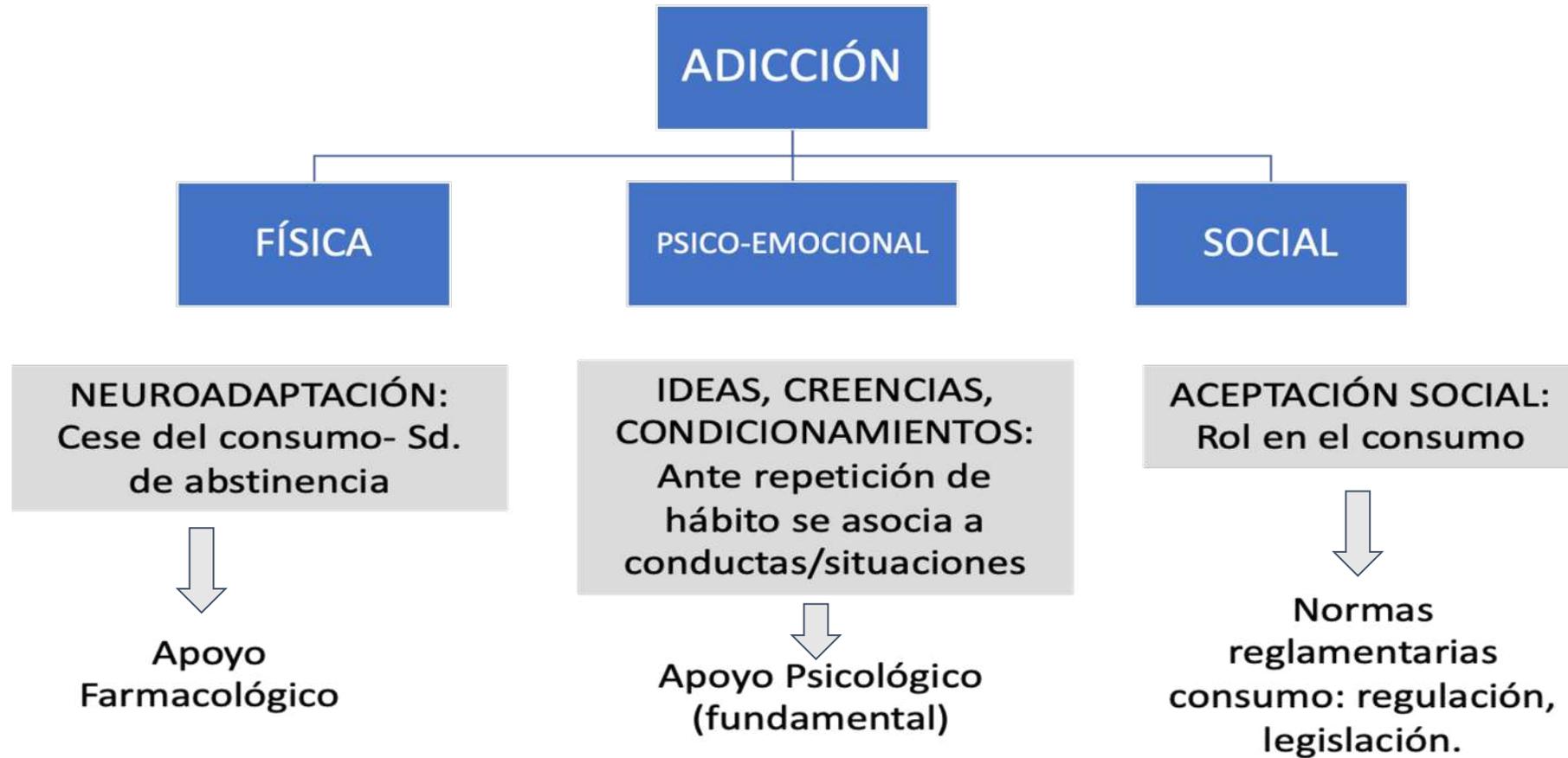


# ¿Por qué seguimos fumando?

- a) Ser una adicción Física
- b) Adicción Psico-emocional
- c) Adicción Social
- d) a y b
- e) Todas

MENTI

# ¿Porqué seguimos fumando?





# ¿ Qué barreras crees que podemos tener los médicos para abordar este tema con los pacientes?

- Lluvia ideas

MENTI



## Barreras que reportan los médicos

- Creencia de que no son efectivos
- Disponer de poco tiempo
- No estar preparados en el tema
- Tema “difícil” y sin herramientas efectivas
- Creencia de que sus pacientes no quieren que ellos intervengan en su tabaquismo u otro consumo.

# Orientaciones médicas de intervención:



## Objetivo:

→ Cesación del 100% consumo tabaco y evitar la exposición al humo.

→ EL CESE TABAQUISMO ES LA MEJOR OPCIÓN PARA OBTENER BENEFICIOS EN SALUD Y AUMENTAR EXPECTATIVA DE VIDA A 10 AÑOS.

## 1) Intervención breve:

Duración menor a 3 min, personalizado, empatico, relevante, repetitivo, por todo personal de salud, A TODO FUMADOR: motivado o no motivado.

- ❖ Estrategias: Efectividad 2,5% NNT 1/40 → 1 año: salvo 3 vidas.
- ABC
- 5A



# ABC:

- a) Averiguar y documentar: historia clínica, situación en relación al consumo o exposición. (diario u ocasional).
  
- b) Brindar asesoramiento a TODO paciente fumador.
  
- c) Dar apoyo Cesación (ofrecer tratamiento adicional) ó derivación.

Modelo ABC		
Ingles	Español	Acciones
Ask	Averigue	Registrar el consumo de tabaco en todas las visitas
Brief advice	Consejo Breve	Mensaje clara, contundente y personalizado para el abandono en 30 segundos
Cessation support	Ayuda en cesacion	Ofrecer tratamiento consejo adicional y farmacológico (o derivar ) inmediato



# Modelo “5 A” → Facilitar el cambio conductual

1. **Averiguar y documentar:** historia clínica, situación en relación al consumo o exposición. (diario u ocasional).
2. **Asesoría breve:** Sencillo, firme y empático. Breve (3 min)

Sin juicios de valor, relevante a caso del paciente, informar: ayuda efectiva en cada consulta.

1. **Evaluar:** la motivación y dependencia física
2. **Ayude:** aportar herramientas prácticas para abandono, tratamiento.
3. **Agende:** Seguimiento



# Modelo de las 5 A:

Modelo 5 A		
Ingles	Español	Acciones
Ask	Averigüe	Preguntar y registrar el consumo de tabaco en todas las visitas
Advice	Aconseje	Mensaje clara, contundente y personalizado para el abandono
Asses	Evalúe	¿Está motivado para hacer un intento de abandono en este momento?
Assist	Ayude	Ofrecer tratamiento consejo adicional y farmacológico (o derivar )
Arrange	Agende	Programar le seguimiento, comenzando en la primera semana después del día D

Fiore, M., et al., Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, .S.D.o.H.a.H. Services, Editor. 2008, Public Health Service. p. 276.

# ¿En la práctica?

## 1) Averiguar:

Incluir cómo signo vital ó identificación simbolo.

## 2) Aconseje:

- Claro: “NO hay nivel seguro de fumar”
- Fuerte: “Esto es lo más importante que puede hacer por su salud a largo plazo”.
- Personalice mensaje: “Continuar fumando empeorará su asma” “Dejar de fumar puede mejorar su tratamiento contra el sobrepeso”.

## 3) Evaluar voluntad:

- Si lo desean → preste asistencia.
- Si desean participar en programa → remitir.
- Si no lo desean → dar intervención motivacional - intentos futuros.

## 4) Ayude abandonar: plan de acción

- Asesoría y medicamentos.
- Implementación (por el paciente): fecha cese (en 2 sem).
- Informe a familia y amigos el intento.



# ETAPAS DE CAMBIO: Modelo transteorico de prochaska y diclemente

Cambios → en etapas, graduales, no líneales.

Paciente ROL ACTIVO: auto-cambio.

Paciente transita:

- Precontemplativo: no interés o frustración, no evaluar consecuencias
- Contemplación: analizar riesgos.
- Preparación: planífico (meses).
- Acción: aplicando, buscando ayuda activamente.
- Mantenimiento: post 6 meses abstinencia.
- Finalización: sin lucha por ganas de fumar.

Y mientras están pasando P-C → RECAÍDA: OPORTUNIDAD de aprendizaje.



ROL PROFESIONAL: Facilitador, aumentar motivación extrínseca.

# Evaluación de motivación para dejar de fumar:



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

## Test de Richmond

### Grado de motivación para dejar de fumar

Cuestionario	Respuesta	Puntos
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	No	0
	Sí	1
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Ninguno	0
	Un poco	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Definitivamente no	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente sí	3
4. ¿Existe la posibilidad de que se convierta en «No fumador» en los próximos 6 meses?	Definitivamente no	0
	Quizás	1
	Sí	2
	Definitivamente sí	3

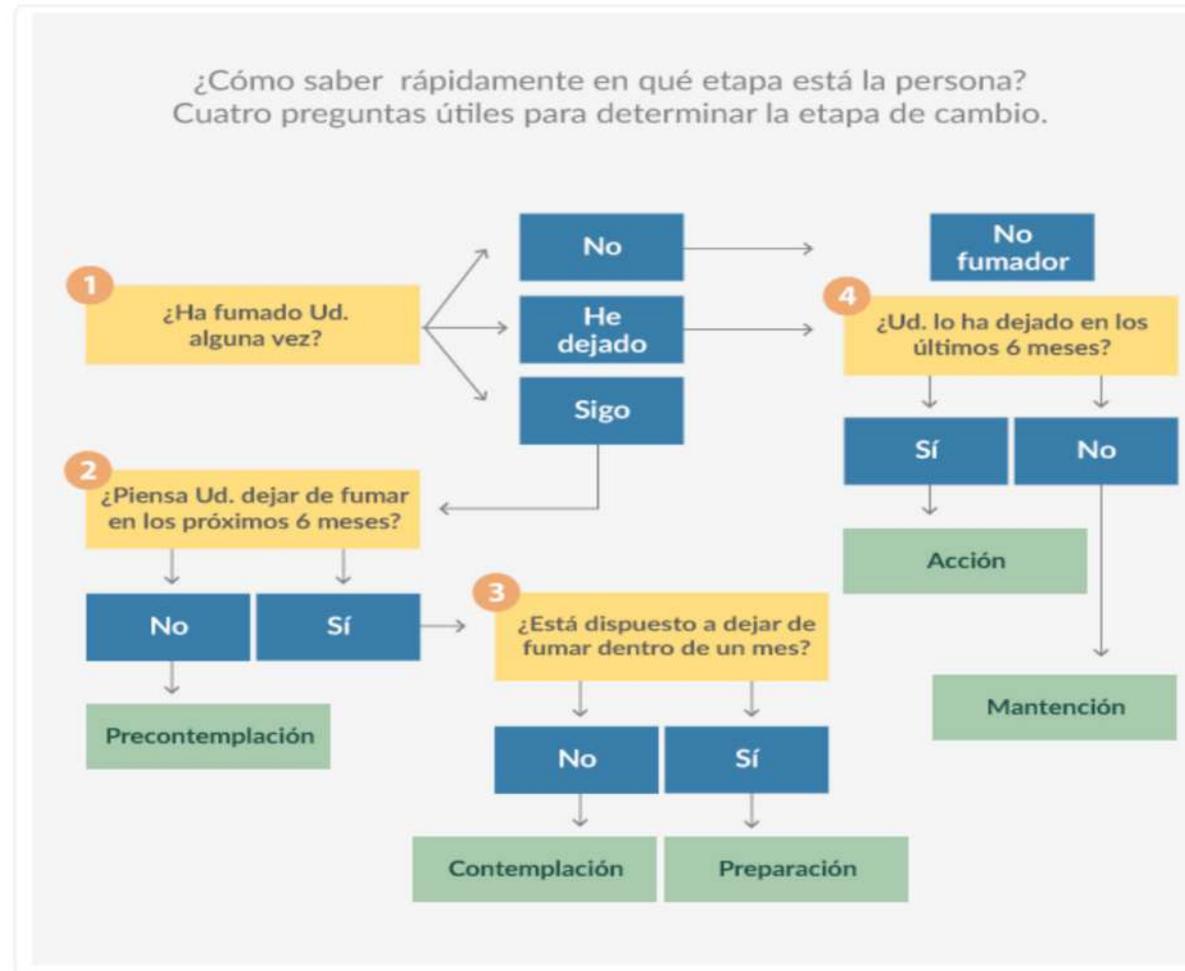
### Resultados del Test

Inferior o igual a 4 puntos: **motivación baja**

Entre 5 y 6 puntos: **motivación media**

Más de 7 puntos: **motivación alta**

# Evaluación de etapa de cambio:





# En paciente niegan a dejar el consumo ¿Cómo lo hacemos en la práctica?

## Herramientas de intervención breve : “5R”

### Ejemplo de caso:

- ❖ Mujer de 55 años, HTA, fuma 5 cigarrillos al día (disminuyó de 10/día), y no quiere dejarlo completamente.





# Abordaje “5 r”:

- Relevancia: “Dejar de fumar es 1 de las medidas más efectivas para aumentar la eficacia de tu tto antihipertensivo”.
- Riesgo: “¿Ud. cree que puede causar otro inconveniente?” Gasto menusal, mal olor, manchas piel/dientes, tos, disnea, fatiga, curaciones deficientes. (agudos, largo plazo, ambientales).
- Recompensa: “Mejorará su bienestar general, rendimiento físico, olfato, aspecto de la piel” ...
- Resistencia: “Entiendo que sienta temor a ponerse más nerviosa, ansiosa, pero SIEMPRE los beneficios superan los riesgos, y puedo ayudar a evitar molestias”.
- Repetición: Siguiendo consultas “¿Ha pensado en lo que hablamos?”.

# Evaluar nivel de dependencia: Test de Fagerström

N°	Pregunta	Respuesta	Puntaje
1	¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos. 11 a 20. 20 a 30. 31 a más.	0 1 2 3
2	¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 15 minutos. Cerca de 30 minutos. Cerca de 60 minutos. Más de 60 minutos.	3 2 1 0
3	¿Fuma más en las mañanas?	Sí No	1 0
4	¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? (hospitales, cines, bibliotecas, entre otros)	Sí No	1 0
5	¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero del día. Cualquier otro.	1 0
6	¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que pasar la mayor parte del tiempo en cama?	Sí No	1 0
		<b>Puntaje Total:</b>	

Puntuación mayor: Tto farmacológico, desarrollo enfermedades asociadas.

## Evaluación de la Dependencia Física

- > Cantidad de cigarrillos.
- > Tiempo transcurrido entre despertarse y el 1er cigarro.

Grado de adicción a la nicotina

Puntaje: 0 - 2 Dependencia MUY BAJA  
3 - 4 Dependencia BAJA  
5 - e Dependencia MODERADA  
6 - 7 Dependencia ALTA  
8 - 10 Dependencia MUY ALTA

Los fumadores con dependencia física ALTA y MUY ALTA se ven más beneficiados por el uso de apoyo farmacológico.



# Tratamientos basados en evidencia efectiva

- 1) Consejería/Asesoría:
  - Individual, grupal o telefónica- ayudan a abandono
  
- 1) Terapia psicológica:
  - Cognitivo-conductual
  - Tto intensivos con gran contacto personal, programados con línea telefónica.
  
- 1) Farmacológicos:
  - **TRN:** duplicar tasas abandono, y aumentar tasa abstinencia.
  - **Medicamentos sin nicotina**
  
- 1) Combinadas: Asesoría + medicamentos: más efectiva.
  
- Normas reglamentarias: Ley → no sólo cómo instrumento de justicia → instrumento sanitario.

Implementando: líneas T., TRN, ayuda + disminuir publicidad, aumentar impuestos, ambientes sin humo. Tasas menores del mundo.



# Terapia farmacológica:

Medicamentos de primera línea aprobados por FDA:

Terapia de reemplazo de nicotina:

Formatos: goma de mascar, parche, aerosol nasal, inhalador (extranjero).

- Goma: máximo 12 tabletas/día. Absorción mucosa oral- masticadas. Disminuir a medida que baja el consumo de cigarrillos.
- Parches: Liberación N. según superficie de parche en cuerpo. Hay de 16 -24 hrs de liberación. Ram: insomnio.
- Inhalador.

## Medicamentos sin Nicotina:

1) Bupropión: antidepresivo.

Dosificación: 150 mg dos veces día vo, por 8-9 semanas app. (6 meses).

→ Fijar fecha para dejar de fumar, 2 semanas post inicio de medicamento.

Ram: Insomnio.

1) Vareniclina: Agonista R N. de acetilcolina alfa4beta2.

Mejor tratamiento en costo-efectividad v/s (Bupropion, TRN, consejería, sin ayuda).

NICE

Parte de programa de apoyo conductual!

Dosificación:

1era semana: tabletas 0,5 mg cada 12 hrs por 4 días

2da semana: 1 mg cada 12 hrs, por 12 semanas.



## Tratamiento farmacológico combinado:

### → Más efectivo que las monoterapias.

- Vareniclina + bupropion (alto consumo y tr. depresivo).
- Bupropion+ parche (mayor que por sí solos).
- TRN + Vareniclina, pueden ser efectivos sin empeorar los ef. secundarios de la medicación.
- V+ B+ TRN: efectiva, pero se requieren mas datos.

### → Mayor efectividad + terapia conductual.

#### → Consejo médico: alto impacto

- Sólo el 2% dejaron de fumar, recibieron.
- Influye de manera decisiva: motivación, cambio de estadio.
- Lograr 5% exfumadores /año
- Incrementa tasa éxito 2,5 veces más v/s sin.
- Pacientes lo consideran importante.

# Seguimiento:



## Acciones a discutir en controles:

- Problemas encontrados
- Evaluar uso y problemas en medicación.
- Discutir apoyo de líneas de abandono.
- Felicitar si el intento ha sido exitoso.

Apoyo intratratamiento: anime en su intento de abandono.

## Materiales complementarios:

Agencias, redes nacionales, depts de salud y líneas llamado.

- ❖ Consejería telefónica de Salud Responde, la línea de consulta del Ministerio de Salud. **Tel: 600-360-7777**
- ❖ Programa en línea (en español) Universidad de California Libre de cigarro (programa para Chile del Laboratorio Pfizer) Tel. 600-420-2000 **Mi Vida Sin Ti**(España)



# Asesoría:

Especialmente la que incluye entrenamiento de habilidades y resolución de problemas.

- Conversar:
  - ❖ Luchar por abstinencia total en la fecha definida.
  - ❖ Experiencias pasadas de cese.
  - ❖ Eliminar tabaco del entorno: hogar, trabajo, auto, etc.
  - ❖ Anticiparse a desafíos → activadores:

Alcohol, fumadores, síntomas abstinencia, momentos: fiesta, estrés.



# Restricciones según tipo de paciente:

- **Fumadores ligeros** (< 10 cigarillos día): no demuestran beneficio significativo con TRN.
- **Trastorno salud mental:** mayor medicación para éxito: dosis mayores, duración y combinación.
- **Tr. Bipolar, Esquizofrenia:** tratamiento recomendado: Parches. NO utilizar bupropión.
- **Enf. cardiovascular:** parche de N no tiene asociación con evento CV.
- **Embarazadas:**  
Elección: asesoría  
TRN (venta libre): los beneficios superan los riesgos, pero presentan estudios limitados.  
TRN con prescripción: categoría D, con riesgos en nacimiento.  
Bupropión y vareniclina: categoría C.  
Riesgos tabaquismo: Mortinato, PP, RCIU.
- **Adolescentes:**  
TRN es segura, pero aún poca investigación en deseo de abandono tabaquismo.

# Sistemas electrónicos:

## Cigarrillos electrónicos:

- Fumadores de hoy: fuman menos, pero tiene mayor riesgo de cáncer pulmonar:
  - Cambios diseño/composición: filtros ventilados-inhalación más vigorosa, más de 70 químicos.
- Estos NO son tratamientos de abandono del tabaquismo regulados o aprobados por FDA.
- “Sin nicotina”  
Dispositivo: 1) cámara de líquido (nicotina) 2) dispositivo de calefacción 3) una batería (metales pesados).
- Asociados a un mayor uso de otros productos del tabaco y no ha dejar de fumar.

FDA: (ya restringe “JUUL”) seguridad- atracción.



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

# PAUSA

(19:50-20:00 HRS)



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

# Trastorno de uso de ALCOHOL:

## Definición: DSM V

Modelo problemático de consumo de OH, que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se mantiene al menos por **2 de los sgtes**, en el último año (12 meses):

- Actualmente se considera: espectro continuo.
- “Alcoholismo ó Alcohólico”:  
imprecisos, estigmatizantes.
- Existe prevalencia de trastorno mayor en hombres (10% vs 5% tr leve, 6 % vs 2 % tr. moderado-grave).

DSM-5	
En el último año:	
La presencia de al menos 2 de estos síntomas indica <b>trastorno por consumo de alcohol (AUD)</b> . La intensidad del AUD se define como:	¿Ha habido veces en que terminó bebiendo más, o por más tiempo, de lo deseado?
	¿Ha querido más de una vez reducir o dejar de beber, o lo intentó, pero no pudo?
	¿Ha pasado mucho tiempo bebiendo, o descompuesto o recuperándose de otras secuelas?
	¿Ha sido tan fuerte el deseo de beber que no podía pensar en ninguna otra cosa? <b>**Esto es nuevo para el DSM-5**</b>
<b>Leve:</b> Presencia de 2 a 3 síntomas	¿Ha notado que beber, o estar descompuesto por beber, a menudo interfirió con el cuidado de su casa o su familia?, ¿o le ha causado problemas laborales?, ¿o problemas escolares?
<b>Moderada:</b> Presencia de 4 a 5 síntomas	¿Ha seguido bebiendo aunque le ocasionara problemas con su familia o sus amigos?
<b>Grave:</b> Presencia de 6 o más síntomas	¿Ha abandonado o no ha vuelto a realizar actividades que eran importantes o interesantes para usted, o que le proporcionaban placer, por beber?  ¿Se ha encontrado más de una vez en situaciones durante o después de beber que han aumentado sus probabilidades de sufrir lesiones (como conducir, nadar, utilizar maquinaria, caminar en una zona peligrosa o tener relaciones sexuales sin protección)?  ¿Ha seguido bebiendo a pesar de que le estaba haciendo sentir deprimido o ansioso o le estaba añadiendo otro problema de salud?, ¿o después de haber tenido una laguna mental?  ¿Ha tenido que beber mucho más de lo que alguna vez había bebido para conseguir el efecto que deseaba?, ¿o notó que la cantidad habitual de bebidas tuvo mucho menos efecto que antes?  ¿Ha notado que cuando los efectos del alcohol desaparecieron, tuvo síntomas de abstinencia, como problemas para dormir, temblores, inquietud, náuseas, sudoración, el corazón acelerado o convulsiones?, ¿o percibió cosas que no estaban allí?

# Otras definiciones:

❖ Consumo excesivo de OH:

- Más de 5-6 tragos en hombres (> 60 gr OH puro).
- 4 tragos en mujeres

Al menos una vez al mes.

❖ Alcoholemia: > 0,08 mg/dl. (0,08-0,1)

❖ Consumo peligroso: cuyo consumo de alcohol los pone en riesgo de sufrir eventos adversos para la salud

❖ Consumo nocivo: personas que ya han experimentado daños físicos o psicológicos.

Los tragos contienen diferente cantidad de alcohol.  
Cuando decimos 'trago' nos referimos a un trago estándar que contiene 10 gramos de alcohol puro.

<b>1 bebida estándar</b>	1 vaso de 250ml de cerveza (6%) 	1 copa de 100ml de vino (12%) 	1 vasito (shot) de 30ml de bebida destilada sin hielo (pisco, ron, wisky)(40%) 	1 vaso de 30ml de bebida destilada con hielo (pisco, ron,wisky)(40%) 
<b>2 bebidas estándar</b>	2 vasos de 250ml de cerveza (6%) 	1 copa grande de 200ml de vino (12%) 	2 vasitos (shot) de 30ml de bebida destilada sin hielo (pisco, ron, wisky) (40%) 	2 vasos de 30ml de bebida con hielo destilada (pisco, ron, wisky)(40%) 

OPS/NMH/MH/22-0018/2022

# Epidemiología:

- ❑ América: consumo 7,5 lt (1,6 BEBIDAS/DÍA), Europa (11 lt), y por sobre mundial (5,8 lt).
- ❑ Consumo Chile (mes) : 42,6%, Hombres (51,6%) Mujeres (34,2%).
- ❑ 25% población consumo excesivo episódico.
- ❑ 1/12 (8,2%) adultos cumplió criterios de Tr. por consumo de OH.
- ❑ Responsable de > 370.000 muertes/año región por: Cáncer, acc. automovilísticos, autolesiones, violencia interpersonal, enf. aparato digestivo.

## Grupos de mayor prevalencia:

- Edades: 18- 34 años
- Mayor ingreso socioeconómico
- Hombres (23%) vs mujeres (11%).
- Fumadores
- Pacientes enfermedades psiquiátricas.
- Historia familiar

Sólo 10 % recibe evaluación y tratamiento adecuado de proveedores de APS.

# Orientaciones consumo de OH

- NO es un hábito saludable, no hay consumo beneficioso.
- Si bebe, reducir, para minimizar daños asociados alcohol.
- Todos los tipos de alcohol, pueden causar cáncer.

## Si decide beber, disminuya riesgos:

- No tome más de 2 bebidas estándar al día.
- Nunca toma más de 4 bebidas estándar, ni siquiera en una ocasión especial.

## Pregunte a su médico si tiene:

- hipertensión
- depresión
- tuberculosis
- cáncer de mama/boca/garganta
- cirrosis
- VIH/SIDA
- ha tenido infarto

## No tome nada si usted:



Está embarazada o lactando



Es menor de 18 años



Está manejando



Antes, durante o después de hacer ejercicio



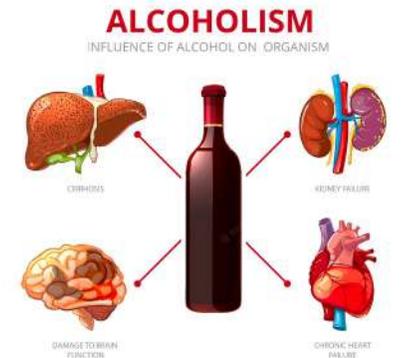
Está tomando medicamentos

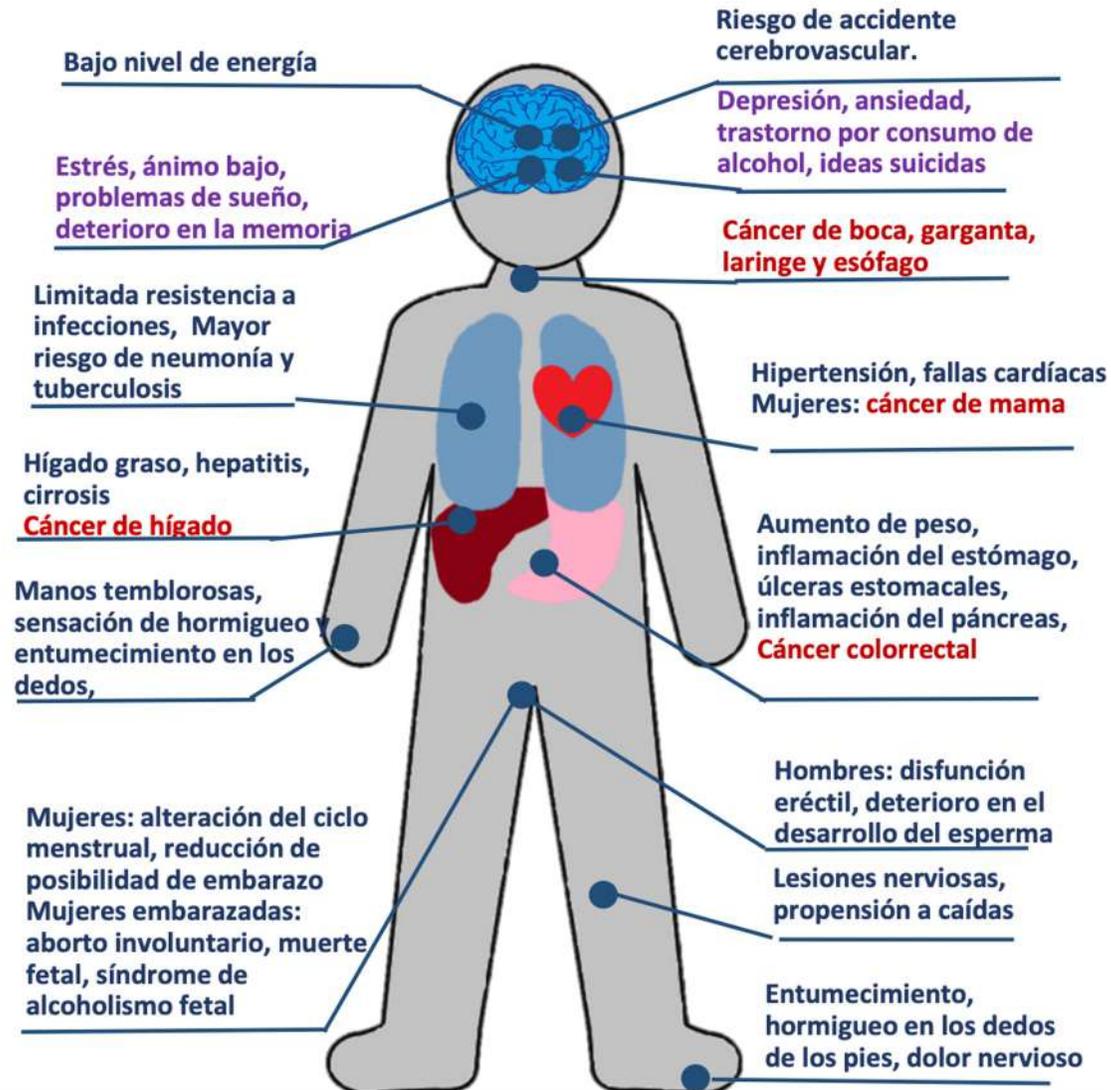


Tiene una historia de trastorno por consumo de alcohol o drogas

# Daños consumo de alcohol:

- >200 condiciones: ECNT, Tr. mentales, lesiones, VIH y violencia doméstica, pérdida de productividad:
- Incrementa los riesgos de:
  - Trastorno por consumo de alcohol, dependencia.
  - Caídas, ahogamientos y otros accidentes
  - Cánceres de cabeza, cuello, estómago, colon, mamas entre otros
  - Accidentes automovilísticos
  - Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular
  - Comportamientos sexuales arriesgados, embarazo no deseado o no planeado e infecciones de transmisión sexual (ITS)
  - Suicidio y homicidio
  - Desempleo
  - Cáncer





# ¿Cómo el alcohol afecta el cerebro?

- NO nivel seguro
- Niveles bajos: dependencia, deterioro cognitivo, ansiedad y depresión.
- Problemas de salud a cualquier EDAD
- Intoxicación aguda → disfunción cerebral



## Riesgos inmediatos:

- Dolores de cabeza, migraña
- Interrupción del sueño
- Deterioro cognitivo: → control de impulsos, juicio, toma de decisiones, deterioro aprendizaje.
- Pérdida de memoria (lagunas).
- Intoxicación etílica → def. psicomotoras.
- Sobredosis: ralentiza funciones vitales

## Riesgos a largo plazo:

- Deterioro de funciones ejecutivas.
- Dependencia: alimentación/social.
- Demencia
- Depresión y suicidio
- Cambios en patrones de sueño, estado de ánimo, menor capacidad de atención, coordinación, etc.

# Proceso clínico de evaluación:

## Momento de evaluación:

- 1) Exámen preventivo anual
- 2) Grupos de alto riesgo:
  - Jóvenes, historia familiar, descuido de niñez temprana, ETS, Embarazo o planificación, fumadores ó abuso de otras sustancias, sospecha clínica.
- 3) Evaluación escrita:

Escala AUDIT → guiar la terapia.

# Manejo:



- Tratamiento multidisciplinario: (I. conductual, Fcos, combinadas).
- El costo de las terapias es MENOR V/S gastos persistencia consumo.
- Asociadas a estrategias universales: disponibilidad, asequibilidad, y comercialización.
  
- Estrategias terapéuticas con evidencia: Costo-efectivas
  - ❖ Entrevistas motivacionales/intervenciones conductuales breves
  - ❖ Terapia Cognitivo- conductual
  - ❖ Terapia de pareja-familiar
  - ❖ Farmacoterapia en manejo de abstinencia (benzodiazepinas) y prevención recaídas: naltrexona, disulfiram, acamprosato).
  - ❖ Intervenciones grupales de ayuda mutua (alcohólicos anónimos): efecto incremental conjunto.

## a) Intervenciones conductuales breves:

- Diseñadas para consumo peligroso o nocivo OH.
- Luego de tamizaje inicial (nivel de riesgo).
- Corta duración, 1-3 sesiones, objetivo: motivar reducir consumo ó riesgos de daños-consumo ó DERIVACIÓN.
  
- Evidencia → Efectos + : adolesc., adultos, a mayores, embarazadas.
- Eficacia: enfermería, proveedores salud, cómo médicos.
- Tecnologías móviles y digitales, aumentar cobertura.



Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle-income countries. Addiction. Marzo del 2022

## a) Farmacoterapia:

### Antirecaídas:

- Naltrexona y el acamprosato, retrasan el tiempo hasta la recaída e índice de recaídas en el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
- Interdictores: “Antabus” (Disulfiram 250 mg/día vo), reacción física desagradable al consumir: náuseas, vómitos, cefalea, sudoración, etc.  
Efectividad dependiente (paciente motivados).

Efectos aditivos, marginales.

### Medicamentos de segunda línea:

- a) Gabapentina 300-600 mg vo c/12 ó c/8 hrs :

Abstinencia mayor con uso de 900-1800 mg día en tto 3 meses. Bien tolerada, pero riesgo de abuso.

- a) Topiramato 100-150 mg c/12 hrs vo, ya no indicado para TUA.





# Resumen tratamiento según severidad:

## **1) Bebedores en riesgo TUA leve:**

- Señales y síntomas: exceder >5 tragos por ocasión/mes, 0-3 síntomas TUA. Riesgos: enf. hepáticas y sexuales.
- Asesoría breve para reducir consumo
- Naltrexona 25-50 mg vo al consumir oh
- Sesiones de seguimiento - efectividad
- Intervención conductual: escucha reflexiva, sin juicios, ajustarse a la resistencia, cambio lento.

## **2) TUA leve moderado:**

- Señales y síntomas: control limitado, deseo de reducir, consumo a pesar de consecuencias, tolerancia. Puede ocurrir como episodio aislado.
- Intervención conductual
- Medicamentos.

## **3) TUA grave y recurrente:**

- Señales: historia familiar, descuido de niñez temprana, inicio temprano, tr conducta niñez, abuso otras sustancias, tr psiquiátricos.
- Asesoría
- Medicamentos antirecaída y para síntomas de abstinencia.
- Comprometer a miembros de la familia, cuando sea apropiado.
- Derivar a especialista en adicción
- Hospitalización.



# Seguimiento

- 1) Monitorear resultados:
  - Nro. de días de consumo elevado, escalas: AUDIT, AUDIT-C
  - Exámenes lab.: GGT seguimiento, entre otros.



# Entrevista motivacional: principios

- a) Expresar empatía:
  - preguntas abiertas (explore)
  - escucha reflexiva
  - normalice sentimientos y preocupaciones
  - apoye autonomía, elegir o rechazar
  
- a) Desarrolle discrepancia:
  - Valores metas, prioridades del paciente
  - Refuerce “hablar de cambio”, “compromiso”.
  
- c) Ajustese a la resistencia:
  - Ceda y use reflexión
  - Exprese simpatía
  - Permiso para dar información
  
- d) Apoye la autoeficacia:
  - Identificar “¿Hoy ha sido más difícil, qué estará pasando?” y construir sobre éxitos anteriores.
  - Ofrecer opciones de pasos pequeños, alcanzables: leer folletos, llamar línea telefo., cambiar patrón de consumo.

# Pantallas

Herramienta de comunicación universal: ultrarrápida, múltiple, duración indeterminada.

PERO...

Sobreexposición causa daño en salud:

Aumento de peso - obesidad, desde edades tempranas

- Déficit de sueño reparador en: tiempo y calidad.

- Trastornos de conducta con irritabilidad.

Decaimiento.

- Retrasos en el desarrollo del lenguaje y cognitivo: bajo rendimiento escolar.

- Déficit de atención.

- Trastornos emocionales, ansiedad.

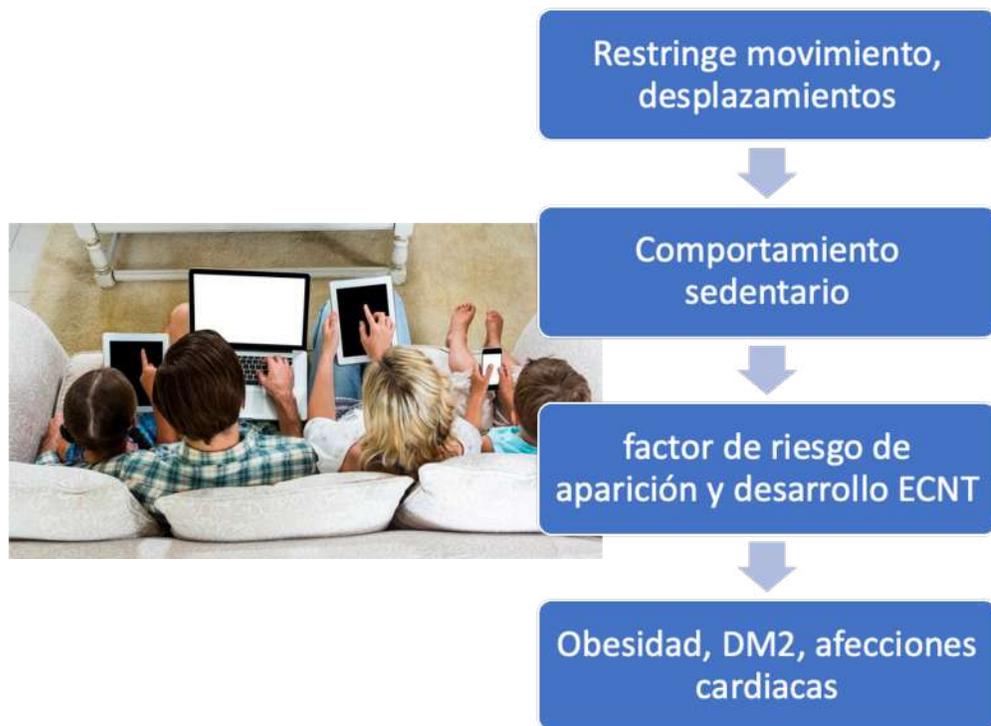
- Adicciones.

- Problemas de autoestima, frustración.



# Riesgos de pantallas:

→ Tiempo de exposición: en adultos, niños y adolescentes.



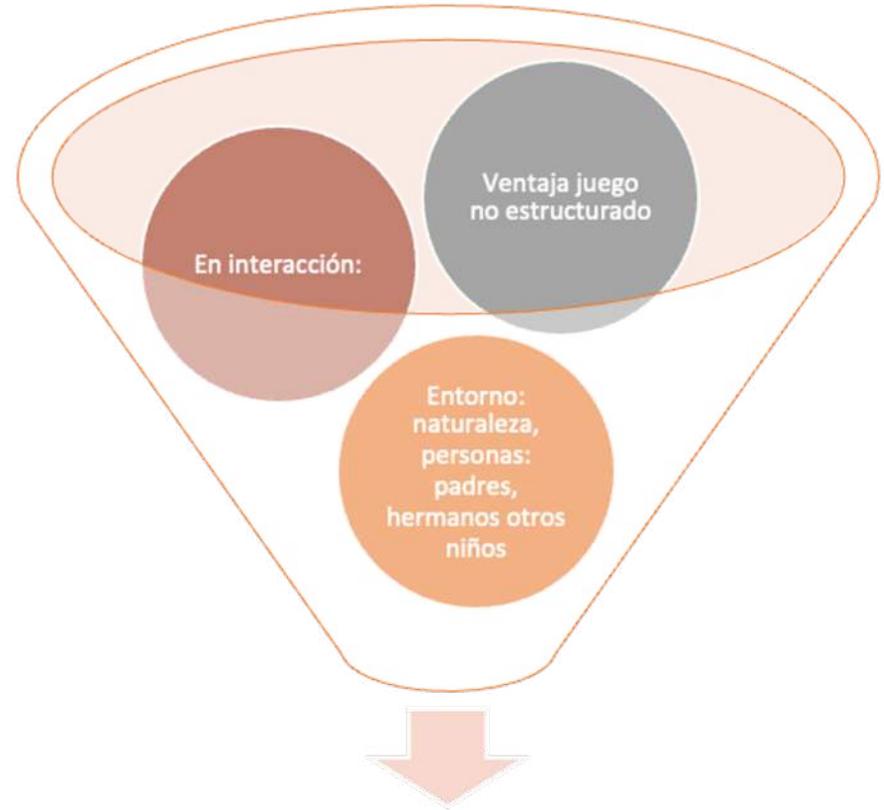
→ Afección en desarrollo cerebral:



→ Afección Sueño:

- Luz azul ( - melatonina), retrasa el dormir.
- Dispositivos en dormitorio: niveles de ansiedad (revisar).
- Mayor estímulo.





**Mayor aprendizaje y desarrollo**

# Evidencia:

- Informado sobre el impacto frente a pantallas → concentración, desempeño cognitivo, humor.
- Conexión: conectar-desconectar.
- Adicción: Estimulación centro de recompensa
- Impacto cerebral: poda sináptica -25 años.
- Autoregulación: interacciones cara- cara
- Sueño

# Recomendaciones:

1. La exposición controlada.
2. Selección calidad.
3. Fortalecer



4. No acompañar comidas, actividades escolares.



5. Evitar su uso dos horas antes de dormir.



6. Uso responsable y sin riesgo: no dar datos personales, desconocidos, datos bancarios, lenguaje correcto.

7. Los padres y cuidadores → dar ejemplo de no usar pantallas en el tiempo dedicado a la familia y tareas de la casa.



COLEGIO MÉDICO  
DE CHILE A.G.

## TIEMPO RECOMENDADO PARA EL USO DE PANTALLAS

0

Menores de 2 años  
NADA DE PANTALLAS



De 2 a 4 años  
HASTA 1 HORA  
(60 minutos)

1

2

De 5 a 17 años  
NO PASAR DE 2 HORAS  
(120 minutos)



Fuente: OMS



# Conclusiones

- Efectos nocivos, con costos en mortalidad, salud, y económicos mayores en relación consumo de sustancias (T, OH, pantallas).
- El modelo de costo económico nos ayuda cómo herramienta para toma de decisiones y recursos sanitarios.
- Tabaquismo genera un comportamiento de refuerzo, que lleva a dependencia.
- Hay adicción a nivel, físico, psico-emocional y social.
- Hay evidencia metaanálisis, y revisiones sistemáticas en intervenciones breves cómo costo-efectivas.
- El proceso de cambio será gradual, lento y con recaídas que nos lleven a mayor aprendizaje y habilidad en intentos futuros.
- Incidir en la motivación extrínseca de los paciente, expresando empatía, escucha reflexiva, respetando sus etapas y resistencias.
- No simplemente negar uso de dispositivos, si no que estar informado e informar acerca de su potencial impacto de daño.
- El consejo médico es la herramienta disponible más simple con la que el médico, y en general el personal de salud, puede influir de manera decisiva, aumentando la motivación y/o el cambio de estadio.

# ESPACIO FINAL PARA DIFUNDIR SOCHIMEV Y OTRAS AFILIACIONES

- 2o Congreso Chileno MEV 9-10 de noviembre 2023
- Certificación 10 noviembre

# Curso Medicina de Estilo de Vida para Médic@s



COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

CUIDÁNDONOS PARA CUIDAR

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN 😊