

GUÍA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO

AUTORIDADES

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación
Dr. Ginés González García

Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias
Dra. Graciela Rosso

Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable
Dr. Atilio Savino

Secretaría de Coordinación
Dr. Marcelo Ondarçuhu

Secretaría de Programas Sanitarios
Dr. Héctor Daniel Conti

Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción
Dr. Andrés Joaquín Leibovich

CONTENIDOS

| | |
|---|-------------------------------|
| Acerca de esta Guía | 2 |
| <i>GUÍA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN AL TABACO</i> | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica | 5 |
| 2. Resumen de las Recomendaciones. | 6 |
| 3. Evaluación del estatus de fumador y consejo antitabáquico dado por el equipo de salud. | 8 |
| 4. Evaluación de la motivación para dejar de fumar | 8 |
| 5. Intervenciones para los fumadores que aun no están listos para dejar de fumar | 9 |
| 6. Intervenciones para los fumadores listos para dejar de fumar. | 10 |
| 7. Recomendaciones para grupos específicos | 15 |
| 8. Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo. | 15 |
| 9. Intervenciones Institucionales | 15 |
| 10. Conclusiones Generales | 16 |
| Referencias Bibliográficas | 17 |

La presente Guía de Práctica ha recibido el aval de las siguientes instituciones:

Academia Nacional de Medicina
Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)
Asociación de Bioquímicos de la Ciudad de Buenos Aires
Asociación de Facultades de Ciencias Medicas de la Republica Argentina (AFACIMERA)
Asociación Medica Argentina (AMA)
Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales (CONFECCLISA)
Confederación Médica de la Republica Argentina (COMRA)
Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)
Facultad de Psicología de la UBA
Federación Argentina de Cardiología (FAC)
Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA)
Federación Argentina de Medicina Familiar y general (FAMFYG)
Fundación Bioquímica Argentina
Secretaria de Programación para la Prevención y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR)
Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)
Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Pcia de Buenos Aires.
Universidad Adventista del Plata (UAP)

Acerca de esta Guía

El desarrollo de la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción al Tabaco ha sido promovido y financiado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación en el marco del **Programa Nacional de Control del Tabaco**.

La coordinación técnica estuvo a cargo de la *Dra. Verónica Schoj* y la *Dra. Ana Tambussi*, consultoras del Proyecto VIGI+A, a través de la Gerencia de Promoción de la Salud, dirigida por el Lic. Mario Virgolini quien revisó el documento final.

Estas recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible y fueron consensuadas con un panel de expertos durante los meses de diciembre de 2004 a abril de 2005, siguiendo una metodología rigurosa y formal de consenso.

Esta Guía fue desarrollada simultáneamente por el mismo equipo de expertos y bajo la misma metodología con la Guía Nacional de Hospitales Libres de Humo en razón de que el compromiso del equipo de salud con el tratamiento del tabaquismo esta íntimamente relacionado con el cambio cultural que conlleva la implementación de hospitales y centros de salud libres de humo. Para ambas Guías de Práctica se elaboraron dos reportes: un Reporte Breve y un Reporte Extenso. El presente documento constituye el Reporte Breve de la Guía de Tratamiento de la adicción al Tabaco. El Reporte Extenso de ambas guías se encuentra disponible en la pagina web del Ministerio de Salud de La Nación: www.msal.gov.ar

Justificación

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. Es responsable de 5.000.000 de muertes anuales, cifra que podría duplicarse en el 2030, de no mediar acciones para contrarrestar la situación. Se observa un claro desplazamiento de la epidemia hacia los países de menor desarrollo y hacia aquellos países que poseen regulaciones débiles a los productos del tabaco.

La situación en Argentina es alarmante, si bien en el 2004 se observó una disminución en el consumo.

Actualmente fuma el 34% de la población adulta¹, el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años, con un claro predominio femenino en edades tempranas.² Cada año mueren 40.000 argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco.

Nuestro país gasta \$ 4.300 millones de pesos anuales (a valores del 2003) en el tratamiento de patologías tabaco dependientes.³ Esto representa el 15.5 % del gasto total en salud, no compensado por las recaudaciones obtenidas por el conjunto de impuestos al tabaco que para el año 2003 fueron de \$ 2.500 millones.

Se observa que, en nuestro país, la prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la población general. Esto muestra la falta de conciencia que existe en el equipo de salud sobre la problemática del tabaco.

Sólo la mitad de los médicos cree que el consejo antitabáquico es una herramienta útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Solo un tercio de los mismos ha recibido entrenamiento en como brindar este tipo de consejo y el 92% manifestó la necesidad de mejorar esta capacitación.⁴ La situación en el pre-grado es igualmente insatisfactoria pues solo el 1.7% de los estudiantes de medicina conoce una intervención breve para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar.⁵

Una encuesta reciente muestra que un 56% de los fumadores argentinos quiere dejar de fumar, y que el 13.5% se encuentra listo para dejar de fumar antes de 30 días.¹ Es decir que hoy hay más de 1 millón de fumadores preparados para dejar de fumar. Se encuentra en estudio un proyecto para que el tratamiento de la dependencia a la nicotina sea cubierto por el sector público y la seguridad social. Sin embargo, el equipo de salud no está preparado para absorber esta potencial demanda ni capacitado para una eficaz intervención.

La situación de Argentina es igualmente alarmante en cuanto al tabaquismo pasivo y a la falta de ambientes libres de humo. Nuestro país tiene los niveles más elevados de América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno

(67% en los hogares y 90% en otros ámbitos) y en la mayoría de los hospitales se fuma a pesar de la legislación vigente que lo prohíbe.

Es así como el problema del tabaquismo resulta paradójico: alta prevalencia, altas tasas de mortalidad y altos costos para el sistema de salud y sin embargo, a pesar de haber tratamiento efectivo y costo-efectivo, el equipo de salud está escasamente capacitado y motivado para la intervención, se fuma en los hospitales y no se cuenta aun con cobertura para los tratamientos de la cesación.

Para hacer frente a esta realidad, el Programa Nacional de Control del Tabaco está desarrollando un tratamiento integral de la problemática del tabaquismo, promoviendo a través de legislación el aumento de impuestos al tabaco y la restricción máxima de la publicidad, la promoción de ambientes libres de humo de tabaco, campañas de comunicación social y la promoción del abandono de la adicción a través del servicio telefónico gratuito para dejar de fumar, los concursos “Abandone y Gane” y un proyecto para la cobertura del tratamiento y la certificación de los servicios.

En este marco se comprende la importancia de estas Guías de Práctica Clínica, que tienen el propósito de brindar un instrumento consensuado para promover la capacitación del equipo de salud y el compromiso de las instituciones sanitarias para favorecer el control del tabaco en nuestro país.

Panel de Expertos Integrantes del Equipo de Consenso

Un panel de 18 expertos reconocidos en Argentina y provenientes de entidades académicas, científicas e instituciones representativas del control del tabaco nacional, participó de una metodología formal de consenso para arribar a las recomendaciones finales. Los expertos seleccionados provienen de diversas disciplinas y son referentes nacionales en temas de control del tabaquismo.

Participaron: Lic. Ethel Alderete (Doctora en Salud Pública), Lic. Leonardo Daino (Antropólogo), Mg. Daniel Gutiérrez (Lic. en Enfermería)¹, Dr. Eduardo Laura (Doctor en Medicina), Dr. Bartolomé Lungo (Médico especialista en Neumonología), Dr. Raúl Mejía (Doctor en Medicina, especialista en Clínica), Dra. Paola Morello (Médico especialista en Pediatría y Salud Pública), Dra. Susana Nahabedian (Médico especialista en Neumonología y Clínica), Dra. Maria Noble (Médico, especialista en Clínica y Medicina Interna), Dr. Diego Perazzo (Médico, especialista en Oncología)², Dr. Ricardo Rassmussen (Médico, especialista en Cardiología y Medicina del Deporte), Lic. Gabriela Regueira (Lic. en Psicología), Dra. Corina Samaniego (Doctora en Psicología, especialista en Salud Pública), Dr. Herman Scharogradsky (Médico especialista en Cardiología), Dr. Fernando Verra (Doctor en Medicina, especialista en Medicina Interna), Dr. Guillermo Williams (Médico, especialista en Pediatría y Salud Pública)³, Dr. Gustavo Zabert (Médico especialista en Neumonología), y Lic. Maria Zanutto (Lic. en Trabajo Social)⁴.

Acorde a las recomendaciones internacionales los participantes firmaron una declaración de conflictos de intereses y pusieron de manifiesto si tienen o no vinculaciones con la industria farmacéutica.⁶

Agradecimientos

Agradecemos a todos los expertos participantes del panel que realizaron este trabajo con total desinterés y alto compromiso, así como a quienes colaboraron con ellos desde diversas instituciones de nuestro país.

Este proyecto se benefició ampliamente con la buena voluntad y soporte técnico de un grupo de colaboradores que desinteresadamente enriquecieron el desarrollo de la presente Guía. A ellos queremos agradecerles su apoyo: Dra. Graciela Berenstein, Dra. Zulma Ortiz, Dr. Mario De Luca, Dr. Federico Augustovski y Dr. Daniel Ferrante.

¹ En colaboración con la Lic. Blanca Iturbide.

² En colaboración con la Dra. Marta Angueira.

³ En colaboración con la Dra. Cecilia Santa María, Programa Nacional Garantía de Calidad

⁴ En colaboración con el Equipo "Proyecto MEDEF" (médico especialista en hacer dejar de fumar) Director: Dr. Fernando W. Müller.

1. Metodología para la realización de la presente Guía de Práctica

El protocolo de planificación y desarrollo de la presente Guía esta basado en las recomendaciones del NICE⁷ (National Institute of Clinical Excellence) y su evaluación esta basado en las recomendaciones de AGREE⁸ (Appraisal of Guidelines Reserch and Evaluation). Un desarrollo completo de la metodología de esta Guía se encuentra en la Versión Extensa disponible en la página Web del Ministerio de Salud: www.msal.gov.ar

Los Objetivos de esta Guía son: 1) Incrementar el porcentaje de fumadores que dejan de fumar en nuestro país. 2) Asegurarse que todos los trabajadores de la salud tengan las herramientas básicas para facilitar el proceso de recuperación de la dependencia crónica del tabaco. 3) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible de efectividad y costo-efectividad de los tratamientos para dejar de fumar. 4) Adaptar la mejor evidencia disponible al marco local a partir del consenso de los referentes nacionales, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

Se trata de una guía de terapéutica clínica en la que se desarrolla el abordaje de intervenciones motivacionales y terapéuticas para todos los fumadores, estén estos preparados o no para dejar de fumar. Los destinatarios de la guía son: integrantes del equipo de salud, estudiantes de pre-grado de todas las carreras vinculadas a la salud, promotores y educadores para la salud, proveedores y administradores de servicios de salud y funcionarios de salud pública. Los beneficiarios de estas recomendaciones son todos los fumadores, incluyendo grupos especiales como embarazadas y adolescentes, entre otros.

La búsqueda, selección y clasificación de la evidencia disponible se realizó siguiendo un protocolo acorde a las recomendaciones del NICE. Los niveles de evidencia y grados de recomendación pueden verse en las tablas 1 y 2 respectivamente. Estos están basados en experiencias internacionales.^{7 9}

Se empleó una Metodología de consenso formal para la elaboración de las recomendaciones por parte del panel de expertos a través de la utilización del método Delphi modificado.

Para incluir la visión de los usuarios, sus valores y preferencias se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad de fumadores. Por otro lado se reportan datos de opinión de la población fumadora Argentina obtenidos a través de una encuesta de hogares de carácter nacional llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente durante el año 2004, en los cinco principales centros urbanos del país. La misma recogió información sobre, consumo, etapas de cambio, acceso a los sistemas de salud para dejar de fumar, demanda de servicios y opinión sobre implementación de ambientes libres de humo, entre otros.

Tabla 1: Niveles de Evidencia

| Nivel | Tipo de evidencia |
|-------|---|
| Ia | Evidencia obtenida de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. |
| Ib | Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado |
| IIa | Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización |
| IIb | Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado |
| III | Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados (estudios observacionales) tales como estudios comparativos (cohorte, casos y controles), de correlación (ecológicos) o series de casos. |
| IV | Evidencia obtenida de opiniones o reportes de expertos, u opiniones de experiencias clínicas de autoridades reconocidas. |

Tabla 2: Grados de Recomendación

| Grado | Recomendación |
|--|--|
| [A] (evidencia Ia y Ib) | Requiere al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y tenga consistencia con la recomendación. |
| [B] (evidencia IIa, IIb y III) | Requiere disponibilidad de estudios clínicos (cuasi-experimentales u observacionales) bien diseñados pero no randomizados sobre el tema de la recomendación. |
| [C] (evidencia IV) | Requiere de evidencia obtenida de reportes de comité de expertos y opinión/ experiencia clínica de autoridades reconocidas. Indica ausencia de estudios clínicos de buena calidad respecto del tema de la recomendación. |
| [RPG] (Recomendación de la Presente Guía) | Recomendaciones de buena practica basadas en la experiencia clínica del grupo de consenso de desarrollo de la presente guía. Representa los aportes locales. |

2. Resumen de las Recomendaciones

| Nº | Recomendación | Grado* |
|----|---|--------|
| 1 | Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente. | [A] |
| 2 | Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud brinden un breve consejo para dejar de fumar, a todos los fumadores cada vez que estos consulten al sistema de atención de la salud, sea cual sea su condición clínica, edad, sexo y origen étnico. | [RPG] |
| 3 | Se recomienda que en cada consulta los médicos brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores, dado que esta simple intervención incrementa las tasas de cesación. | [A] |
| 4 | Se recomienda que los enfermeros brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa las tasas de cesación. | [A] |
| 5 | Se recomienda que todo el equipo de salud, evalúe la motivación del fumador para dejar de fumar, en cada oportunidad de contacto. | [C] |
| 6 | Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud, brinden intervenciones motivacionales a los fumadores que aun no están preparados para dejar de fumar, a fin de incrementar su motivación. | [C] |
| 7 | Para la realización de intervenciones psico-sociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos: 1) desarrollo de habilidades y resolución de problemas, 2) apoyo profesional y 3) apoyo social | [B] |
| 8 | Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar por parte de cualquier integrante del equipo de salud, particularmente por los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria. | [A] |
| 9 | Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de un seguimiento programado a fin de evitar la recaída y manejar problemas residuales de la cesación. | [C] |
| 10 | Se recomienda promover el desarrollo de todos los formatos de intervenciones intensivas psico-sociales , ya sean presenciales (individuales o grupales) o telefónicos, dado que todos han demostrado ser efectivos. | [A] |
| 11 | Se recomienda implementar tratamientos psico-sociales tan intensivos como sea posible, dado que a mayor tiempo de contacto de intervención psico-social, mayor tasa de cesación. | [A] |
| 12 | Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales incluyan como mínimo 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno y con una frecuencia mínima de 1 encuentro semanal. | [C] |
| 13 | Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud, adecuadamente capacitado. | [A] |
| 14 | Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales sean brindadas por 2 o mas integrantes del equipo de salud provenientes de diversas disciplinas, dado que el trabajo interdisciplinario ha demostrado mejorar los resultados obtenidos. | [A] |
| 15 | Se recomienda por igual el uso de intervenciones intensivas psico-sociales tanto grupales como individuales jerarquizando para su elección las preferencias de los usuarios. | [B] |
| 16 | Se recomienda que siempre que fuera posible, los fumadores participen de intervenciones psico-sociales intensivas para dejar de fumar, dado que éstas constituyen la estrategia más efectiva y costo-efectiva para la cesación. | [B] |
| 17 | Se recomienda que la estrategia global de cesación articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención breve, intervención intensiva, intervenciones farmacológicas, intervenciones telefónicas, concursos Abandone y Gane, y otras estrategias de promoción que permitan incrementar las tasas de cesación. Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que esta estrategia involucre de manera activa al Primer Nivel de Atención . | [RPG] |
| 18 | Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención, dado que el mismo duplica la chance de éxito del intento. Situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de 10 cigarrillos/ día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia. | [A] |
| 19 | Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de una intervención psico-social, al menos breve. | [A] |
| 20 | Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de primera línea: sustitutos nicotínicos y bupropion. | [A] |
| 21 | Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de segunda línea: clonidina o nortriptilina, solo cuando las drogas de primera línea no pudieran utilizarse o no se encontraran disponibles. | [A] |
| 22 | Se recomienda el uso indistinto de cualquier forma farmacéutica de los sustitutos de nicotina dado que son similares en eficacia. La elección debe depender de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo. | [A] |

| | | |
|----|--|-------|
| 23 | Se recomienda el uso indistinto de sustitutos de nicotina y bupropion . Ambos son similares en eficacia respecto del placebo y no existe evidencia suficiente que indique superioridad de eficacia de uno respecto del otro. La elección de alguno de ellos dependerá de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo. | [C] |
| 24 | Se recomienda iniciar el tratamiento con parches de nicotina el día en que el paciente deja de fumar y finalizar el tratamiento a las 8 semanas. Es indistinto realizar descenso progresivo de la dosis o discontinuación abrupta. Se recomienda iniciar el tratamiento con bupropion al menos una semana antes del día que el paciente deja de fumar y finalizar su uso a las 7 a 9 semanas. Su discontinuación no requiere disminución progresiva de la dosis. | [A] |
| 25 | Se recomienda que la utilización de tratamientos farmacológicos combinados se reserve exclusivamente para circunstancias especiales como alto nivel de dependencia, comorbilidades severas o antecedentes de intentos de cesación frustrados con un solo fármaco. | [C] |
| 26 | No se recomienda el uso de tratamientos donde existe insuficiente evidencia que avale su utilización (láser, electroestimulación mecamilamina, naltrexona, lobelina, acetato de plata, terapias aversivas, ansiolíticos, y acupuntura) o existe evidencia que confirma su ineficacia (hipnoterapia y antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina) | [A] |
| 27 | Se recomienda que para evitar el aumento de peso al dejar de fumar el equipo de salud: 1) informe a los fumadores que los riesgos para la salud del aumento de peso son pequeños comparados con los riesgos del tabaquismo, 2) indique actividad física y alimentación saludable 3) logre que los fumadores se concentren primariamente en dejar de fumar y no en controlar el peso simultáneamente y 4) recomiende bupropion o chicles de nicotina ya que han demostrado retardar el aumento de peso luego de la cesación. | [C] |
| 28 | Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los niños y adolescentes , y en sus padres, y administren un consejo familiar con respecto a la cesación y a la prevención del tabaquismo pasivo en el hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una intervención psico-social | [C] |
| 29 | Se recomienda ofrecer a las fumadoras embarazadas , una intervención psico-social intensiva para estimularlas a dejar de fumar cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo. | [C] |
| 30 | Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con comorbilidades psiquiátricas asociadas y otras adicciones simultaneas (alcohol, cocaína, etc) lo realicen expertos en cesación junto con el personal de salud mental dado que el abordaje psico-social y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares. | [RPG] |
| 31 | Se recomienda informar a todos los pacientes que sean internados en un hospital que el mismo es un ámbito libre de humo y ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen. | [A] |
| 32 | Se recomienda que todo paciente cardiovascular reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar y un fuerte consejo de cesación reiterado y continuo a lo largo del tiempo. Tanto los sustitutos nicotínicos como el bupropion son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares. | [C] |
| 33 | Se recomienda que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciban, siempre que sea posible, tratamiento intensivo psico-social y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica. | [A] |
| 34 | Se recomiendan 6 estrategias de intervención institucional para favorecer a la cesación : 1) Implementar un sistema de identificación de todos los fumadores. 2) Proveer educación y capacitación en estrategias de cesación tanto en pre-grado como en el postgrado. 3) Destinar personal para que brinden tratamiento y evalúen su funcionamiento. 4) Promover políticas hospitalarias que fomenten y brinden servicios para dejar de fumar. 5) Garantizar la cobertura del tratamiento farmacológico y psico-social de la dependencia al tabaco. 6) Remunerar económicamente a los profesionales que brinden este tratamiento. | [B] |
| 35 | Se recomienda que el Estado como ente Rector lidere una estrategia amplia de políticas de promoción de la cesación tabáquica, asegurando la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población y coordinando acciones en red para favorecer a la capacitación del equipo de salud. Asimismo, se recomienda que la sociedad civil y científica se comprometa y articule el esfuerzo con el Estado para garantizar la capacitación y motivación del equipo de salud, con el propósito de brindar servicios de cesación a la comunidad, y reducir la morbilidad debida al consumo de tabaco. | [RPG] |

* Grado de Recomendación acorde a niveles de evidencia según se muestra en tablas 1 y 2

3. Evaluación del estatus de fumador y consejo antitabáquico dado por el equipo de salud.

Toda persona que consulta al sistema de atención de la salud debe ser interrogada sobre su consumo de tabaco. La respuesta debe ser registrada sistemáticamente en un lugar visible de la historia clínica del paciente. Esta simple medida triplica la chance de intervención en cesación por parte del equipo de salud.¹⁰

Una vez identificado el fumador, el simple consejo para dejar de fumar, incrementa las tasas de cesación, constituyéndose en una estrategia, muy sencilla, que demanda poco tiempo, y que implementada masivamente por todo el equipo de salud, genera un gran impacto sanitario.

Cuando el consejo es brindado por el médico, la tasa de cesación se incrementa en un 2.5% al año respecto de la no intervención.¹¹

Evidencia similar, aunque de una efectividad algo menor, se observa cuando el consejo es brindado por los enfermeros.¹²

Si bien es cierto que las intervenciones intensivas brindadas por múltiples profesionales del equipo de salud¹³ son efectivas, no hay evidencia disponible que haya evaluado el consejo breve brindado por profesionales de la salud que no sean médicos o enfermeros. No obstante es razonable que si el consejo es efectivo al ser dado por médicos y enfermeros, su efectividad pueda ser extensible a todo el equipo de salud.

Es útil brindar información sobre los beneficios del dejar de fumar de manera personalizada, relacionándolo con las condiciones de salud del fumador.

Un ejemplo de consejo podría ser: “..Lo mejor que podría hacer por su salud es dejar de fumar...” El consejo antitabáquico debe dirigirse a “**no fumar**” y no a “**fumar menos**” y vale la pena enfatizar que el tabaquismo es una adicción, y por lo tanto, resulta prácticamente imposible controlar el consumo. Además, existe evidencia reciente que demuestra que fumar poca cantidad (1 a 5 cigarrillos/ día) incrementa en un 40% el riesgo de infarto de miocardio¹⁴, por lo que es importante desmitificar al bajo consumo como inocuo.

4. Evaluación de la motivación para dejar de fumar

Prochaska y DiClemente describieron “etapas de cambio” en las adicciones, por las que todo adicto progresa de manera evolutiva.

Fase de pre-contemplación: los fumadores no conocen o no consideran tener problemas con la adicción. **Fase de contemplación:** los fumadores reconocen tener un problema físico o psíquico causado por la adicción pero se muestran ambivalentes ante la decisión de cambio. **Fase de preparación:** la ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar. **Fase de acción:** el fumador puede entrar en acción y modificar su conducta respecto de su adicción. **Fase de mantenimiento:** la persona debe desarrollar estrategias que prevengan la recaída. **Fase de recaída:** la recaída es muy común en todas las adicciones. Aquellos que vuelven a fumar deben recomenzar con el ciclo.

Existe amplia experiencia clínica a nivel mundial de la utilización de este modelo teórico para la evaluación de la motivación para dejar de fumar y la adecuación de las intervenciones acorde a dichas “etapas de cambio”.

Tal es su difusión, que 15 guías de práctica clínica de diversos lugares del mundo recomiendan este marco teórico para la evaluación de la motivación y el abordaje terapéutico.^{10 15 16}

El primer paso es valorar en cuál de las etapas del ciclo se encuentra cada persona. Esto es muy sencillo y se consigue con solo 3 preguntas. Ver grafico 1.

Será muy difícil que quien no esté listo para dejar de fumar se adhiera a un programa de tratamiento y es altamente posible, que sin motivación, un plan terapéutico sea inefectivo.¹⁷

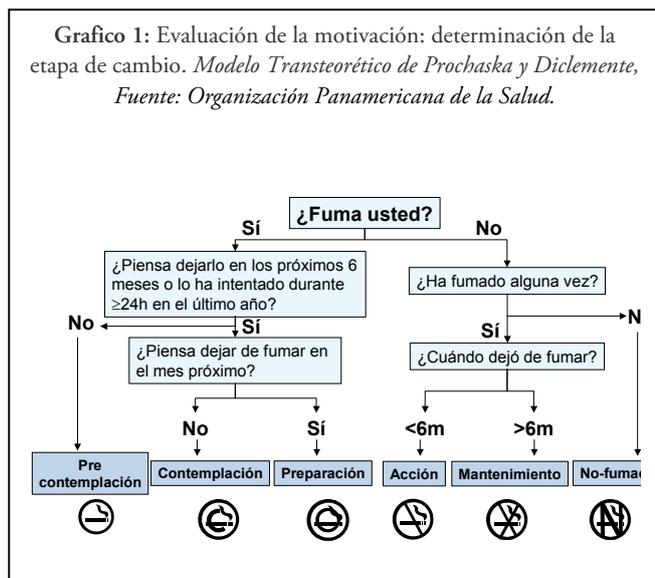
La tarea del profesional de la salud será, en cada caso, realizar la intervención motivacional adecuada para ayudar al fumador a avanzar en su proceso madurativo de recuperación.

Sin intervención, la mayoría de los fumadores permanecen estáticos en el proceso adictivo.

Las intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio están basadas en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente antes descrito.^{18 19}

A pesar de su extenso uso, la evidencia de efectividad que surge de la utilización de este modelo es aun insuficiente. Un meta-análisis de

23 ensayos clínicos comparó la efectividad de la intervención basada o no en el modelo de etapas de cambio. No hay suficiente evidencia para concluir que las intervenciones basadas en el modelo de etapas de cambio sean más efectivas que las intervenciones no basadas en dicho modelo²⁰. Sin embargo en la actualidad no hay otros modelos de abordaje disponibles que ofrezcan alternativas mejores, o más efectivas. El modelo de etapas de cambio es biológica, psicológica y socialmente racional, su utilización es práctica y es la mejor herramienta que tenemos en la actualidad para la intervención en fumadores. Es probable que la escasa evidencia de efectividad tenga que ver con problemas de diseño de los estudios y no con la ineffectividad del modelo.



5. Intervenciones para los fumadores que aun no están listos para dejar de fumar

En este grupo deben realizarse preguntas abiertas, que favorezcan la elaboración y reflexión y que fomenten su autonomía de cuidado. Se deben abordar los pros y los contras de dejar de fumar (las ambivalencias, temores, obstáculos y ventajas)

Es recomendable, siempre, jerarquizar las prioridades motivacionales del paciente y focalizar en los beneficios del dejar de fumar.^{21 22 23}

Si bien es cierto que brindar información sobre el daño que provoca el cigarrillo puede ser estimulante para algunos fumadores, es más efectivo focalizar en

los beneficios, que confrontar y argumentar excesivamente sobre el daño que ocasiona el tabaquismo a la salud. En la tabla 3 se sintetizan las intervenciones motivacionales dirigidas a fumadores aun no preparados para dejar de fumar.

Tabla 3: Intervenciones motivacionales para fumadores no preparados para dejar de fumar (pre-contemplativos y contemplativos) Adaptada de Fiore y col 2000¹⁰

| Propósito | Estrategia |
|---|--|
| 1) Razones personales para dejar de fumar | Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar? El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del paciente. Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente. |
| 2) Riesgos del tabaquismo | Cómo cree que el tabaco afecta su salud? Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar? Qué riesgos cree que puede implicarle fumar? El profesional de la salud debe resaltar aquellos riesgos que son relevantes para el fumador. Informar sobre el riesgo agudo y en el largo plazo. El riesgo para el medioambiente y para los convivientes. (tabaquismo pasivo, aumento de la incidencia de asma y catarros en los niños, etc) Desmitificar el hecho de que fumar pocos cigarrillos o fumar en pipa es inofensivo para la salud. Evitar falsos reaseguros (chequeos o radiografía de tórax normales no implican que el fumar haya sido inofensivo) Vincular al tabaquismo con otros problemas de salud. |
| 3) Beneficios de abandonar | Cuáles cree que podrían ser los beneficios si dejara de fumar? Nuevamente, jerarquizar las prioridades del paciente. Proveer información sobre los beneficios posibles: ej: mejorar la salud general, el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse mucho menos, recuperar sentidos del gusto y del olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, etc. |

| | |
|---|---|
| 4) Obstáculos para abandonar | Hay algo que le impide dejar de fumar? Qué le preocuparía si dejara de fumar? Le genera algún temor dejar de fumar? Suelen aparecer temores al fracaso, al exceso de peso, a la pérdida del placer por fumar. Ofrecer respuestas y alternativas de solución a dichos temores. |
| 5) Evaluación de intentos anteriores de cesación | Cómo fueron, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar. Qué cree haber aprendido de esos episodios anteriores |
| 5) Repetición de la intervención continua, y ofrecimiento de ayuda explícita | Esta intervención motivacional debe realizarse siempre que se pueda, en cada visita. Conectar, cada vez que se pueda, el síntoma de consulta con el tabaquismo. Ofrecer ayuda explícita: Mostrarse interesado en ayudarlo a dejar de fumar y ofrecer una entrevista para iniciar un programa de tratamiento, explicar que hay tratamiento y que está a su alcance. |

6. Intervenciones para los fumadores listos para dejar de fumar

De acuerdo a la evidencia disponible todos los fumadores que quieren dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervenciones: una intervención psico-social dirigida a tratar la dependencia psíquica y social y una intervención farmacológica para aliviar la dependencia física.

La intervención psico-social (al menos en un formato breve) es eficaz para la cesación y debe ofrecerse al 100% de los fumadores listos para dejar de fumar. Puede tener diversos grados de intensidad, medida como tiempo de contacto con el fumador. A mayor intensidad mayor eficacia del tratamiento.^{13 24}

La intervención farmacológica deberá ofrecerse a la mayoría de los fumadores (ver en apartado específico). Los fármacos no deben utilizarse como una estrategia terapéutica aislada, dado que su eficacia depende de su utilización en un marco terapéutico psico-social.²⁵ La indicación de farmacoterapia es independiente del formato terapéutico psico-social que se utilice (sea este breve o intensivo).

A. Intervenciones breves

Las intervenciones breves son un conjunto de estrategias efectivas para la cesación, que pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y que demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial.

Están basadas en la mejor calidad de evidencia y están ampliamente difundidas y recomendadas por numerosas guías de práctica clínica de todo el mundo.^{10 26 27 28 29}

Su duración estimada es de 3 a 5 minutos por consulta. Puede utilizarse con toda la población fumadora independientemente del sexo, edad, raza y nivel de adicción a la nicotina.

Las intervenciones breves están constituidas por 5 componentes fundamentales que se enumeran en la tabla 4.

Tabla 4: Los 5 componentes de las intervenciones breves.

| | |
|---|---|
| 1 | Conocer el estatus de fumador , registrarlo y actualizarlo en cada consulta. |
| 2 | Realizar consejo antitabáquico claro |
| 3 | Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia) |
| 4 | Elaborar un programa de tratamiento <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de abandono • Intervención psico-social • Intervención farmacológica |
| 5 | Elaborar un plan de seguimiento |

*Los puntos 1, 2, y 3 de la intervención breve ya fueron desarrollados previamente.

4) Elaborar un programa de tratamiento

Un programa de tratamiento debe incluir 3 elementos claves:

a) Fecha de abandono

La chance de éxito es 4 veces mayor cuando se deja de fumar en un día determinado y súbitamente, que cuando se baja paulatinamente la cantidad.³⁰

Poner una fecha para dejar de fumar predice el éxito del intento. Se recomienda que el fumador notifique la fecha a sus familiares y amigos. Es importante que la fecha para dejar de fumar no se fije más allá del mes desde el momento en que se inicia el tratamiento, dado que pasado este periodo disminuye la motivación.

b) Intervención psico-social

Las estrategias psico-sociales, provenientes de diversos marcos teóricos (aunque mayoritariamente de la Psicología cognitivo-conductual)^{31 32} están destinadas a que el adicto en recuperación conozca las características de su adicción, modifique pautas de su comportamiento frente a ella y desarrolle estrategias y habilidades para manejar la abstinencia que le permita poner en marcha un cambio significativo de estilo de vida.

Las estrategias que han demostrado ser más exitosas para el tratamiento psico-social incluyen: 1) **desarrollo de habilidades y resolución de problemas**, 2) **el apoyo intra tratamiento ya sea profesional o de pares**, 3) **el apoyo social (fuera del programa del tratamiento)**.²⁴ Las estrategias son muy sencillas, pueden ser utilizadas por cualquier integrante del equipo de salud entrenado, y se detallan en la tabla 5.

Un cuarto marco teórico, el de las terapias aversivas, ha mostrado ser efectivo. Sin embargo los estudios no son suficientemente robustos para justificar su utilización³³ y debido al riesgo de toxicidad se excluyen de la mayoría de las guías de práctica clínica.

Desarrollo de habilidades y solución de problemas: consiste en un conjunto de estrategias que se apoyan en múltiples teorías cognitivo-conductuales: feedback positivo, ruptura de asociaciones automáticas, técnicas de control de estímulos, adquisición de información clave para el éxito, identificación de situaciones que llevan a fumar, identificación de estrategias sustitutivas del acto de fumar, manejo de los síntomas de abstinencia. Merece la pena mencionar qué significa el síndrome de abstinencia (particularmente en los primeros días). El paciente debe conocer cuales son los síntomas de abstinencia que se van a presentar, para poder prepararse frente a ellos. El principal es el “deseo imperioso de fumar cigarrillos”. Otros síntomas de abstinencia incluyen irritabilidad, insomnio, nerviosismo, dificultad en la concentración, mareos y constipación. Los síntomas de abstinencia no suelen prolongarse más allá del primer mes de abandono, siendo más fuertes durante los primeros 7 a 14 días. El síntoma cardinal, “el deseo imperioso de fumar”, cede al cabo de unos 2 o 3 minutos, por lo que es importante tener a mano una estrategia sustitutiva hasta que el síntoma pase.

Apoyo dentro del programa de tratamiento: consiste en un conjunto de estrategias que se apoyan en múltiples teorías cognitivo-conductuales que son brindadas en el marco del tratamiento: refuerzo de motivaciones positivas, ventajas de la cesación, aumento de la auto-eficacia (capacidad para lograr las metas), técnicas de reestructuración cognitiva (para evitar mitos y racionalizaciones frecuentes), prevención de problemas residuales de la cesación (como aumento de peso, irritabilidad, etc) , técnicas de pros y contras en la toma de decisiones, teoría del refuerzo diferencial, etc.

Apoyo social: consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al fumador a conseguir apoyo de su entorno social: búsqueda de apoyo familiar y social, estímulo a generar ambientes libres de humo en el hogar y el trabajo, ideas altruistas, apoyo a otros fumadores a dejar, etc.

Tabla 5: Estrategias conductuales efectivas para fumadores preparados para dejar de fumar.

Adaptada de Fiore y col 2000¹⁰

| Terapias psico-sociales <i>Recom. Tipo “B” *</i> | Estrategias | Ejemplos |
|--|---|---|
| DESARROLLO DE HABILIDADES PARA SOSTENER LA ABSTINENCIA | Identificar <u>SITUACIONES DE RIESGO O GATILLO</u> de volver a fumar. | ▪ Estar en situaciones de stress. Sentimientos negativos, estar con otros fumadores, tomar alcohol, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. Es fundamental que cada fumador identifique las propias situaciones de riesgo. |

| | | |
|--|---|--|
| Y ENTRENAMIENTO EN LA RESOLUCIÓN PRACTICA DE PROBLEMAS | Implementar <u>ESTRATEGIAS SUSTITUTIVAS</u> al acto de fumar. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrategias conductuales para manejar la urgencia por fumar y para manejar el stress: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, hacer algo placentero, bañarse, aplicar alguna técnica de relajación, leer, etc ▪ Mejorar la calidad de vida, realizar alguna actividad placentera cotidianamente, realizar actividad física. |
| | Informar sobre la <u>NATURALEZA DEL TABAQUISMO</u> y <u>CLAVES PARA EL EXITO</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar sobre síntomas de abstinencia y su periodo de duración. ▪ Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina. ▪ Informar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 o 3 minutos y que la estrategia sustitutiva es clave para atravesar ese momento de urgencia. ▪ Alertar que una sola “pitada” puede implicar una recaída. |
| APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD | Favorecer la <u>ESTIMULACIÓN PARA EL ABANDONO.</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmitir que existe un tratamiento efectivo para dejar de fumar. ▪ Que la mitad de la gente que alguna vez fumó, pudo dejar. ▪ Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo. |
| | Ofrecer <u>CUIDADO</u> Responder <u>INQUIETUDES</u> Desmitificar <u>TEMORES</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar. ▪ Ofrecer en forma directa el deseo de ayudarlos. ▪ Ser abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca de dejar de fumar. |
| | Favorecer la <u>ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ABANDONO</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preguntar y trabajar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Razones o motivos para dejar de fumar. ▪ Preocupaciones y dudas si deja de fumar. ▪ Logros conseguidos hasta ese momento. ▪ Dificultades en el proceso de abandono. |
| APOYO SOCIAL Y FAMILIAR | Solicitar <u>SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajar sobre la utilidad de la contención familiar y social. ▪ Informar el día “D” a familiares y amigos. ▪ Estimular a que generen un ambiente libre de tabaco en la casa y en el trabajo solicitando la cooperación de su entorno. |
| | Facilitar el desarrollo de <u>HABILIDADES PARA CONSEGUIR SOPORTE</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayudar a los fumadores a identificar a las posibles personas que le brinden contención y apoyo en el proceso de recuperación. Por ej: Pedirles ayuda explícita, pedirles que no fumen en su presencia, solicitar que no le ofrezcan cigarrillos, alertar al entorno social sobre sus posibles cambios transitorios en el humor, etc. ▪ Informarlos sobre existencia de líneas de ayudas telefónica. |
| | Estimular el <u>SOPORTE A OTROS FUMADORES</u> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser soporte de otros fumadores para que dejen de fumar. ▪ Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar. |

c) Intervención farmacológica.

Existe abundante evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad del tratamiento farmacológico. Las tasas de éxito se duplican cuando se administra farmacoterapia en el contexto de al menos una intervención breve psico-social.²⁵

³⁴ ³⁵ ³⁶ Ver apartado de farmacoterapia.

5) Elaborar un plan de seguimiento

El seguimiento debe ofrecerse intervenciones e como parte del tratamiento durante el período inmediato a la intervención dado que la mayor parte de las recaídas se dan en las primeras semanas. Se recomienda como mínimo una visita de seguimiento dentro de la primera semana de intervención y otra segunda visita al mes de la abstinencia. Sin embargo cuanto más intensivo es este seguimiento mejores son los resultados, dado que el tiempo de contacto predice el éxito de la intervención.

Los objetivos del seguimiento son: prevenir la recaída, recomendar la abstinencia completa, abordar problemas intervenciones frecuentes (como el aumento de peso, manejo del síndrome de abstinencia, intervención, depresión etc), evaluar adherencia y dificultades con la farmacoterapia, felicitar al paciente y estimularlo a continuar, reforzar ventajas y reforzar la intervención.

El aumento de peso es un problema intervención frecuente de la intervención. En la versión extensa de la guía existe abundante intervención sobre el manejo de esta y otras problemáticas intervención.

La recaída es altamente frecuente y es imprescindible que el intervención de la salud incorpore a la recaída como una parte normal del proceso de recuperación de la dependencia al tabaco. intervención los fumadores realizan numerosos intentos antes de lograr dejar de fumar y con cada uno alcanzan mayores posibilidades de éxito definitivo. Esto último es altamente estimulante para los fumadores.

Se suele intentar al menos 5 veces antes de conseguir dejar de fumar abandonote manera definitiva.

Se considera éxito del tratamiento a la permanencia de la abstinencia durante al menos 1 año. La recaída se observa en un 70- 80 % al año.

B. Intervenciones intensivas

Se entiende por Intervención Intensiva a aquella que implica un contacto personal reiterado y prolongado. La intensidad de la intervención se refiere al componente psico-social del tratamiento dado que la inclusión o no de fármacos es independiente de la definición de intensidad de intervención. Se recomienda incluir la farmacoterapia tanto en la intervención intensiva como en la breve.

Existe una relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención psico-social (medida en tiempo de contacto) y la tasa de éxito. Es decir cuanto más tiempo los profesionales de la salud dedican a una intervención psico-social, mayor es la tasa de cesación.^{10 13 24}

Algunos autores consideran intensiva a aquella intervención que implica al menos 4 encuentros de al menos 10 minutos cada uno, entre el equipo profesional y el fumador.¹⁰ Otros autores, sin embargo, recomiendan 5 encuentros de al menos una hora cada uno con un seguimiento post cesación de al menos un mes.²⁹

En nuestro país, las intervenciones intensivas grupales suelen ser más prolongadas (6 encuentros de una o dos horas cada uno aproximadamente). Variaciones en la intensidad quedan a criterio del equipo interviniente y de las posibilidades locales de implementación.

Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para tal fin, dado que hay evidencia de que la efectividad es alta independientemente de quien la brinda.^{10 13 24}

Una intervención intensiva psico-social es más efectiva si 2 o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto.¹⁰

Todos los formatos de intervención psico-social, ya sean presenciales (grupales o individuales), o brindados por líneas telefónicas, son altamente efectivos para ayudar a dejar de fumar y poseen las tasas más elevadas de cesación y costo-efectividad.³⁷ Por esto todos deben ser promocionados, jerarquizando siempre las preferencias de los usuarios para elegir una u otra opción.

Sin embargo una fuerte limitación de las intervenciones intensivas presenciales es su bajo alcance poblacional. Solo un 5% de los tabaquistas deja de fumar con este abordaje terapéutico. Por lo tanto es crucial que la estrategia global de cesación articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención psico-social breve e intensiva, farmacológica, telefónica, concursos Abandone y Gane, y otras estrategias de promoción de la cesación. Es clave involucrar al sector de la Atención Primaria de la Salud y capacitar al equipo de salud desde el pregrado, para lograr un alto impacto sanitario.

C. Farmacoterapia del tabaquismo

La intervención farmacológica constituye una herramienta terapéutica eficaz dado que duplica la chance de éxito de un intento de cesación a través del control de los síntomas de abstinencia, independientemente de la intensidad de la intervención psico-social.^{25 34 34 35}

El tratamiento farmacológico siempre debe ser parte de una estrategia organizada para dejar de fumar y no una única intervención aislada, dado que la evidencia que sustenta su uso como único recurso es limitada y controvertida. Numerosas guías internacionales recomiendan su utilización en contexto de al menos una intervención breve psico-social y su prescripción debe realizarse en el momento evolutivo adecuado de la dependencia (fase de preparación-acción de Prochaska)^{9 10 15 16 28 29} Proporcionar farmacoterapia a fumadores en etapas inmaduras del proceso (por ejemplo contemplación o pre-contemplación) constituye un uso inapropiado e ineficiente de los recursos, dado que la eficacia de la farmacoterapia se reduce significativamente en fumadores no preparados para dejar.

¿A quién tratar con fármacos?

Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención. En algunas circunstancias especiales tales como: consumo menor de 10 cigarrillos/ día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia, es necesario una evaluación individualizada.^{10 29}

En el pasado, se recomendaba un abordaje escalonado, es decir, se intentaba primero que el paciente dejara de fumar sin fármacos y, se ofrecía un tratamiento con sustitutos de la nicotina solo en los casos de fracaso.

Actualmente, se recomienda ofrecer terapia farmacológica a todo aquel que esté dispuesto a recibirla, por razones de efectividad y costo-efectividad.

Fármacos de primera línea:

Sustitutos nicotínicos: Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, spray nasal, inhalador bucal, y tabletas sublinguales etc.). El principio activo es la nicotina (un potente estimulante del SNC con receptor colinérgico específico) que ingresa a la sangre y llega al SNC, controlando los síntomas de abstinencia y (en el caso de los parches) desensibilizando los receptores nicotínicos a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada (efecto de tolerancia).

Bupropion: antidepresivo atípico, no se conoce con exactitud su mecanismo de acción, aunque se sabe que inhibe la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina en los núcleos accumbens y coeruleus. Al aumentar los niveles de dopamina en el espacio sináptico (efecto similar al que provoca la nicotina) ayuda a controlar los síntomas de abstinencia. Evidencia reciente muestra que sería un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Esta actividad anti-nicotínica podría ser un contribuyente de su efecto terapéutico³⁸.

Fármacos de segunda línea:

Clonidina: agonista alfa adrenérgico

Nortriptilina. Antidepresivo tricíclico de segunda generación

Estos fármacos son eficaces para la cesación.^{34 39} Se constituyen como tratamientos de segunda línea dada su alta tasa de efectos adversos.

Elección de fármaco inicial

No hay evidencia contundente que muestre diferencias entre la terapia de sustitución nicotínica (TSN) y el bupropion. Si bien es cierto que en el único trabajo que los compara⁴⁰, el bupropion fue superior a la TSN, no hubo diferencia entre la rama placebo y la rama TSN (15.6% vs. 16.4%) contrariamente a lo que muestran numerosos meta-análisis donde el efecto de la TSN duplica al placebo

Por tal motivo es necesario esperar a la realización de nuevos estudios para corroborar dicha información y por ahora la TSN y el bupropion son fármacos de primera línea por igual, debiéndose elegir una u otra opción terapéutica según condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias de los fumadores y costo del tratamiento.

Este último punto no es un tema menor dado que en nuestro país, al momento de la realización de esta guía, no se encuentran disponibles chicles ni otros sustitutos de la nicotina en el mercado a excepción de los parches, y el tratamiento con bupropion tiene un costo sensiblemente menor al tratamiento con parches de nicotina. En la medida que el escenario actual de disponibilidad, costos y cobertura no se modifique, a pesar de tratarse de fármacos de primera línea, la disponibilidad de los mismos y la diferencia de precios son factores influyentes al momento de su elección.

Terapias combinadas

Existe una limitada evidencia para recomendar de modo generalizado la terapia con sustitutos nicotínicos combinados y con tratamiento combinado de parches y bupropion. Circunstancias especiales como severo nivel de dependencia, comorbilidades severas y antecedentes de intentos frustrados con un solo fármaco, deberán ser evaluadas para considerar la combinación de fármacos.¹⁰ No debe perderse de vista que la combinación incrementa significativamente los costos, reduce la costo-efectividad y limita la adherencia.

¿Cuándo iniciar y finalizar la terapia farmacológica?

Se recomienda iniciar el tratamiento con **parches** el día que se deja de fumar (DIA D) y finalizar al cabo de 8 semanas. Prolongar su uso más allá de este lapso de tiempo es injustificado dado que el tratamiento con parches durante 8 semanas es tan efectivo como el de 12.²⁵ Discontinuar el parche a través de descenso progresivo de la dosis es tan efectivo como discontinuarlo abruptamente.^{10 25} Los parches de 16 hs. (quitándolos durante la noche) son tan efectivos como los de 24 hs.

Se recomienda iniciar tratamiento con **bupropion** al menos una semana antes del día de abandono y prolongarse 7 a 9 semanas post cesación. Su discontinuación no requiere de descenso progresivo.^{10 34 41}

| Tabla 6: Dosis e instrucciones para su prescripción Tratamientos Farmacológicos | | Dosis e Instrucciones | Duración del tratamiento |
|---|--------------------|--|--------------------------|
| Primera línea disponible en Argentina | Parche de nicotina | Deben colocarse en una zona seca, sin vello, del tronco o miembros superiores y rotar el sitio de colocación. 21mg/ 24 hs.(parche de 30 cm ³) 4 semanas 14/mg/24 hs (parche de 20 cm ³) 2 semanas 7 mg/24hs. (parche de 10 cm ³) 2 semanas o Si el paciente fuma menos de 10 cigarrillo/día y requiriera tratamiento farmacológico, comenzar con el parche de 14 mg/24hs (20cm ³) y realizar 4 semanas de 20cm ³ y 4 semanas de 10 cm ³) | 8 semanas |
| | Bupropion | 150mg los primeros 3-4 días, luego 2 tomas de 150 mg /día (mañana y tarde con 8 hs de intervalo Inter-dosis). Evitar toma nocturna por insomnio. Comenzar 1 o 2 semanas antes de la fecha de abandono. | 9 semanas. |
| Segunda línea | Clonidina | 0.15 a 0.75 mg./día en 2 tomas Advertir al paciente que no debe suspenderse súbitamente por su efecto rebote. | 3 -10 semanas |
| | Nortriptilina | 75 a 100 mg. /día. Comenzar con 25 mg/día e ir incrementando paulatinamente. | 12 semanas |

Dosificación e instrucciones para su uso

La adecuada prescripción al paciente, es un elemento clave para la adherencia y la eficacia del tratamiento. Las dosis e instrucciones para el tratamiento se describen en la tabla 6.

Parches: se debe colocar un parche por día, a la mañana al levantarse y sacarlo al día siguiente en el mismo momento en que se coloca un parche nuevo. Si ocasionara picazón o irritación local puede aliviarse con una crema de hidrocortisona al 1%. Si ocasionara insomnio, se recomienda colocar el parche durante 16 horas (retirar el parche para dormir).

Bupropion: es fundamental que la segunda toma, se realice a la tarde para evitar el insomnio.

7. Recomendaciones para grupos específicos

La guía ha desarrollado recomendaciones para poblaciones especiales como adolescentes, embarazadas, pacientes hospitalizados, comorbilidades severas cardiovasculares, respiratorias o psiquiátricas. Aquellas personas que se encuentren interesadas en el abordaje de estos grupos especiales pueden consultar la versión extensa de la Guía.

8. Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo

El panel de expertos desaconseja los tratamientos que implementan métodos que no están respaldados por la evidencia científica.

Existen numerosos meta-análisis que han evaluado la eficacia de estos tratamientos.

Sobre los siguientes métodos de tratamiento se ha determinado que existe insuficiente evidencia como para recomendar su utilización: ansiolíticos (diazepam, meprobamate, metoprolol, oxprenolol y buspirone)⁴², antagonista nicotínico (mecamilamina)⁴³, opioides (naltrexona), acetato de plata⁴⁴, agonista parcial nicotínico (lobelina)⁴⁵, terapias aversivas³³ acupuntura, láser terapia o electroestimulación⁴⁶. Merece una mención especial la acupuntura: un ensayo clínico posterior al meta-análisis antes citado reporta tasas de cesación con auriculoterapia que duplican al placebo⁴⁷. Estos datos requieren de investigación adicional para su confirmación.

Sobre los siguientes métodos de tratamiento se ha demostrado ineficacia: hipnoterapia⁴⁸, otros antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina: sertralina, fluoxetina y paroxetina³⁴

9. Intervenciones Institucionales

Marco regulatorio necesario del tratamiento de la adicción al tabaco:

En la Argentina, aproximadamente el 55% de la población tiene cobertura medica a través de obras sociales o prepagas y el 45% tiene acceso al sistema público de salud. Es responsabilidad del Estado como ente rector asegurar la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población, independientemente del nivel o tipo de cobertura médica. Para el caso de la población que se asiste en el sistema público, lo óptimo sería una

cobertura del 100% de los tratamientos y en el caso de la población que tiene seguro médico a través del sistema de obras sociales, el objetivo sería lograr la inclusión de los tratamientos en el PMO (Programa Medico Obligatorio) y en los sistemas de obras sociales provinciales. Es decir que las obras sociales y prepagas brindarían una cobertura entre el 40 y 70 % del valor de los tratamientos, de la misma manera que cubren otras entidades crónicas prevalentes.

Rol de los administradores de salud:

Numerosas investigaciones han demostrado que los sistemas de salud juegan un rol protagónico en el control del tabaco. Sin un sistema que establezca políticas articuladas para el control del tabaco, las acciones individuales de los profesionales de la salud no serán suficientes para tratar y resolver la problemática sanitaria de la dependencia al tabaco.

Financiar los tratamientos para la cesación tabáquica a los adultos, es el beneficio en cobertura más costo-efectivo que pueden implementar los seguros de salud.^{49 50 51}

La evidencia muestra que los fumadores tratan más veces de dejar y que el número absoluto de ex fumadores aumenta cuando los tratamientos están cubiertos.

10. Conclusiones Generales

- 1) La dependencia al tabaco es un problema de salud crónico y a menudo requiere de intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática.
- 2) Existe para el tabaquismo un tratamiento efectivo y costo-efectivo que posee altas tasas de éxito a largo plazo.
- 3) Dado que existe una terapia efectiva, todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento.
- 4) Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo.
- 5) Las intervenciones breves son efectivas y de alto alcance poblacional, por lo tanto todo fumador debe recibir al menos esta alternativa de tratamiento.
- 6) Para dar respuesta a la creciente demanda social de servicios de cesación, es necesario crear una red de servicios eficaces para dejar de fumar. Esta red permitiría incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias.
- 7) Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención (atención primaria).
- 8) El tratamiento de la dependencia al tabaco es clínicamente efectivo y costo-efectivo en relación a otras prácticas e intervenciones médicas. Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remunerar a los profesionales que trabajan en dicha área como en cualquier otra actividad convencional.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina – 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.
- ² Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes – 2002. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.
- ³ Bruni, J.M. : Costos Directos de la Atención Médica de las Enfermedades Atribuibles al Consumo de Tabaco en Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Proyecto VIGIA. Informe final, 2004.
- ⁴ Minervini, Zabert y ot.: Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes
- ⁵ Zabert, G. y col: Estudio FUMAR: reporte final XXXI Congreso AAMR y V Congreso ALAT Buenos Aires 2004. Proyecto FUMAr, 2004.
- ⁶ Papanikolaou GN et al. Reporting of conflicts of interest in guidelines of preventive and therapeutic interventions. *BMC Med Res Method* 2001; 1:3
- ⁷ Guidelines developments methods. Information for national collaborating centres and Guidelines Developers. Disponible en NICE [Hwww.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- ⁸ The Agree Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001 <http://www.agreecollaboration.org>
- ⁹ Smoking Cessation . Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health , Singapore abril 2002
- ¹⁰ Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al . Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ publication No 00-0032
- ¹¹ Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005 Oxford: Update Software.
- ¹² Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ¹³ Lancaster T, Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
- ¹⁴ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11;364(9438):937-52.
- ¹⁵ Guideline for Smoking cessation. National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee) Wellington, New Zealand, ISBN 0-478-25305-2 (Document) ISBN 0478-25306-0 (Internet) First Published in July 1999, Review date March 2004
- ¹⁶ Smoking Cessation Guidelines. How to treat your patients tobacco addiction. Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. University of Toronto. Published with the assistance of an education Grant from Novartis Consumer Health Canada Inc. A Pegasus Health Care International Publication 2000.
- ¹⁷ Etter JF, Laszlo E, Perneger TV. Postintervention effect of nicotine replacement therapy on smoking reduction in smokers who are unwilling to quit: randomized trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):174-9.
- ¹⁸ Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Prac* 1982; 19: 276-88.
- ¹⁹ Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC Fava J . Measuring processes of change: applications to the cessation of Smoking. *J Consult Clin Psicol*. 1988; 56:520-8
- ²⁰ Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, Sowden AJ, Mather L, Watt IS, Walker A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*. 2003 May 31;326(7400):1175-7. Review.
- ²¹ Prochaska JO, DiClemente CC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47:1102-14.
- ²² Goldberg DN et al. Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. *Am J Prev Med* 1994; 10:267-74.
- ²³ Prochaska JO. Working in harmony with how people quit smoking naturally. *Rhode Island Med* 1993; 76:493-5.
- ²⁴ Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ²⁵ Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
- ²⁶ WestR, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987–999
- ²⁷ Kym Orsetti, MD , Shon Dwyer, Sharon Sheldon, MPH, Linda Thomas, MS LLP, Van Harrison, PhD University Michigan Health Sistem. Smoking Cessation Guideline, February 2001
- ²⁸ C.A. Jiménez-Ruiz, J.I. de Granda Orive, S. Solano Reina, F. Carrión Valero, P. Romero Palacios, and M. Barrueco Ferrero Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence SPANISH SOCIETY OF PULMONOLOGY AND THORACIC SURGERY (SEPAR) *Arch Bronconeumol* 2003;39(11):514-23
- ²⁹ WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence M Raw, P Anderson, A Batra, G Dubois, P Harrington, A Hirsch, J Le Houezec, A McNeill, D Milner, M Poetschke Langer, W Zatonski—Recommendations panel *Tobacco Control* 2002;11:44–46
- ³⁰ Kotke T *JAMA* 1988 259: 2883’2889.
- ³¹ Calvo Fernández JR y Lopez Cabaña A. El Tabaquismo. Universidad de Las Palmas Gran Canaria, 2003
- ³² Abrams DB, Niaura R y Brown RA et al. The Tobacco dependence Treatment Handbook. A guide to Best Practices. The Guilford Press. 2003
- ³³ Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ³⁴ Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ³⁵ Sandi Ronckers and Andre Ament. Cost-effectiveness of treatments for tobacco dependence. A systematic Review of the evidence... Human Nutrition Population (HNP) World Bank .February 2003
- ³⁶ Woolacott NF, Jones L, Forbes CA et al. The Clinical Effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement Therapy for Smoking cessation.: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2002. Vol 6. (16)
- ³⁷ Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD002850.

-
- ³⁸ Balfour DIL. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 56: 79-83.
- ³⁹ Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
- ⁴⁰ Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New England Journal of Medicine* 1999;340:685-91.
- ⁴¹ Guidance on the nicotine replacement Therapy and bupropion for Smoking cessation NICE (National Institute for Clinical Excellence) March 2002
- ⁴² Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ⁴³ Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ⁴⁴ Lancaster T, Stead LF. Acetato de plata para dejar de fumar (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ⁴⁵ Stead LF, Hughes JR. Lobelina para dejar de fumar (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ⁴⁶ White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- ⁴⁷ Bier, Ian D. ND, PhD, LAc, DiplAc; Wilson, Jeffrey PhD; Studt, Pat BS; Shakleton, Mary ND. Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham-Controlled Trial. *Am J Public Health*, Volume 92(10).October 2002.1642-1647
- ⁴⁸ Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
- ⁴⁹ Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11(6):538-49.
- ⁵⁰ Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261(1):75-79.
- ⁵¹ Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, et al.. Priorities among recommended clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21(1):1-9

ARGENTINA

LIBRE DE TABACO

 **Argentina**
un país en serio

 MINISTERIO *de*
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

www.msal.gov.ar