

Guía Nacional para el Manejo del Tabaquismo

Paraguay
2010



Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. Esperanza Martínez
MINISTRA

Dr. Edgar Giménez
VICE MINISTRO

Dr. Iván Allende
DIRECTOR GENERAL
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Dra. Felicia Cañete
DIRECTORA
DIRECCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

Dr. Víctor San Martín
DIRECTOR
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABAQUISMO

Coordinadores de redacción

Dr. Víctor San Martín, Director de Programa Nacional de Control del Tabaquismo
(Médico especialista en Neumología y Salud Pública).

Dra. Claudia Sánchez G, Coordinadora del grupo de expertos.
(Médica especialista en Neumología y Salud Pública)

Se distribuyó el texto de la presente Guía para su evaluación a un importante número de expertos profesionales de la salud.

Nuestra gratitud y reconocimiento al valioso aporte del **Prof. Dr. Floriano Calderoli**.

Presentación

La presente publicación pretende servir de apoyo y material de consulta para el equipo de profesionales de la salud.

La misma surge en respuesta a la necesidad aplicar la Ley N° 2969/06 que aprueba el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco, un Tratado Internacional que reafirma el derecho de todas las personas a gozar el grado máximo de salud que se pueda lograr. La citada ley en su Art. 14 estipula que cada país Parte procurará lo siguiente: **“...incorporar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia del tabaco y servicios de asesoramiento sobre el abandono del tabaco en programas, planes y estrategias nacionales de salud y educación, con la participación de profesionales de la salud, trabajadores comunitarios y asistentes sociales, según proceda.”**

La Guía forma parte de los planes y estrategias nacionales de salud, por lo que se pretende facilitar el acceso al tratamiento de la dependencia de tabaco que será aplicado en todos los niveles de atención.

Por todo lo expresado, el Programa Nacional de Control del Tabaquismo tiene la complacencia de entregar el presente trabajo, como una referencia rápida y herramienta de consulta para los profesionales de la salud. La misma constituirá un instrumento fundamental en el control de la epidemia del tabaquismo.

Este material ha sido auspiciado y realizado con apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud.

Programa Nacional de Control del Tabaquismo

Índice

• Fundamentos	4
• Destinatarios/beneficiarios	4
• Evaluación de resultados	5
• Definiciones operativas	6
• La guía identifica conclusiones.....	6
• Estrategias de intervención básica en fumadores.....	7
• Resumen de recomendaciones.....	8
• Evaluación de la motivación	10
• Modelo Prochaska y Diclemente.....	10
• Protocolo de las 5 A.....	10
• Apoyo a la cesación esquema de las 5 A.....	11
• Test de Fagerström (dependencia).....	13
• Test de Richmond (motivación)	13
• Estrategia de intervención básica en fumadores.....	14
• Asistencia: brindando asesoramiento.....	17
• Intervenciones motivacionales en fumadores aún preparados para dejar de fumar.....	19
• Tratamiento farmacológico.....	21
• Provisión de medicamentos, preguntas más frecuentes.....	25
• Organizar.....	27
• Ex fumadores recientes.....	28
• Cesación de Tabaquismo en grupos específicos.....	30
• Conclusión.....	31
• Bibliografía.....	32

Fundamentos

El tabaquismo es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. A causa del tabaco mueren 5,4 millones de personas por año y murieron 100 millones de personas en el siglo XX. Si continua la tendencia actual, mil millones de personas morirán en este siglo debido al consumo de tabaco. (1,2).

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. (3)

La dependencia del tabaco muestra características de una enfermedad crónica. Aunque una minoría de consumidores de tabaco alcanza la abstinencia permanente después del primer intento de dejar de fumar, la mayoría persiste en el consumo de tabaco durante muchos años y, normalmente, a través de múltiples ciclos de recaída y remisión. La incapacidad para apreciar la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco puede socavar la motivación del personal de salud para el tratamiento del consumo de tabaco de forma coherente.

Para hacer frente a esta realidad, el Programa Nacional de Control del Tabaco y sus aliados, se encuentran desarrollando un abordaje integral de la problemática del tabaquismo, mediante la aplicación progresiva de la estrategia MPOWER, propuesta por la Iniciativa Liberarse del Tabaco, de la OMS.

MPOWER es el acrónimo de las palabras en inglés:

Monitor: vigilar el consumo de tabaco

Protect: proteger a la población del humo de tabaco

Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Warn: advertir de los peligros del tabaco

Enforce: hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio

Raise: aumentar los impuestos al tabaco

Para lograr un impacto sanitario significativo de las acciones arriba citadas, es imprescindible articular intervenciones con los diferentes niveles gubernamentales, la sociedad civil, sociedades científicas y académicas, e involucrarlas en el control del tabaco.

Ante este escenario se comprende la necesidad de estas Guías de Práctica Clínica, que tienen el deseo de brindar un instrumento basado en las mejores prácticas para promover la capacitación del equipo de salud y el compromiso de las instituciones sanitarias en el control del tabaco en nuestro país.

Destinatarios

Los destinatarios de la guía son: todos los integrantes del equipo de salud que operan en todos los niveles de atención, promotores y educadores para la salud, proveedores y administradores de servicios de salud y funcionarios de salud.

Beneficiarios

Los beneficiarios de estas recomendaciones son todos los fumadores, incluyendo grupos especiales como: embarazadas y adolescentes, entre otros.

Niveles de evidencia (2)

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 randomizado.
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 (cohortes, 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.

Grados de recomendación

GRADO	RECOMENDACIÓN
A Evidencia Ia y Ib	Requiere al menos un ensayo clínico controlado randomizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y sea consistente con la recomendación.
B Evidencia IIa, IIb y III	Requiere al menos un ensayo clínico controlado randomizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y sea consistente con 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 sobre el tema.
RPG Recomendación de la Presente Guía	Recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica del grupo de consenso de desarrollo de la guía. Representa los aportes locales.

Evaluación de resultados

La evaluación de resultados de la guía se realizará a través de una encuesta en población fumadora luego de su puesta en práctica. La encuesta se desarrollará al año de su aplicación. Se definieron como indicadores:

- Cantidad de fumadores interrogados acerca de su condición de fumador x 100 / el total de fumadores encuestados.
- Cantidad de fumadores que recibieron consejo breve para dejar de fumar x 100 / el número de fumadores interrogados acerca de su condición de fumador.
- La cantidad de fumadores que recibieron orientación específica para dejar de fumar x 100 / número de fumadores que recibieron consejo breve para dejar de fumar.

Definiciones operativas (3)

Fumador

Es la persona que ha fumado por lo menos 100 cigarrillos a lo largo de su vida y actualmente fuma. Dentro de este grupo se puede diferenciar:

Fumador Diario

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 30 días.

Fumador Ocasional

Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día en los últimos 30 días.

Fumador Pasivo

Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.

Ex Fumador

Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por un año.

No Fumador

Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

La guía identifica una serie de conclusiones que los médicos deben utilizar:

1. La dependencia del tabaco es una enfermedad crónica que requiere a menudo repetidas intervenciones y múltiples intentos para dejar de fumar. Existen tratamientos eficaces, que puede aumentar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo.
2. Es esencial que los médicos y los sistemas de prestación de asistencia sanitaria siempre identifiquen y documenten el estado del uso del tabaco y el tratamiento de todos los usuarios de tabaco.
3. Los tratamientos de la dependencia del tabaco son eficaces en una amplia gama de poblaciones. Los médicos deben alentar a todos los pacientes dispuestos a dejar de fumar, intentar utilizar los tratamientos recomendados, el asesoramiento y las directrices.
4. Los médicos deben ofrecer a cada paciente, habituado al uso de tabaco, al menos el tratamiento breve, que ha demostrado ser eficaz.
5. Dos de los componentes de la consejería son especialmente efectivas y los médicos deben utilizar estos, cuando los pacientes desean hacer un intento por dejar de fumar:
 - Orientación práctica.
 - Apoyo social entregado como parte del tratamiento.
6. Existen numerosos medicamentos eficaces para la dependencia del tabaco y los médicos

deben fomentar su uso en todos los pacientes que intentan dejar de fumar; excepto cuando sea médicamente contraindicado o en poblaciones específicas (embarazadas, adolescentes, etc.), para las que no hay pruebas suficientes de eficacia. Siete medicamentos de primera línea: (terapia nicotínica) goma de mascar de nicotina, parche de nicotina, spray nasal, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina); (terapia no nicotínica) Bupropion SR y Varenicline.

7. La combinación de asesoría y medicamentos es mas eficaz, que por sí solo. Así, los médicos deben alentar a todos los individuos que desean dejar de fumar, utilizar tanto el asesoramiento como la medicación.
8. Si un usuario del tabaco está dispuesto a intentar dejar de fumar, los médicos deben utilizar los tratamientos de motivación que se detalla en las guías para ser eficaces en el aumento de futuros intentos de dejar de fumar.
9. Los tratamientos de la dependencia del tabaco son clínicamente eficaces y altamente costo-efectiva en relación con las intervenciones de otros trastornos clínicos.

Estrategias de intervención básica en fumadores

El abandono del tabaco es un proceso dinámico y conocerlo tiene su importancia, ya que condicionará la actitud terapéutica. Siguiendo el esquema propuesto por Prochaska y DiClemente podemos clasificar al paciente fumador en las siguientes fases: precontemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento.

1. **Precontemplación:** la persona no piensa en dejar en los próximos 6 meses. Se debe informar de los riesgos asociados al tabaquismo activo y pasivo.
El mensaje es **"Debe dejar de fumar"**.
2. **Contemplación:** la persona está considerando dejar en los próximos 6 meses. Se debe motivar resaltando los beneficios derivados del abandono.
El mensaje: **"mi consejo es que debe dejar de fumar, no es tan difícil como parece, es posible"**.
3. **Preparación:** la persona ha decidido dejar de fumar en los próximos 30 días. Se debe reforzar la motivación, fijar un día D.
El mensaje: **"¿cuándo empezará? Lo ayudaremos"**.
4. **Acción:** dejó de fumar hace por lo menos 24 horas y menos de 6 meses. Debemos apoyar el tratamiento.

El mensaje: **"no tenga exceso de confianza, piense en el día a día"**.
5. **Mantenimiento:** la persona mantuvo el cambio por más de 6 meses.
Debemos reforzar la decisión.
El mensaje: **"una pitada es volver a fumar"**.

Eventualmente puede ocurrir una Recaída: la persona vuelve a fumar y debe volver a hacer el ciclo. Debemos volver a evaluar y motivar el abandono. El mensaje: **"la mayoría de los fumadores lo han logrado luego de varios intentos, cada vez tiene más posibilidades de abandonar"**.

Un consejo apropiado a cada fase puede ayudar a pasar a una fase más avanzada, lo que aumenta las posibilidades de abandono.

Resumen de las Recomendaciones. (1)

INTERVENCIONES EN LOS FUMADORES QUE AUN NO ESTÁN LISTOS PARA DEJAR DE FUMAR.

RECOMENDACIÓN	GRADO
Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud, brinden intervenciones motivacionales a los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar, a fin de incrementar su motivación.	C

INTERVENCIONES EN LOS FUMADORES QUE ESTÁN LISTOS PARA DEJAR DE FUMAR.

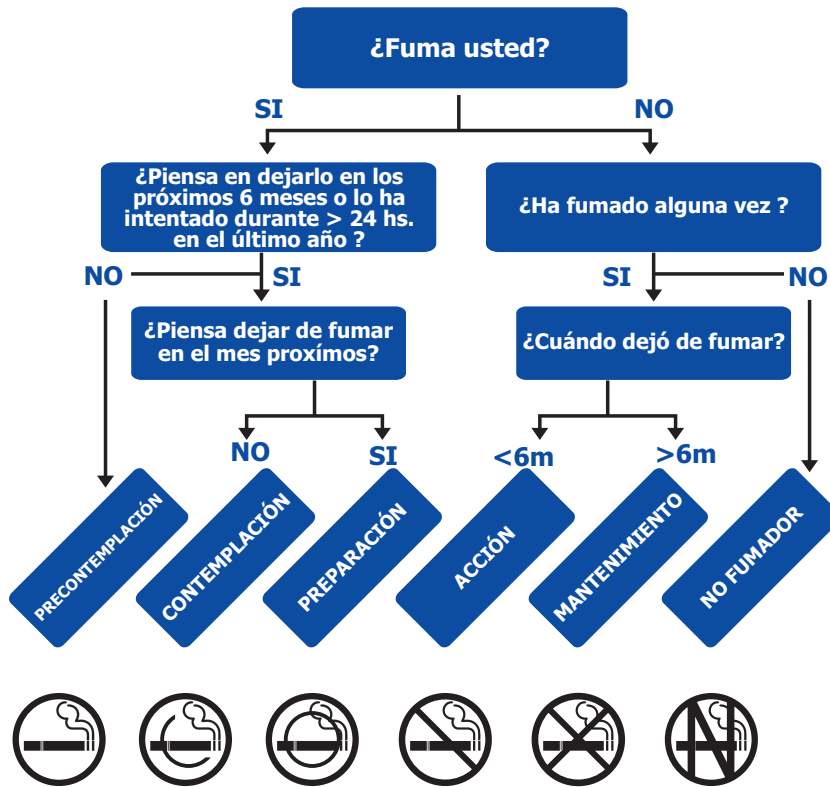
RECOMENDACIÓN	GRADO
Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar por parte de cualquier integrante del equipo de salud, particularmente por los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria.	A
Para la realización de intervenciones psico-sociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos de demostrada eficacia: 1) desarrollo de habilidades y resolución de problemas, 2) apoyo profesional y 3) apoyo social.	B
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.	B
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
Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de una intervención psico-social, al menos breve.	A
Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de primera línea: sustitutos nicotínicos y <i>Bupropion</i> .	A
Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de segunda línea, <i>Clonidina</i> o <i>Nortriptilina</i> , solo cuando no puedan utilizarse o no estén disponibles las drogas de primera línea	A
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 en el mercado (actualmente no contamos en Paraguay) y el costo.	A

Se recomienda el uso indistinto de sustitutos de nicotina y <i>Bupropion</i> . 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
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
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 en dejar de fumar y no en controlar el peso simultáneamente.	C

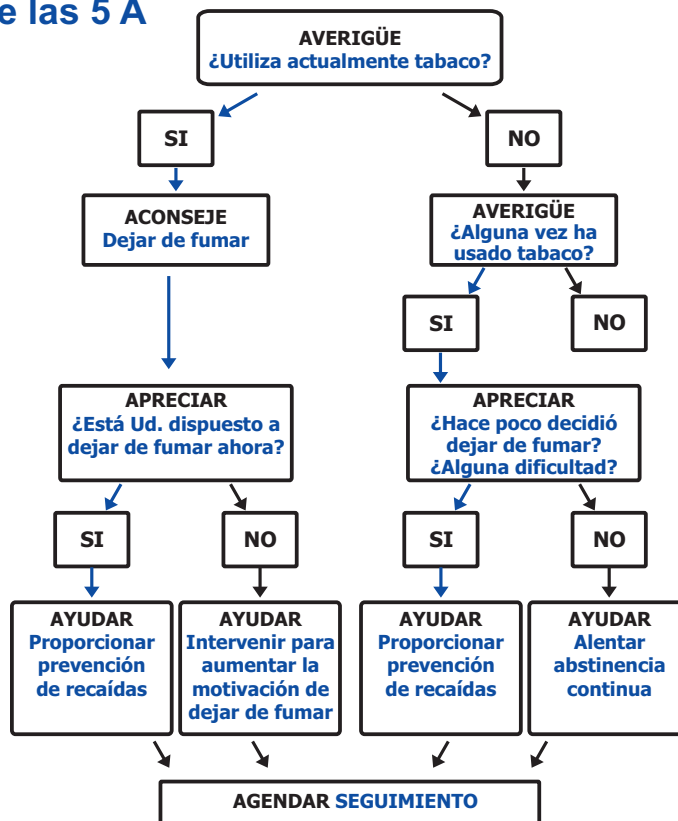
RECOMENDACIONES PARA GRUPOS ESPECÍFICOS

RECOMENDACIÓN	GRADO
Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los niños, 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
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
Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con comorbilidades psiquiátricas asociadas y otras adicciones simultáneas (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
Se recomienda informar a todos los pacientes internados en un servicio de salud, que el mismo es un ámbito libre de humo y ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen.	A
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 <i>Bupropion</i> son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.	C
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

Evaluación de la motivación: determinación de la etapa de cambio. Modelo de Prochaska y Diclemente. (Fuente: Organización Panamericana de la Salud)



Protocolo de las 5 A



Bibliografía: Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S.

Apoyo para la cesación

La intervención mínima o “consejo médico” es una estrategia mínima de contacto y puede ser fácilmente integrada a la práctica diaria y aplicada a todos los pacientes y a todos los fumadores, independientemente de su motivación para dejar el hábito. Logra que un 2 a 3% de los pacientes se mantengan en abstinencia al año y es identificada como la acción de salud con mejor relación costo-beneficio en la salud pública mundial.

Las recomendaciones de la *Agency for Health Care Policy and Research* (AHCP) de Estados Unidos para médicos generales son:

- Existen tratamientos efectivos para dejar de fumar y se le debería ofrecer a todo paciente fumador.
- Es fundamental que los clínicos determinen y documenten el uso de tabaco en todos los pacientes.
- Los tratamientos breves son efectivos. Todo paciente que consuma tabaco debería recibir al menos intervención mínima.
- Hay una relación dosis-respuesta, entre la duración e intensidad del tratamiento y su efectividad.

Estas recomendaciones de la AHCP se basan en el plan de las 5 A del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. El plan considera 5 acciones simples, que permiten al médico una intervención efectiva, rápida y sencilla. (3)

Averiguar: Identificar y recoger en la historia clínica y en cada visita la situación del paciente en relación al tabaco (fumador, exfumador, nunca fumador). En caso de fumador o exfumador anotar el nº de paquetes/año, resultado de dividir el producto del nº de años de fumador con el nº de cigarrillos/día entre 20. Por ejemplo, un fumador que comenzase a fumar hace 15 años con una media de 20 cigarrillos/día, resultaría con 15 paquetes/año.

Puede ser de interés estimar el grado de dependencia física (baja, media, alta) mediante un test estructurado, como el de Fagerström abreviado(*). Estos datos pueden quedar resumidos en pocas palabras. Ejemplo: fumador de 15 paquetes/año con dependencia media.

Aconsejar: Aconsejar de manera firme, seria, clara y personalizada el abandono del tabaco. La firmeza y la seriedad del consejo, debe hacerse de manera que el paciente lo perciba, no como un mero trámite que el profesional está obligado a cumplimentar, sino como una afirmación de la que nosotros estamos plenamente convencidos.

Debemos informar de los inconvenientes de seguir consumiendo tabaco, pero sobre todo de las ventajas que va a suponer el abandono. Resulta útil personalizar este consejo según la edad, sexo, motivo de consulta, motivación por la que sigue fumando o quiere dejarlo o por lo que ya lo intentó alguna vez. Así nuestro consejo para un adolescente debe de contener una información en la que se resalten más los beneficios estéticos, económicos o de mejora en el rendimiento deportivo que las consecuencias para la salud que puedan surgir varias décadas después.

Apreciar: Valorar la disposición para el cambio. En función de esta disposición nuestra conducta se adaptará a las siguientes posibilidades:

Si el paciente no quiere intentar dejarlo en ese momento, realizar una breve intervención diseñada para promover la motivación para la cesación (entrevista motivacional), resaltar las ventajas de abandonar el tabaco, ofrecer ayuda para cuando quiera y entregar un folleto informativo. La entrevista motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas que desean realizar un cambio de hábitos y que tienen dudas frente a ello. A partir del diagnóstico de la situación del paciente frente al cambio, se desarrollan una serie de habilidades adaptadas a la situación en la que se encuentra. El elemento fundamental de la entrevista es hacer fuertes los elementos internos favorecedores del cambio de cada persona en una atmósfera positiva y no coercitiva. Si está en disposición de hacer un intento serio en ese momento, ayudarlo. Si ya ha dejado de fumar, felicitarle y reforzarle.

Ayudar: Ayudar al paciente a hacer frente al abandono del tabaquismo. Si nuestro paciente no está todavía dispuesto a adquirir el compromiso de fijar una fecha concreta, debemos planificar volver a abordar el tema en una fecha posterior, recomendarle que reconsidere su postura y ofrecer nuestra ayuda.

Si el paciente elige una fecha concreta para el abandono en los siguientes 15 días:

- **Preparémosle para el día D:** En los días previos, el paciente puede registrar su consumo anotando hora, lugar, situación y necesidad de 1 a 4 puntos del pitillo que fumará inmediatamente. Evitará ofrecer y aceptar tabaco, irá eliminando paulatinamente situaciones concretas en las que habitualmente fumaba (en el coche, en el salón de su casa, delante de los niños...), con el fin de ir desautomatizando el consumo de tabaco. También puede cambiar de marca de cigarrillos y limpiar el cenicero cada vez que lo ensucie. El día previo al D hará desaparecer todo lo que tenga relación con el acto de fumar (tabaco, mechero, ceniceros...). A partir de ese día no deberá fumar absolutamente nada.

- **Aconsejemos que compartan este intento con su entorno** social (amigos), laboral (compañeros de trabajo) y familiar (pareja, hijos...), solicitando su apoyo y comprensión. Incluso buscando una o dos personas de confianza que “apadrinen” este esfuerzo, a las que puedan solicitar ayuda en un momento determinado de riesgo de consumo o recaída. Pedirles que a partir de esa fecha eviten fumar en su presencia.

- **Informemos sobre el síndrome de abstinencia:** Describiéndolo y explicando que el seguimiento de nuestras recomendaciones y el apoyo farmacológico facilitará su superación.

- **Proporcionemos material informativo** adecuado, donde se describa toda esta información de forma pormenorizada.

Agendar: Acordar un seguimiento programado.

La 1ª revisión debería concertarse entre el 1º y el 3º día después del D. Dejarlo para más tarde puede suponer una recaída. En los primeros días este riesgo es mucho mayor. La 2ª visita puede establecerse entre el 7º y el 15º día tras el abandono. Posteriormente al mes y después lo que se considere oportuno según cada caso. En cada visita, preguntaremos si sigue sin fumar, felicitándole si es así. En caso contrario, intentaremos reconducir la situación.

Test de Fagerström modificado (para detectar la dependencia a la Nicotina)*

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?	Si	1
	No	0
3. ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Menos de 10 cigarrillos	0
	Entre 11 y 20 cigarrillos	1
	Entre 21 y 30 cigarrillos	2
	Más de 30 cigarrillos	3
5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si	1
	No	0
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si	1
	No	0

Total: Menor o igual a 4: fumador poco dependiente; 5-6: dependencia media; igual o superior a 7: altamente dependiente.

Test de motivación para dejar de fumar (Test de Richmond)

Menor o igual a 4 : Motivación Baja Entre 5 y 6 : Motivación Media; Más de 7 : Motivación Alta

CUESTIONARIO	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	Si	0
	No	1
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?	Nada	0
	Algo	1
	Bastante	2
	Mucho	3
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SI	2
	Definitivamente SI	3
4. ¿Cabe la posibilidad de que sea un "No fumador" en los próximos seis meses?	Definitivamente NO	0
	Quizás	1
	SI	2
	Definitivamente SI	3

Estrategias de intervención básica en fumadores.

- Los consumidores de tabaco dispuestos a parar.

La estrategia de las “5 A”: averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar y agendar esta diseñada para ser utilizada con el fumador que está dispuesto a dejar de fumar. es una forma útil para comprender la dependencia del tabaco, el tratamiento y organizar el equipo clínico a fin de brindar ayuda.

Las “5 A”, un modelo de tratamiento para el consumo y dependencia al tabaco.

AVERIGUAR ACERCA
DEL USO DE TABACO

Identificar y documentar el uso de tabaco de cada paciente en cada visita.

ACONSEJAR
DEJAR DE FUMAR

En forma clara, fuerte y personalizada aconsejar a todos los usuarios del tabaco, dejar de fumar.

APRECIAR

**Para el usuario actual de tabaco:
¿Se encuentra el usuario del tabaco dispuesto a intentar dejar de fumar en este momento?**

**Para el ex usuario de tabaco:
¿Cómo se sale de la adicción?
¿Y si existen problemas en la abstinencia?**

AYUDAR

Para el paciente dispuesto a dejar de fumar, ofrecer y proporcionar la medicación o remitir a consejería o tratamiento conductual adicional para ayudar al paciente a dejar de fumar.

Para los pacientes que no quieren dejar de fumar en este momento, proporcionar las intervenciones diseñadas para aumentar la motivación de futuros intentos de abandono.

Para el que ha iniciado el abandono, ofrecer prevención de recaídas.

AGENDAR

Todos los pacientes que reciben las anteriores “A”, deberían recibir seguimiento.

1. **Averiguar:** Identificar sistemáticamente todos los usuarios de tabaco en cada visita.

Acción: aplicar un sistema que asegure a cada paciente, en cada visita a la clínica la aplicación del protocolo del uso de tabaco y documentar.

Evaluación repetida no es necesaria en el caso de los adultos que nunca ha utilizado el tabaco o no ha usado tabaco durante muchos años y para los que esta información está claramente documentada en el expediente médico.

Estrategias para la aplicación: incluir en la ficha clínica del paciente el uso de tabaco. La situación del paciente, el estado del uso de tabaco. Utilizar sistemas de etiquetas de recordatorio.

2. **Aconsejar:** Exhortar a todos los consumidores de tabaco para dejar de fumar.

ACCIÓN	ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN
<p>De una manera clara, fuerte y personalizada, instar a todos los usuarios de tabaco a dejar de fumar.</p>	<p>Los dictámenes deberán ser:</p> <p>Claro: "Creo que es importante que usted deje de fumar (o el uso de tabaco de mascar), y yo le puede ayudar." "Reducir mientras usted está enfermo no es suficiente." "Fumadores ocasionales o de la luz sigue siendo peligroso"</p> <p>Fuerte: "Como su médico, necesito que sepa que dejar de fumar es la cosa más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. El personal de la clínica y yo lo ayudaremos".</p> <p>Personalizado: consumo de tabaco ligado a los síntomas actuales y problemas de salud y/o social y económico, los costos y el impacto del consumo de tabaco en los niños en el hogar. "Seguir fumando hace que su asma empeore, y dejar de fumar puede mejorar dramáticamente su salud". " Dejar de fumar puede reducir el número de infecciones de oído de su hijo".</p>

3. **Apreciar:** Evaluación para determinar la voluntad de intentar dejar de fumar.

ACCIÓN	ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN
<p>Evaluar la disposición de todos los usuarios de tabaco para intentar dejar de fumar en el momento.</p>	<p>Evaluar la disposición del paciente para dejar de fumar: "¿Estás dispuesto a dejar de fumar y darte una oportunidad?" Si el paciente está dispuesto a intentar dejar de fumar, proporcionar: el tiempo, asistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente va a participar en un curso intensivo tratamiento, ofrecer tal tratamiento o enlace / referencia a una intervención intensiva. • Si el paciente es miembro de una población especial (por ejemplo: adolescente, embarazada fumadora, racial / étnico de las minorías) proporcionar información adicional. <p>Si el paciente indica claramente que no quiere intentar dejar de fumar, proporcionar una intervención para aumentar la motivación de futuros intentos de dejar de fumar.</p>

4. **Ayudar:** al paciente a dejar de fumar (proporcionar el asesoramiento y medicación).

ACCIÓN	ESTRATEGIAS PARA LA APLICACIÓN
<p>Ayudar al paciente con un plan para de dejar de fumar.</p>	<p>Los preparativos de un paciente para dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fije una fecha para dejar de fumar. Idealmente, la fecha de dejar de fumar debe ser dentro de 2 semanas. • Dígale a la familia, amigos y compañeros de trabajo que va a dejar de fumar. Solicitar su comprensión y apoyo. • Eliminar los productos del tabaco de su entorno. Evitar el consumo de tabaco en lugares donde usted pasa mucho tiempo (por ejemplo, el trabajo, casa, coche). Haga su hogar 100% libre de humo.
<p>Recomendar el uso de medicamentos aprobados, excepto cuando está contraindicado o con poblaciones específicas para las que no hay pruebas suficientes de eficacia (es decir, embarazadas, los usuarios de tabaco sin humo, y adolescentes).</p>	<p>Explique cómo estos medicamentos aumentan el éxito dejar de fumar y reducir los síntomas de abstinencia.</p> <p>Medicamentos aprobados por la FDA son: <i>Bupropion SR</i>, goma de mascar de nicotina, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina, spray nasal de nicotina, parches de nicotina y <i>Varenicline</i>.</p> <p>Es insuficiente para recomendar la medicación para las mujeres embarazadas, los adolescentes, los usuarios de tabaco sin humo, y los fumadores ligeros (<10 cigarrillos / día).</p>
<p>Proporcionar asesoramiento práctico: resolución de problemas.</p>	<p>La abstinencia: la lucha por la abstinencia total es esencial. Anticipar los desencadenantes o desafíos en el próximo intento. Analizar los desencadenantes y cómo el paciente las superó con éxito (por ejemplo, evitar los desencadenantes, alterar las rutinas).</p>
<p>Factores a considerar</p>	<p>Alcohol: dado que el alcohol está asociado con la recaída, el paciente debe considerar limitarse o abstenerse de alcohol durante el proceso de cesación.</p> <p>Otros fumadores en el hogar. Dejar de fumar es más difícil cuando hay otro fumador en el hogar. Los pacientes deben alentar a compañeros de casa para salir de la adicción con ellos o no fumar en su presencia.</p>
<p>Proporcionar apoyo social</p>	<p>Proporcionar un entorno clínico de apoyo mientras se alienta al paciente en su intento de dejar de fumar.</p> <p>- "Mi personal de la oficina y yo estamos disponibles para ayudarlo."</p>

Asistencia: brindando asesoramiento.

El asesoramiento debe incluir la enseñanza de habilidades para resolver problemas prácticos y de la prestación de apoyo y aliento.

Elementos comunes de asesoramiento práctico.(4)

<p>Orientación práctica (resolución de problemas, formación profesional). Componentes de tratamiento</p>	<p>El estrés. Estar cerca de los usuarios de tabaco. El consumo de alcohol.</p>
<p>Desarrollar habilidades de afrontamiento. Identificar habilidades para resolver problemas. Normalmente, estas técnicas están destinadas a hacer frente a situaciones de peligro</p>	<p>Aprender a anticipar y evitar la tentación y las situaciones disparadoras. Las estrategias de aprendizaje cognitivas que reducirán los estados de ánimo negativos. Implantación de los cambios de estilo de vida que reducen el estrés, mejorar la calidad de vida y reducir la exposición a los estímulos para fumar. Las actividades de aprendizaje cognitivas y conductuales para hacer frente a fumar (por ejemplo, distraer la atención, cambiar las rutinas).</p>
<p>Proporcionar información básica sobre el tabaquismo y lograr dejar de fumar.</p>	<p>El hecho de que cualquier acto de fumar (incluso una sola pitada) aumenta la probabilidad de una recaída total. Los síntomas de abstinencia, se acentúan en las 2 primeras semanas después de dejar de fumar, pero puede persistir durante meses. Estos síntomas incluyen el estado de ánimo negativo, ganas de fumar, y dificultad para concentrarse.</p>

<p>Componente de tratamiento de apoyo.</p>	<p>Estrategias para la aplicación</p>
<p>Animar al paciente en el intento de dejar de fumar.</p>	<p>Tenga en cuenta que los tratamientos efectivos de la dependencia del tabaco están ahora disponibles. Tenga en cuenta que la mitad de todas las personas que han fumado alguna vez dejaron de fumar. Expresar fe en la capacidad del paciente para dejar de fumar. Fomentar la auto-eficacia del paciente.</p>
<p>Comunicar preocupación</p>	<p>Pregúntele cómo se siente acerca de dejar de fumar. Expresar directamente su preocupación y disposición a ayudar con la frecuencia necesaria. Pregunte acerca de los temores del paciente y de las dudas respecto a dejar de fumar.</p>
<p>Animar al paciente a hablar sobre el proceso de dejar de fumar</p>	<p>Pregunte acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razones que el paciente tiene para dejar de fumar. • Inquietudes o preocupaciones acerca de dejar de fumar. • El éxito que el paciente ha alcanzado. • Dificultades encontradas al dejar de fumar.

Proporcionar asesoramiento. Preguntas más frecuentes.

<p>Mi paciente no quiere atención, los medicamentos solamente. ¿Qué debo hacer?</p>	<p>Señalar que el consejo del profesional de la salud más la medicación es más eficaz que la medicación sola. Explicar que el objetivo de la consejería es proporcionar las habilidades prácticas que aumentan la probabilidad de dejar de fumar con éxito. Utilizar las intervenciones motivacionales para los usuarios de tabaco que no quieren dejar de fumar para alentar a su paciente a aceptar la consejería. Hacer hincapié en la contradicción entre no utilizar la consejería efectiva para algo tan importante y difícil como el abandono del tabaco. Si el paciente sigue negándose asesore la posibilidad de proporcionar la medicación sola, porque la medicación sola ha demostrado ser eficaz. Durante el seguimiento, seguir proporcionando los elementos clave de Consejería: la solución de problemas, habilidades prácticas, y apoyo.</p>
<p>Mi paciente quiere usar un método para dejar de fumar como la acupuntura, la hipnosis, o la terapia con láser. ¿Qué debo hacer?</p>	<p>Haga saber al paciente de las probabilidades de aumentar el éxito en su intento de dejar de fumar con la medicación basada en la evidencia acompañado del asesoramiento. No denigrar cualquier intento de dejar de fumar.</p>
<p>Mi paciente está preocupado por aumentar de peso.</p>	<p>Recomiende la intensificar actividad física. Por ejemplo: dar un paseo en el tiempo de descanso en lugar de fumar o caminar después de almorzar.</p>
<p>Mi paciente está preocupado sobre el uso de la TRN porque él/ella cree que la nicotina es uno de los ingredientes nocivos en productos del tabaco.</p>	<p>Explique que la nicotina (como medicamento) por sí mismo es relativamente segura. Haga hincapié en que los más de 4.000 productos químicos en el humo del cigarrillo, incluyendo cerca de 40 sustancias cancerígenas, causan el daño del tabaquismo. Además, la nicotina (como medicamento) se ha demostrado reduce en gran medida los síntomas de abstinencia en muchas personas.</p>
<p>Mi paciente no quiere el uso de medicamentos debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "El temor de que el medicamento es adictivo. • "Duda de que el medicamento le ayudará. • "Duda de que la recuperación sea posible si se utiliza medicamento que contiene la nicotina. 	<p>Punto de partida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos entregados por vía oral o a través de un parche, no es como el hábito de fumar. El desarrollo de una dependencia de la medicación es poco frecuente. • La probabilidad de lograr dejar de fumar es mucho mayor cuando se utiliza el medicamento. • El objetivo final sigue siendo no fumar, el uso de medicamentos que contienen nicotina es un paso de transición hacia esa meta. • Considere la posibilidad de un medicamento que no contenga nicotina.

<p>Mi paciente dice que su vida es demasiado estresante para dejar de fumar y que él/ella necesita fumar para relajarse.</p>	<p>Reconocer que para muchas personas el tabaquismo es una forma de lidiar con el estrés. Pero es sólo una manera. La consejería le ayudará a desarrollar nuevas formas de hacerle frente. Tomará algún tiempo. Al principio, las nuevas formas se sienten menos eficaces, pero será más fácil de manejar el estrés sin fumar. También su salud será mucho mejor.</p>
<p>Mi paciente dice que él / ella ha estado fumando por muchos años (20, 30 ó más), sin ningún tipo de problemas de salud, además de que su abuelo fumaba dos cajetillas de cigarros por día y vivió 105 años.</p>	<p>Considere la posibilidad de decir algo como: "Ciertamente hay personas que fuman durante muchos años sin aparentes enfermedades relacionadas con el tabaco". Pero, cerca de la mitad de las personas que fuman morirán por enfermedades relacionadas con el tabaco. El fumador promedio vive 10 años menos que los no fumadores. Sé que es difícil dejar de fumar, pero no es ninguna razón para jugar con su salud cuando usted sabe que hay un 50 por ciento de posibilidades de que va a morir de una enfermedad relacionada con el tabaco.</p>

Intervenciones motivacionales en fumadores aún no preparados para dejar de fumar

(pre-contemplativos y contemplativos) (Adaptada de Fiore y col 2000) (1)

PROPÓSITO	ESTRATEGIA
<p>Razones personales para dejar de fumar</p>	<p>El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del fumador. Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente. ¿Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar?</p>
<p>Riesgos del tabaquismo</p>	<p>Se deben resaltar aquellos riesgos que son relevantes para el fumador. Se debe 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.) Se debe desmitificar el hecho de que fumar pocos cigarrillos o fumar en pipa o cigarros es inofensivo para la salud. Evitar falsos reaseguros (chequeos o radiografía de tórax normales no implican que el fumar haya sido inofensivo) Debe vincularse al tabaquismo con otros problemas de salud. ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud? ¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar? ¿Qué riesgos cree puede implicarle fumar?</p>
<p>Beneficios de abandonar el tabaco.</p>	<p>Se deben jerarquizan las prioridades del paciente. Proveer información sobre los beneficios posibles: como mejorar la salud general, el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse mucho menos, recuperar los sentidos del gusto y del olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, etc. ¿Cuáles cree que podrían ser los beneficios si dejara de fumar?</p>

Obstáculos para abandonar	Se deben ofrecer respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, o al exceso de peso. ¿Hay algo que le impide dejar de fumar? ¿Qué le preocuparía si dejara de fumar? ¿Le genera algún temor dejar de fumar?
Evaluación de intentos anteriores de cesación	Debe indagarse cómo fueron estos intentos, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué volvió a fumar y qué cree haber aprendido de esos episodios anteriores.
Repetición continua de la intervención y ofrecimiento de ayuda explícita	Esto 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.

Estrategias conductuales efectivas para fumadores preparados para dejar de fumar. (Adaptada de Fiore y col 2000) (1)

Terapia psicosocial	Estrategias	Ejemplos
Desarrollo de habilidades y resolución de problemas	Identificar SITUACIONES DE RIESGO O GATILLO de volver a fumar	Situaciones de estrés: 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.
	Implementar ESTRATEGIAS SUSTITUTIVAS	Aprender estrategias cognitivas que le permitan reducir los estados de ánimo negativos. Estrategias sustitutivas para manejar la urgencia por fumar: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos. Estrategias cognitivas y conductuales para manejar el estrés: hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, aplicar alguna técnica de relajación, leer, hacer actividad física, etc.
	Informar sobre la NATURALEZA DEL TABAQUISMO y CLAVES PARA EL ÉXITO	Informar sobre síntomas de abstinencia y su período de duración. Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina. Informar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 ó 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 ESTIMULACION PARA EL ABANDONO	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 CUIDADO Responder INQUIETUDES Desmitificar TEMORES	Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar. Ofrecer ayuda en forma directa. Ser abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca de dejar de fumar.
	Favorecer la ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ABANDONO	Preguntar y trabajar sobre: 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 SOPORTE SOCIAL Y FAMILIAR	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 HABILIDADES PARA CONSEGUIR SOPORTE	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.
	Estimular el SOPORTE A OTROS FUMADORES	Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar. Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar.

Tratamiento farmacológico

Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención. No están indicados en determinadas circunstancias especiales tales como: consumo menor de 10 cigarrillos/ día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia. Sin embargo las contraindicaciones para su uso en estas poblaciones son relativas.

En el pasado, se recomendaba un abordaje escalonado, es decir, se intentaba primero que el fumador 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 de inicio a todo aquel que esté dispuesto a recibirla, por razones de efectividad y costo .

Fármacos de primera línea. (5)

Los tratamientos farmacológicos de primera línea son:

Terapia de reemplazo de Nicotina

El principio activo es la nicotina (un potente estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) con receptor colinérgico específico) que ingresa a la sangre y llega al SNC, controlando los síntomas de abstinencia.

La nicotina fue el primer agente farmacológico que la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) aprobó para uso en la terapia para dejar de fumar. Las terapias de reemplazo de la nicotina, tales como el chicle de nicotina, el parche transdérmico, los "sprays" o rocíos nasales e inhaladores, han sido aprobadas para su uso en los Estados Unidos. Todas se utilizan para aliviar los síntomas de la abstinencia, producen alteraciones fisiológicas menos severas que los sistemas basados en tabaco y en general proporcionan al usuario niveles de nicotina más bajos que los del tabaco. Un beneficio adicional es que estas formas de nicotina tienen poco potencial para ser abusadas ya que no producen los efectos placenteros de los productos de tabaco. Tampoco contienen los carcinógenos y gases asociados con el humo del tabaco. La aprobación del FDA del chicle de nicotina en 1984 marcó la disponibilidad de la primera terapia de reemplazo.

La terapia de reemplazo nicotínico (TRN) consiste en la administración de nicotina por una vía diferente, en una cantidad suficiente para disminuir los síntomas del síndrome de abstinencia pero insuficiente como para crear dependencia.

Primero se reemplaza la nicotina del cigarrillo el día D, gradualmente se baja la dosis de nicotina hasta suspenderla totalmente cuando el hábito está controlado.

Características Generales de la TRN.

- No hay contraindicación para la TRN si la opción es fumar.
- La utilización de la TRN duplica la tasa de éxito de cesación vs. placebo.
- La tasa de éxito promedio 12 meses: 15 al 25%.
- Eficacia independiente de la intensidad del soporte adicional.
- Se recomienda el uso indistinto de cualquier forma farmacéutica de los sustitutos de nicotina.
- Su elección dependerá de la disponibilidad, de morbilidades asociadas, efectos adversos, preferencias del paciente, experiencia del médico tratante, y costos.

Efectos Secundarios

Parches: reacciones cutáneas.

- 35-50% : prurito, eritema, quemazón, en zona de colocación del parche.
- Las reacciones de hipersensibilidad son raras, 1-7% dermatitis de contacto.
- Trastorno del sueño.
- Nerviosismo cefalea.
- Dispepsia, artralgias.

Chicle de nicotina: ardor en la boca, dispepsia.

Contraindicaciones (parches y chicles).

- Infarto de miocardio reciente.
- Angina inestable.
- Hipersensibilidad a la nicotina.
- Arritmia ventricular severa.
- Embarazo y lactancia.

Terapia no Nicotínica

Bupropion: Es un antidepresivo atípico, del que 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. Estudios recientes muestran 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 terapéutico.

Está contraindicado en epilépticos (o personas que hayan tenido convulsiones), en alcohólicos, en personas con antecedentes de trastornos alimentarios y en pacientes con arritmias cardíacas graves.

Ventajas:

- Primera medicación no nicotínica eficaz.
- Es eficaz tanto en fumadores con baja, moderada y alta dependencia.
- Muy indicado en el tratamiento de fumadores con antecedentes de depresión.
- Bien tolerado en pacientes con enfermedad cardiovascular y en pacientes con EPOC.

Efectos Secundarios: insomnio, sequedad de boca, cefalea, ansiedad, náusea, escaso riesgo de convulsiones y reacciones de hipersensibilidad.

Contraindicaciones: epilepsia, bulimia, anorexia, necrosis hepática severa, uso de IMAO.

Medicamentos emergentes

Varenicline: es un fármaco desarrollado específicamente para el tratamiento de la dependencia por el tabaco. El tartrato Varenicline actúa selectivamente sobre receptores nicotínicos específicos ($\alpha 4\beta 2$).

La eficacia en el tratamiento del tabaquismo se basa en su actividad como agonista parcial sobre los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$:

- Agonista: estimula el receptor y disminuye el craving (deseo vehemente) y el síndrome de abstinencia.
- Antagonista: bloquea el receptor y disminuye la recompensa asociada al consumo.

Ventajas:

- Buen manejo del craving.
- Baja interacción con drogas.
- Bajo perfil de efectos adversos.

Efectos secundarios: náusea, insomnio, sueños anormales, boca seca.

Precauciones: compromiso renal importante, paciente en diálisis.

No presenta interacciones con otros fármacos y se puede utilizar conjuntamente.

Su seguridad no está probada durante el embarazo, por lo tanto de contraindica además durante el período de lactancia.

Fármacos de segunda línea. (6)

Clasificados así por la frecuencia y severidad de sus efectos secundarios.

Clonidina: Es un agonista alfa adrenérgico.

Nortriptilina: Es un antidepresivo tricíclico de segunda generación.

Estos fármacos son eficaces para la cesación, pero se usan sólo como tratamientos de segunda línea debido a su alta tasa de efectos adversos.

Elección del tratamiento farmacológico

Al momento actual, a falta de información suficiente, la elección de una terapia específica de primera línea se debe guiar por factores tales como:

- La familiaridad del médico con la medicación.
- Las contraindicaciones de un paciente determinado.
- Las preferencias que manifieste el propio paciente.
- La experiencia anterior del paciente con la farmacoterapia (positivos o negativos).
- La característica de los pacientes (por ejemplo, historia de depresión, preocupación por el aumento de peso.
- Contraindicaciones.
- Perfil de efectos adversos.
- Costo.

Prescripción del tratamiento. (1)

Tratamiento farmacológico	Dosis e instrucciones	Duración del tratamiento
Medicación de primera línea: Bupropion	150 mg los primeros 3-4 días. Luego 2 tomas de 150 mg /día; 1 comp. con el desayuno y 8 hs después 1 comp. Evitar toma nocturna para prevenir el insomnio. Comenzar 1 ó 2 semanas antes de la fecha de abandono.	9 semanas
Otros medicamentos: Parches de nicotina	Deben colocarse en una zona seca, sin vello, del tronco o miembros superiores y rotar el sitio de colocación. 21 mg/ 24 hs. (parche de 30 cm ³) 4 semanas, 14 mg/ 24 hs. (parche de 20 cm ³) 2 semanas, 7 mg/ 24 hs. (parche de 10 cm ³) 2 semanas, o Si el paciente fuma menos de 10 cigarrillos/día comenzar con el parche de 14 mg/ 24 hs. (20 cm ³).	8 semanas
Chicle	1 a 24 cig/día = chicle de 2 mg (hasta 24 piezas/día) 25 o más cig/día= chicle de 4 mg (hasta 24 piezas/día)	Hasta 12 semanas
Varenicline	días 1-3: 0,5 mg por la mañana días 4-7: 0,5 mg mañana y noche día 8 - fin de tratamiento: 1 mg mañana y noche	3 a 6 meses

Tratamiento farmacológico	Dosis e instrucciones	Duración del tratamiento
Medicación de 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 a 10 semanas
Nortriptilina	75 a 100 mg. /día. Comenzar con 25 mg/día e ir incrementando paulatinamente.	12 semanas

Provisión de medicamentos. Preguntas más frecuentes

<p>¿Quién debe recibir la medicación para la adicción al tabaco?</p> <p>¿Existen grupos de fumadores para los cuales la medicación se ha demostrado que sea eficaz?</p>	<p>Todos los fumadores que intentan dejar de fumar se le deben ofrecer medicación, excepto cuando se contraindique o para poblaciones específicas para las que no hay pruebas suficientes de eficacia (es decir, mujeres embarazadas, los usuarios de tabaco sin humo, y adolescentes).</p>
<p>¿Cuáles son los medicamentos de primera línea?</p>	<p>Los siete medicamentos aprobados hasta ahora por la FDA para el tratamiento del consumo de tabaco son: Bupropion SR, goma de mascar de nicotina, inhalador de nicotina, pastillas de nicotina, spray nasal de nicotina, el parche de nicotina y la Vareniclina.</p>
<p>¿Existen contraindicaciones, advertencias, precauciones, en cuanto a los efectos secundarios en relación a los medicamentos de primera línea recomendados en la presente actualización de la directriz?</p>	<p>Los siete medicamentos aprobados por la FDA tienen contraindicaciones específicas, advertencias, precauciones y efectos secundarios. Por favor, consulte los prospectos de la FDA y las actualizaciones para la información completa sobre cómo utilizar el medicamento de forma segura.</p>
<p>¿Qué otros factores pueden influenciar la selección de medicamentos?</p>	<p>Factores pragmáticos también puede influir en la selección: como la cobertura de seguros, los gastos de bolsillo del paciente, la probabilidad de la adhesión, las dentaduras postizas al considerar la goma de mascar, o dermatitis teniendo en cuenta el parche.</p>
<p>¿Es pertinente la experiencia previa de un paciente con un medicamento?</p>	<p>La experiencia previa de éxito (abstinencia sostenida con la medicación) sugiere que la medicación puede ser útil para el paciente en un posterior intento de dejar , especialmente si el paciente ha encontrado los medicamentos tolerables y / o fáciles de usar. Sin embargo, es difícil sacar una conclusión si hay fracaso previo con un medicamento. Algunas pruebas sugieren que en los fumadores con una recaída el mismo medicamento produce pequeños o ningún beneficio mientras que otra evidencia sugiere que puede ser de beneficio sustancial.</p>

<p>¿Qué medicamentos se sugiere con un paciente que es altamente dependiente de la nicotina?</p>	<p>Los preparados de dosis más alta de nicotina en goma de mascar, parches, pastillas han demostrado ser eficaces en los fumadores muy dependientes. Además, hay pruebas de que la terapia de combinación de TRN puede ser particularmente eficaz en la supresión del tabaco y síntomas de abstinencia. Por lo tanto, puede ser que las combinaciones de TRN sean especialmente útiles para los fumadores muy dependientes o aquellos con una historia de abstinencia grave.</p>
<p>¿El género es un elemento a considerar en la selección de un medicamento?</p>	<p>Hay pruebas de que la TRN puede ser eficaz en ambos sexos, sin embargo, la evidencia es mixta en cuanto a si la TRN es menos eficaz en mujeres que en hombres. Esto puede alentar al clínico a considerar el uso de otro tipo de medicamento con estas mujeres como Bupropion SR o Vareniclina.</p>
<p>¿Los medicamentos son apropiados para el cese en fumadores ligeros (es decir, <10 cigarrillos / día)?</p>	<p>Como se señaló anteriormente, los medicamentos en los fumadores ligeros, no han demostrado ser beneficiosos. Sin embargo, si se utiliza TRN con los fumadores ligeros, los médicos pueden considerar la reducción de la dosis del medicamento. No es necesario hacer ajustes al utilizar Bupropion SR o Vareniclina.</p>
<p>¿Cuándo se debe utilizar drogas de segunda línea para tratar la dependencia del tabaco?</p>	<p>Considere la posibilidad de prescripción de fármacos de segunda línea (la Clonidina y la Nortriptilina) para los pacientes que no pueden utilizar los medicamentos de primera línea debido a contraindicaciones o para los pacientes para quienes el grupo de medicamentos de primera línea no ha sido útil. Evaluar los pacientes para la específicamente según contraindicaciones y los efectos secundarios de los agentes de segunda línea.</p>
<p>¿Qué medicamentos deben ser considerados con los pacientes particularmente preocupados por el aumento de peso?</p>	<p>Los datos demuestran que Bupropión SR y terapias de reemplazo de nicotina retrasan, pero no impiden el aumento de peso.</p>
<p>¿Existen medicamentos que deben ser especialmente considerados en pacientes con antecedentes de depresión?</p>	<p>Bupropion SR y la Nortriptilina parecen ser eficaces en esta población, pero los medicamentos de reemplazo de nicotina también parecen ayudar a las personas con antecedentes de depresión.</p>
<p>En caso de terapias de reemplazo de nicotina ¿debe evitarse en pacientes con antecedentes de la enfermedad cardiovascular?</p>	<p>No. El parche de nicotina, en particular, ha demostrado ser seguro para los pacientes cardiovasculares.</p>

<p>¿Los medicamentos para la dependencia del tabaco se utilizarán a largo plazo (por ejemplo, hasta 6 meses)?</p>	<p>Sí. Este enfoque puede ser útil con los fumadores que informen persistencia de los síntomas de abstinencia durante el curso de los medicamentos, que han recaído en el pasado después de dejar la medicación o que desean una terapia a largo plazo. Una minoría de los las personas que logran dejar el cigarrillo con medicamentos TRN (chicle, spray nasal, inhalador) a largo plazo El uso de estos medicamentos de hasta 6 meses no presenta un conocido riesgo para la salud y el desarrollo de la dependencia de medicamentos es poco frecuente. Además, la FDA ha aprobado el uso de Bupropión SR, Vareniclina, y algunos medicamentos de la TRN de más de 6 meses de uso.</p>
<p>¿La adherencia al tratamiento es importante?</p>	<p>Si los pacientes no utilizan la medicación según lo recomendado puede afectar el resultado. Por ejemplo si no utilizan las dosis recomendadas o la duración recomendada. Todo esto puede reducir la eficacia del tratamiento.</p>
<p>¿Los medicamentos pueden ser combinados?</p>	<p>Sí. Entre los medicamentos de primera línea, existe evidencia de que la combinación de los parches de nicotina a largo plazo (>14 semanas) con goma de mascar de nicotina o spray nasal de nicotina, el parche de nicotina con el inhalador de nicotina, o el parche de nicotina con Bupropion SR, aumentan a largo plazo las tasas de abstinencia en relación a los tratamientos con placebo. En relación a la monoterapia, los resultados son poco concluyentes.</p>
<p>¿Mi paciente no puede pagar los medicamentos y no tiene seguro para cubrirlo. ¿Qué puedo hacer?</p>	<p>Se enseña al paciente a dejar de lado todo el dinero que hubieran gastado en tabaco una vez que dejan de fumar.</p>

Organizar

La dependencia del tabaco es una adicción.

Dejar de fumar es muy difícil para la mayoría de los usuarios de tabaco. Es esencial que el paciente tratando de dejar de fumar realice un seguimiento programado. Esto es especialmente importante cuando el tratamiento es compartido por un equipo de médicos e incluye extensores de tratamiento como el asesoramiento.

Asegúrese del seguimiento de los contactos.(4)

Acción	Estrategias para su implementación
<p>Se encargará de los contactos de seguimiento, ya sea en persona o por teléfono.</p>	<p>Plazos: El seguimiento de contacto debería comenzar poco después de la fecha en que el paciente dejó de fumar, preferentemente, durante la primera semana. Un segundo contacto de seguimiento se recomienda en el primer mes.</p> <p>Acciones de seguimiento durante el contacto: Para todos los pacientes, identificar los problemas que ya han encontrado y anticipar los retos en el futuro inmediato. Para los pacientes que son abstinentes, felicitarles por su éxito.</p>

Ex fumadores recientes

Pregúntele a cada paciente en cada visita sobre el consumo de tabaco y de su condición y documéntelos claramente en la historia clínica (por ejemplo, como parte de los signos vitales).

Evaluar una potencial recaída en el ex usuario del tabaco.(4)

Acción	Estrategias para su implementación
<p>¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted dejó de fumar?</p>	<p>La mayoría de las recaídas se produce en las primeras 2 semanas después de la fecha de abandono y el riesgo disminuye con el tiempo. Pero el riesgo de recaída puede persistir durante un largo tiempo para muchos usuarios de tabaco. Por lo tanto, evaluar todos los ex consumidores de tabaco, independientemente de cuanto tiempo ha transcurrido desde que dejó de fumar, sobre los desafíos de la pregunta a continuación:</p>
<p>¿Todavía tiene ganas de usar tabaco?</p>	<p>Cualquier ex fumador reciente que siga experimentando problemas debe recibir asistencia.</p>

Ayudar al ex consumidor de tabaco, con el aliento para permanecer en abstinencia.

Acción	Estrategias para su implementación
<p>El usuario del tabaco primero debe recibir las felicitaciones de cualquier éxito y se incita a mantener la abstinencia.</p>	<p>El uso de preguntas para descubrir si el paciente desea discutir cuestiones relacionadas con dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Los beneficios, incluyendo los beneficios potenciales para la salud, el paciente puede derivar de la cesación. * Cualquier éxito que el paciente ha tenido en dejar de fumar (duración de la abstinencia, la reducción de la retirada, y así sucesivamente). * Los problemas encontrados o las amenazas para el mantenimiento de la abstinencia (por ejemplo, depresión, aumento de peso, el alcohol, los usuarios de tabaco en el hogar, importante los factores de estrés).

Los desafíos específicos y las posibles respuestas al usuario que acaba de salir del consumo de tabaco.

Desafíos	Respuestas
<p>Le falta de apoyo para dejar de fumar.</p>	<p>Calendario de visitas de seguimiento o llamadas telefónicas con el paciente. Ayudar al paciente a identificar fuentes de apoyo dentro de su entorno.</p>
<p>Estado de ánimo negativo o depresión.</p>	<p>Remitir al paciente a una organización apropiada, que ofrece asesoramiento o apoyo. Si son significativas, proporcionar asesoramiento, prescribir adecuada medicación, o remitir al paciente a un especialista.</p>
<p>Los síntomas de abstinencia fuerte o prolongada.</p>	<p>Si el paciente informa prolongado deseo u otros síntomas de abstinencia, evaluar la posibilidad de ampliar el uso de un medicamento aprobado o añadir / combinación de medicamentos para reducir los síntomas de abstinencia fuerte.</p>
<p>El aumento de peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiende iniciar o aumentar la actividad física. • Tranquilizar a la paciente de que algún aumento de peso después de dejar de fumar es común y generalmente autolimitada. • Hacer hincapié en los beneficios de dejar de fumar en relación con los riesgos para la salud y la ganancia de peso moderada. • Enfatizar la importancia de una dieta saludable y estilo de vida activo. • Sugerir sustitutos bajos en calorías goma de mascar sin azúcar, consumir verduras o pastillas de menta. • Evaluación del paciente por un asesor en nutrición.

El Fumador recae...	<p>Sugerir el uso continuo de medicamentos, que pueden reducir la probabilidad de una recaída completa.</p> <p>Alentar a otro intento de dejar de fumar o de un nuevo compromiso de total abstinencia.</p> <p>Asegure que dejar de fumar puede tomar varios intentos y de utilizar el lapso de una experiencia de aprendizaje.</p> <p>Proveer o remitir a un asesoramiento intensivo.</p>
---------------------	---

Cesación del tabaquismo en grupos específicos.

Cesación del tabaquismo en embarazadas.

Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN (terapia de reemplazo nicotínico) en el embarazo, tanto para la madre como para su hijo. Sin embargo se reconoce que el principal beneficio sería la exposición a todos los otros tóxicos contenidos en el humo de tabaco. Además la TRN usada en las dosis recomendadas alcanza menores niveles sanguíneos de nicotina que el humo de tabaco. (1, 10,11)

Por lo expuesto, algunos expertos actualmente apoyan y reconocen como segura la TRN durante el embarazo, debiendo asesorar convenientemente a la paciente sobre los riesgos y beneficios del uso de nicotina en ambas formas.

En resumen, un análisis de los riesgos y beneficios del fumar versus el uso de TRN apoya fuertemente el uso de TRN.

Cesación del tabaquismo en niños y adolescentes.

No hay evidencia suficiente sobre la efectividad de la TRN en adolescentes que quieren dejar de fumar. (12,13) Sin embargo, dado que es menos perjudicial que el tabaquismo, la opinión de expertos es que la TRN puede ser considerada para su uso en adolescentes dependientes de la nicotina, que quieren dejar de fumar. (14)

La OMS - OPS recomienda el desarrollo de habilidades para la vida para prevención y tratamiento de adicciones, lo que incluye:

- Adquirir estrategias de afrontamiento y habilidades sociales.
- Reconocer fortalezas, debilidades y posibilidades de cambio.
- Estimular la conciencia crítica.
- Fortalecer la autoestima.

Otros grupos:

Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con **co- morbilidades psiquiátricas** asociadas y otras adicciones simultáneas (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.

Se recomienda informar a todos los **pacientes internados** en un servicio de salud, que el

mismo es un ámbito libre de humo y ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen.

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.

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 nicotínico.

Conclusión

La dependencia al tabaco es un problema de salud y requiere de intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado y sensibilizado con la problemática de la adicción al tabaco.

Para el manejo de la dependencia al tabaco, existen tratamientos costo-efectivos con altas tasas de éxito a largo plazo. Dado que existe una terapia efectiva, todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento.

Resulta imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo.

A fin de dar respuesta a la creciente demanda social de servicios de cesación, es necesario crear servicios eficaces en el manejo de la cesación tabáquica. Esto permitiría incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias.

Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso de todos los niveles de salud.

Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar.

Bibliografía

1. Guía Nacional para el tratamiento de la adicción al tabaco/Ministerio de Salud y Medio Ambiente(2005)Argentina.
2. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: The Mpower Packaged. Geneva: World Health Organization; 2008
3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports (Internet). Rockville. Disponible on line: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm>
4. Guía Nacional para el Abordaje del tabaquismo/Uruguay 2009
5. Treating Tobacco Use and Dependence: A Quick Reference Guide for Clinicians,2008 Update. Agency for Healthcare Research and Quality.
6. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 56: 79-83
7. Ronckers S and Ament A.. Cost-effectiveness of treatments for tobacco dependence. A systematic Review of the evidence. Human Nutrition Population (HNP) World Bank February 2003
8. Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
9. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, 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.
10. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ Publication N° 00-0032
11. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004; 6(2):S189–202.
12. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*. 2001; 24(4):277–322
13. Grimshaw G, Stanton A, Lancaster T. Tobacco cessation interventions for young people. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
14. Muramoto M, Leischow S, Sherrill D. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161(11):1068-1074
15. MHRA. 2005. Report of the committee on safety of medicines working group on nicotine replacement therapy: medicines and healthcare products regulatory agency, committee on safety of medicines.