

Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia

Año 2010



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

Guía para el tratamiento del tabaquismo basada en la evidencia

Autoridades

Jefe de Gobierno	Ing. Mauricio Macri
Ministro de Salud	Prof. Dr. Jorge Lemus
Subsecretaría de Atención Integrada de Salud	Dr. Gabriel Novick
Director General de Redes y Programas	Dr. Francisco Tropea
Director General Adjunto de Programas Centrales	Prof. Dr. Valentín Aragües y Oroz
Coordinadora del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo	Dra. Marta Angueira
Coordinación	Dra. Marta Angueira Dra. Silvia Cortese
Asesora Científica	Dra. Corina Samaniego
Corrector	Dr. Fernando Müller



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad

Sociedades e Instituciones que han participado en el Consenso

Asociación de Psiquiatras Argentinos	Dr. Pedro Gargoloff
Asociación Argentina de Psiquiatras	Dr. Ricardo Corral
Sociedad Argentina de Medicina Interna General	Dra. María Noble
Asociación Argentina de Tabacología	Dra. María Noble
Asociación Antitabáquica Sin Pucho	Sra. Raquel Fisk
Federación Argentina de Cardiología	Dr. Fernando Ferraro
Asociación de Alergia, Asma e Inmunología Buenos Aires	Dr. Darío Colombaro
Union Antitabáquica Argentina	Dr. César Di Giano
Instituto de Gestión y Políticas en Salud Mental	Dr. Patricio Rey
Escuela Superior de Ciencias de la Salud Universidad Nacional del Centro - UNICEN	Dr. Raúl Pitarque
Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer	Dra. Georgina Alberro
Asociación Médica Argentina	Prof. Dr. Isidoro Hasper
Sociedad Argentina de Alergia e Inmunopatología	Dra. Silvia Jakimczuk
Proyecto Medef	Dr. Fernando Müller
Sociedad Argentina de Cardiología	Dr. Horacio Zylbersztejn
Red Tabaco o Salud GCBA	Dr. Jorge Poliak Dr. Miguel Feola Lic. Fonoaudióloga Liliana de Lorenzo Odontóloga Gabriela Abodenky
Asociación Argentina de Toxicología	Dra. Silvia Cortese
Sociedad Argentina de Cancerología	Dr. Mario Bruno
Consejo Argentino de Educación para la Salud	Prof. Dra. Regina Wikinsky
Facultad de Ciencias Médicas de la UN Comahue	Prof. Gustavo Zabert
Servicio de Prevención y Atención de Adicciones de la UN Comahue	Prof. Gustavo Zabert
Liga de Lucha y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares	Dra. Luisa Giménez
Grupo Antitabaco del Hospital Italiano	Dra. Myriam Rosenek

Expertos participantes

Dr. Fernando Nápoli — Experto Universitario en Tabaquismo Universidad de Cantabria
Dra. Sandra Braun — Programa de Medicina Interna General- Hospital de Clínicas
Dr. Jorge Pachamé — Consultorio de tabaquismo Maternidad Sardá
Lic. Socióloga Gabriela Tortosa — Maternidad Sardá
Dr. Ricardo Rasmussen — Instituto de Cardiología de Corrientes
Lic. Ana María Zanutto — Consultorio de Cesación Tabáquica Sanatorio Julio Méndez
Dr. Sergio López — Consultorio de Tabaquismo Hospital Ramos Mejía
Dr. Andrés Manini — Médico de Familia, San Juan

Avalan:

Federación Argentina de Enfermeros
Asociación de Enfermeros de Capital Federal
Asociación de Médicos Municipales

El desarrollo de esta guía ha sido promovido por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Dirección General Adjunta de Programas Centrales.

Prólogo

“La gestión pública es, en general, desilusionante. No apunta al blanco de los problemas. Su calidad es baja y estacionaria. En contraste, las ciencias avanzan mientras los problemas sociales se acumulan. Las ciencias no parecen tener impacto relevante en el enfrentamiento de los problemas sociales y en la calidad de la gestión pública, existiendo un abismo entre el retraso de la política y el avance de las ciencias...”. Las palabras de Matus siguen vigentes, pero no es menos cierto que también puede generarse en muchas ocasiones, en el funcionario de turno, una marcada sensación de satisfacción y estímulo. Este es el caso con el desenvolvimiento del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo del Ministerio de Salud del GCABA.

Tanto programas como redes de salud son básicamente estrategias de articulación y flujo de personas, conocimiento y recursos, unidos por afinidades y marcos administrativos, para la concreción de fines estratégicos. Si bien en última instancia la frontera que los separa es tenue, las redes se ubican más cerca del polo distal o efector del sistema y los programas más del polo proximal, con funciones y posibilidades que exceden lo asistencial. Sabemos que un problema de salud no es únicamente un problema de medicina, sino que al mismo tiempo es político, económico, organizativo, ecológico, etc. y en este sentido la práctica debe ser transdepartamental y horizontal. Está claro que ambas piezas deben funcionar armónicamente y en su forma ideal coexistir en cada propuesta programática. Tal el caso del Programa y la Red de Tabaco que despliega ampliamente cada una de estas facetas. Desde lo asistencial, con la labor cotidiana de una multitud de expertos que atienden miles de consultas cada año de pacientes tabaquistas, cubren sus requerimientos de insumos medicamentosos y realizan un seguimiento longitudinal para controlar su evolución en el tiempo. El trabajo diario se destila en una considerable producción científica y en eventos de todo tipo.

La docencia y la investigación se reflejan en actividades diversas cuyo epítome es, en este momento, la publicación de esta **Guía de Tratamiento del Tabaquismo Basada en la Evidencia**, que representa la síntesis del pensamiento de profesionales e instituciones líderes en la materia en nuestro medio, apoyado en sólida evidencia científica, siendo además la primera de una serie de guías técnicas promovidas institucionalmente, cuyo vacío se hacía sentir penosamente ya que —en esencia— constituyen un abordaje técnico-político de un problema de salud y un ámbito de acción pública insoslayable, máxime en un campo tan sensible y plagado de externalidades que dan sustento al principio de intervención estatal, como es el tabaquismo.

Siendo los recursos inherentemente limitados y los deseos de las personas no, la escasez en todas sus formas se manifiesta en la labor cotidiana en salud con más frecuencia que lo deseado. Tal situación ocasiona en muchos una actitud de abatimiento y hasta de parálisis, expresada en un aferrarse a la “imposibilidad”. Claramente esta Guía demuestra que la actitud mental inversa es posible y afortunadamente se da en muchos grupos, que siguen trabajando y produciendo, activa e ininterrumpidamente, en circunstancias que no son las mejores. Indudablemente esto es motivo de orgullo para todos y especialmente para los funcionarios que hemos tenido el privilegio —siempre coyuntural y casi azaroso— de poder colaborar en su desarrollo. Vaya para los autores nuestro reconocimiento y compromiso de apoyo, ya que ellos son los verdaderos generadores del progreso y el cambio en nuestras instituciones.

Dr. Valentín Aragües y Oroz

Director General Adjunto de Programas Centrales
Ministerio de Salud — Gobierno de la Ciudad de Bs. As.

Por qué esta guía

La Ciudad de Buenos Aires es la ciudad capital y reúne 3.000.000 millones de habitantes en sus 202 kilómetros cuadrados. Sin embargo el área metropolitana tiene una población de más de 10.000.000 de habitantes, convirtiéndose así en una de las diez urbes más pobladas del mundo, con casi un tercio de la población del país.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación, 31,9% de los adultos porteños fuman, el 34% de los hombres y el 30,1% de las mujeres.¹

Estamos frente a la mayor causa de morbimortalidad prevenible, y que asombrosamente no es considerada como una enfermedad por los integrantes del equipo de salud, llamando incluso la atención la falta de conocimiento sobre sus efectos y tratamiento.

Hoy se sigue hablando de *costumbre, hábito o vicio* y en general no es considerado —como debe ser— una **enfermedad adictiva, crónica y recidivante**.

Su prevención y tratamiento deben ser realizados desde varios contextos:

- Desde el estado una política adecuada de salud, en donde se estimule la cesación tabáquica y de alguna manera se facilite el acceso al tratamiento de toda aquella persona que lo desee
- Desde las instituciones con políticas de las instituciones de salud que involucren al equipo de salud activamente, partiendo de instituciones libres de humo
- Desde los profesionales a través del tratamiento de cesación en consultorios, con equipo capacitado

Esta guía intenta, desde la evidencia científica, brindar conceptos claros y sencillos para utilizar en la práctica diaria en el tratamiento de esta enfermedad, enriquecidos con la opinión de los expertos locales.

Por otro lado se pretende rescatar la importancia del equipo de salud y de la interdisciplina como herramienta para la práctica.

Por último se pone claramente en evidencia la necesidad del desarrollo de investigación local, ya que los datos y las estrategias planteadas corresponden a literatura internacional.

Se agradece muy especialmente a todos aquellos que, en forma totalmente desinteresada, han participado con seriedad y responsabilidad en la confección de esta guía.

Metodología

El armado de esta guía requirió de una serie de instancias destinadas a definir la problemática, revisar la literatura, construir consensos y arribar a las recomendaciones. A lo largo de varios meses de trabajo, el equipo de especialistas siguió distintos pasos, que se presentan a continuación:

1- En principio se han planteado las siguientes preguntas

- ¿Cuál es la intervención más efectiva?
- ¿Qué integrante del equipo de salud realiza una intervención más efectiva?
- ¿Cómo es esta intervención?
- ¿Cuál es la medicación disponible, cómo y cuándo se utiliza?
- ¿Cómo se trata a los adolescentes?
- ¿Qué ocurre con las mujeres embarazadas?
- ¿Cómo se trata a los pacientes psiquiátricos?
- ¿Qué evidencia hay con respecto a los pacientes internados?

2- Se revisó la bibliografía disponible hasta agosto de 2009, se confeccionaron las recomendaciones que responden con evidencia científica a las preguntas planteadas.^{2,3,4}

La categorización del grado de recomendación que se ha establecido en la presente sigue la empleada en la Guía de Nueva Zelanda (2007)⁵ que estipula:

- A:** La recomendación está sustentada en evidencia BUENA (fuerte)
- B:** La recomendación está sustentada en evidencia SUFICIENTE (razonable), pero puede haber incertidumbre o inconsistencia mínima
- C:** La recomendación está sustentada en OPINIÓN DE LOS EXPERTOS (publicada) solamente
- I:** Recomendación con evidencia insuficiente
- ✓: **GPP** buena práctica

Siguiendo la misma Guía de Nueva Zelanda, se propone la sigla **ABC** para referirse a las intervenciones que los profesionales pueden realizar en cesación tabáquica de la siguiente manera:

- A:** Averigüe
- B:** Breve consejo
- C:** Cesación tabáquica (intervención mínima o intensiva)

Esta estrategia resume la de las 5 A y es más sencilla de aplicar por todo el equipo de salud.

Cabe aclarar que en esta guía se empleará “**profesionales clínicos**” para referirse a todos aquellos profesionales de la salud que brindan asistencia clínica a pacientes (médicos, enfermeros, bioquímicos, psicólogos, fonoaudiólogos, odontólogos, etc.).

- 3- Durante junio y julio de 2009 se invitó a participar en el consenso a las Sociedades Científicas relacionadas con el tema. Estas sociedades participaron mediante un representante designado para tal efecto; se invitó además a expertos individuales de trayectoria en el tema.**

- 4- Se envió a los participantes, en formato electrónico, el consolidado de las recomendaciones con una grilla para manifestar el grado de acuerdo la que es devuelta completa por la misma vía. Se procesaron las respuestas.**

- 5- En noviembre se realizó un encuentro presencial al que concurrieron los expertos con el fin de: revisar las respuestas en las que no hubo acuerdo y reformular aquellas recomendaciones que presentaran dificultad para la comprensión.**

- 6- Se confeccionó el consolidado y se agregó el anexo que corresponde a la evaluación del paciente, en donde se explica el abordaje del paciente.**

- 7- Este producto pasó por cuatro procesos de corrección.**

Guía para el tratamiento del tabaquismo

Cada integrante del equipo de salud puede realizar una intervención de cesación de tabaco en sus pacientes fumadores. Los componentes de la misma son:

- A - Averiguar** si el paciente fuma
- B - Administrar Breve consejo** de cesación a todo paciente fumador
- C - Administrar intervenciones de cesación tabáquica**

A- Averiguar

Se debe preguntar acerca de la condición de fumador a cada paciente. Consignar clara y sistemáticamente en la historia clínica si es **fumador**, **ex fumador** o **nunca fumador**. En todas las situaciones evaluar en cada consulta si hubo algún cambio en dicha condición.^{6,7,8}

- ▶ **Recomendación 1:** Preguntar a toda persona que consulta en cualquier servicio del sistema de salud sobre su consumo de tabaco y **registrarlo** (preferentemente junto a los signos vitales). El registro aumenta la tasa de intervención por parte de los profesionales de la salud.

Grado de recomendación A

B - Consejo Breve

Todo el personal de salud debe brindar consejo breve acerca del tabaco a todos sus pacientes.⁹ El consejo breve es aconsejar a la persona que fuma que deje de hacerlo; puede ser hecho en un tiempo tan breve como 30 segundos.

- A fumadores: aconsejar dejar de fumar
- A ex fumadores: aconsejar mantener abstinencia
- A nunca fumadores: aconsejar evitar el inicio

- ▶ **Recomendación 2:** Todos los médicos deben proveer consejo breve para dejar de fumar —al menos una vez al año— a todos los pacientes que fuman.

Grado de recomendación A

- ▶ **Recomendación 3:** Todos los miembros del equipo de salud deberían proveer consejo breve.

Grado de recomendación B

C- Cesación

- ▶ **Recomendación 4:** *Una vez que el paciente ha sido identificado y se ha dado consejo breve, el profesional de salud debe evaluar la motivación para dejar de fumar.*

Grado de recomendación C

Intervención en pacientes no motivados

- ▶ **Recomendación 5:** *En fumadores no motivados para dejar de fumar, emplear intervenciones motivacionales a fin de estimularlos a realizar un intento de cesación en el futuro.*

Grado de recomendación B

Intervenciones mínimas: son un conjunto de estrategias efectivas para la cesación; pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial.

Intervención en pacientes motivados

- ▶ **Recomendación 6:** *En fumadores motivados, brindar al menos una intervención mínima, sea o no derivado a una intervención intensiva. Las intervenciones mínimas duran menos de 3 minutos e incrementan las tasas de cesación.*

Grado de recomendación A

- ▶ **Recomendación 7:** *Las intervenciones cuanto más intensivas son más efectivas para lograr abstinencia, por lo que se recomienda aplicarlas toda vez que sea posible. Son recomendables por los menos cuatro encuentros con los individuos que desean dejar de fumar, ya que los tratamientos persona a persona de 4 sesiones o más resultan especialmente efectivos para aumentar las tasas de cesación.*

Grado de recomendación A

- ▶ **Recomendación 8:** *Todos los formatos de intervención: individual, grupal, telefónico (especialmente proactivo) han demostrado ser efectivos.¹⁴*

Grado de recomendación B

- **Soporte telefónico:** este efectivo método puede ser: reactivo, cuando el fumador se acerca a la línea de teléfonos requiriendo información, consejo o ayuda; o proactivo, cuando es el fumador el que es llamado por el consejero de la línea de ayuda.¹³

- ▶ **Recomendación 9:** *El tratamiento brindado por cualquiera de los profesionales del equipo de salud capacitado en cesación tabáquica incrementa los índices de abstinencia.^{10,11,12}*

Grado de recomendación C

- ▶ **Recomendación 10:** *Siempre que sea posible implementar intervenciones brindadas por diferentes miembros del equipo de salud, ya que son más efectivos que las implementadas por un solo profesional.*

Grado de recomendación B

Intervenciones intensivas: puede ser provista por cualquier profesional de Salud entrenado para ello. Existe una fuerte asociación dosis-respuesta entre la duración de la sesión persona a persona y los resultados exitosos del tratamiento. La intervención intensiva es más efectiva que la intervención mínima.

Consta de dos componentes

- 1- Tratamiento psicosocial
- 2- Tratamiento farmacológico

1- Tratamiento psicosocial:

Se reúnen en este ítem varias modalidades de intervención que pueden realizar los integrantes del equipo de salud; los tratamientos brindados por equipos interdisciplinarios han demostrado ser más efectivos.

- **Desarrollo de habilidades** para resolver problemas, basada en el marco cognitivo conductual; consiste en preparar al paciente para modificar conductas que le impiden abandonar la adicción, actuando como gatillos.
- **Apoyo social:** el profesional debe indagar en la posibilidad de apoyo en relaciones sociales del paciente que puedan brindar soporte. Las relaciones de ayuda constituyen un proceso presente en cada uno de los estadios de cambio y tendrán distinta importancia en cada uno de ellos. Está integrado por la red social y familiar del paciente.
- **Oportunidades ambientales:** se deberán detectar los determinantes del ambiente, entendido como ambiente social, que están contribuyendo a mejorar su salud y cuáles no.

► **Recomendación 11:** *Los materiales de autoayuda elaborados “a medida” del paciente –tanto impresos como enviados por Internet– han mostrado ser efectivos.¹⁵*

Grado de recomendación B

2. Tratamiento farmacológico

A todo fumador motivado que realiza un intento de dejar de fumar, se le debe ofrecer la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención, dado que el mismo, al menos, duplica la chance de éxito.

Hay situaciones en que el tratamiento farmacológico no es una opción inicial y debe ser evaluado con más precaución, valorando los riesgos y beneficios en cada paciente en particular.

- Embarazo
- Lactancia
- Adolescencia
- Consumo menor de 10 cigarrillos/día

En la elección del fármaco el profesional debe tener en cuenta:

- Condición clínica del paciente (comorbilidades y contraindicaciones de la medicación)
- Experiencias previas y preferencias del paciente
- Experiencia del profesional

➤ **Recomendación 12:** *brindar tratamiento farmacológico como parte de la intervención a todo fumador que desee dejar de fumar y que no tenga contraindicaciones, dado que el mismo duplica la chance de éxito del intento.*

➤ **Grado de recomendación A**

Recomendación 13: *La combinación de intervención **no farmacológica** en forma de consejería y medicación es más efectiva para dejar de fumar que cualquiera de ellas aislada, por eso toda vez que sea posible y apropiado, tendrían que brindarse ambas en el tratamiento para dejar de fumar.*

Grado de recomendación A

➤ **Recomendación 14:** *considerar en pacientes con alta dependencia utilizar terapia combinada en diferentes circunstancias. Usualmente reemplazo nicotínico con parche y/o chicle con bupropión; con varenicline se han utilizado solamente TRN en forma de parches.*

Grado de recomendación A

FÁRMACOS DISPONIBLES	
Primera línea	Segunda línea
Terapia de reemplazo nicotínico	Nortriptilina
Bupropión	Clonidina
Varenicline	

PRIMERA LÍNEA

Terapia de reemplazo nicotínico ¹⁷

Es el primer tratamiento utilizado y ha demostrado ser altamente costo-efectivo, duplicando las tasas de cesación

Contraindicaciones relativas:

Embarazo y lactancia

Arritmias severas que pongan en riesgo la vida

Enfermedad cardiovascular severa y aguda

Enfermedad vascular periférica y enfermedad de Raynaud

Menores de 18 años

Existen diferentes sistemas de administración de nicotina, 4 de ellos en venta en nuestro país

Chicles			
Forma	Resina de polacrilex que contiene nicotina para absorción a nivel de la mucosa oral		
Contraindicaciones	Alteraciones en mucosa oral. Trastornos de masticación.		
Efectos adversos	Gastritis. Dolor de la articulación temporomandibular. Úlceras en la mucosa oral		
Presentación	2 y 4 mg		
Dosis	Semana	Nº	Intervalo
	S1 a S6	1	1 ó 2 hs
	S7 a S9	1	4 hs
	S10 a S12	1	6 a 8 hs
Duración del tratamiento	12 semanas		
Consideraciones	Dosis máxima 24 chicles por día		
	Se utilizarán de 4 ó 2 mg según fume más o menos de 20 cigarrillos por día		
	Técnica: el chicle se debe masticar lentamente hasta que aparezca un sabor picante, se coloca en el carrillo durante 30" en donde se absorbe, se repite la operación a los 30"		

Spray nasal	
Forma	Aerosol de nicotina para absorción en mucosa nasal
Contraindicaciones	Hipersensibilidad o alergia nasal
Efectos adversos	Palpitaciones. Irritación nasal. Cefalea
Presentación	Frasco con 200 pulsaciones. Cada pulsación descarga 0,5 mcl conteniendo 0,5 mg de nicotina
Dosis	1 dosis = 1 mg de nicotina = 2 puffs 1 ó 2 dosis por hora Máximo por día 40 puffs
Duración del tratamiento	3 meses con descenso progresivo hasta los 6 meses
Consideraciones	Técnica: es un spray nasal, el paciente debe administrar un puff en cada narina cuidando de esperar unos segundos hasta respirar, ya que la nicotina se absorbe en la mucosa nasal
	Se utilizan 8 dosis por día hasta un máximo de 40 dosis por día

Parches	
Forma	Parque adhesivo de nicotina para absorción transdérmica
Contraindicaciones	Enfermedades de la piel que impidan la colocación
Efectos adversos	Reacciones de hipersensibilidad. Trastornos del sueño
Presentación	7 mg, 14 mg y 21 mg
Dosis	4 semanas 21 mg. 2 semanas 14 mg. 2 semanas 7 mg
Duración del tratamiento	En general 8 semanas
Consideraciones	Hay parches de que duran 16 y de 24 hs. En nuestro país solo tenemos solo los de 24 hs, en algunos casos se pueden retirar por la noche

Losange			
Forma	Es un caramelo que se disuelve en la boca		
Contraindicaciones	Reacciones de hipersensibilidad. Enfermedades de la mucosa oral		
Efectos adversos	Palpitaciones. Irritación de la mucosa oral. Cefalea. Náusea		
Presentación	Caramelos de 2 y 4 mg de nicotina		
Dosis	Semana	Nº	Intervalo
	S1 a S6	1	1 ó 2 hs
	S7 a S9	1	4 hs
	S10 a S12	1	4 a 8 hs
	Se utilizan caramelos de 2 ó 4 mg según el paciente fume el primer cigarrillo antes o después de los 30 minutos de levantarse		
Duración del tratamiento	En general 12 semanas		
Consideraciones	Técnica: se coloca en la boca y se debe dejar disolver; se debe indicar que no se mastique. No tragar		

PRIMERA LÍNEA

Bupropión¹⁸

Es un antidepresivo, duplica las tasas de cesación.

El mecanismo de acción no está determinado, se postula el bloqueo de la recaptación de dopamina y noradrenalina.

Se metaboliza en el hígado mediante el citocromo P450, por lo que debe ser utilizado con precaución cuando se administra concomitantemente con drogas que se metabolizan por esta vía.

Contraindicaciones	Antecedentes de convulsiones o enfermedades proconvulsivantes: Tumor SNC, traumatismo de cráneo, trastornos de alimentación, alcoholismo. Anorexia y bulimia
Efectos adversos	Boca seca, convulsiones (en pacientes con factores proconvulsivantes), insomnio
Presentación	Comprimidos de 150 y 300 mg
Dosis	150 a 300 mg. En caso de usar 2 comprimidos: iniciar con 150 por día durante 3 días y luego subir a 300 mg Se sugiere iniciar 1-2 semanas previas a la cesación
Duración del tratamiento	8-12 semanas
Interacciones con medicamentos	Clopidrogel Ticlopidina Teofilina Esteroides sistémicos Antidepresivos Imao Antipsicóticos Betabloqueantes Antiarrítmicos grupo Ic Citaloprom Alcohol Carbamacepina Fenobarbital Ritonavir Amantadina Teofilina Tramadol
Consideraciones	Precaución en pacientes con antecedentes de depresión, suicidio, ideación suicida u otra enfermedad psiquiátrica ¹⁹

PRIMERA LÍNEA²⁰

Varenicline

Agonista parcial de los receptores nicotínicos $\alpha_4\beta_2$. Triplica las tasas de cesación

Contraindicaciones relativas	Pacientes con insuficiencia renal se disminuye la dosis a la mitad Pacientes con epilepsia: no hay experiencia clínica
Efectos adversos	Náuseas, trastornos gástricos Sueño vívidos y pesadillas Insomnio Trastornos del ánimo
Presentación	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg
Dosis	0,5 mg/día tres días 0,5 mg dos veces/d días 4 a 7, continúa con 1 mg dos veces/día hasta el final del tratamiento En pacientes con clearance de creatinina entre 50 y 80 ml/m no se deben realizar ajustes Con clearance de creatinina entre 30 y 50 ml/min la dosis se debe reducir a 1 mg/día
Duración del tratamiento	12 semanas (puede prolongarse hasta 6 meses)
Interacciones	No presenta interacciones
Consideraciones	Precaución en pacientes con antecedentes de depresión, suicidio, ideación suicida u otra enfermedad psiquiátrica Indicar claramente que se debe tomar la medicación con la ingesta de alimentos para disminuir los efectos gastrointestinales Entre una dosis y otra deben transcurrir por lo menos 8 hs

Los medicamentos de primera línea son seguros y efectivos para el tratamiento de la adicción al tabaco y han sido aprobados por la FDA, salvo las contraindicaciones o las situaciones especiales mencionadas.

► **Recomendación 15:** Ofrecer como primera opción farmacológica las drogas de primera línea: Terapia de Reemplazo Nicotínico, Bupropión y Varenicline. Considerar para la elección del fármaco: comorbilidades, contraindicaciones. Preferencia y experiencias previas del paciente.

Grado de recomendación A

SEGUNDA LÍNEA

Se deben utilizar si hay múltiples fracasos previos o contraindicaciones para los de primera línea.

	Nortriptilina	Clonidina
	<p>Se utiliza como tratamiento antidepresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es un antidepresivo tricíclico - No existe actualmente presentación comercial - Se puede mandar a preparar 	<p>Es un antihipertensivo, un bloqueante α_2 presináptico. Actúa sobre el SNC y puede reducir los síntomas de abstinencia en conductas adictivas, incluido el uso del tabaco.</p> <p>Dosis total diaria: varía según estudios entre 0,15 a 0,45 mg, dependiendo de la tolerancia a los efectos adversos</p>
Contraindicaciones	<p>Hipertiroidismo Diabetes Enfermedad cardiovascular Enfermedad bipolar Glaucoma</p>	<p>Hipertensión Hipotensión</p>
Efectos adversos	<p>Sedación Boca seca Hipo Depresión medular Síntomas extrapiramidales Arritmias Hepatitis</p>	<p>Boca seca Visión borrosa Sedación</p>
Dosis	<p>Se comienza con 25 mg/día por 15 a 20 días y se aumenta gradualmente a 75 a 100 mg por día hasta 5 semanas</p>	<p>0,15 a 0,45 mg/día</p>
Duración del tratamiento	<p>12 semanas con reducción progresiva</p>	<p>3 a 10 semanas</p>
Interacciones	<p>Alcohol Cimetidina Sedantes Simpaticomiméticos Teofilina Esteroides Hipoglucemiantes orales Hormonas tiroideas</p>	

► **Recomendación 16:** todo fumador que desee dejar de fumar y que tenga una contraindicación para recibir una droga de primera línea debe recibir una droga de segunda línea, en nuestro país solo está disponible la clonidina.

Grado de recomendación A

Terapias combinadas

La combinación de TRN, asociando generalmente una de acción rápida y otra de acción sostenida, aumenta los índices de abstinencia.^{21,22}

Seguimiento

- ▶ **Recomendación 17:** *considerar en pacientes con alta dependencia o fracaso con monodroga utilizar terapia combinada. Usualmente terapia de reemplazo nicotínico combinada con bupropión.*¹⁶

Grado de recomendación B

Pacientes internados

Una internación es una oportunidad para intervenir en el paciente fumador. Serían dos las razones que motivan al paciente internado a intentar dejar de fumar: la enfermedad que puede ser causada o agravada por el cigarrillo y el que los hospitales sean ambientes 100% libres de humo.²³

Los pocos estudios con que se cuenta tienen resultados alentadores, un mes de seguimiento al alta aumentaría la tasa de abstinencia.²⁴

- ▶ **Recomendación 18:** *ofrecer tratamiento de cesación tabáquica utilizando bupropión y TRN durante la internación y acordar visitas de seguimiento relacionadas con la cesación, manteniendo el contacto por lo menos por el término de un mes.*

Grado de recomendación B

Es recomendación del Comité de Expertos: ofrecer intervención farmacológica con drogas de 1ª o 2ª línea, dependiendo del cuadro clínico que haya motivado la internación.

Pacientes embarazadas

El embarazo es una situación motivadora para dejar de fumar. En nuestra ciudad las embarazadas en muchos casos continúan fumando y a veces solo disminuyen el consumo, recayendo después del parto o al terminar la lactancia. Llama la atención la alta exposición al humo de segunda mano de las embarazadas y los niños.

Es importante recordar que las mujeres que siguen fumando exponen al feto no solo a la nicotina sino también a las 4.500 sustancias tóxicas presentes en el cigarrillo.

- ▶ **Recomendación 19:** *se debe brindar intervención intensiva específica a todas las embarazadas y puérperas fumadoras.*

Grado de recomendación A

Intervención en pacientes psiquiátricos

La prevalencia de tabaquismo es mayor en la población psiquiátrica que en la población general.

Alrededor del 50% de los pacientes que concurren para dejar de fumar tienen alguna historia de síntomas depresivos en su pasado o antecedentes de alcoholismo o consumo de drogas de abuso.²⁵

- **Recomendación 20:** *se debe brindar intervención breve para dejar de fumar a todo paciente psiquiátrico que sea fumador.*

Grado de recomendación A

- **Recomendación 21:** *Se debe realizar intervención intensiva siempre que sea posible ofreciendo tratamiento farmacológico y psicosocial a pacientes con patología psiquiátrica que desean dejar de fumar.*

Grado de recomendación A

Es recomendación del Comité de Expertos: adecuar la medicación a la enfermedad psiquiátrica de base. Se recomienda que el tratamiento farmacológico lo realicen expertos en cesación junto con el personal de salud mental de cabecera del paciente, dado que el abordaje psico-social y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares.

- **Recomendación 22:** *se recomienda monitorear las dosis de medicación psiquiátrica. La cesación tabáquica modifica los niveles sanguíneos de los psicofármacos; puede ser necesario disminuir las dosis diarias.*

Grado de recomendación A

Intervención en adolescentes (hasta 18 años)

El tabaquismo en adolescentes en la CABA es un tema preocupante, por la alta prevalencia a predominio de las mujeres, la temprana edad de inicio, el fácil acceso a la compra de cigarrillos, la alta exposición al humo de tabaco en el ambiente.²⁶

Por otro lado los jóvenes se encuentran en su mayoría en estado precontemplativo (no piensa en dejar de fumar) con respecto al deseo de dejar de fumar; si bien pueden realizar algún intento para dejar de fumar, tienen muy elevadas tasas de recaídas²⁷. Los jóvenes en general subestiman el potencial adictivo de la nicotina.

No tenemos herramientas farmacológicas al momento de tratar a un adolescente; ninguna de las drogas disponibles ha sido testeada en cuanto a seguridad y efectividad en menores de 18 años.

Es por esto que se considera de vital importancia poner en marcha las estrategias de control que propone el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco: ambientes libres de humo, aumento de los precios, regulación de la publicidad, promoción y patrocinio, y advertencias sanitarias en el empaque.^{28,29}

Se ha demostrado que raramente se identifica al adolescente fumador, a pesar de que numerosas encuestas demuestran que no tienen problema en admitir su consumo y muchos desearían dejar de fumar.

- ▶ **Recomendación 23:** realizar intervención breve a todos los adolescentes fumadores y no fumadores. Realizar intervención breve a los niños y a sus padres. Informar sobre tabaquismo pasivo. El humo de tabaco ajeno es dañino para la salud de los niños; se recomienda que los pediatras brinden consejo a los padres para que dejen de fumar.

Grado de recomendación B

- ▶ **Recomendación 24:** ofrecer intervención no farmacológica para aquellos adolescentes que desean dejar de fumar.

Grado de recomendación B

Recomendación del Comité de Expertos: dada la baja evidencia de la eficacia del tratamiento farmacológico, éste no estaría recomendado excepto en casos especiales y con la colaboración de la familia. En ese caso se usaría TRN.

Intervención en fumadores de menos de 10 cigarrillos por día

Estos fumadores (asimismo los que fuman 1-4 por día) corren el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Se los debe identificar.

Existen metabolizadores lentos de nicotina que fumarían menos de 10 cigarrillos con niveles de nicotina en sangre elevados.

Por otro lado se recomienda tomar en cuenta la sensación de la persona sobre su dificultad para dejar de fumar más que el número de cigarrillos y en función de eso ofrecer la terapia con medicación.

- ▶ **Recomendación 25:** se debe motivar y ofrecer intervención no farmacológica a todos los fumadores de menos de 10 cigarrillos por día.

Grado de recomendación B

Recomendación del Comité de Expertos: en casos especiales puede estar recomendado el uso de reemplazo nicotínico y considerar las otras intervenciones farmacológicas de las drogas de 1ª línea (bupropión-vareniclina).

Evaluación del fumador

En la Ciudad de Buenos Aires se han realizado muchos estudios que muestran una alta prevalencia de fumar en la población general y en el equipo de salud.^{30,31,32}

El tabaquismo por años no ha sido considerado como una enfermedad; aun hoy se sigue hablando de *costumbre, hábito o vicio* y en general no es considerado —como debe ser— una **enfermedad adictiva, crónica y recidivante**.

Solo un equipo de salud convencido de esto y capacitado en las estrategias para su abordaje, podrá actuar para la prevención y el tratamiento del tabaquismo.^{33,34}

Cuando hablamos de los tratamientos debemos considerar que los más efectivos son las intervenciones intensivas; éstas tienen alrededor de un 30% a 45% de efectividad, pero es un grupo pequeño de fumadores —alrededor del 10%— los que demandan este tipo de intervención.

Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 81% de la población adulta no piensa en dejar de fumar; es función del Estado trabajar en la motivación de estos pacientes para que comiencen a pensar en dejar de fumar.

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

Utiliza solo dos o tres minutos de la consulta:

- Debe ser realizada en todas las consultas
- La puede realizar todo el equipo de salud
- Es altamente costo-efectiva
- Se debe adaptar al estadio de cambio en que se encuentra el paciente

La intervención breve se ha simplificado a tres pasos —A, B y C— resumiendo la estrategia de las 5 A que se describía tradicionalmente.

- | | |
|--------------------------|---|
| A - Averigüe | Situación de fumador y consigne en la historia clínica |
| B - Breve consejo | Acorde a su estadio de cambio y motivación y situación clínica del paciente |
| C - Cesación | Guíe al paciente en el proceso de cesación, brindando todas las herramientas adecuadas para el paciente |

Averigüe

Averigüe si el paciente fuma o no. Encuestas realizadas en el año 2005 en los Hospitales de la CABA mostraron que se interrogaba alrededor de un 30% de los pacientes, cosa que mejoró con la capacitación continua del equipo de salud y con la implementación del impreso en la historia de consultorio externo de las preguntas acerca de la condición de fumador del paciente. Es conveniente consignar también acerca de la exposición al humo de tabaco.

Se aconseja realizar algún ajuste institucional para que todos los pacientes sean interrogados con respecto al uso de tabaco.

La mitad de la población consulta al médico en el año, y un número similar al odontólogo; no realizar una intervención breve en estas consultas es una oportunidad de intervenir perdida.

Breve consejo

Aconseje: todo paciente debe recibir consejo para dejar de fumar, si es que lo hace, y para continuar sin fumar si es un ex fumador.

Para aquellos que tienen contacto con niños o sus padres es importante recordar la relevancia que tiene la prevención primaria del tabaquismo y de la prevención de la exposición al humo de tabaco del ambiente, que afecta particularmente a los niños menores.

Evaluación del paciente

La evaluación del paciente fumador es muy sencilla³⁵, los tópicos a evaluar son:

- Motivación
- Estadio de cambio
- Grado de adicción

Motivación

¿Qué es la motivación?

“... Es aquello que alimenta y dirige nuestra conducta, determina las cosas que se pueden hacer en una situación dada y determina qué es lo que se hace en este momento”. Robert West³⁶

Este autor plantea que existe un sistema motivacional conformado por cinco niveles: **R**espuestas, **I**mpulsos y fuerzas inhibitorias, **M**otivaciones, **E**valuaciones y **P**lanes (PRIME Theory). El sistema motivacional está en un constante estado de flujo causado por estímulos internos y externos.

Por otro lado, al momento de cambiar de conducta se lleva a cabo el llamado balance decisional, que es el resultado del balance de los estímulos o fuerzas que favorecen y se oponen al cambio. Es en este momento cuando actúan los estímulos externos para inclinar la balanza hacia alguno de los dos sentidos, se genera el descontento con la situación y se desea el cambio.

Lo que deja esta teoría es la evidencia de la necesidad de inclinar el balance decisional y la importancia que tienen los factores internos y externos al individuo en el momento de tomar la decisión. Entre los factores externos se encuentran el medio ambiente y el medio social en donde se desempeña el individuo; sería en este aspecto que los ambientes libre de humo actuarían en el equilibrio de la decisión.

La evaluación de la motivación se realiza con el test de Richmond

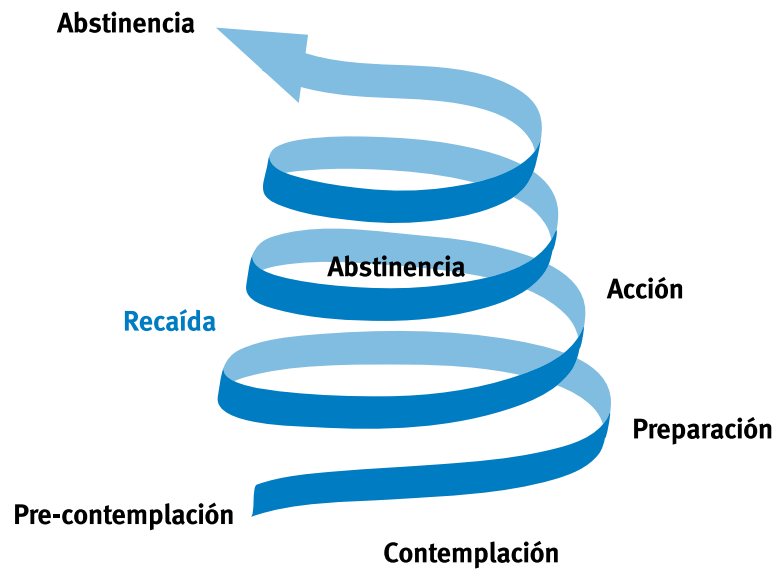
	No	Sí		
¿Le gustaría dejar de fumar definitivamente?	0	1		
	Nada	Quizás	Bastante	Mucho
¿Cuánto interés tiene en hacerlo?	0	1	2	3
	Nada	Quizás	Bastante	Mucho
¿Va a intentarlo en las próximas 2 semanas?	0	1	2	3
	Nada	Quizás	Bastante	Mucho
¿Cree que habrá dejado en 6 meses?	0	1	2	3

Muy motivado	9 a 10
Bastante motivado	hasta 6
Poco motivado	menos de 6

Estadíos de cambio de Prochaska

El Modelo Transteorético de Prochaska considera la situación del paciente con respecto a la adicción, y nos da una referencia clara y rápida de cómo intervenir con el consejo en el paciente tabaquista.^{37,38,39,40,41}

Modelo Transteorético de Prochaska: Estadío de cambio



Lo importante de este modelo es que considera al dejar de fumar como un **proceso** por el cual el paciente va pasando hasta llegar a la finalización. El motor de este proceso es la motivación. La recaída es parte del proceso. Una persona que sufre una recaída, vuelve a alguno de los estadios anteriores.

Precontemplación: en este momento no está pensando en dejar de fumar, ni piensa en la posibilidad; le gusta fumar y lo hace, es el único estadio consonante.

Contemplación: es el momento ambivalente, está pensando en dejar de fumar pero encuentra excusas para no hacerlo.

Preparación: esta persona se encuentra lista para dejar de fumar en el próximo mes.

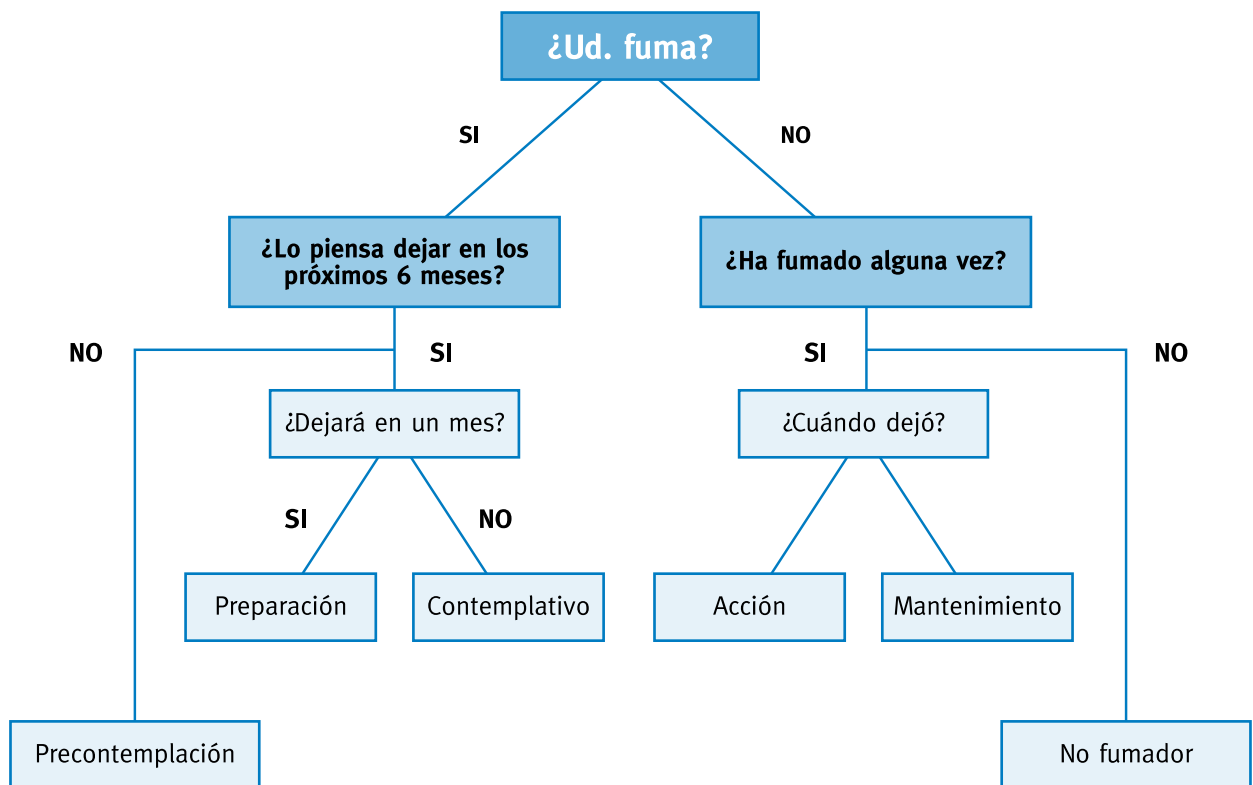
Acción: deja de fumar; ésta es la persona que va a entrar en abstinencia.

Mantenimiento: ha dejado de fumar, continúa en este estadio y a veces no sale de él, siempre sigue con los deseos de fumar ante determinadas circunstancias. En otros casos no vuelve a sentir deseos de fumar, por lo que entra en el estadio siguiente.

Finalización: no tiene más deseos de fumar, se considera “curado”, cosa que depende de la motivación, el entorno y la persona, es un **ex fumador**.

Recaída: es parte del proceso de dejar de fumar, al recaer, y puede volver a cualquiera de los estadios.

Con unas simples preguntas se puede evaluar el estadio en que se encuentra el paciente.⁴²



El consejo

En cada uno de los estadios se deben efectuar intervenciones específicas que apuntan a generar el proceso de cambio que permitirá que la persona avance en las etapas. El avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible.

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

El consejo debe de ser:

- Para todos los pacientes independientemente de la razón de la consulta
- Claro
- Corto: puede durar tan poco como 30 segundos
- Firme
- Debe repetirse en cada consulta
- Motivador, podría ser el disparador de un intento de cesación
- Debe incluir elementos informativos
- Siempre debe de ser positivo
- Aprovechar el momento clínico del paciente: no será igual para una embarazada que para un EPOC o para una paciente que concurre a una cirugía plástica
- Adecuado al estadio de Prochaska en que se encuentra
- Adecuado al grado de motivación

Consejo por etapas

Precontemplativo. Se debe trabajar fundamentalmente sobre la concientización

- **Evaluar** cuáles son los mecanismos de defensa que efectúa la persona para no producir el cambio.
- **Reflexionar** sobre la relación con el tabaco, las razones que lo llevan a fumar y las ganancias que se obtendrían de no hacerlo.
- **Relaciones de ayuda:** implica el apoyo en relaciones sociales que brinden ayuda. Las relaciones de ayuda constituyen un proceso presente en cada uno de los estadios de cambio, pero que adquiere dimensiones e intervenciones diferentes en cada uno.
- **Oportunidades ambientales:** evaluar qué determinantes del ambiente, entendido como ambiente social, están contribuyendo a mejorar su salud y cuáles no.
- **Revisar** intentos anteriores, evaluando cuántos hubo, qué fue útil, qué aprendió y por qué volvió a fumar.

Qué no se debe hacer

- No empujar a la acción. Un precontemplador no está listo para dejar de fumar ya, pero debería estar listo para considerar dejar. Hay que alentar esta inclinación. El error más común es empujar a alguien a tomar acción demasiado rápido, cuando todavía no está preparado.
- No sermonear. Hacer comentarios de manera repetida e insistente usualmente desmotiva. Peor aún, esos comentarios pueden debilitar la relación especial del colaborador —persona que desea ayudar— con la persona que fuma.
- No abandonar. Un precontemplador puede confundir la indiferencia de un colaborador como un signo de que el problema de conducta no es tan serio después de todo. Para un precontemplador la indiferencia aparece como la aprobación de su conducta.
- No ser permisivo. La permisividad empieza cuando la persona que desea ayudar se interesa por el precontemplador y quiere entender sus preocupaciones. Esto puede llevar a minimizar el problema. La permisividad continúa cuando el colaborador piensa que arriesga su relación con el precontemplador. Sin embargo, si el problema alguna vez se resuelve es porque la persona que quiere ayudar se atrevió a desafiarlo.

Contemplativo. Estos pacientes se caracterizan por su ambivalencia, quiere pero...

- **Activación emocional.** Activar las emociones puede movilizar de manera que éstas ayuden a superar la postergación. Para lograr eso se pueden emplear distintas técnicas, como por ejemplo, sugerir colocar en un frasco con agua cada una de las colillas al terminar un cigarrillo, para poder observar y tener más presente cuáles son las sustancias que van a su organismo.
- **Concientización.** La persona se encuentra más abierta a escuchar si puede revisar la relación con el cigarrillo, que lo lleva a fumar, tratar de detectar las situaciones gatillo para fumar.
- **Revisar el balance decisional.** Hay que tratar de utilizar los siguientes ejes:
 - Consecuencias del cambio para el fumador y los demás.
 - Reacciones que producirá el cambio en el fumador y en los demás.
- **Autoreevaluación:**
 - Consiste en la evaluación de cómo se siente y se piensa de uno mismo respecto de la adicción al tabaco.
 - Permite ver cuándo y cómo un problema de conducta está en conflicto con los valores personales.

Preparación

- Autoreevaluación
- Activación emocional
- Compromiso
- Hacer del cambio una prioridad
- Preparar el propio plan de acción
- Hacer público el compromiso
- Establecer el Gran Día

Acción

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

La mayor dificultad con la que se encontrará en esta etapa es cómo manejar el **síndrome de abstinencia**.

Síntomas

- Cambios de humor y de estados de ánimo.
- Dificultades para concentrarse.
- Sensación de sueño durante el día.
- Problemas para dormir.
- Dolor de cabeza, cansancio, náuseas, mareos.
- Hambre y molestias estomacales.
- Mayor deseo de comer dulces.
- Craving o deseos intensos de fumar.

Es importante reconocer los síntomas y estar bien informado, para manejarlos adecuadamente.

Manejo de la abstinencia: el paciente se ha preparado para esto, hay que recordarle:

- El deseo imperioso de fumar dura instantes.
- Ya tiene identificadas las situaciones gatillo, debe evitarlas.
- Se deben implementar terapias sustitutivas: ante el deseo de fumar debe tener disponible agua, algún caramelo sin azúcar, chicles sin azúcar, puede ser una pelotita para apretar, tener siempre preparadas las zapatillas para salir a caminar, darse una ducha o lavarse los dientes.
- Debe tener a mano el teléfono de algún amigo o familiar a quien recurrir.

Manejo del stress: baños, música, gimnasia, técnicas de relajación.

Recompensas: hay que remarcar la ganancia en salud y también en dinero que podría ser ahorrado para hacerse un regalo, una salida que tenía pendiente, una obra de teatro, una cena en un lugar especial...

Mantenimiento: se mantienen las estrategias de los estadios anteriores pero prestando especial atención a la posibilidad de recaída. Un fumador sufre una recaída cuando, luego de haber dejado de fumar, no pudo mantenerse sin fumar durante el tiempo esperado de 6 meses en la etapa de acción o cuando la persona volvió a fumar durante la etapa de mantenimiento o aún después. El fenómeno de la recaída es un movimiento hacia atrás, hacia etapas anteriores del proceso de abandono del cigarrillo.

Se indica no dramatizar la situación: después de una recaída, antes de hacer un nuevo intento de abandono del cigarrillo, lo mejor es que la persona se tome su tiempo para pensar sobre lo ocurrido y para aprender de los errores cometidos.

Recaída: esta etapa no siempre se da, aunque como en toda drogadicción es bastante frecuente. El fumador que recae vuelve a alguna de las etapas de cambio, cualquiera sea. Suele haber una pérdida de la autoestima. La intervención precoz en este caso es más beneficiosa. Además, cuantos más intentos, en general mayor es la tasa de abandono. La recaída es parte del proceso.

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

Evaluación de la adicción

La nicotina es el alcaloide presente en el tabaco y responsable de la adicción. Es la industria quien al fabricar el cigarrillo agregó amoníaco al cigarrillo para alcalinizar el humo y optimizar su absorción.

El DSM-IV propone los criterios que debe cumplir una sustancia para ser considerada psicoactiva. Estos criterios son:

- Tolerancia, manifestada como la disminución del efecto de una dosis determinada o un aumento de la dosis para producir el mismo efecto.
- Presencia de síndrome o supresión o síntomas de abstinencia cuando se suspende la droga.
- Utilizarla por un período mayor de tiempo o un período más extendido del planeado.
- Un deseo persistente de fumar o falta de éxito en los esfuerzos por dejar.
- Permanecer un tiempo considerable fumando o buscando la droga.
- Dejar importantes actividades sociales, ocupacionales o recreación por culpa de la droga.
- Continuar utilizándola aunque se conocen los efectos nocivos para la salud.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría, son suficientes tres de estos criterios para definir “adicción”. El tabaco cumple holgadamente con este requisito, presentando los siete criterios diagnósticos del DSM IV.

Una sustancia que cumple 3 de estos criterios se considera psicoactiva, la nicotina los cumple todos.

El instrumento más utilizado para valorar la dependencia a la nicotina es el Cuestionario de Fagerstôm. Caracteriza a la nicotina como una variable continua y provee puntos de corte para diferenciar a los altamente dependientes de los menos dependientes, permitiendo así definir el tratamiento y evaluar su progreso.

El test valora la dificultad en la abstinición, la tasa de consumo y topografía del fumador y determina el grado de dependencia basado en el estado actual como fumador. El nivel de dependencia de cada paciente puede ser cuantificado con 6 preguntas y un máximo de 11 puntos. El test permite adecuar el tratamiento al grado de dependencia (se transcribe al final del artículo el test de Fagerstôm) el instrumento más utilizado para esto es el cuestionario Fagerstôm para valorar la dependencia a la nicotina. Caracteriza a la nicotina como una variable continua y provee puntos de corte para diferenciar a los altamente dependientes de los menos dependientes.

El valor fundamental de este cuestionario es que permite adecuar el tratamiento.

Cuestionario	Respuesta	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que enciende su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	de 6 a 30 minutos	2
	de 31 a 60 minutos	1
	más de 61 minutos	0
¿Encuentra difícil “no fumar” en donde está prohibido?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El 1º de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	10 ó menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	más de 31	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas luego de levantarse?	Sí	1
	No	0
¿Fuma estando enfermo?	Sí	1
	No	0

Sus respuestas suman un puntaje que en una escala de 0 a 10 miden el grado de dependencia. Hasta 4 puntos dependencia leve, 5 ó 6 puntos dependencia moderada y 7 ó más puntos dependencia alta.

El tiempo que pasa entre levantarse y fumar el primer cigarrillo (TTPC), como pregunta individual sugiere la urgencia que tiene el fumador por consumir y la necesidad de reponer el nivel bajo de nicotina sérica. Este simple instrumento es el mejor indicador individual de la dependencia del tabaco: se considera baja dependencia al TTPC mayor a 30 minutos y alta dependencia al TTPC menor a 30 minutos.

Manejo del peso

Hay distintos factores que hacen que se pueda aumentar de peso al dejar de fumar: la actividad hormonal, factores sensoriales y digestivos, y alteraciones en nuestro sistema nervioso autónomo. La nicotina consumida hace que la velocidad del metabolismo sea más rápida, por tanto al dejar de fumar ésta se vuelve más lenta.

La estrategia que se debería aconsejar es:

- 1- Aumentar la actividad física, caminar fortalece los músculos, reduce el estrés, y resulta una poderosa arma para no incrementar el peso al dejar de fumar.
- 2- Cuidar la calidad de los alimentos que se consume, beber agua en abundancia, lácteos descremados, frutas y verduras.
- 3- Combatir la ansiedad, con métodos como la meditación, la respiración profunda u otros ejercicios, serán favorables para evitar el impulso tanto de fumar como de comer.

En resumen

- Todo paciente debe ser interrogado acerca de su condición de fumador y consignado en la historia clínica
- Todo paciente fumador debe recibir consejo para dejar de fumar
- Todo paciente motivado para dejar de fumar debe recibir por lo menos una intervención breve
- Todo paciente motivado para dejar de fumar debe de recibir intervención intensiva en sus dos componentes: psicosocial y farmacológico para aumentar las chances de cesación
- Todo paciente que deje de fumar debe recibir seguimiento en el formato de por lo menos 4 consultas

Referencias

- 1) Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Ministerio de Salud de la Nación 2005
- 2) Díaz Maroto, Giménez Ruiz, Recomendaciones de Buena Práctica Clínica- SEMERGEN 2009,35(1):29-38
- 3) Guía para el Consejo Clínico-Instituto de Salud Pública- Madrid
- 4) Ramseier CA 1^o Workshop europeo en prevención y cesación tabáquica para los profesionales de la salud oral- Octubre 2005
- 5) Ministry of Health 2007, New Zeland Smoking Cessation Guidelines
- 6) Fiore MC. Treating Tobacco use and Dependence. Rockville, Md, 2000 AHRQ publication
- 7) Guías Nacionales de tratamiento de Tabaquismo- Ministerio de Salud de la Nación- 2005
- 8) Ministry of Health 2007, New Zeland Smoking Cessation Guidelines
- 9) Bao Y, National Health Interview Survey- Health Serv Res 2006;41:2114-35
- 10) Rice VH, Nursing intervention and smoking cessation. The journal of acute and critical care 35(3) 147-163 - 2005
- 11) Gorin, SS Meta Analysis of the efficacy of Tobacco counseling By Health Care Providers - Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention , 13, 2012-2022
- 12) Mojica W; Smoking-cessation interventions by type of provider, A meta-analysis – American Journal of Preventive Medicine (26) Issue 5, 391-401
- 13) Stead LF; Telephone counseling for smoking cessation. Cochrane Database Systematic Reviews, Issue 3
- 14) Stead LF Group Behavior Therapy Programmers for Smoking Cessation. Cochrane Database Systematic Reviews, issue 2. October 08-2008
- 15) Lancaster T; Self Help Interventions for Smoking Cessation- Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3
- 16) Hajek P; Relapse prevention Interventions for Smoking Cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1
- 17) Stead LF Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1 Art NI CD000146:DOI 10.1002/14651858.CD000146.pub3
- 18) Hughes JR, Antidepressants for smoking cessation, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, issue 1. Art NI CD000031:DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3
- 19) FDA Boxed Warning on Serious Mental Health Events to be Requires for Chantix and Zyban- FDA News Release July 1, 2009
- 20) Cahill K, Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of systematic Reviews 2008, issue3, ArtNI CD006103:DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub3
- 21) Aveyard P, Managing of smoking cessation. BMJ 2007; 335; 37-41
- 22) Stead LF Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1 Art NI CD000146:DOI 10.1002/14651858.CD000146.pub3
- 23) Chang L; Cigarette smoking, plastic surgery and microsurgery. J Reconstructive Microsurg 1996;12(7):467-74
- 24) Rigotti N Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3 Art NI CD001837:DOI 10.1002/14651858.CD001837.pub2
- 25) Anda AF Depression and the dynamics of smoking JAMA 1990;264(12):1451-5
- 26) Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina-Ministerio de Salud Argentina-mayo 2009
- 27) Tyas SL Psychosocial factors to adolescent smoking: a critical review of the literature. Tob Control. 1998; 7(4):409-20
- 28) Convenio Marco para el Control del Tabaquismo- OMS
- 29) Angueira M Estrategias Educativas de la Industria- publicación, Grant CDRC
- 30) Angueira, M; Cortese S, Prevalencia de Tabaquismo em el Equipo de Salud de cinco hospitales Públicos- Abs. Jornadas de Cardiología de los Hospitales del GCBA- Buenos Aires 2004
- 31) Angueira M, González Negri M, Mancini O, Ojea H, Rojo C Tabaquismo en la población de alumnas del último año de la carrera de Obstetricia de la Universidad de Buenos Aires- año 2003- Abs. Congreso Argentino de Cardiología- Buenos Aires- 2004
- 32) Zabert G y cols Estudio FUMAR: reporte final XXXI Congreso AAMR Buenos Aires- 2004
- 33) Angueira M, Cortese S – Se hace intervención mínima en los Hospitales Públicos?- abst 33 congreso AAMR- Mendoza - 2005
- 34) Poliak J, Siniscalco, M, Intervención Breve en consultorios Externos de un Hospital General de Agudos- Abst 34 congreso AAMR. Buenos Aires 2006
- 35) Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et Al. Treating tobacco use and dependence. A clinical practice Guideline, 2008 Update AHRQ Publication- 2008
- 36) West, R. The p.r.i.m.e. theory of motivation and its application to addiction: a seven-point overview. Recuperado de www.primetheory.com
- 37) Prochaska J Process of smoking cessation. Implications for clinicians. Clin Chest Med 1991;12(4):727-35
- 38) Prochaska J Transtheoretical therapy – Phycotherapy Theory Res Pract 1982;19:276-88
- 39) Samaniego VC El modelo transteorético de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Congreso Virtual de Cardiología. 2005
- 40) Prochaska, J.O.(1996a) Revolution in Health Promotion:Smoking cessation as a case study in Health Psychology through the life span. Practice and research opportunities Edited By R.Resnick and R. Rozensky. American Psychological Association
- 41) Prochaska, J.O.; Norcross, J.C; & DiClemente, C. (1994) Changing for good. William Morrow and Company, Inc. New York
- 42) Fiore MC The new vital sign. Assessing and documenting smoking status. JAMA 1991; 266(22):3183-3184
- 43) Samaniego VC El modelo transteorético de Prochaska. Los estadios de cambio y su aplicación en el consumo de tabaco. Congreso Virtual de Cardiología. 2005
- 44) Fagerström (2003) Monaldi Arch Chest Dis 59(1): 91-94



Buenos Aires
Gobierno de la Ciudad