



Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo

Uruguay 2009

Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo

Uruguay 2009

Derechos de copia y reproducción. Este documento es el resultado de una colaboración interinstitucional coordinada por el Programa Nacional para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Puede ser reproducido total o parcialmente para ser utilizado con fines asistenciales o educativos, previa autorización. No puede ser utilizado con propósitos comerciales o de mercadotecnia. El Ministerio de Salud Pública se reserva los derechos de autoría y distribución de este material.

Límite de responsabilidad. La presente Guía es una herramienta genérica diseñada principalmente para ayudar a profesionales de la salud en el tratamiento del tabaquismo. No es sustituto del criterio de los profesionales. Los autores no se hacen responsables del uso indebido de la misma.

Por información:

Programa Nacional para el Control del Tabaco

18 de Julio 2175 Oficina 503 CP 11200

598 2 4023753

controltabaco@msp.gub.uy

Ministerio de Salud Pública

Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso Garrido

Director del Programa Nacional para Control del Tabaco

Dr. Winston Abascal

Auspicia:

OPS-OMS
PRONACCAN

Las políticas sanitarias preventivas han sido durante el presente gobierno, una seña de identidad de su compromiso con la salud de la población. Particularmente, el mitigar los daños que provocan las enfermedades tabacodependientes, los perjuicios para los fumadores activos y pasivos que causa el humo de tabaco, ha sido motivo de un gran trabajo vinculado a impulsar y sostener una de las políticas públicas de gobierno de mayor repercusión en la sociedad uruguaya.

El Presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez ha asumido un protagonismo de primer orden en el tema, lo que ha motivado un reconocimiento internacional y nacional indudable. Desde el Ministerio de Salud Pública, esta administración ha instrumentado cada uno de los artículos del Convenio Marco de la OMS, liderando en el mundo el conjunto de acciones tendientes a cumplir con el compromiso que el País firmó oportunamente.

Desde el Parlamento Nacional se lograron consensos muy amplios en la elaboración de la Leyes aprobadas y los Decretos Reglamentarios fueron rápidamente elaborados y aplicados.

Los trabajos de investigación desarrollados con técnicos nacionales e internacionales vinculados a medir alguno de los impactos de las medidas restrictivas aplicadas en los espacios de uso público cerrados para la eliminación del humo de tabaco ambiental, presentados conforme a protocolos aceptados, dan cuenta de cómo la sociedad uruguaya entendió la conveniencia de las medidas exigidas.

Este Ministerio ha estado permanentemente apelando a la inteligencia de la sociedad uruguaya, a la coherencia del marco regulatorio y del componente inspectivo del Estado así como a sus consecuencias sancionatorias. Se ha apelado también al involucramiento del diverso espacio de las organizaciones civiles y miembros de la sociedad que se han dedicado y destacado desde hace mucho tiempo por trabajar en esta causa de prevenir de las nefastas consecuencias del tabaquismo.

Ya lo ha comunicado el propio Presidente; se aspira a transformar al Uruguay en un País en Libre del Humo de Tabaco. En esa dirección entonces seguiremos trabajando convencidos en los logros de este tipo de medidas, que están demostrando y lo seguirán haciendo, ser efectivas en disminuir la carga de morbi-mortalidad en éste, nuestro querido país.



Un especial saludo entonces a partir de la presentación de este trabajo a todos quienes lo han hecho posible, confiando que será de gran utilidad práctica para sostener y progresar en las respuestas sociales, instituciones y profesionales frente a la pandemia del tabaquismo. A los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, a las Comisiones Honorarias de Prevención del Cáncer y de Salud Cardiovascular, a las/los referentes Universitarios, a las organizaciones no gubernamentales, a las Asociaciones de usuarios y enfermos que se han dedicado a ayudar a sus similares, a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, a todos ellos un fuerte reconocimiento por la tarea cumplida.

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública

Dr. Jorge Basso
Director General de Salud



AUTORES

Grupo de Desarrollo de la Guía

Dra. Ana Lorenzo García

Ministerio de Salud Pública.
Dirección General de la Salud
Programa Nacional para el Control del Tabaco

MSc. Raquel Baraibar Penco

Ministerio de Salud Pública.
Dirección General de la Salud
Programa Nacional para el Control del Tabaco

Dra. Silvia Melgar Alvarez

Administración de los Servicios de Salud del Estado
Red de Atención del Primer Nivel
Unidad de Reconversión del Modelo de Atención

Dra. Carolina Parodi Debat

Universidad de la República
Facultad de Medicina
Hospital de Clínicas
Programa de Cesación de Tabaquismo

Dra. Rosana Gambogi Irigaray

Fondo Nacional de Recursos
Subdirectora Técnico Médica

Lic. Ps. Ana Cenández Martínez

Fondo Nacional de Recursos
Programa de Cesación de Tabaquismo

Dra. Elba Esteves Di Carlo

Fondo Nacional de Recursos
Programa de Cesación de Tabaquismo

Ps. Soc. Amanda Sica Schimansky

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer
Área de Capacitación Técnico-Profesional

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno de los integrantes del Grupo de Desarrollo de la Guía tiene conflicto de intereses que declarar.

Colaboradores

Aportes de las diferentes disciplinas del Primer Nivel de Atención
Dra. Ascanio, Selene (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Enf. Barrenechea, Cristina (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Nut. De León, Myriam (Escuela de Nutrición y Dietética)
Dra. García, Triana (Red de Atención del Primer Nivel)
Dra. Gómez, Elisa (Red de Atención del Primer Nivel)
Dr. González, Gabriel (Red de Atención del Primer Nivel)
Dra. Irigoyen, Eliana (Red de Atención del Primer Nivel)
Dr. Melo, Alvaro (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Nut. Moratorio, Ximena (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Nut. Natero, Virginia (Soc. Uruguay de Cardiología)
Dra. Nosei, Claudia (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Enf. Olivera, Leticia (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Fisiot. Selios, Alexis (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Enf. Termezana, Lilián (Red de Atención del Primer Nivel)
Dra. Vizcarra, Patricia (Red de Atención del Primer Nivel)
Lic. Nut. Zulawski, Maia (Red de Atención del Primer Nivel)

Asesoramiento metodológico

Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica Montevideo (UNICEM).

Dra. Giselle Tomasso
Dra. Alicia Aleman
Lic. Ps. Mercedes Colomar

Grupo de consenso:

Profesionales que integran programas de cesación de tabaquismo de todo el país y que aportaron su opinión para la elaboración de esta guía.

Dr. Acosta, Daniel.
Gremial Médica de Artigas, Bella Unión.
Aux. Enf. Acuña, Alicia.
*Dirección Nacional de Aviación Civil
e Infraestructura Aeronáutica.*
Dr. Altier, Gustavo.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dr. Albanese, Miguel.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Alvarez, Miriam.
Asociación Médica de San José.
Dra. Araujo, Lilián.
Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado.
Lic. TS. Barreto, Rosario.
Instituto Asistencial Colectivo, Treinta y Tres.

Lic. Ps. Barros, Mary.
Policlínica de Cesación de tabaquismo,
Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas.
Dra. Battle, Ma. del Carmen.
Centro de Investigación Cardiovascular Uruguayo;
Casa de Galicia.
Dra. Bazano, Alicia.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dr. Benavides, Carlos*.
ASSE, Hospital Paso de los Toros, Tacuarembó.
Dr. Bertalmío, Juan.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dr. Bianco, Eduardo*.
Fondo Nacional de Recursos.

Lic.TS. Blanco, Ma. Laura.
*Policlínica de Cesación de tabaquismo,
Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas.*
Lic. Ps. Blanquet, Alicia.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Bonilla, Mariela.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Lic. Ps. Bosch, Andrea
Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno.
Dra. Buroni, Cristina.
*ASSE, Hospital Vidal y Fuentes; Cooperativa
Asistencial Médica de Lavalleja.*
Dra. Cabezas, Ana Ma.
Fondo Nacional de Recursos.
Lic. Ps. Cafasso, Patricia.
ASSE, Hospital Español.
Dra. Camacho, Ema.
*Administración Nacional de Usinas y
Transmisiones Eléctricas.*
Dr. Camps, Xavier.
*ASSE, Hospital Vidal y Fuentes; Cooperativa
Asistencial Médica de Lavalleja.*
Lic. TS. Cardona, Alicia.
*Dirección Nacional de Aviación Civil e
Infraestructura Aeronáutica.*
Lic. Ps. Cardozo, Rosario.
Obras Sanitarias del Estado.
Dra. Casadei, Carol.
Cooperativa Médica de Pando.
Lic. Enf. Casco, Ma. del Luján.
*Cooperativa de Asistencia Médica de Soriano,
Cardona.*
Lic. Enf. Castillo, Julio.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
Dr. Cécere, Julio.
Obras Sanitarias del Estado.
Dr. Conde, Diego.
Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado.
Dra. Contrera, Mariela.
ASSE, Hospital Español.
Dr. Córdoba, Mario*.
*Intendencia Departamental de Paysandú;
Corporación Médica de Paysandú.*
Lic. Ps. Correa, Fernando.
Palacio Legislativo.
Lic. Ps. Cosenza, Gonzalo.
Ministerio de Economía y Finanzas
Dra. Chijani, Vilma.
*Dirección Nacional de Aviación Civil e
Infraestructura Aeronáutica.*
Dr. Chimiel, Gabriel.
Cooperativa Médica de Rocha

Lic. Ps. Crespo, Claudia.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dr. Davyt, Osvaldo.
*Cooperativa de Asistencia Médica del Oeste
de Colonia.*
Dr. Debonas, Anabel.
Obras Sanitarias del Estado
Dr. de León, Cirio.
*Centro Asistencial del Sindicato Médico
del Uruguay.*
Lic. Ps. Destouet, Graciela.
Palacio Legislativo.
Dra. Deus, Ana L.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Díaz, Yisella.
Cooperativa Médica de Rocha.
Lic. Díaz, Alvaro.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Díaz, Miriam.
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto.
Lic.TS Domínguez, Cristina.
*Intendencia Municipal de Montevideo, Servicio
de Salud Ocupacional.*
Dra. Domínguez, Ma. Teresa.
Ministerio de Economía y Finanzas
Dr. Domínguez, Gerardo.
*Administración Nacional de Usinas y Transmisiones
Eléctricas.*
Lic. Enf. Dotti, Gabriela.
Dra. Espinosa, María.
Cooperativa Médica de Canelones.
Dra. Eugui, Eva.
Banco de la República Oriental del Uruguay.
Lic. Enf. Failache, Virginia.
*Cooperativa Regional de Asistencia Médica
Integral, Las Piedras.*
Dr. Fernández, Ariel.
ASSE, Hospital Colonia de Sacramento, Colonia.
Dra. Fernández, Cecilia.
Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado.
Lic. Ps. Fernández, Silvia.
*Administración Nacional de Usinas y
Transmisiones Eléctricas.*
Dra. Filippini, Isaura.
Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno.
Dra. Frascheri, Marta.
Cooperativa Asistencial Médica de Lavalleja.
Dr. Galain, Gustavo.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Goja, Beatriz.
*Policlínica de Cesación de Tabaquismo,
Facultad de Medicina, Hospital del Clínicas*

Dr. González, Alexis.
 RAP, Centro Auxiliar de Chuy
 Dra. González, Marcela.
 Lic. Ps. González, Mónica.
 Cooperativa Médica de Canelones.
 Dra. Guerrero, Ma. Inés*.
 Cooperativa Médica de Rocha.
 Lic. Enf. Gularte, Rosario.
 Intendencia Municipal de Montevideo.
 Dra. Juárez, Ma. del Rosario.
 Asociación PROCARDIAS
 Lic. Ps. Lanciano, Graciela.
 Intendencia Municipal de Montevideo.
 Lic. Enf. Latorre, Estela.
 Cooperativa Médica de Paso de los Toros.
 Dr. Lecot, Carlos.
 Administración Nacional de Usinas y
 Transmisiones Eléctricas.
 Dra. Leites, Ma. Angélica.
 Hospital de Melo; Cooperativa Médica de Cerro Largo.
 Dr. Licos, Ariel.
 Organización Asistencial Médica Cooperativa
 de Colonia.
 Dra. Lizuaín, Ma. del Carmen.
 ASSE, Río Negro.
 Dra. Longo, Miguelina.
 Lic. Ps. López, Amelia.
 Intendencia Municipal de Montevideo.
 Dr. López, Rodolfo.
 Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado.
 Aux. Enf. Luchini, Daniela.
 Gremial Médica de Artigas, Bella Unión.
 Dra. Llambí, Ma. Laura.
*Policlínica de Cesación de Tabaquismo, Facultad de
 Medicina, Hospital de Clínicas.*
 Dra. Machado, Lilián.
*Policlínica Claveaux, RAP; Asociación
 PROCARDIAS.*
 Dra. Martínez, Liria.
 ASSE, Hospital de Salto; CA Bella Unión;
 Hospital de Florida; Cooperativa Médica de Florida.
 Dra. Martínez, Graciela.
 Gremial Médica de Artigas, Bella Unión.
 Dra. Martínez, Mariana.
 Intendencia Municipal de Canelones.
 Lic. Ps. Méndez, Nancy.
 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
 Dr. Méndez, Roberto.
 Cooperativa Médica de Rocha.
 Dra. Menéndez, Adriana*.
 ASSE, Hospital Saint Bois.

Dra. Mercadal, Laura.
 Cooperativa Médica de Pando.
 Dra. Mesa, Estela.
Asociación Médica de San José.
 Lic. Ps. Montelongo, Paula.
RAP, Centro La Cruz de Carrasco, Subcentro Yanicelli.
 Dr. Montenegro, Hugo.
 Cooperativa Regional de Asistencia Médica Integral,
 Las Piedras.
 Dra. Mourelle, Sandra*.
 Cooperativa Asistencial Médica del Oeste de Colonia.
 Dra. Navarro, Verónica.
 Cooperativa de Asistencia Médica de Durazno.
 Dr. Oliveira, Walter*.
 ASSE; Asociación Médica de San José.
 Dra. Pagliotti, Ma. Laura.
 Centro Departamental; Instituto Asistencial
 Colectivo, Treinta y Tres.
 Lic Ps. Palacio, Tania.
 Fondo Nacional de Recursos; Asociación PROCARDIAS
 Dra. Palacios, Rosa.
 Administración Nacional de Usinas y
 Transmisiones Eléctricas.
 Dra. Palomino, Miriam.
*Sociedad de Neumología del Uruguay; Facultad de Me-
 dicina CLAEH; Sanatorio SEMM-Mautone, Maldonado*
 Aux. Enf – Instr. Pallares, Cecilia.
*Red de Atención Primaria, Centro La Cruz de
 Carrasco, Montevideo.*
 Dr. Pamparato, Marcos.
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto.
 Dra. Parajo, Mónica.
*Red de Atención Primaria, Centro La Cruz de
 Carrasco, Subcentro Yanicelli, Montevideo.*
 Dra. Pelufo, Alicia.
Intendencia Municipal de Montevideo.
 Dra. Piñeyro, Nancy.
Asociación Médica de San José
 Lic Ps. Prego, Rosana.
Intendencia Municipal de Canelones.
 Dra. Quintan, Ana.
Sociedad Médico Quirúrgica de Salto.
 Dra. Quartino, Laura.
Centro La Cruz de Carrasco, Subcentro Yanicelli.
 Lic. Ps. Rainieri, Silvana.
Intendencia Municipal de Montevideo.
 Dr. Ramos, Walter.
Intendencia Municipal de Montevideo.
 Lic. Enf. Rebollo, Beatriz.
Asociación Médica de San José.
 Aux. Enf. Reyes, Teresita.
 ASSE, San José.

Lic. Ps. Rivas, Graciela.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Dra. Roballo, Laura*.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
Dra. Rodríguez, Adriana*.
Instituto Médico de Previsión Asistencia y Servicios Afines (IMPASA).
Lic. Ps. Rossi, Cristina.
Red de Atención Primaria, Centro La Cruz de Carrasco.
Lic. Enf. Ruella, Mónica.
ASSE, Hospital Colonia de Sacramento, Colonia
Lic. Ps. Saavedra, Lorena.
ASSE, San José
Dra. Salari, Silvia.
ASSE, Colonia Etchepare. San José.
Dr. Sangenís, Albar.
Palacio Legislativo.
Dra. Séres, Silvana.
Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado.
Dra. Sica, Rosario.
Unidad de Cesación de Tabaquismo de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

Dr. Stankevicius, Antonio.
Intendencia Municipal de Montevideo, Servicio de Salud Ocupacional.
Lic. Ps. Techera, Marisol.
Caja de Auxilio de Socios y Empleados de COETC, Montevideo.
Lic. Enf. Trinidad, Analía.
Gremial Médica de Artigas, Bella Unión.
Dr. Torres, John.
Cooperativa Médica de Tacuarembó, Paso de los Toros.
Dr. Valentini, Gustavo*.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
Lic. Ps. Yacosa, Sonia.
Centro de Asistencia Médica de Pando.
Dra. Zeballos, Cristina.
Servicio Médico Integral.
Dra. Zicari, Lourdes.
Palacio Legislativo

*Integrantes del grupo de trabajo de tratamiento farmacológico combinado.

Consulta de aplicabilidad

Las siguientes sociedades científicas dieron su respaldo a la Guía Nacional y aportaron opiniones con respecto a la aplicabilidad de la misma en el ámbito de su especialidad.

Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
Sociedad de Oncología Médica y Pediátrica del Uruguay
Sociedad de Fisiología y Enfermedades del Tórax del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Sociedad de Toxicología y Ecotoxicología del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Tabacología

Agradecimientos

Se agradece el asesoramiento de los siguientes profesionales:

Lic. Lourdes Galván y Dra. Cristina Alonso.
Departamento de Medicamentos División Productos de Salud.
Ministerio de Salud Pública.

Prof. Agdo. Dr. Gustavo Tamosiunas
Cátedra de Farmacología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Índice

Presentación	15
Sumario	17
Fundamentos	19
Objetivos	23
Destinatarios	25
Metodología de desarrollo	27
Recomendaciones generales	33
Definiciones operativas	33
ABC para dejar de fumar	34
Averigüe	35
Consejo Breve	37
Apoyo para la Cesación	39
Apoyo presencial	41
Apoyo telefónico	47
Tratamiento Farmacológico	49
Terapia de reemplazo nicotínico	52
Bupropión	55
Varenicline	57
Nortriptilina	59
Aportes de las diferentes disciplinas del PNA	61
Cesación de tabaquismo en grupos especiales	69
Abordaje del paciente en recaída	81
Otros tratamientos e intervenciones	85
Bibliografía	87
Anexos	95



Presentación

La presente publicación tiene como objetivo servir de apoyo y material de consulta para todo el equipo de salud, fundamentalmente en el primer nivel de atención. Responde al compromiso que surge de la ley N° 18256, Ley Integral de Control del Tabaco, cuando en su art. 10° establece: «los servicios de salud públicos y privados incorporarán el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco en sus programas, planes y estrategias nacionales de atención primaria de la salud».

También el Decreto reglamentario de dicha Ley, en su art. 13° se refiere a que: «los profesionales de la salud deberán aplicar las recomendaciones establecidas en la **Guía Nacional de Abordaje del Tabaquismo** del Ministerio de Salud Pública».

Asimismo, recoge las medidas propuestas en el art.14 del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

Este material es el fruto de la dedicación del grupo de autoras que, semana tras semana, durante mucho tiempo se reunieron para revisar la evidencia científica disponible a nivel mundial y discutir líneas de acción integrales basadas en las mejores prácticas.

En este proceso participaron todos los integrantes de los equipos de salud que a nivel nacional están trabajando en cesación de tabaquismo, con el fin de obtener un consenso nacional.

Esta Guía se integra a los planes y estrategias nacionales de salud por cuanto propende a facilitar la accesibilidad a los tratamientos de la dependencia del tabaco, que serán implementados como parte de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud en el Primer Nivel de Atención.

Por lo expuesto, el Programa Nacional para el Control del Tabaco tiene la satisfacción de presentar este trabajo que sin lugar a dudas es un aporte fundamental para el control de esta epidemia, a la vez que brinda las herramientas que posibilitarán que muchos compatriotas superen esta adicción y tomen la decisión más importante que puedan adoptar en pro de su salud, como es el abandono del consumo de tabaco.

Programa Nacional para el Control del Tabaco



Sumario

La Guía Nacional para el abordaje del Tabaquismo (Uruguay 2009) proporciona un apoyo actualizado a todo el equipo de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Se centra por lo tanto en la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Estas pautas recomiendan intervenciones que han demostrado ser eficaces en población general y en grupos especiales, basadas en una completa revisión bibliográfica nacional e internacional de la mejor evidencia actual, considerando los tratamientos y prácticas disponibles en Uruguay. Los grupos especiales considerados son: embarazadas y mujeres en período de lactancia, niños y adolescentes, pacientes hospitalizados y pacientes en preoperatorio, usuarios de servicios de salud mental, pacientes con otras adicciones y pacientes que han recaído.

Esta Guía fue desarrollada por un grupo de especialistas y fueron consultados técnicos de todos los grupos implicados en el abordaje del tema.

Las recomendaciones incluyen varios mensajes importantes:

- Los equipos de salud deben realizar actividades de promoción y prevención del tabaquismo.
- Toda persona fumadora debe recibir un consejo breve independientemente de su deseo de dejar de fumar.
- Toda persona fumadora que desea dejar de fumar debe recibir el apoyo necesario.
- Sólo se deben recomendar tratamientos de eficacia probada a las personas con intención de dejar de fumar.

Estas recomendaciones están estructuradas con un nuevo método mnemotécnico propuesto en la Guía Neozelandesa de 2007, **el ABC de la cesación**, que sustituye las "5 A de la intervención". Esta elección se basó en su mayor simplicidad y facilidad de uso para todo el equipo de Salud.

El ABC propone:

Averiguar (preguntar) sobre el estado de fumador o riesgo de inicio.

Breve consejo de cesación.

Cesación, dar el apoyo necesario a quienes deseen dejar de fumar.

Esta guía asume que los profesionales de la salud, tienen como requisito previo el conocimiento, la actitud y las habilidades para apoyar a los fumadores en el proceso de cesación desde su ámbito de trabajo.



Fundamentos

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.

La nicotina es una de las drogas más adictivas, superando la adictividad de la cocaína y la heroína. Por ello es importante saber que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, sólo el 3% de ellos lo logran por año, sin ayuda.

El tabaquismo es una adicción porque cumple con los siguientes criterios:

- Conducta compulsiva, repetitiva
- Mantener el consumo a pesar de reconocer el daño que causa
- Tolerancia: necesidad de aumento progresivo del consumo para conseguir el mismo efecto.
- Síndrome de abstinencia: aparición de síntomas que causan discomfort cuando disminuye o cesa el consumo.
- Alteración de los aspectos de la vida diaria y social por efecto del consumo.

Como en todas las adicciones, se encuentran presentes factores biológicos, psicológicos y sociales (predisposición genética, personalidad vulnerable, modelos identificatorios, presión de los pares, etc).

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaquismo constituyó la mayor pandemia del siglo XX y lo seguirá siendo en el siglo XXI si no se modifican los patrones actuales de consumo de tabaco. Se estima que actualmente 1200 millones de personas, o sea un 1/3 de la población mundial es fumadora. En Uruguay la prevalencia de tabaquismo es aproximadamente 32% según datos de 2006 (1,2). Entre los médicos la prevalencia de tabaquismo se sitúa en el 27% (3) lo que implica un mensaje contradictorio a la población, con la consiguiente dificultad en el ofrecimiento de ayuda para los fumadores. Es fundamental reconocer la responsabilidad social y el rol modélico que desempeñan los trabajadores de la salud en la comunidad. Una encuesta telefónica más reciente del SMU realizada en una muestra representativa del cuerpo médico uruguayo en actividad, encontró que el 17% de los encuestados respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Ud. Fuma?”(4); dato alentador que habrá que corroborar en nuevos estudios.

El tabaco es el único producto de venta legal que mata a la mitad de sus consumidores regulares cuando se usa de la forma que lo recomienda su fabricante (5). Constituye la principal causa de enfermedad y muerte evitable (6) a nivel mundial. Del total de muertes en Uruguay (32000 personas / año) alrededor de 5.000 son atribuibles al tabaquismo, siendo el 10 a 15% de ellas causada por la exposición al humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano (7).

En el mundo esta epidemia se ha desplazado a los países en vías de desarrollo donde continúa aumentando a expensas fundamentalmente de las mujeres y los jóvenes. La OMS prevé que para la década del 2020 el 80% (6) de las muertes por tabaquismo ocurrirá en estos países.

El tabaquismo es más frecuente en personas con menor nivel educativo y en las que viven bajo la línea de la pobreza. La mayoría de los fumadores regulares inician el consumo antes de los 18 años. Los jóvenes son la población más vulnerable y el consumo de tabaco constituye muchas veces, la puerta de entrada hacia otras drogas.

El tabaquismo no sólo tiene un elevado costo sanitario, sino también a nivel económico, social y medio ambiental.

Desde el punto de vista económico se estima que los costos sanitarios directos de los fumadores en Uruguay ascienden aproximadamente a 150 millones de dólares anuales. Dicha cifra se podría incrementar hasta en un 70% por la pérdida de productividad por muerte temprana, pérdida de jornadas laborales y otros costos, duplicando lo recaudado por concepto de impuestos aplicados a productos del tabaco (8).

A nivel familiar, se derivan hacia la compra de tabaco buena parte de los ingresos del hogar que podrían ser empleados en la compra de alimentos, medicinas o vestimenta. De este modo, el consumo de tabaco contribuye al empobrecimiento tanto de las familias como de los países.

Desde el punto de vista social, disminuye la productividad de los trabajadores, ya que los fumadores se enferman más que los no fumadores. La mitad de las muertes debidas al consumo de tabaco se producen prematuramente entre los 35 y los 69 años (9). Es además un factor de riesgo en los accidentes laborales y de tránsito. Se produce entonces una sobrecarga de los sistemas de seguridad social por el incremento de enfermedades responsables de discapacidad o incapacidad laboral.

La única forma efectiva de detener esta epidemia es a través de la implementación de las medidas establecidas en el Convenio Marco de la Organización Mundial de



la Salud para el Control del Tabaco¹, dentro de las cuales la promoción de la salud, la prevención del inicio del consumo y el tratamiento de los fumadores actuales, constituyen aspectos fundamentales.

En el Uruguay el control del tabaco ha cambiado cuali-cuantitativamente a partir del 1° de marzo de 2006 con la entrada en vigencia de la prohibición de fumar en lugares cerrados de uso público, acompañado de un fuerte compromiso político con el tema que culminó en la aprobación de la Ley 18.256 del 6 de marzo de 2008 (10).

Con respecto al tratamiento de la población fumadora en Uruguay hubo un aumento progresivo en el número de profesionales formados y de programas de cesación, principalmente en los últimos 5 años. Sin embargo la intervención del equipo de salud en todos los fumadores que tienen un contacto con el sistema sanitario, está lejos de ser sistemática y universal.

Una guía nacional dirigida a todo el equipo de salud, de fácil aplicación y que contemple la realidad nacional, será una herramienta útil para lograr que **todos los integrantes del equipo de salud realicen una intervención efectiva en toda la población fumadora.**

1 El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado de salud pública a nivel mundial bajo el auspicio de la OMS, firmado y ratificado por 161 países al momento de cerrar la edición de este documento (enero 2009). Ratificado por Uruguay en setiembre de 2004. http://www.fctc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=11



Objetivos de esta Guía

General

- Disminuir la prevalencia del tabaquismo y sus consecuencias en la población uruguaya.

Específicos

- Prevenir el inicio del consumo de tabaco.
- Promover el abandono del consumo en los fumadores.
- Establecer criterios de consenso de abordaje del tabaquismo, apoyados en la mejor evidencia disponible.
- Ofrecer herramientas sencillas a todos los integrantes del equipo de salud para que puedan intervenir adecuadamente en toda la población.
- Promover la creación y mantenimiento de ambientes libres de humo de tabaco, enfatizando su importancia en los hogares.
- Evitar la exposición de la población al humo de tabaco ajeno o de segunda mano.

Destinatarios

Esta guía está dirigida a todos los integrantes del equipo de salud que operan en todos los niveles de atención.

Todos los trabajadores de la salud deberían estar sensibilizados y comprometidos con el tema, aunque no integren el equipo de salud en el sentido técnico-académico.



Metodología de desarrollo

- Búsqueda y análisis crítico de guías basadas en la evidencia.
- Actualización de la evidencia.
- Elaboración de la Guía Uruguaya.
- Difusión.
- Evaluación de aplicación.
- Plan de actualización.

Búsqueda y análisis crítico de guías basadas en la evidencia

Entre las guías publicadas en la región y en el mundo, se seleccionó la elaborada en Nueva Zelanda (11) por aportar nuevas ideas para el abordaje del tabaquismo, tener un formato más amigable y por actualizar la evidencia hasta el año 2007. Se tomaron algunos aspectos puntuales de la guía Argentina (12) y de la de Estados Unidos (13) publicada durante el proceso de elaboración de esta guía. Se contactó a los autores para solicitar las autorizaciones correspondientes.

El análisis crítico de las guías consideradas fue realizado por dos revisores independientes, mediante la utilización de la Evaluación de Guías de Prácticas Clínicas AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation). Se concluyó que las mismas están basadas en la evidencia y son de buena calidad metodológica (14).

Actualización de la evidencia

Se seleccionó la Guía Neozelandesa como base del trabajo, cuya evidencia está actualizada hasta 2007.

a. Búsqueda bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos electrónicas más comúnmente usadas para la literatura médica: Medline, Cochrane Library, Lilacs.

La última búsqueda fue realizada en mayo de 2008. Se utilizó un criterio amplio e inclusivo.

Las palabras claves usadas para la búsqueda en texto fueron:
(Smoking OR tobacco) AND cessation

Se utilizaron como límites:

Filtros metodológicos Controlled trials

Reviews

Meta-analysis

Filtros de fecha de publicación 2007-2008

Se evaluó si las Investigaciones Clínicas Aleatorizadas (ICAs) encontradas estaban incluidas o excluidas en las revisiones sistemáticas de la Guía Neozelandesa o de las revisiones halladas. En aquellos casos en los que no habían sido consideradas en ninguna revisión se realizó el análisis crítico de las mismas.

b. Análisis crítico de los estudios

Se realizó el análisis de cada uno de los estudios a fin de determinar su calidad metodológica. Para ello, se utilizaron las guías de Análisis de Revisiones Sistemáticas e ICAS de la Universidad de Mc Master (15,16)

c. Clasificación de la nueva literatura por intervención

Los estudios incluidos se clasificaron según las intervenciones abordadas y fueron evaluados por los integrantes del equipo más idóneos para cada una de ellas.

En todos los casos en que se incluyeron nuevos estudios, se evaluó la coincidencia o no de la dirección del efecto de la intervención estudiada con la recomendación previa. Si la dirección era coincidente, se mantuvo la recomendación. Si la dirección no era coincidente, se planteó la realización de un metanálisis con todos los estudios incluidos (esta situación nunca se presentó). En los casos en que el nuevo estudio no se refiriera a ninguna de las recomendaciones realizadas por la guía Neozelandesa, se elaboró una recomendación en base a esta evidencia existente.

d. Clasificación de la evidencia y de recomendaciones (17)

Nivel	Tipo de evidencia
Ia	Evidencia obtenida de metanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados
Ib	Evidencia obtenida de por lo menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado
IIa	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización
IIb	Evidencia obtenida de por lo menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado



III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados (estudios observacionales) tales como estudios comparativos (cohortes, casos y controles), de correlación (ecológicos) o series de casos
IV	Evidencia obtenida de opiniones de reportes de expertos, u opiniones de experiencias clínicas de autoridades reconocidas.

Grado	Recomendación
A Evidencia Ia y Ib	Requiere al menos un ensayo clínico controlado aleatorizado como parte del cuerpo de evidencia que cumpla con los requerimientos específicos de buena calidad y sea consistente con la recomendación.
B Evidencia IIa, IIb y III	Requiere disponibilidad de estudios clínicos (cuasi-experimentales u observacionales) bien diseñados pero no randomizados
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 basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía. Representa los aportes locales.

Elaboración de la Guía Uruguaya

a. Versión preliminar

Se elaboró un primer borrador basado en la Guía Neozelandesa, con los aportes de la actualización de la evidencia.

Una vez analizado en forma independiente por cada uno de los integrantes del grupo de desarrollo de la guía, se reevaluó en conjunto y se llegó por consenso a la elaboración de la **versión preliminar**.

b. Versión consensuada

En junio de 2008 se distribuyó la versión preliminar a todos los grupos que trabajan en cesación de tabaquismo en todo el país, junto con una planilla para recoger su opinión sobre cada recomendación propuesta en la guía.



Luego de analizar y resumir los aportes recibidos se discutió cada recomendación para llegar a una versión consensuada, en 2 reuniones que se realizaron el 26 de junio y el 31 de julio de 2008. En estas reuniones participaron aproximadamente 80 profesionales representantes en su mayoría de grupos multidisciplinarios que trabajaban en cesación de tabaquismo, procedentes de todo el país. Todas las recomendaciones fueron aprobadas por consenso de los presentes.

En la primera reunión fue necesario crear un grupo de trabajo para dilucidar una discusión sobre el tratamiento farmacológico combinado. Este grupo estuvo integrado por representantes de las diversas opiniones. Realizaron una revisión de la evidencia y llegaron a un acuerdo que fue trasladado a la segunda reunión general de consenso.

Finalmente se distribuyó la versión consensuada para su aprobación final.

La Guía Nacional se acompaña de un Manual para aplicar en el Primer Nivel de Atención y un Algoritmo que incluye herramientas prácticas para que se distribuya en todos los consultorios de los servicios de salud públicos y privados del país.

c. Evaluación de revisores

La versión consensuada de la guía fue sometida a una evaluación de aplicabilidad a nivel nacional, por parte de las diversas sociedades científicas y especialidades médicas vinculadas al tabaquismo y sus consecuencias.

Luego de recoger las opiniones de los distintos grupos nacionales consultados, se envió la guía para su evaluación a los revisores internacionales de Argentina y Nueva Zelanda, cuyos aportes fueron considerados para la elaboración del documento definitivo:

Prof Dr. Gustavo E Zabert

Cátedra de Medicina y Cirugía, Escuela de Medicina, UNComahue
Past Presidente Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
Neuquen, Argentina.

Dr Hayden McRobbie MB ChB PhD

Senior Clinical Research Fellow, Queen Mary University of London,
Barts & The London School of Medicine and Dentistry Senior Lecturer,
Auckland University of Technology, School of Public Health and Psychosocial Studies
Auckland. New Zealand



Difusión

La efectiva difusión de estos materiales es imprescindible para asegurar la aplicación de las recomendaciones.

Programa de actividades de difusión:

a. Reunión informativa con Directores Departamentales de Salud

b. Plan de difusión

- Cada Dirección Departamental seleccionará a un referente capacitado en tabaquismo para su entrenamiento en la aplicación y difusión de la guía.
- Este referente capacitará a su vez a representantes de cada servicio de salud público o privado del departamento.
- Estos representantes replicarán la metodología de trabajo al equipo de salud de su servicio.
- Se documentará el proceso en formulario sistematizado.
- Se distribuirá la Guía Nacional, el Manual para el PNA y el Algoritmo para los consultorios en todos los servicios de salud públicos y privados del país.

Evaluación de aplicación

El impacto de la aplicación de la guía se evaluará a través de una encuesta en población fumadora luego de su puesta en práctica. 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.
- cantidad de fumadores que recibieron orientación específica para dejar de fumar x 100 / número de fumadores que recibieron consejo breve para dejar de fumar.

Plan de actualización

Se realizará una actualización de la evidencia con una periodicidad de 2 años y cada vez que sea necesario. La publicación de nuevas versiones o actualizaciones será dispuesta por el Ministerio de Salud Pública.

Recomendaciones generales

En primera instancia se presentan las definiciones operativas y un esquema simplificado de las recomendaciones generales desarrolladas en esta guía: **ABC para dejar de fumar**.

Posteriormente se desarrolla en profundidad cada uno de los aspectos considerados anteriormente.

Definiciones operativas

Fumador

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. 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 6 meses.

Fumador Ocasional

Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; asimismo se lo debe considerar como fumador.

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 los últimos 6 meses.

No Fumador

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

ABC para dejar de fumar

A AVERIGÜE (PREGUNTE)

1. Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas. En el caso de que hayan dejado de fumar recientemente, su estado deberá ser controlado y puesto al día regularmente en la historia clínica

B BREVE CONSEJO

1. Aconseje dejar de fumar. Por ejemplo, podría decir "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo". "¿Conoce los riesgos que implica fumar?, ¿se da cuenta del daño que le produce?"
2. Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales, y cómo el dejar de fumar podría ayudarlo. Destaque los beneficios más importantes (ver anexo 1)
3. Documente que se ha brindado consejo
4. Reitere el consejo las veces que sea necesario teniendo en cuenta que generalmente las personas hacen varios intentos de abandono antes de lograrlo definitivamente

C APOYO PARA LA CESACIÓN

- Hay dos opciones:
1. **Dar apoyo:** todos los profesionales de la salud deben brindar apoyo. El apoyo incluye aconsejar al fumador sobre las ventajas de la abstinencia total, proveer de estrategias prácticas para lograr el cambio conductual (ver capítulo 6), disponer de medicación para ayudar a sobrellevar los síntomas de la abstinencia y coordinar una consulta de seguimiento a corto plazo
 2. **Derivar:** trabajadores de la salud sin experiencia o sin disponibilidad de tiempo para dar apoyo para la cesación, luego del consejo, deberán derivar a los fumadores a servicios especializados en cesación de tabaquismo. Es conveniente entregar al paciente un listado con los datos de las unidades de cesación disponibles (ver anexo 2)



A. Averigüe - Pregunte

Todas las personas que concurren a un servicio de salud deben ser interrogadas acerca de si consumen algún producto de tabaco. Las respuestas deben ser registradas en su historia clínica. Los registros de cualquier persona que fume, o que haya dejado de hacerlo recientemente, deben ser actualizados regularmente (por lo menos una vez al año).

Sistemas simples como recordatorios informáticos, adhesivos en la carpeta del paciente, o la inclusión de la situación del fumador como ítem preestablecido en la historia clínica, ayudan a recordar que se pregunte y documente la situación del paciente (11).

Recomendaciones

A

Pregunte y documente el consumo de tabaco en todos los pacientes. Esta información debe ser actualizada regularmente.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

B. Consejo Breve

El consejo breve significa recomendar a las personas el abandono del consumo de tabaco. Puede hacerse en tan sólo 3 minutos (18).

Debe ser dado a **todos** los fumadores, independientemente de que deseen o no dejar de fumar.

Se recomienda adecuar el consejo a la situación del paciente. El consejo puede fortalecerse si se vincula a alguna condición médica actual del fumador, o a la importancia de proteger de la exposición al humo de tabaco ajeno o de segunda mano a quienes conviven con él.

El consejo breve actúa estimulando un intento de cesación (19). Posiblemente su máxima efectividad sea en los fumadores con menor nivel de adicción (20).

Evidencia

Hay evidencia de Investigaciones Clínicas Aleatorizadas (ICAs) de que el consejo breve para dejar de fumar dado por el médico mejora las tasas de abstinencia medidas seis meses después del abandono (20).

Aunque la evidencia es limitada, el consejo breve de enfermeros, odontólogos, higienistas dentales, farmacéuticos y demás trabajadores de la salud también tendría beneficio (21).

No hay evidencia sobre el beneficio de agregar materiales escritos de autoayuda al consejo breve (20), pero proveer material de apoyo puede reforzar la importancia del abandono y brindar información acerca de los tratamientos para la cesación.

Recomendaciones

A	Todos los médicos deben proporcionar consejo breve a sus pacientes fumadores en todas las oportunidades posibles.
B	Todos los demás trabajadores de la salud deben también brindar consejo breve a sus pacientes fumadores en todas las oportunidades posibles.
B	Los trabajadores de la salud deben recibir un entrenamiento adecuado para complementar el consejo breve, incluyendo información sobre tratamientos de cesación basados en la evidencia.
C	Registre el consejo breve brindado en la historia clínica del paciente.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



C. Apoyo para la Cesación

El apoyo para la cesación incluye un amplio espectro de niveles de intervención, desde una intervención mínima de pocos minutos en la consulta médica hasta la intervención especializada en una unidad de tabaquismo.

- La intervención mínima consiste en generar o aumentar la motivación para la cesación y aportar al paciente algunas herramientas de manejo conductual (ver capítulo 6), realizando el seguimiento en las sucesivas consultas médicas.
- Cuando el profesional dispone de las habilidades y el tiempo necesario debe realizar una intervención más amplia o integral, que incluya el tratamiento cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico, en los pacientes que esté indicado.
- Cuando el paciente tiene severa dificultad para lograr la abstinencia o pertenece a alguno de los grupos especiales (ver capítulo 8) el médico debe derivar al paciente a la unidad especializada en tabaquismo.

Los componentes del tratamiento para la cesación que han mostrado ser efectivos son: **múltiples sesiones de apoyo y tratamiento farmacológico.**

La efectividad del tratamiento depende de los conocimientos del profesional acerca de la cesación del tabaquismo, de sus destrezas y del tiempo que se asigne.

En caso de no poder realizar las intervenciones antes mencionadas, se debe derivar a las personas que deseen dejar de fumar a servicios especializados. La mejor derivación es la que está acompañada de una breve descripción de la ayuda que va a recibir.

A continuación se desarrollan las diversas formas de apoyo que han demostrado ser efectivas para dejar de fumar a largo plazo.

- Apoyo Presencial
- Apoyo Telefónico
- Tratamiento Farmacológico

Apoyo presencial

El apoyo cara a cara es fundamental para el tratamiento del tabaquismo tanto en forma individual como grupal. Es el momento en que se manejan alternativas de afrontamiento para el abandono; sea en trabajo individual o grupal, las mismas se plantean en forma personalizada.

Si bien se considera que con un mínimo de 4 sesiones bastaría como primera aproximación para un apoyo, también sabemos que el resultado de un tratamiento está directamente relacionado con la cantidad de entrevistas y la variedad de los abordajes realizados (abordaje multicomponente: apoyo psicológico + material escrito + ejercicio físico + ejercicios de relajación o de manejo del estrés + tratamiento farmacológico, etc.)

Los aspectos que han demostrado ser efectivos en los tratamientos están vinculados a:

1. El análisis de las ideas y creencias del paciente relacionadas con la salud y el tabaquismo como parte del tratamiento; por ej. las creencias que el paciente tiene sobre fumar y salud: “fumar me calma los nervios”; o el significado que tiene para el paciente una vida saludable.
2. El desarrollo de habilidades para afrontar situaciones problemáticas; anticipar consecuencias y desarrollar conductas alternativas.
3. Trabajar la autoestima, ayudando a percibir la autoeficacia.
4. La modificación de las conductas relacionadas con el consumo, aportando estrategias de acciones alternativas.
5. El entrenamiento en técnicas de relajación; reducción de la ansiedad.

A continuación se presentan en forma esquemática algunas herramientas de manejo práctico para la cesación.

Estrategias de intervención básica en fumadores

Grado de motivación	Intervenciones específicas
<p>No preparados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo ● Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente ● Ante otros factores de riesgo del paciente, enfatizar el incremento de daño que implica fumar ● Ofrecer ayuda ● Realizar seguimiento a mediano-largo plazo (30 días)
<p>Preparables</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborar un plan personalizado ● Fortalecer la motivación, felicitarlo por la decisión tomada y los logros alcanzados ● Reforzar la confianza en sí mismo, transmitir que él puede lograrlo ● Resaltar la importancia de su decisión para su salud ● Alentar a disminuir la cantidad de cigarrillos fumados ofreciendo estrategias, hasta llegar a la cesación ● Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos ● Negociar con el paciente el plazo para iniciar la abstinencia ● Valorar la necesidad de apoyo farmacológico según criterio médico ● Realizar un seguimiento a corto-mediano plazo (15 días)
<p>Preparados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acordar una fecha para el abandono ● Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo estrategias para solucionarlos ● Ofrecer apoyo farmacológico a todo paciente que no tenga contraindicaciones ● Realizar un seguimiento a corto plazo (7 días) ● Una vez conseguida la cesación, ofrecer estrategias para la prevención de la recaída



Cómo hacer para...	Estrategias
<p>Lograr la disminución del número de cigarrillos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Registrar cantidad, hora y situación en que se enciende cada cigarrillo ● Forrar la cajilla para que quede desagradable a la vista ● Postergar el consumo de cada cigarrillo el mayor tiempo posible, por ejemplo saliendo a caminar ● Cambiar de marca ● No fumar cuando se esté haciendo otra actividad. Cortar las conductas asociadas, por ejemplo: teléfono y cigarrillo, mate y cigarrillo, café y cigarrillo ● Poner la cajilla fuera del alcance ● No fumar antes de desayunar y después de las comidas ● Eliminar los ceniceros ● Beber abundante agua o jugos no azucarados ● Sustituir cigarrillos por goma de mascar o pastillas sin azúcar
<p>Atravesar el síndrome de abstinencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Incentivar actividades recreativas, caminar, realizar actividad física ● Evitar tener fácilmente disponibles alimentos ricos en grasas y/o azúcares refinados ● Beber abundantes líquidos no azucarados ● Cuidar el tamaño de las porciones, incrementar la ingesta de frutas y verduras ● Apoyo farmacológico según criterio médico
<p>Prevenir la recaída</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Reforzar la motivación, valorando los beneficios alcanzados con la cesación ● Reforzar la confianza en sí mismo, destacando los logros obtenidos ● Anticipar situaciones de vulnerabilidad y definir cómo va a responder, por ejemplo: preguntar al paciente “¿en qué situación cree usted que no podría evitar encender un cigarrillo? y ¿cómo cree usted que podría sortear esa situación sin cigarrillo?” ● Estimular al paciente a pedir apoyo si lo necesita



Motivación y cambio Todos los fumadores atraviesan por diversos grados de motivación que modifican sus pensamientos y actitudes. El grado de motivación varía desde no tener ninguna intención de dejar de fumar hasta la necesaria para lograrlo.

Podemos considerar a los pacientes, según los siguientes grados de motivación:

- NO PREPARADOS

Pacientes que no han considerado hasta el momento el abandono del tabaquismo.

- PREPARABLES

Pacientes que ya están pensando en la posibilidad del abandono aunque todavía tienen una gran ambivalencia

- PREPARADOS

Pacientes que ya han decidido dejar de fumar.

Estos grados de motivación se correlacionan con las etapas de cambio del proceso descrito por Prochaska y Di Clemente, por las que un paciente pasa en su proceso hacia el abandono del tabaquismo, no siempre cumpliéndose en el orden mencionado. Por ejemplo, un paciente puede pasar de la precontemplación a la acción directamente, después de un evento motivador.

GRADO DE MOTIVACION	ETAPA DE CAMBIO*
No preparados	Precontemplación
Preparables	Contemplación
Preparados	Preparación
Preparados	Acción
Mantenimiento	
Recaída	

* Etapa de cambio. Hace referencia al modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente que describe el proceso de cambio de conducta.

La recaída es parte de este proceso, y se debe tomar como aprendizaje para nuevos intentos de cesación. Cabe destacar que los antecedentes de logros de cesación del paciente son muy importantes: cuantos más intentos se hayan realizado, más cerca se está del abandono definitivo.

El objetivo de la intervención profesional es estimular el avance en el proceso de cambio. (Ver Capítulo 6)



El **apoyo individual** se realiza tanto en la consulta con el médico general como en el marco de una unidad especializada², trabajando en ambos casos con los mismos objetivos.

En el abordaje individual cobra real importancia la entrevista motivacional. Se trata de reforzar las motivaciones que trae el paciente y de resaltar la importancia de la decisión que ha tomado, minimizando las resistencias.

Se plantea como primer compromiso de cambio la cesación. El plazo para la abstinencia completa requiere de la flexibilidad y adaptación a las particularidades de cada individuo.

Tanto en el tratamiento grupal como en el individual el apoyo presencial está basado en técnicas cognitivo-conductuales, las que han demostrado alto nivel de eficacia sustentado en investigación experimental.

En todos los casos se entiende al paciente como un sujeto proactivo, cuya conducta se debe considerar en un marco de variables ambientales y de procesos culturales.

El **apoyo grupal** es una herramienta de real importancia para el tratamiento de adictos. El trabajo grupal desde su pluridimensionalidad, proporciona en las adicciones más herramientas que el trabajo en forma individual. El paciente en un proceso de identificación con los otros, logra visualizar con mayores ventajas la posibilidad de cambiar su conducta.

El abordaje grupal se puede desarrollar en forma intensiva o extensiva, dada por la frecuencia y la cantidad de los encuentros presenciales que se realicen. Se consideran necesarias un número promedio de ocho reuniones grupales.

Los grupos de intervención en esta área, no funcionan como grupos psicoterapéuticos sino como grupos de apoyo. No son grupos de autoayuda, debido a que los coordinadores en estos grupos deberán ser profesionales y no pares (ex fumadores).

Para realizar el tratamiento en forma grupal, es necesario tener algún tipo de capacitación en dinámica grupal.

El apoyo presencial en cualquiera de sus modalidades es más efectivo cuando se realiza en un horario destinado específicamente a ello y en forma remunerada.

2 El equipo de una unidad especializada ideal estaría dado por la integración de disciplinas tales como: medicina, psicología, enfermería, nutrición, trabajo social, fisioterapia, educación física.



Evidencia

Hay evidencia cierta y consistente que muestra que la intervención con apoyo presencial incrementa las tasas de cesación respecto al consejo breve (22-24).

Tanto el apoyo cara a cara individual como colectivo son efectivos (22-24).

La efectividad de la intervención está directamente relacionada con la frecuencia y cantidad de entrevistas, la variedad de los abordajes realizados (abordaje multicomponente) y los principios básicos de establecer como objetivo la abstinencia completa y seguimiento luego de la misma (25).

Hay evidencia que muestra que un apoyo más intensivo en relación a la frecuencia y duración de las entrevistas con los fumadores (por lo menos 4 sesiones de 20 minutos) se asocia a tasas de abstinencia más altas (24, 26-28).

Existe evidencia que cuando se realiza apoyo presencial, su efectividad es independiente del profesional que lo realice (médico, enfermero, psicólogo, otros) siempre que esté capacitado (28,29).

Recomendaciones

A

Ofrecer apoyo presencial para la cesación del tabaquismo tanto a nivel individual como en grupos. Realizar no menos de 4 sesiones, sabiendo que a mayor número de intervenciones mejor resultado.

A

Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo. Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente. Enfatizar el incremento de daño que implica fumar cuando están presentes otros factores de riesgo.

C

Los trabajadores de la salud que brinden apoyo para la cesación deben recibir un entrenamiento adecuado.

C

Debe asignarse tiempo específico para proveer apoyo en los tratamientos de cesación.

RPG

Registrar las estrategias aportadas y los acuerdos alcanzados. Realizar seguimiento periódico.



Apoyo Telefónico

El apoyo telefónico es un método efectivo para el tratamiento del tabaquismo. Puede ser reactivo (el fumador llama a una línea de apoyo para obtener información y consejo) o proactivo (el fumador recibe llamadas de un consejero en horarios preestablecidos). La evidencia más fuerte de eficacia se encuentra en la forma proactiva.

Se trata de establecer un contacto predeterminado con el paciente, en horarios y días convenidos con antelación y realizar el apoyo para la cesación a través del teléfono.

La clase de apoyo y las estrategias son las mismas que en los otros tipos de abordaje.

Estos servicios se han desarrollado intensamente en diferentes países debido a que son costo-efectivos y con pocos técnicos se pueden abarcar muchas personas de un área geográfica extensa.

Evidencia

El apoyo telefónico proactivo para la cesación del tabaquismo incrementa las tasas de abstinencia a largo plazo (30).

Hay evidencia según la cual, agregando apoyo telefónico al tratamiento farmacológico, se incrementan las tasas de abstinencia a corto y largo plazo, en comparación con el uso de medicación únicamente (30-34)

El número óptimo de llamadas no está establecido, pero se considera que por lo menos son necesarias 3 llamadas (32)

Cuando el consejo cara a cara es de baja intensidad, como en el caso de una sola entrevista en pacientes internados en hospitales, el seguimiento telefónico adicional ha mostrado tener mayor eficacia (35).

Hasta el momento, no existe evidencia de que el seguimiento telefónico luego del apoyo intensivo reduzca las tasas de recaída (36)

Recomendaciones

A	Si se ofrece un sistema de consejo telefónico para dejar de fumar, el mismo debería ser proactivo.
RPG	Realizar seguimiento telefónico para contribuir a la recaptación del paciente en caso de recaída o disminución de la motivación.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del tabaquismo es costo- efectivo, comparado con el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la dislipemia.

Está dirigido principalmente a paliar el síndrome de abstinencia nicotínico que incluye irritabilidad, depresión, ansiedad, falta de concentración, inquietud, incremento del apetito, estreñimiento y trastornos del sueño. La mayoría de los síntomas desaparece luego de 4 semanas de abstinencia.

El deseo de fumar permanece muchos meses, puede ser tan fuerte como en las primeras etapas de la cesación, pero ocurre cada vez con menos frecuencia a medida que se prolonga el período de abstinencia. La urgencia por fumar aparece típicamente relacionada con situaciones gatilladoras y pueden ser controladas con estrategias específicas (ver capítulo 9).

El síndrome de abstinencia es una de las manifestaciones de la dependencia física. Los pacientes con mayor grado de la misma serían los más beneficiados con el tratamiento farmacológico. Para medir el grado de dependencia a la nicotina una de las herramientas más usadas es el Test de Fagerström (ver anexo 3). Una manera sencilla de aproximarse al grado de dependencia física es formular sólo la tercera pregunta de dicho test:

Cuando usted se despierta, ¿cuánto tiempo pasa antes de encender el primer cigarrillo?

Si la persona fuma antes de 30 minutos después de despertarse, tiene un alto grado de dependencia a la nicotina.

Evidencia

Existen fármacos demostradamente efectivos para el tratamiento del tabaquismo que permiten al menos duplicar las posibilidades de abandono del consumo de tabaco con respecto a los pacientes no tratados (13).

Hasta el momento hay evidencia de efectividad para el tratamiento del tabaquismo con las siguientes opciones de primera línea: Terapias de reemplazo nicotínico (goma de mascar, parches, caramelos, spray nasal, inhalador y tabletas sublinguales) Bupropión SR y Tartrato de Varenicline.

Las opciones de segunda línea incluyen: Nortriptilina y Clonidina (este último sin aplicación clínica actualmente) (37-41).

Existe evidencia cierta de que el tratamiento farmacológico del tabaquismo es costo- efectivo (42-44).

Es necesaria mayor evidencia para demostrar la efectividad del tratamiento farmacológico en pacientes que fuman menos de 10 cig/día, en consumidores de tabaco sin humo (mascado), en mujeres embarazadas o en período de lactancia y en adolescentes (ver capítulo 8)

Existe evidencia de que la efectividad de la intervención cognitivo - conductual y farmacológica combinadas es mayor que la efectividad de cada intervención por separado (13).



Recomendaciones

<p>A</p>	<p>Todo tratamiento farmacológico del tabaquismo debe ser indicado por médico y debe estar siempre asociado al apoyo presencial, a fin de lograr cambios conductuales fundamentales para lograr la superación de la adicción.</p>
<p>A</p>	<p>El tratamiento farmacológico debe ofrecerse a todos los pacientes que realizan un intento para dejar de fumar, excepto cuando presentan contraindicaciones específicas de cada medicamento (ver anexos 4 al 7) o pertenezcan a uno de los grupos en los que la evidencia de efectividad es insuficiente (pacientes que fuman menos de 10 cig/día, en consumidores de tabaco sin humo, en mujeres embarazadas o en período de lactancia y en adolescentes).</p>

A continuación se describen las evidencias y recomendaciones de uso de las diversas opciones de tratamiento farmacológico. En los anexos 4 al 7 se detallan formas de presentación, modo de uso, contraindicaciones y efectos secundarios de cada uno de ellos.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

Terapia de reemplazo nicotínico

La terapia de reemplazo nicotínico (TRN) ha demostrado ser útil para ayudar a las personas a dejar de fumar. Es segura y costo efectiva.

La TRN proporciona nicotina al paciente sin el resto de sustancias que contiene el cigarrillo, que incluyen más de 200 sustancias tóxicas y 50 cancerígenas. Su principal mecanismo de acción consiste en reducir la severidad de los síntomas de abstinencia asociados al abandono del tabaquismo. Si bien la TRN no elimina completamente los síntomas de abstinencia, hace que la cesación sea más tolerable.

La evidencia muestra que la TRN es efectiva en individuos que fuman más de 10 cigarrillos por día. Cabe recordar que el número de cigarrillos consumidos no se corresponde siempre con el grado de dependencia, sino que se debe considerar la forma de fumar, por ejemplo la frecuencia e intensidad de las pitadas. Por lo tanto la prescripción de TRN debe considerarse según las características individuales de cada paciente.

Existen mundialmente varias formas de presentación de TRN³ que liberan nicotina a través de diferentes vías. En Uruguay contamos con parche transdérmico, goma de mascar y próximamente se comercializarán caramelos de 2 y 4 mg de nicotina (ver la forma de uso de cada presentación en Anexo 4).

3 Existen parches, goma de mascar, caramelos, comprimidos, tabletas sublinguales, inhaladores y spray nasal. Hasta el momento de finalizada la redacción del presente capítulo, estaban disponibles en Uruguay solamente los dos primeros y próximamente, caramelos.



Evidencia

La TRN es efectiva para ayudar a dejar de fumar. Duplica la posibilidad de lograr abstinencia mantenida por 6 meses, comparada con placebo (37).

Hay evidencia que la TRN es segura cuando se prescribe para dejar de fumar, ya sea en la primera oportunidad como en nuevos intentos (37). También es segura cuando se utilizan combinaciones de distintas formas de administración (parches y goma de mascar).

No existe evidencia que demuestre que indicar determinada presentación según el tipo de fumador implique resultados diferentes. La selección del producto debe realizarse considerando las características del paciente (45).

Los parches de nicotina de mayor concentración han demostrado ser más efectivos que las preparaciones de menor concentración para personas que fuman más de 10 cigarrillos por día (46).

La TRN debe usarse durante 8 a 12 semanas luego de lograda la abstinencia, pero un pequeño número de fumadores pueden requerir un uso más prolongado. Si bien es un tratamiento seguro, en estos pacientes es imprescindible un control estrecho dado que está descrita, aunque poco frecuente, la adicción a la nicotina administrada a través de goma de mascar (47).

Existe un beneficio moderado al combinar diferentes productos de reemplazo nicotínico comparado con el uso de un solo producto (37).

Existe evidencia que la TRN es efectiva en ayudar a las personas a reducir el número.

Recomendaciones

A	Todo tratamiento farmacológico del tabaquismo debe ser indicado por médico y debe estar siempre asociado al apoyo presencial, a fin de lograr cambios conductuales fundamentales para lograr la superación de la adicción.
A	El tratamiento farmacológico debe ofrecerse a todos los pacientes que realizan un intento para dejar de fumar, excepto cuando presentan contraindicaciones específicas de cada medicamento (ver anexos 4 al 7) o pertenezcan a uno de los grupos en los que la evidencia de efectividad es insuficiente (pacientes que fuman menos de 10 cig/día, en consumidores de tabaco sin humo, en mujeres embarazadas o en período de lactancia y en adolescentes).

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Bupropión

Bupropión es un psicofármaco del grupo de los antidepresivos que duplica la posibilidad de lograr abstinencia tabáquica mantenida a largo plazo con respecto a placebo. Su mecanismo de acción es independiente de su efecto antidepresivo, ya que todos los ensayos clínicos incluyeron pacientes sin depresión. Actúa reduciendo los síntomas de abstinencia al igual que la TRN, pero tiene otros efectos que también ayudan a las personas a dejar de fumar.

Es limitada la evidencia que muestra diferencia de efectividad entre Bupropión y TRN.

Bupropión es una medicación segura, pero tiene contraindicaciones y precauciones para su uso (ver Anexo 5). Está disponible sólo bajo prescripción médica con receta de psicofármaco.

Evidencia

Bupropión es efectivo para ayudar a dejar de fumar, duplicando la posibilidad de lograr abstinencia a largo plazo comparado con placebo (38).

Existe alguna evidencia que muestra que Bupropión sería más efectivo que TRN para dejar de fumar (13).

Existe alguna evidencia que sustenta la asociación de Bupropión con TRN en pacientes con alto grado de dependencia (13,39,49).

Existe evidencia que muestra que Bupropión puede usarse en personas con enfermedad cardiovascular estable y enfermedad respiratoria (11).

No hay evidencia que apoye el uso de Bupropión en mujeres embarazadas o en adolescentes.

No existe evidencia suficiente para recomendar su uso en la prevención de recaídas (36). En el tratamiento prolongado con Bupropión (1 año) se mantiene el beneficio, comparado con placebo, mientras continúa el tratamiento farmacológico (50-52).

Recomendaciones

A	Ofrecer Bupropión como una medicación efectiva para personas que quieren dejar de fumar.
RPG	La decisión de utilizar Bupropión debe guiarse por las contraindicaciones y precauciones de su uso, considerando además las características de cada persona.
RPG	Se recomienda el uso asociado de Bupropión y TRN en pacientes con grado moderado a severo de dependencia o con intentos previos de cesación fallidos ⁴ .

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

4 Se considera intento de cesación fallido el realizado bajo supervisión médica sin lograr abstinencia mantenida. Estos pacientes en general requieren ser derivados a una unidad especializada de tabaquismo.

Varenicline

Varenicline es un agonista parcial de los receptores de nicotina de los centros cerebrales vinculados a los circuitos de recompensa. Este mecanismo de acción puede explicar la reducción de la severidad de los síntomas de abstinencia y simultáneamente la reducción de la sensación de recompensa vinculada a la nicotina.

No hay evidencia que apoye el uso de Varenicline en mujeres embarazadas o en adolescentes.

Se requiere mayor evidencia sobre su perfil de seguridad en grandes poblaciones y en grupos especiales.

No se conocen interacciones farmacológicas clínicamente significativas (ver Anexo 6).

En el momento actual existe un alerta de la FDA recomendando que los pacientes notifiquen a su médico cualquier antecedente de enfermedad psiquiátrica y que los médicos monitoricen cualquier cambio del humor o el comportamiento del paciente luego de iniciar esta medicación.

Varenicline está disponible sólo con prescripción médica, con receta común.

Evidencia

Varenicline es efectivo en ayudar a dejar de fumar (39, 53)

No existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de Varenicline con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No hay evidencia que apoye el uso de Varenicline en mujeres embarazadas o en adolescentes. Se requiere mayor evidencia sobre el perfil de seguridad en grandes poblaciones y en grupos específicos (39, 53).

Hay cierta evidencia que sugiere que Varenicline es algo más efectivo que Bupropión (39) y hay escasa evidencia que sugiere mayor efectividad comparada con TRN (39).

Recomendaciones

A	Ofrecer Varenicline como una medicación efectiva para aquellos que deseen dejar de fumar.
RPG	La decisión de utilizar Varenicline debe guiarse por las contraindicaciones y precauciones de su uso, considerando además las características de cada persona.
RPG	Considerando su reciente incorporación al mercado y las alertas de organismos regulatorios, se recomienda el estricto control clínico y la detección y notificación de eventos adversos (ver formulario de notificación en Anexo 8)

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Nortriptilina

Nortriptilina es una medicación de segunda línea en el tratamiento del tabaquismo. Es un antidepresivo tricíclico que ha demostrado ser al menos tan efectivo como la TRN y el Bupropión en ayudar a dejar de fumar. Su mecanismo de acción es independiente de su efecto antidepresivo y es útil en personas sin historia de depresión.

No hay evidencia que apoye la asociación de Nortriptilina con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No hay evidencia para recomendar el uso de Nortriptilina en mujeres embarazadas o en adolescentes.

Sus principales ventajas son el bajo costo y la posibilidad de monitorizar los niveles plasmáticos terapéuticos. Su principal desventaja, es el riesgo de efectos cardiovasculares adversos. Existen contraindicaciones y precauciones para su uso (ver anexo 7).

Nortriptilina tienen potencialmente mayor incidencia de efectos secundarios que Bupropión.

Nortriptilina está disponible sólo bajo prescripción médica con receta de psicofármaco.

Evidencia

Nortriptilina es efectivo para ayudar a dejar de fumar, duplicando la posibilidad de lograr abstinencia a largo plazo comparado con placebo (40).

No existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de Nortriptilina con cualquier otra medicación para dejar de fumar.

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de Nortriptilina en mujeres embarazadas o en adolescentes.

La Nortriptilina tiene potencialmente más efectos secundarios que Bupropión.

Recomendaciones

A	Nortriptilina puede ofrecerse como una medicación efectiva para personas que quieren dejar de fumar.
RPG	El uso de Nortriptilina debe considerarse ante la imposibilidad de usar las drogas de primera línea.
RPG	La decisión de utilizar Nortriptilina debe acordarse entre el médico y su paciente, considerando la efectividad y los efectos adversos de la droga.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Aportes de las diferentes disciplinas del Primer Nivel de Atención

En el Primer Nivel de Atención y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), el abordaje del tabaquismo requiere de la participación de todos los integrantes del equipo de salud. Cada uno desde su disciplina tiene la oportunidad de realizar intervenciones específicas para el control de esta adicción a nivel individual y comunitario.

La conformación de un equipo multidisciplinario complementa y enriquece el trabajo de cada especialidad en todos los niveles de atención.

La intervención propuesta a continuación, se basa en el mismo método descrito del **ABC** (Averigüe, consejo Breve y apoyo para la Cesación), con el aporte de los enfoques específicos acerca del tabaquismo de los profesionales de Enfermería, Odontología, Nutrición y Fisioterapia.



Enfermería

El personal de enfermería recibe al usuario muy frecuentemente cuando llega al Primer Nivel de Atención. La confianza que generalmente se desarrolla en la relación enfermería/paciente constituye una fortaleza para realizar intervenciones dirigidas a fomentar estilos de vida saludables y hacer una adecuada educación en materia de tabaquismo, prevenir el inicio del consumo de tabaco y ayudar a dejar de fumar.

Intervención de Enfermería

Realizar Consulta de Enfermería individual e integral, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), incluyendo lo siguiente en lo relativo al tabaquismo:

- 1. Promover** instancias educativas en sala de espera sobre el consumo de tabaco y en la comunidad con entrega de folletería.
- 2. Conocer** la situación del usuario respecto al tabaquismo, especialmente cuando se trata de niños y embarazadas (**Averigüe**). En todos los usuarios averiguar su relación con el tabaco. Por ej.: “¿Fuma? ¿Ha sido fumador alguna vez? ¿Pasa parte de su tiempo con personas que fuman en su presencia?”.
- 3. Registrar** en la historia clínica su condición de fumador activo o pasivo, así como el tipo de intervención realizada y su seguimiento.
- 4. En caso de ser fumador:** “¿cuánto fuma? ¿desde cuándo?”.
- 5. Breve consejo y apoyo para la Cesación.**

Si el paciente no está pensando en dejar de fumar:

- Dar consejo breve (3 minutos son suficientes) informando sobre los riesgos que implica el consumo de tabaco para su salud y los beneficios que obtendría al dejar de fumar.
- Indagar el apoyo social y familiar con que cuenta el paciente.
- Entregar material de apoyo.
- Tratar el tema en una nueva cita.

Si el paciente está pensando en dejar de fumar:

- Aconsejar la cesación, señalando la importancia de tomar esta decisión.
- Reforzar la motivación para dejar de fumar, destacando los aspectos positivos.
- Entregar material de apoyo.
- Derivar a médico tratante o Unidad Especializada de Tabaquismo según cada situación.

Si el paciente ha dejado de fumar es importante preguntar: “¿cuánto tiempo lleva sin fumar?”. Apoyarlo y realizar seguimiento.

- 6. Trabajar** en grupos de cesación de tabaquismo con otros integrantes del equipo multidisciplinario.



Nutrición

Dejar de fumar puede producir aumento de peso por medio de diferentes mecanismos:

- La recuperación casi inmediata del gusto y del olfato, genera mayor deseo de comer y menor capacidad de controlar la cantidad de alimento que se ingiere.
- La persistencia del gesto de llevarse algo a la boca. Esta vez no será el cigarrillo sino alimentos, por lo general se prefieren alimentos dulces y con elevado tenor calórico.
- Al dejar de fumar el gasto metabólico basal disminuye, con lo que se gastan 200 a 300 calorías menos que cuando se fumaba (54).

Es esperable que el paciente presente un aumento de entre 3 y 6 Kg, sin embargo alrededor de un 10% de los pacientes presentan un aumento mayor (57, 58). Por otro lado, no se debe perder de vista que existe un porcentaje de fumadores, que al iniciar un tratamiento nutricional para disminuir de peso, aumenta el consumo de tabaco. Se debe identificar este tipo de comportamiento y evaluar la situación.

Existe evidencia (59) que la ganancia de peso excesiva reduce hasta en un 38% los beneficios derivados de dejar de fumar en los hombres y hasta en un 17% en las mujeres. Por este motivo se sugiere que el abandono del tabaquismo se acompañe de estrategias para controlar la ganancia de peso. Es por ello que la intervención del Nutricionista resulta importante para guiar al paciente a lo largo del proceso de cesación. Los cuidados nutricionales y el aumento de la actividad física son factores claves para controlar el peso durante los dos años que siguen al abandono del tabaco.

Intervención del Licenciado en Nutrición

Abordaje individual:

Debe ser realizado por todo nutricionista en su consulta habitual.

- Detectar a cada paciente fumador y registrar la condición de fumador en su historia clínica (**Averigüe**).
- Realizar **consejo Breve** para la cesación.
- Derivar a la Unidad Especializada de Tabaquismo, a todo paciente que manifieste su deseo de abandonar el consumo de tabaco (**apoyo para la Cesación**).
- Realizar una consulta con Nutricionista en todos los casos, especialmente una vez que el paciente finaliza el tratamiento farmacológico.

Abordaje Grupal:

Se refiere a la intervención del nutricionista como parte del equipo multidisciplinario de abordaje del tabaquismo.

La intervención tiene como propósito acompañar el proceso de cesación y habilitar un espacio de intercambio. Se realizará en forma gradual una vez que el grupo ya esté constituido.

Pautas para el abordaje (individual o grupal) de los pacientes que están en proceso de cesación.

A corto plazo (inicio de la cesación del tabaquismo):

- **Monitorear** el peso, acordando con el paciente que el objetivo no es evitar el incremento de peso sino mantenerlo dentro de los márgenes esperados.
- **Recordar** que la disminución de peso es un objetivo secundario hasta que el fumador llegue a los 6 meses de abstinencia, destacando que el porcentaje de pacientes en que se dan ganancias de peso excesivas es bajo.
- **Brindar** indicaciones nutricionales que no sean excesivamente restrictivas para facilitar la adhesión y evitar el fracaso en la cesación del tabaquismo.
- **Enfatizar** los siguientes aspectos:
aumentar el consumo de líquidos.
realizar al menos 4 comidas y las colaciones necesarias, evitando una alimentación desordenada.
estimular colaciones con bajo aporte calórico.
- **Identificar** a los pacientes que necesiten una intervención nutricional individualizada según los siguientes criterios de riesgo:
Pacientes que presentan comorbilidad asociada (metabolopatías)
Pacientes que presentan obesidad actual o antecedente de obesidad.
Pacientes que aumenten más de un 5% del peso inicial durante el proceso de cesación.

A mediano plazo:

Una vez que el paciente **finaliza el tratamiento farmacológico** se encuentra más vulnerable a un aumento de peso excesivo, por tanto es importante **realizar** una nueva consulta con Nutricionista.

- **Acordar** hábitos alimentarios saludables.
- **Atender** factores de riesgo asociados.
- **Fomentar** la actividad física.



A largo plazo:

Para pacientes ex fumadores (6 meses de cesación):

- **Mantener** la consulta nutricional para tratar factores de riesgo y comorbilidad detectada.
- **Definir** objetivos de disminución de peso adecuados a cada individuo, en caso de aumento de peso. Promover descensos de 5 a 10% del peso inicial.



Odontología

El consumo de tabaco, genera a nivel bucal alteraciones de las estructuras dentarias y/o restauraciones y también alteraciones en otros sectores. Uno de los motivos de consulta más frecuentes al odontólogo es por cambio de color de las restauraciones y de los dientes.

El consumo de tabaco es un factor determinante en la aparición de una de las patologías infecciosas más frecuentes a nivel bucal, la paradenciopatía, habitualmente conocida como "Piorrea", que afecta a las estructuras de soporte de la pieza dentaria. Comienza con una leve inflamación de las encías (Gingivitis), con sangrado al cepillar, que si no se trata en forma precoz puede producir la pérdida de las piezas dentarias. Por ser de origen infeccioso puede agravar patologías como diabetes y enfermedades cardiovasculares. Durante el embarazo los focos infecciosos bucales son considerados factores de riesgo que se potencian en la madre fumadora.

Debe observarse en el fumador, la aparición de lesiones en la mucosa bucal, que van desde una úlcera, a lesiones blancas crónicas, consideradas premalignas (ver Anexo 9).

Todo integrante del equipo de salud que detecte alguna de estas alteraciones bucales, debe derivar al paciente al odontólogo para su evaluación y diagnóstico.

Intervención del Odontólogo

Abordaje individual:

Debe ser realizado por todo odontólogo en su consulta habitual.

- 1. Detectar** a cada paciente fumador y registrar su condición de fumador en su historia clínica (**Averigüe**).
- 2. Promover** las medidas de higiene.
- 3. Informar** sobre el tabaquismo como factor de riesgo para su salud bucal.
- 4. Identificar** cualquier lesión asociada al tabaquismo.
- 5. Aconsejar** firmemente la cesación (**consejo Breve**).
- 6. Derivar** a la Unidad Especializada de Tabaquismo, a todo paciente que, manifieste su deseo de abandonar la adicción al tabaco (**apoyo para la Cesación**).
- 7. Derivar** al servicio que corresponda cuando no sea posible resolver la patología detectada.



Abordaje Grupal:

Se refiere a la participación del Odontólogo en la Unidad Especializada de Tabaquismo.

Estará determinado por el coordinador del grupo, acordando previamente con el Odontólogo o el Higienista Dental del centro asistencial.

Se incluirán temas como:

Promoción de hábitos saludables.

Educación, motivación e importancia de acudir a la consulta odontológica, para conocer su estado de salud bucal.

- Educación para la identificación precoz de las afecciones provocadas por el consumo de tabaco.
- Educación, motivación e importancia de acudir a la consulta odontológica, para conocer su estado de salud bucal.
- Educación para la identificación precoz de las afecciones provocadas por el consumo de tabaco.



Fisioterapia

La metodología de trabajo del fisioterapeuta determina que este profesional dedique mucho tiempo a sus pacientes, por lo tanto facilita que asuma un rol para el consejo y orientación hacia la cesación del tabaquismo.

Intervención del Licenciado en Fisioterapia

- 1. Detectar** personas fumadoras en la evaluación kinésica previa a la determinación de los tratamientos (**Averigüe**).
- 2. Integrar** el equipo que trabaja en la Unidad Especializada de Tabaquismo con el entrenamiento en ejercicios de relajación, respiración y movilidad general, dentro del trabajo grupal.
- 3. Utilizar** la actividad física como herramienta sustitutiva de la conducta de fumar.
- 4. Promover** la realización de actividad física como estilo de vida saludable.
- 5. Enseñar** la ejercitación respiratoria mediante técnicas de estímulo a una correcta mecánica priorizando el uso de los patrones diafragmático, costal inferior y pectoral, inspiración y espiración controlada, espiración asistida y ventilación dirigida.
- 6. Orientar** en técnicas de *toilette* bronquial: importancia del aumento del aporte de líquidos, técnicas de espiración forzada y espiración resistida, huffing, gimnasia pautada con la respiración y técnicas de relajación muscular (Schultz, Jacobson).
- 7. Realizar** en los pacientes en rehabilitación, educación permanente de estilo de vida saludable y promoción de ambientes libres de humo de tabaco (**consejo Breve**).
- 8. Derivar** a la Unidad Especializada de Tabaquismo al paciente que desea recibir ayuda para dejar de fumar (**apoyo para la Cesación**).

Cesación de tabaquismo en grupos especiales

Entre la población de fumadores se identifican algunos grupos que requieren un apoyo diferente por diversas razones: grupos con mayor prevalencia de consumo, comorbilidad que condiciona mayor dificultad para la cesación (trastornos de la salud mental), situaciones en que el beneficio de la cesación es mucho mayor que en la población general a corto plazo (embarazadas), situaciones en que los determinantes del consumo y la motivación para la cesación son diferentes que en la población general (adolescentes).

En términos amplios las intervenciones que han demostrado ser efectivas en la población general son probablemente efectivas en estos grupos especiales. Sin embargo la forma de aplicar cada intervención requiere una adaptación en cada uno, para hacerlo aceptable, accesible, apropiado y posible.



Cesación de tabaquismo en embarazadas y mujeres en período de lactancia

Fumar durante el embarazo implica riesgos para la madre (parto prematuro, aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta), para el recién nacido (bajo peso al nacer) y para el lactante (síndrome de muerte súbita del lactante, otitis media, dificultades de aprendizaje). (60, 61).

El humo de tabaco ajeno o de segunda mano tiene también conocidos efectos perjudiciales sobre la salud de la mujer embarazada, los recién nacidos y los lactantes.

Dejar de fumar durante el embarazo reporta beneficios para la madre y el hijo, por lo que se debe recomendar y ofrecer ayuda a toda mujer fumadora en edad reproductiva. Durante el embarazo se debe ofrecer ayuda lo más tempranamente posible, así como durante el puerperio y la lactancia (62).

Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN en el embarazo, tanto para la madre como para su hijo. Sin embargo se reconoce que el principal beneficio sería evitar 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.

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 (63, 64)

Los productos de TRN de uso intermitente, como los goma de mascar, deberían preferirse a los parches, ya que los primeros liberan una menor cantidad diaria de nicotina.

Un planteo similar se sugiere durante la lactancia reconociendo que lo más importante es que la madre se mantenga sin fumar. Si bien la nicotina pasa libremente a través de la leche materna, debido a la baja disponibilidad de ésta por vía oral, es poco probable que pueda dañar al niño.

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



Evidencia

Existe evidencia acerca de que las intervenciones con sesiones múltiples de apoyo para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar, aumentan las tasas de abstinencia durante el embarazo (65).

Existe cierta evidencia que una intervención motivacional telefónica es costo-efectiva para lograr la cesación durante el embarazo (66).

Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN durante el embarazo (60, 67).

Los productos de TRN de uso intermitente, como goma de mascar, pastillas, tabletas sublinguales, inhaladores, deberían preferirse a los parches. Sin embargo, si se considerara que el parche es el producto más apropiado, entonces debería usarse durante el día y ser removido por la noche (63).

Recomendaciones

A	Todo trabajador de la salud debería dar consejo breve a toda mujer fumadora que esté embarazada o en período de lactancia, para que deje de fumar.
A	Ofrecer a toda fumadora embarazada o en período de lactancia, tratamiento basado en multisesiones de terapia cognitivo-conductual por parte de un servicio especializado en cesación de tabaquismo.
C	La TRN puede ser usada durante el embarazo y la lactancia acompañada de asesoramiento acerca de los riesgos y beneficios. La decisión será tomada en conjunto con el obstetra tratante. Si se usa TRN, los productos de uso oral (goma de mascar) serán de preferencia frente a los parches.
RPG	Todo trabajador de la salud debería dar consejo breve a toda mujer fumadora que esté planificando un embarazo.
RPG	Informar a todos los miembros de la familia sobre el riesgo del humo de tabaco ajeno o de segunda mano para la embarazada y los recién nacidos.

Cesación de tabaquismo en niños y adolescentes

Los jóvenes uruguayos tienen en promedio una alta tasa de prevalencia de tabaquismo en el entorno de 22%, con un predominio del consumo en las mujeres (68,69). Datos nacionales muestran que 60% de los hijos de padres fumadores son fumadores, y el 40% si el fumador es uno de los padres (70).

La adolescencia es un momento de vida especial, donde el sujeto comienza a construir su propia identidad, comienza a tomar decisiones por sí mismo, poniendo distancia del mundo adulto. La intervención en estas edades debe ser diferente, dado que el joven difiere del adulto, tanto en las formas y actitudes que tiene frente al tabaquismo en general, como hacia la cesación en particular.

La OMS – OPS, recomiendan 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

Las teorías del aprendizaje social han contribuido en el campo de la educación para la salud. Desde las mismas se insiste en el rol central que cumple la imitación en estas edades, por lo que aconsejan el abordaje del adolescente a través de otros adolescentes.

El equipo de salud debe ser conciente del riesgo que implica el humo de tabaco ajeno o de segunda mano para los niños y los adolescentes expuestos en sus hogares. Debe ofrecerse a los familiares fumadores un consejo breve y la posibilidad de ayuda para la cesación.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Evidencia

Hay evidencia que muestra la efectividad del apoyo médico para la cesación del tabaquismo en adolescentes (13). Hay poca evidencia para recomendar algún método de abordaje particular para este grupo.

Hay evidencia que muestra la efectividad de la intervención por pares entrenados (71, 72).

No hay evidencia suficiente sobre la efectividad de la TRN o BPN en adolescentes que quieren dejar de fumar (73, 74). 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 nicotina, que quieren dejar de fumar (75).

Recomendaciones

B	Ofrecer siempre apoyo para el abandono del tabaquismo a los adolescentes.
B	Promover intervenciones dirigidas a la prevención y cesación del tabaquismo en adolescentes a través de pares entrenados.
C	La TRN puede ser usada en adolescentes dependientes de nicotina si se considera que ella puede ser una ayuda en el intento de cesación (no se recomienda su uso en fumadores ocasionales).
RPG	Se recomienda el desarrollo de programas específicos para los adolescentes.
RPG	De acuerdo a recomendaciones actuales los tratamientos para adolescentes deberían estar centrados en: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajar el concepto de adicción y sus consecuencias a nivel individual, familiar y social. Identificar situaciones de presión. • Trabajar el concepto de manipulación por parte de la industria tabacalera. • Desarrollar estrategias de habilidades para la vida. • Realizar este abordaje en espacios informales no sanitarios.

Cesación de tabaquismo en pacientes hospitalizados y pre-operatorios

La hospitalización es una oportunidad importante para motivar a las personas a dejar de fumar, porque el paciente se encuentra particularmente receptivo al consejo del equipo de salud. Esto incluye no sólo a los pacientes fumadores sino también a los acompañantes, especialmente a padres y otros miembros de la familia de los niños hospitalizados.

Los pacientes con enfermedades tabacodependientes se benefician particularmente con la cesación del tabaquismo, aún después de muchos años de consumo intenso.

El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones ante una intervención quirúrgica, que se evita con 6 semanas previas sin fumar. Un lapso menor de abstinencia reduce este beneficio.

Se está reconociendo cada vez más la importancia de establecer acercamientos sistemáticos y específicos para identificar, aconsejar y apoyar a los fumadores para que dejen de fumar durante su estadía en el hospital.

El ambiente hospitalario ofrece también a los trabajadores de la salud la oportunidad de hablar con los padres de los niños hospitalizados, acerca de los riesgos del humo de tabaco ajeno o de segunda mano para los niños y adolescentes expuestos en sus hogares.

Los estudios muestran un buen perfil de seguridad para comenzar algún tratamientos farmacológico específico para dejar de fumar en pacientes hospitalizados.



Evidencia

Hay evidencia de que la nicotina no sería un factor de riesgo importante en pacientes con eventos cardíacos agudos (76).

Hay evidencia de mayor efectividad al usar TRN cuando se inicia tratamiento durante una internación (35).

Hay evidencia de seguridad en el uso de TRN en pacientes con enfermedad cardiovascular estable (37) y de Bupropión en pacientes con patología cardiovascular y respiratoria (11). No existe evidencia suficiente sobre la seguridad de Varenicline en pacientes con patología cardiovascular.

Hay evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de apoyo de al menos 1 mes de seguimiento luego del alta hospitalaria, en pacientes hospitalizados (77).

Hay evidencia sobre la efectividad a corto plazo de las intervenciones de cesación de tabaquismo en el pre-operatorio (78).

La cesación de tabaquismo en el pre-operatorio disminuye los riesgos de infección de la herida operatoria, de retardo en la cicatrización y de complicaciones respiratorias y cardíacas en el post-operatorio (79).

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

Recomendaciones	
A	Brindar consejo breve sistemático para dejar de fumar a todo paciente fumador hospitalizado.
A	Ofrecer apoyo intensivo con sesiones múltiples, medicación y seguimiento por al menos 1 mes luego del alta a todo paciente fumador hospitalizado.
A	Aconsejar a las personas fumadoras en período pre-operatorio que dejen de fumar por lo menos 6 semanas antes de la cirugía y ofrecer tratamiento de apoyo intensivo y farmacológico si fuera necesario.
A	Bupropión puede usarse en pacientes con patología cardiovascular estable.
B	La TRN puede brindarse a personas con enfermedad cardiovascular. Sin embargo, para aquellos que han sufrido un evento vascular agudo (por ejemplo, IAM o accidente cerebrovascular) en las últimas 2 semanas o que tienen una enfermedad mal controlada, el tratamiento debe ser discutido con su médico tratante. En estos casos, los productos de reemplazo nicotínico de uso oral se recomiendan como primera opción entre las TRN.
B	Todos los hospitales deben contar con programas para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Esto incluye brindar consejo para dejar de fumar en forma sistemática, así como la posibilidad de acceder a un servicio especializado en cesación de tabaquismo dentro del propio hospital o en un servicio externo.
RPG	En lo posible derivar a una unidad especializada a todo paciente fumador que será sometido a una intervención quirúrgica.
RPG	Ofrecer consejo breve y apoyo intensivo a los familiares fumadores de los pacientes hospitalizados.



Cesación de tabaquismo en usuarios de servicios de salud mental

Las personas con trastornos de salud mental tienen tasas particularmente altas de prevalencia de tabaquismo. Típicamente presentan mayor dependencia y mayor dificultad para dejar de fumar (80-83).

Las personas con trastornos mentales frecuentemente no reciben consejo para la cesación, a pesar de que tendrían beneficios significativos para su enfermedad.

Las intervenciones intensivas para la cesación del tabaquismo, con sesiones múltiples y medicación, son beneficiosas también para este grupo, siempre y cuando el paciente se encuentre estable al momento del tratamiento. También es necesario considerar que algunos de estos pacientes pueden tener dificultad en usar correctamente la TRN en forma de goma de mascar.

Se advierte que el consumo de tabaco modifica el metabolismo de algunos medicamentos usados para tratar desórdenes mentales y por lo tanto altera sus efectos. Por esto puede ser necesario realizar ajustes en las dosis de esta medicación y monitorizar su nivel sanguíneo cuando las personas dejan de fumar.

Se debe recordar que los fármacos específicos para dejar de fumar tienen interacciones con los psicofármacos en general, por lo tanto se debe decidir su indicación en conjunto con el psiquiatra tratante y realizar un seguimiento clínico estrecho del paciente.

Evidencia

Hay evidencia de que las intervenciones efectivas en la población general también lo son en los pacientes de los servicios de salud mental (24, 84, 85).

Existe evidencia de que el bupropion es efectivo y seguro en este grupo de pacientes (86, 87).

La mayoría de las personas con desórdenes mentales no experimentan deterioro de su enfermedad cuando dejan de fumar (85). Sin embargo algunas personas presentan un evento depresivo (88), lo que exige un seguimiento estricto de la evolución de los pacientes.

La cesación del tabaquismo puede afectar el metabolismo de cierto número de medicamentos (89), entre los que se cuentan las drogas para tratar enfermedades mentales, por lo que se puede necesitar ajustes en las dosis.

Recomendaciones	
A	Brindar consejo breve sistemático para dejar de fumar a todos los usuarios fumadores de los servicios de salud mental.
A	Las personas con trastornos mentales que dejan de fumar mientras reciben psicofarmacoterapia, deben ser monitoreadas a fin de determinar la necesidad de realizar ajustes en las dosis de su medicación.
RPG	Ofrecer intervenciones de efectividad probada para la cesación del tabaquismo a personas fumadoras con trastornos mentales, que se encuentran estables.
RPG	Si la intervención para dejar de fumar del paciente con enfermedad psiquiátrica se realizara fuera del servicio de salud mental, es imprescindible contar con el aval del psiquiatra tratante.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Cesación de tabaquismo en pacientes con otras adicciones

El consumo de tabaco en las personas con otras adicciones es mayor que en la población general. Sin embargo, esto no significa que esas personas sean menos propensas a dejar de fumar.

Las intervenciones intensivas para la cesación del tabaquismo, con sesiones múltiples y medicación, pueden ser efectivas también para este grupo y colabora además en el abordaje de sus otras adicciones.

Evidencia

Existe evidencia de efectividad a corto plazo de las intervenciones de cesación de tabaquismo en personas con otras adicciones (90, 91).

En una minoría de pacientes, dejar de fumar puede precipitar una recaída en otra adicción superada previamente (92, 93).

Recomendaciones

A

Brindar consejo breve sistemático para la cesación a todos los fumadores con otras adicciones.

A

Incorporar el tratamiento del tabaquismo con intervenciones de efectividad probada en los servicios de tratamiento de otras adicciones. Dado la posibilidad de recaída en otra adicción ya superada, se recomienda en estos pacientes un estricto control clínico y realizar apoyo en forma intensiva.

Abordaje del paciente en recaída

La recaída es parte del proceso de superación de la adicción al tabaco, 75% de las personas que logran dejar de fumar requieren múltiples intentos. Existen estrategias de intervención para prevenirlas.

Cabe diferenciar la **caída** que es el consumo puntual, ocasional y aislado de una pitada o un cigarrillo, de la **recaída** que es la vuelta al consumo diario.

Existen indicadores de riesgo de recaída:

- Alta dependencia física
- Intenso síndrome de abstinencia
- Alta dependencia psicológica
- Paciente con otras adicciones
- Comorbilidad psiquiátrica
- Antecedente de depresión
- Pacientes que no han realizado cambios en su estilo de vida
- Entorno del paciente con fumadores
- Situaciones conflictivas
- Pacientes con pérdidas vinculares recientes
- Aumento de peso
- Frecuentes episodios de craving
- Caídas (cada caída aumenta el riesgo de recaer)
- Fantasías de autocontrol

Prevención de la recaída

La cantidad y variedad de entrevistas realizadas durante el tratamiento, puede contribuir a disminuir la tasa de recaída y prolongar la abstinencia.

Durante el tratamiento y las primeras etapas en abstinencia, es de suma importancia identificar con cada paciente las situaciones de vulnerabilidad o de alto riesgo, planteando respuestas adecuadas a esas situaciones.

La respuesta adecuada estaría centrada en poder modificar esa circunstancia o aprender a cambiar la conducta frente a ella. Por ejemplo hacer hincapié en que el hecho de encender un cigarrillo no cambia una situación de discomfort, sólo la encubre.

Si la situación de vulnerabilidad está relacionada con la presión social, será necesario aumentar la autoestima, cambiando por ejemplo la percepción de la autoeficacia.

Será necesario que el paciente comprenda la importancia de “la reflexión antes de la acción” para identificar la situación de vulnerabilidad.

Cuanto más tiempo se realice este tipo de ejercicios, más herramientas tendrá el paciente para manejarse luego, estando ya en abstinencia.

Evidencia

A pesar de la existencia de un número de estudios de buena calidad, no hay evidencia concluyente acerca de la eficacia de intervenciones específicas para prevenir las recaídas. (36, 50-52, 94)

Recomendaciones

RPG	Realizar la mayor cantidad y variedad de intervenciones posibles durante el tratamiento.
RPG	Identificar precozmente indicadores y situaciones de riesgo en todos los pacientes.
RPG	Realizar ejercicios previendo situaciones de recaída, planteando por ejemplo, “¿En qué situación cree usted que no podría dejar de encender un cigarrillo?” Una vez que el paciente pueda visualizar situaciones de riesgo, se puede trabajar proponiendo “¿Cómo cree usted que podría sortear esa situación sin cigarrillo?”

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Manejo de la recaída

El paciente fumador corre permanente riesgo de recaída en su adicción. Sabemos que la mayoría de los fumadores puede realizar múltiples intentos hasta lograr la abstinencia continua.

Es de suma importancia tomar la recaída como una experiencia de aprendizaje y no como un fracaso. La recuperación se centrará en revisar la situación de recaída.

La resolución exitosa de problemas que aparecen en la etapa inicial de la abstinencia, constituye un indicador de buen pronóstico.

Todo paciente en recaída debe ser nuevamente evaluado y tratado. La elección del tratamiento debería ser guiada por el aprendizaje de intentos previos de cesación y la preferencia individual.

No hay evidencia que apoye la elección de un determinado tratamiento farmacológico para la recaída entre los fármacos efectivos para dejar de fumar.

Evidencia

Existe evidencia de que la TRN y el Bupropión pueden ser usados con éxito por personas que han utilizado estos medicamentos anteriormente (95-97).

No hay suficiente evidencia para recomendar un tiempo mínimo entre intentos de cesación (98, 99).

Recomendaciones	
A	Brindar consejo breve para dejar de fumar a todas las personas que sufren una recaída.
A	Ofrecer intervenciones efectivas de apoyo intensivo y farmacológico a toda persona que inicie un nuevo intento por dejar de fumar.
RPG	Se recomienda derivar a un programa especializado a todo paciente en recaída.
RPG	Los servicios deberán ofrecer apoyo a las personas que han recaído tan pronto como lo soliciten.
RPG	El apoyo para un nuevo intento de cesación debería incluir: <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente que la recaída es parte del proceso de aprendizaje y no un fracaso como lo vivencian generalmente. • Revalorizar el tiempo que permaneció en abstinencia. • Revisar los factores que pudieron llevar a la recaída (ver indicadores de riesgo de recaída). • Fortalecer la motivación del paciente para dejar de fumar. • Alentar nuevo intento de cesación.
RPG	La elección del tratamiento farmacológico en aquellos pacientes que ya han usado drogas para dejar de fumar, ha de ser en primera instancia aquel que fue efectivo en intentos previos.

Claves para Grados de Recomendación

- A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia
- B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.
- C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).
- RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.



Otros tratamientos e intervenciones

Hay tratamientos e intervenciones que se ofrecen a las personas que quieren dejar de fumar tales como hipnosis, acupuntura, homeopatía, entre otras. Existe evidencia que algunas de estas intervenciones no son efectivas, en otras no está suficientemente evaluada su efectividad.

Alguna evidencia de efectividad

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que la **cytisina**, una droga aun en investigación, puede ser útil en cesación de tabaquismo. Sin embargo se requieren investigaciones más profundas para confirmarlo.

Existe alguna evidencia de que la **glucosa** (en presentación farmacéutica) aumenta la abstinencia a corto plazo pero no a largo plazo. El efecto a corto plazo parece ser más fuerte cuando se usa concomitantemente con TRN o Bupropión (100, 101).

Evidencia de no efectividad

Existe evidencia de que los ansiolíticos como tratamiento específico no son útiles para la cesación de tabaquismo (102).

No recomendado

Existe evidencia que la **clonidina** es útil en cesación de tabaquismo, sin embargo, debido a sus efectos adversos, no se recomienda su uso. (41).

Existe evidencia de estudios randomizados que el fumar mucho y rápidamente como parte de un **tratamiento aversivo**, aumenta las tasas de abstinencia a los 6 meses. Sin embargo se recomienda no usarlo como estrategia de cesación.

Existe evidencia que la **hipnosis** no aumenta las tasas de abstinencia a largo plazo comparado con otras intervenciones de la misma intensidad (103).

Existe evidencia que la **acupuntura, digitopuntura, terapia láser y electroestimulación** no aumentan las tasas de abstinencia a largo plazo en comparación con placebo (23, 104).

No hay estudios sobre otros tratamientos que se ofrecen en el mercado.



Bibliografía

1. Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo. Uruguay. 2007
2. Junta Nacional de Drogas. Secretaría Nacional de Drogas. Cuarta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. Uruguay. 2007.
3. Sindicato Médico del Uruguay. FACTUM. Encuesta Médica Nacional. Situación Profesional y Ocupacional de los Médicos. Todo el País. 2001. Disponible on line en: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/Factum/index.html>
4. Federación Médica del Interior. Encuesta Médica Nacional. 2007. Disponible on line en: http://www.femi.com.uy/not/n8_08_09.html
5. Peruga A. El Convenio Marco para el Control del Tabaco: respuesta a la globalización de una epidemia comunicada. Gac Sanit. [periódico en Internet]. 2004; 18(5):343-345. Disponible on line en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000700001&script=sci_arttext&tlng=es
6. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. The Mpower package. 2008. Disponible on line en: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
7. Peruga A. Prólogo. Enseñanzas de las campañas a favor de ambientes libres de humo de tabaco en California. Departamento de Servicios de Salud de California. 2001
8. Organización Mundial de la Salud. Ramos A, Curti D. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y estados asociados: Uruguay. 2006. Washington. Disponible on line en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/RA/Tab_Mercosur_URU.pdf
9. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 year's observations on male british doctors. BMJ. 2004; 328:1519.
10. Medidas relacionadas con la reducción y demanda del tabaco. Ley 18256. Marzo 6 2008. Uruguay. Disponible on line en: http://www.presidencia.gub.uy/_web/leyes/2008/03/S405_19%2010%202007_00001.PDF
11. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de tratamiento de la adicción al tabaco. 2005. Disponible on line en: <http://www.foroaps.org/files/TRATADICCIONTABACO.pdf>
12. Ministry of Health. New Zealand Smoking Cessation Guidelines. 2007. Disponible on line en: <http://www.moh.gov.nz>
13. Fiore M, Jaén C, Baker T et al. Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. 2008. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>

14. Appraisal of guidelines research and evaluation. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish. 2001. Disponible on line en: <http://www.agreecollaboration.org>
15. Gordon H. Guyatt, David Sackett, Deborah J. Cook, Evidence Based Medicine Working Group based on the users' guides to Evidence-based Medicine How to use an article about therapy or prevention. JAMA. 1993; 270(21):2598-2601.
16. Gordon H. Guyatt, David Sackett, Deborah J. Cook, Evidence Based Medicine Working Group based on the users' guides to Evidence-based Medicine How to use an article about therapy or prevention. JAMA. 1994; 271(1):59-63
17. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports [Internet]. Rockville: AHRQ. Disponible on line en: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcindex.htm#methodology>
18. Jackson G, Bobak A, Chrolton I et al. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. ICGP. 2001; 55:385-392.
19. Russell M, Wilson C, Taylor C et al. (Effect of general practitioners' advice against smoking. British Medical Journal. 1979; 2(6184):231-5.
20. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
21. Hall S, Reid E, Ikoumunne OC. et al. Brief smoking cessation advice from practice nurse during routine cervical smear tests appointments: a cluster randomised controlled trial assessing feasibility, acceptability and potential effectiveness. British Journal of Cancer. 2007; 96:1057-1061.
22. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
23. Stead L, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
24. USDHHS. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville MD, United States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research Quality. 2000.
25. Sutherland G, Phil M. Evidence for Counseling Effectiveness for Smoking Cessation. J Clin. Psychiatry Monograph, 2003;18 (1): 22-33.
26. Ockene J, Hymowitz N, Lagus J et al. Comparison of smoking behavior change for SI and UC study groups. MRFIT Research Group. Preventive Medicine. 1991; 20(5):564-573.
27. Hall S, Humfleet G, Reus V et al. Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. American Journal of Psychiatry. 2004; 161(11):2100-2107.
28. Fiore M, Bailey W, Cohen S et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline Rockville, MD. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. 2000
29. Rice V, Stead L. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
30. Stead L, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation.



- Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
31. Macleod Z, Charles M, Arnaldi V et al. Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*. 2003; 179 (7):349-352.
 32. Stead L, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quit lines. *Tob Control* 2007; 16:3-8.
 33. Rabinus V, Pike K, Hunter J et al. Effects of frequency and duration in telephone counselling for smoking cessation. *Tob Control* 2007; 16:71-74.
 34. Hollis J, McAfee T, Fellows J et al. The effectiveness and cost effectiveness of telephone counselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. *Tob. Control* 2007; 16:53-59.
 35. Miller N, Smith P, DeBusk R et al. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 1997; 157(4):409-15.
 36. Hajek P, Stead F, West R et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; (2).
 37. Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking for cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (2).
 38. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (2)
 39. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, (3).
 40. Hughes J, Stead L, Lancaster T. Nortriptyline for smoking cessation: a review. *Nicotine Tob Res* 2005; 7:491-9.
 41. Gourlay S, Stead L, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;(3).
 42. Cromwell J, Bartosch W, Fiore M, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997; 278:1759-66.
 43. Maciosek M, Coffield A, Edwards N et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31:52-61.
 44. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30:428-34.
 45. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Halt Education Authority. Thorax*. 2000; 55(12):987-999.
 46. Daughton D, Fortmann S, Glover E et al. The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day. *Preventive Medicine*. 1999, 28(2):113-118.
 47. Hajek P, Mc Robbie H, Gillison F. Dependence potential of nicotine replacement treatments: Effects of product type, patient characteristics, and cost to user. *Prev Med*. 2007;44(3):230-4
 48. Stead L, Lancaster T. Intervenciones para reducir los daños causados por el consumo



- continuo de tabaco. 2007. Cochrane Library Issue (4)
49. Piper M, Federman E, McCarthy D et al. Efficacy of bupropion alone and in combination with nicotine gum. *Nicotine & Tobacco Research*, 2007; 9(9):947-54
 50. Covey L, Glassman A, Jiang H et al. A randomized trial of bupropion and/or nicotine gum as maintenance treatment for preventing smoking relapse. *Addiction* 2007; 102(8):1292-302.
 51. Hays T, Hurt R, Rigotti N. Sustained-Release bupropion for Pharmacologic Relapse Prevention after Smoking Cessation: A Randomized, Controlled Trial. *Ann. Med. Int.* 2001, 135:423-433.
 52. Sanderson L, Patten Ch, Niaura R et al. Efficacy of bupropion for relapse prevention in smokers with and without a past history of major depression. *J. Gen Intern. Med.* 2004; 19:828-834.
 53. Wu P, Wilson K, Dinoulas P et al. Effectiveness of smoking cessation therapies: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2006; 6(1):300.
 54. Filozof C, Fernández Pinilla M, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2004 May;5(2):95-103
 55. Fromm P, Melamed S, Benbassat J. Smoking cessation and weight gain. *J Fam Pract.* 1998 Jun;46(6):460-4
 56. Eisenberg D, Quinn B. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach *Health Serv Res.* 2006; 41(6):2255-66.
 57. Nerín I, Beamonte A, Gargallo P et al. Weight gain and anxiety levels in recent ex-smokers *Arch Bronconeumol.* 2007; 43(1):9-15
 58. Pisinger C, Jorgensen T. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: the Inter99 study. *Prev Med.* 2007;44(4):290-5
 59. Chinn S, Jarvis D, Melotti R et al. Smoking cessation, lung function, and weight gain: a follow-up study. *The Lancet*, 2005; 365(9471):1629 – 1635
 60. Hausteín KO. Cigarette smoking, nicotine and pregnancy. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 1999; 37(9):417-27.
 61. Slotkin TA. Fetal nicotine or cocaine exposure: Which one is worse? *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics.* 1998; 285(3):931-45.
 62. Ahlsten G, Cnattingius S, Lindmark G. 1993. Cessation of smoking during pregnancy improves foetal growth and reduces infant morbidity in the neonatal period. A population-based prospective study. *Acta Paediatrica.* 82(2):177-81.
 63. Benowitz N, Dempsey D. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research.* 2004; 6(2):S189-202.
 64. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety.* 2001; 24(4):277-322.
 65. Lumley J, Oliver S, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
 66. Parker D, Windsor R, Roberts M, et al. Feasibility, cost, and cost-effectiveness of a telephone-based motivational intervention for underserved pregnant smokers. *Nicotine & Tobacco Research.* 2007; 9(10): 1043 – 1051.



67. Pollak K, Oncken Ch, Lipkus I. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med* 2007; 33(4):297–305.
68. Junta Nacional de Drogas, Uruguay. Secretaría Nacional de Drogas. Centers of Diseases Control. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. Consumo en el ámbito de la Enseñanza Media (GYTS). Informe de Investigación. Uruguay 2006.
69. Junta Nacional de Drogas. Presidencia de la República. Uruguay. II Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de la enseñanza media. 2006. Disponible on line en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/encuestas/documentos/Encuesta_CDEEM.pdf
70. Becoña E., Palomares A., García M. Tabaco y Salud. Guía de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Ed. Pirámide, Madrid 1994
71. Vallerant, J, Les Fondements de la Psychologie Sociale, Gaetan Morin Editeur, Québec 1994: 888p
72. DiFranza J, Pbert L, Flint A et al. Intervention for adolescents: a randomized, controlled trial effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation *Pediatrics*. 2008;121:e738-e747
73. Grimshaw G, Stanton A, Lancaster T. Tobacco cessation interventions for young people. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
74. 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
75. 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.
76. McRobbie H, Hajek P. 2001. Nicotine replacement therapy in patients with cardiovascular disease: guidelines for health professionals. *Addiction*. 96(11):1547–51.
77. Rigotti N, Munafo M, Stead L. Intervenciones para el abandono del hábito de fumar en pacientes hospitalizados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.
78. Moller A, Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).
79. Moller A, Tonnesen H. Risk reduction: Perioperative smoking intervention. *Baillieres best Practice & Research in Clinical Anaesthesiology*. 2006; 20(2):237–248.
80. McNeill A. 2002. Smoking and Mental Health. London: ASH.
81. Breslau N, Kilbey M, Andreski P. Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48(12):1069–74.
82. Haug N, Hall S, Prochaska J et al. Acceptance of nicotine dependence treatment among currently depressed smokers. *Nicotine & Tobacco Research*. 2005; 7(2):217–24.
83. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviours. *Schizophrenia*



- Research. 2005; 76(2-3):135-57.
84. Ranney L, Melvin C, Lux L et al. **Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations.** *Annals of Internal Medicine.* 2006; 145(11):845-56.
 85. Bradshaw T, Lovell K, Harris N. **Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review.** *Journal of Advanced Nursing.* 2005; 49(6):634-54.
 86. George T, Vessicchio J, Termine A et al. **A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia.** *Biological Psychiatry.* 2002; 52(1):53-61.
 87. Evins A, Cather C, Deckersbach T et al. **A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia.** *Journal of Clinical Psychopharmacology.* 2005; 25(3):218-25.
 88. Glassman A, Covey L, Dalack G et al. **Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers.** *Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 1993; 54(6):670-9.
 89. Zevin S, Benowitz N. **Drug interactions with tobacco smoking.** *Clinical Pharmacokinetics.* 1999; 36:425-438.
 90. Sussman S.. **Smoking cessation among persons in recovery.** *Substance Use & Misuse.* 2002; 37(8-10):1275-98.
 91. Prochaska J, Delucchi K, Hall S. **A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2004;72(6):1144-1156.
 92. Joseph A, Willenbring M, Nugent S, Nelson D. **A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment.** *Journal of Studies on Alcohol.* 2004; 65(6):681-91.
 93. Joseph A, Nichol K, Anderson H. **Effect of treatment for nicotine dependence on alcohol and drug treatment outcomes.** *Addictive Behaviours.* 1993; 18(6):635-44.
 94. Croghan IT, Hurt R, Dakhil S et al. **Randomized comparison of a nicotine inhaler and bupropion for smoking cessation and relapse prevention.** *Mayo Clin Proc.* 2007; 82(2):186-95
 95. Shiffman S, Dresler C, Rohay J. **Successful treatment with a nicotine lozenge of smokers with prior failure in pharmacological therapy.** *Addiction.* 2004; 99(1):83-92.
 96. Gonzales D, Nides M, Ferry L et al. **Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study.** *Clinical Pharmacology and Therapeutics.* 2001; 69(6):438-44.
 97. Durcan M, White J, Jorenby D et al. **Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy.** *American Journal of Health Behavior.* 2002; 26(3):213-20
 98. Hughes J, Carpenter M. **Stopping smoking: carpe diem?** *Tobacco Control.* 2006; 15(5):415-6.
 99. **National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and Bupropion for smoking cessation.** 2002. London:



National Institute for Clinical Excellence.

100. West R, Willis N. Double-blind placebo controlled trial of dextrose tablets and nicotine patch in smoking cessation. *Psychopharmacology*. 1998; 136(2):201-4.
101. West R, May S, McEwen A, McRobbie H, Hajek P. A randomised trial of glucose tablets to aid smoking cessation. Unpublished [a].
102. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000
103. Abbot N, Stead L, White A, Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2).
104. White A, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. 2006. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2).



Anexos

Beneficios de la cesación

Servicios de ayuda para dejar de fumar

Evaluación de la dependencia física nicotínica

Información sobre uso de Terapia de Reemplazo Nicotínico

Información sobre uso de Bupropión

Información sobre uso de Varenicline

Información sobre uso de Nortriptilina

Formulario de notificación de efectos adversos

Tabaco y patología odontológica



Anexo 1: Beneficios de la cesación

Vea qué va ganando a medida que pasan días o meses sin fumar:

1 día

Baja la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

Se normaliza el nivel de oxígeno en la sangre.

Se elimina la mayor parte del monóxido de carbono y de nicotina.

3 días

Comienza a recuperar el gusto y el olfato.

Los bronquios recuperan los mecanismos de limpieza.

1 a 3 meses

Respira con mayor facilidad.

Deja de toser.

Mejora la capacidad de hacer ejercicio.

Mejora el aspecto de la piel.

Se siente con más energía.

1 año

El riesgo de infarto de miocardio se reduce un 50%.

5 años

El riesgo de cáncer de boca, esófago y vejiga se reduce un 50%.

10 años

El riesgo de cáncer de pulmón se reduce un 50%.

15 años

El riesgo de muerte es similar que en cualquier persona que nunca ha fumado.

Además dejar de fumar:

- Cuida la salud de su familia
- Aumenta su autoestima y autoconfianza
- Es un buen ejemplo para sus hijos
- Le ayuda a ahorrar dinero
- Mejora la higiene de su hogar

Anexo 2: Servicios de ayuda para dejar de fumar

<http://www.msp.gub.uy>

<http://www.fnr.gub.uy>

<http://www.urucan.org.uy>

línea de información del MSP - 0800 4444



Anexo 3: Evaluación de la dependencia física nicotínica

TEST DE FAGERSTRÖM		
Estas preguntas están dirigidas a evaluar el grado de dependencia a la nicotina		
1 ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día?	> 30	3
	21 a 30	2
	11 a 20	1
	< 11	0
2 ¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse que en el resto del día?	SI	1
	NO	0
3 ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?	< 5 minutos	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60 min	1
	> 60 minutos	0
4 ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir?	el primero	1
	Otro	0
5 ¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
6 ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en cama la mayor parte del día?	SI	1
	NO	0
INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE (sumatoria)		
0 - 3	Dependencia leve	
4 - 6	Dependencia moderada	
7 - 10	Dependencia fuerte	

Anexo 4: Información sobre uso de Terapia de Reemplazo Nicotínico

<p>Todos las TRN</p>	<p>Contraindicaciones: Eventos vasculares agudos en las últimas 2 semanas: IAM, accidente cerebrovascular, arteriopatía obstructiva crónica de MMII sintomática severa. Hipersensibilidad a la nicotina Úlcera gástrica - duodenal aguda Para goma de mascar: lesiones oro-faríngeas, artritis temporomaxilar</p> <p>Precauciones: Embarazo y lactancia (ver grupos especiales) Adolescentes (ver grupos especiales) Hipertensión arterial descontrolada Hipertiroidismo</p>
<p>Parches transdérmicos</p>	<p>Parches transdérmicos Presentación en Uruguay: parches de 24 hs de duración, de 3 concentraciones: 7, 14 y 21 mg. Venta con prescripción médica.</p> <p>Modo de uso: No se debería iniciar el tratamiento con el paciente fumando. Se usa un parche por día, en zona de piel no pilosa, rotando el sitio de colocación. Deben usarse al menos por 8 semanas. La dosis inicial se elige según el grado de dependencia. En pacientes que fuman más de 20 cig/día se recomienda iniciar con parches de 21 mg. durante 1 mes y utilizar las dosis progresivamente menores en los 2 meses siguientes.</p> <p>Ventajas: fácil de usar. Mantiene un nivel constante de nicotina en sangre.</p> <p>Efecto secundario: el más frecuente es la irritación de la piel.</p>
<p>Goma de mascar</p>	<p>Presentación en Uruguay: goma de mascar de 2 y 4 mg. Venta libre.</p> <p>Modo de uso: se puede iniciar con el paciente fumando en sustitución de los cigarrillos. Si fuma más de 25 cig/día se usan chicles de 4 mg, si consume menos de 25 cig/día se usan chicles de 2 mg. Con un máximo de 24 piezas por día en ambos casos.</p>



<p>Goma de mascar</p>	<p>Se distribuyen regularmente durante el día y/o cuando aparece el deseo de fumar. El tratamiento debe mantenerse al menos 8 semanas.</p> <p>Cada pieza debe masticarse lentamente y “estacionarse” en la mejilla en períodos regulares, durante 40 minutos. El uso incorrecto de estos productos puede causar efectos secundarios. Debe evitarse la ingesta concomitante de bebidas o alimentos.</p> <p>Ventajas: puede usarse a demanda en los momentos de mayor necesidad.</p> <p>Efectos secundarios: irritación orofaríngea, gástrica, náuseas, hipo.</p>
<p>Tratamiento combinado</p>	<p>La combinación de parches y goma de mascar aumenta la tasa de abstinencia en pacientes con dependencia severa. De esta forma, los usuarios reciben un suplemento de nicotina constante mediante el parche y pueden obtener un pico rápido de nicotina mediante la goma de mascar.</p>



Anexo 5: Información sobre uso de Bupropión

Presentación en Uruguay	Bupropión HCL SR tabletas de 150 mg.
Contradicciones	<p>Epilepsia o antecedente de convulsiones de cualquier etiología. Predisposición a convulsivar: historia de TEC severo, tumor del SNC, interrupción abrupta de alcohol o benzodiacepinas. Bulimia / anorexia nerviosa (actual o previa). Trastorno bipolar Uso de IMAO dentro de los 14 días previos. Diabetes o HTA descompensada. Uso concomitante de preparados que contengan Bupropión. Embarazo y lactancia. Menores de 18 años.</p>
Precauciones	<p>Historia de enfermedad psiquiátrica Insuficiencia hepática, renal. Diabetes. Abuso de alcohol. Personas añasas (ver abajo).</p>
Interacciones farmacológicas	<p>Drogas que desciendan el umbral para convulsivar (incluyendo antipsicóticos, antidepresivos, antimaláricos, tramadol, teofilina, esteroides sistémicos, quinolonas, antihistamínicos con efecto sedante). Drogas que afectan el CYP2B6 (incluyendo orfenadrina, ciclofosfamida, isofamida, ticlopidina, clopidogrel). Sustratos de CYP2D6 (incluyendo antidepresivos, antipsicóticos, beta bloqueantes, antiarrítmicos de tipo 1C, estimulantes). Drogas anorexígenas. Citalopram. Carbamazepina. Fenobarbital. Fenitoína. Levodopa. Amantadine. Ritonavir.</p>



<p>Modo de uso</p>	<p>Días 1 al 5: una tableta (150 mg) por día; desde el día 6: una tableta dos veces al día, separando cada dosis al menos 8 horas. Se recomienda no ingerir en la noche porque puede dificultar el sueño.</p> <p>La medicación se debe comenzar 14 días antes de la fecha prevista para la cesación.</p> <p>Se recomienda continuar el tratamiento durante 2-3 meses.</p> <p>Personas añosas: se recomienda una dosis de 150 mg una vez al día.</p> <p>Insuficiencia renal/hepática: se recomienda 150 mg una vez al día.</p> <p>Diabetes: si usa insulina o hipoglucemiantes orales se requiere estrecho control de glicemia por riesgo convulsiones por hipoglicemia</p>
<p>Efectos adversos</p>	<p>Comunes (ocurren en menos de 1:100): sequedad de boca, insomnio, náuseas, cefalea.</p> <p>Poco frecuentes (ocurren entre 1:10000 y 1:1000): convulsiones, hipersensibilidad severa.</p>



Anexo 6: Información sobre uso de Varenicline

Presentación en Uruguay	Comprimidos de 0.5 y 1 mg. Set de inicio y de mantenimiento.
Contraindicaciones	Menores de 18 años. Embarazo y lactancia.
Precauciones	Insuficiencia renal, requiere ajuste de dosis. Pacientes con historia de enfermedades psiquiátricas, particularmente depresión. No existe experiencia con el uso de Varenicline en pacientes epilépticos. Existe una advertencia de la FDA para su uso.
Interacciones farmacológicas	No hay estudios suficientes al momento de publicación de esta guía. Se espera la publicación de evidencia al respecto.
Modo de uso	Se debe comenzar con Varenicline por lo menos una semana antes de la fecha de cesación. Días 1-3: 0.5mg una vez al día; días 4-7: 0.5 mg dos veces al día; día 8 hasta el final del tratamiento (12 semanas): 1 mg dos veces al día.
Ajuste de dosis	Las personas que no toleran los efectos adversos, pueden descenderse la dosis temporalmente o en forma permanente a 0.5 mg dos veces al día. No es necesario ajustar la dosis en personas con insuficiencia renal leve (clearance de creatinina estimado > 50ml/min y ≤80ml/min) a moderada (clearance de creatinina estimado ≥30ml/min y ≤50ml/min) En pacientes con insuficiencia renal severa (clearance de creatinina estimado <30ml/min) la dosis recomendada es 1mg una vez al día. No se recomienda el uso de Varenicline en pacientes con enfermedad renal terminal.
Efectos adversos	El efecto adverso más frecuente son las náuseas (experimentada por el 30% de los pacientes). En la mayoría de los casos las náuseas aparecen al comienzo del tratamiento, son leves a moderadas y rara

Goma
de mascar

vez determinan la discontinuidad del mismo.
Trastornos del sueño (sueños vívidos).
Estreñimiento.
La mayoría de los síntomas fueron reportados como leves y desaparecieron en pocas semanas.



Anexo 7: Información sobre uso de Nortriptilina

<p>Contradicciones</p>	<p>Hipersensibilidad a otros antidepresivos tricíclicos Suspensión de IMAO (dentro de los 14 días previos) Fase de recuperación de un IAM Embarazo y lactancia Niños <12 años</p>
<p>Precauciones</p>	<p>ECG pre-tratamiento, monitorear PA Ideas de autoeliminación Trastorno bipolar; pacientes con agitación, hiperactivos Enfermedad cardiovascular Hipertiroidismo Glaucoma Historia de retención urinaria, Traumatismo de cráneo, convulsiones Diabetes Alcoholismo Cirugía reciente Personas ariasas Mujer en edad genital activa Niños < 18 años</p>
<p>Interacciones farmacológicas</p>	<p>Alcohol Sedantes, cimetidina, reserpina, anticolinérgicos, antihistamínicos sedantes, simpaticomiméticos, estimulantes, anorexígenos, guanetidina, substratos de CYP2D6, inhibidores, por ejemplo, otros antidepresivos, fenotiazinas, carbamazepina, antiarrítmicos tipo 1C, quinidina; drogas que desciendan el umbral para convulsivar, por ejemplo, antipsicóticos, tramadol, teofilina, esteroides, quinolonas; insulina, hipoglucemiantes orales; hormonas tiroideas.</p>
<p>Dosis</p>	<p>Adultos: iniciar con 25 mg/día, comenzar 10 a 28 días antes de la fecha de abstinencia; aumentar gradualmente a 75-100 mg/día durante 10-35 días; continuar hasta completar 12 semanas. La dosis debe descenderse paulatinamente al final del tratamiento para evitar síntomas que pueden ocurrir si se suspende abruptamente.</p>

Ajuste de dosis	Personas añasas: reducir la frecuencia de las dosis.
Efectos adversos	Somnolencia, trastornos gastrointestinales, depresi3n medular, efectos anticolin3rgicos, confusi3n, alucinaciones, inquietud, ansiedad, incoordinaci3n, convulsiones, sntomas extrapiramidales, reacciones al3rgicas, cambios en la glucemia, hipo/hipertensi3n; IAM; arritmias; accidente cerebrovascular; hepatitis; sntrome serotonin3rgico



Anexo 8: Formulario de denuncia de eventos adversos

Ver instructivo y versión electrónica del formulario en http://www.msp.gub.uy/categoria_108_1_1.html

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		Dirección General de la Salud		Sistema Nacional de Farmacovigilancia		Notificación de Sospecha de Reacción Adversa		Confidencial		Logo del nodo	
<p>Si sospecha que una reacción adversa puede estar relacionada con un medicamento o una combinación de medicamentos o hierbas medicinales, por favor complete esta hoja</p> <p>No deje de reportar por desconocer parte de la información requerida</p>											
Fecha de notificación:		Montevideo Interior Departamento:		Zona rural		Zona urbana					
DATOS DEL PACIENTE											
Nombre:		Sexo: M F		Peso (Kg):		Embarazo		Indicar semanas de gestación:		Lactancia	
Apellido:		Edad:		N° Identificación del paciente (C.I.):		Teléfono:		Institución:			
MEDICAMENTO(S) RELACIONADO(S) CON LA REACCIÓN ADVERSA											
Nombre Comercial	Motivo de la indicación	Vía	Dosis	Intervalo (hs)	Fecha inicio	Fecha finalización	N° Lote - Fecha vencimiento				
REACCIÓN(ES) ADVERSA(S) SOSPECHADA(S)										Evolución del evento adverso	
Por favor describa la(s) reacción(es) y cualquier tratamiento administrado:										Recuperado	
										En recuperación	
										Continúa igual	
										Otros	
Fecha de inicio:		Fecha de finalización:									
¿Considera que la reacción es grave?: SI NO											
Si la considera grave, por favor señale por qué (marque todos los items que considere):											
Muerte		Riesgo vital		Incapacidad persistente o significativa							
Determinó hospitalización		Prolongó la hospitalización		Alteración congénita							
Otras que considere clínicamente significativas (especifique):											
Por favor enumere otros medicamentos administrados en los últimos tres meses previos a la reacción (incluyendo los automedicados y productos herbarios).											
¿Recibió el paciente otra medicación?: SI NO Si la recibía complete los siguientes items (si los conoce):											
Nombre Comercial	Motivo prescripción	Vía	Dosis	Intervalo (hs)	Fecha de inicio	Fecha de finalización					
INFORMACION ADICIONAL RELEVANTE. Por ejemplo: historia clínica, estudios paraclínicos, alergias, reexposición al medicamento (si se realizó), sospecha de interacción medicamentosa.											
DATOS DE QUIEN REPORTA						Datos del médico (si los conoce y no es el que reporta)					
Nombre y dirección de lugar de trabajo						Nombre y dirección profesional					
Teléfono						Número de teléfono					
E-mail						Especialidad					
Profesión						Firma y fecha					
Unidad de Farmacovigilancia - Departamento de Medicamentos - Ministerio de Salud Pública						e-mail: farmacovigilancia@msp.gub.uy Telefax: 402 8032					

Anexo 9: Tabaco y patología odontológica

Lesiones Blancas Crónicas asociadas y/o agravadas por el tabaquismo.

Queratosis Friccional: Lesión blanquecina, ubicada generalmente en el labio inferior, provocada por la agresión mecánica, (a la que se le suma la térmica y la química), que provoca el colocar el cigarrillo en el mismo lugar.

Queratosis Solar: Es bastante frecuente en Uruguay, y se observa como una alteración de color y consistencia de la mucosa labial (labios más claros, cuarteados, endurecidos), siendo más común en hombres y mujeres de raza blanca, piel y ojos claros, con exposición prolongada al sol.

Leucoplasia: Lesión premaligna, con riesgo de malignización entre el 4 y el 17%. Se presenta como una mancha blanca e indolora, localizada habitualmente en la lengua, más frecuente en el sexo masculino y en consumidores de tabaco.

En Uruguay en el año 2005, Beovide encontró una prevalencia de Leucoplasias del 5% en hombres entre los 40 y 60 años.

El cese del consumo de tabaco durante un año, puede hacer desaparecer hasta el 60% de la o las lesiones.

Estomatitis Nicotínica: Se presenta como un cambio de color y consistencia de la mucosa, habitualmente del paladar (aspecto de encía inflamada y/o enrojecida), que es provocada generalmente por el tabaco fumado por pipa, ya que el humo llega directamente al paladar. También puede observarse en otras formas de consumo de tabaco.

Liquen Plano: Se presenta como una lesión blanca, con aspecto de red, ubicada en la mucosa de las mejillas. Se considera que el tabaco puede agravar, pero no provocar la lesión.





Auspicia:



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

