

Guía de Práctica Clínica: Resumen de la guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco: primera parte

Resumen

Para el abordaje de la dependencia al tabaco suele ser necesario implementar intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática; existiendo un tratamiento costo-efectivo y con altas tasas de éxito a largo plazo. Todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento, siendo imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo. Las intervenciones breves son efectivas y de alto alcance poblacional y todo fumador debe recibir al menos esta alternativa de tratamiento. Es necesario crear una red de servicios eficaces para dejar de fumar, que permitirá incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias. Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención (atención primaria). Los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remunerar a los profesionales que trabajan en dicha área como en cualquier otra actividad convencional.

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación y Entidades Académicas, Científicas e Instituciones representativas del control del tabaco en Argentina. Coordinación técnica: Verónica Schoj y Ana Tambussi. Revisión del documento final: Mario Virgolini. Resumen de la guía nacional de tratamiento de la adicción al tabaco: primera parte. Guía de Práctica Clínica. Evid. actual. páct. ambul. 9(3):88-90. Mar-Abr 2006.

En esta primera entrega se desarrollan las herramientas para que el equipo de salud evalúe el estatus del fumador y su motivación, así como las intervenciones para los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar.

En una segunda entrega se describirán las intervenciones en los fumadores listos para dejar de fumar, las recomendaciones para grupos específicos; así como las intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo y las institucionales y de salud pública. El documento completo se encuentra en www.msal.gov.ar.

Justificación

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

Si bien en 2004 se observó una disminución en el consumo, la situación en Argentina es alarmante. Actualmente fuma el 34% de la población adulta, el 23% de los adolescentes de 12 a 14 años y el 40% de los de 15 a 18 años, con un claro predominio femenino en edades tempranas. Cada año mueren 40.000 argentinos debido a enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco. En Argentina, el gasto atribuible a patologías relacionadas con el tabaco representa el 15% del gasto total en salud, lo que no es compensado por las recaudaciones obtenidas por los impuestos al tabaco.

La prevalencia de consumo entre los profesionales de la salud es similar a la población general, lo que muestra la falta de conciencia que existe en el equipo de salud (ES) sobre esta problemática. Sólo la mitad de los médicos cree que el consejo antitabáquico es una herramienta útil para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Un tercio de los mismos ha recibido entrenamiento a cerca de como brindar este tipo de consejo y el 92% manifestó la necesidad de mejorar su capacitación en tabaquismo. Solamente el 6,5% de los médicos encuestados reconoció utilizar reemplazo nicotínico en el tratamiento de la cesación.

La situación en el pre-grado es igualmente insatisfactoria pues solo el 1,7% de los estudiantes de medicina conoce una intervención psicosocial breve para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Un 56% de los fumadores argentinos quiere dejar de fumar, y el 24,5% se encuentra listo para hacerlo en un mes².

Sin embargo, el equipo de salud no está preparado para absorber esta potencial demanda ni capacitado para una eficaz intervención.

Nuestra situación es igualmente alarmante en cuanto al tabaquismo pasivo y a la escasa implementación de ambientes libres de humo. Tenemos los niveles más elevados en América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno y en la mayoría de los hospitales se fuma a pesar de la legislación vigente que lo prohíbe: el 67% de la población está expuesta en los hogares y 90% en otros ámbitos².

Metodología

Esta guía tiene el propósito de brindar un instrumento consensuado para promover la capacitación del equipo de salud y el compromiso de las instituciones sanitarias para favorecer el control del tabaco en nuestro país.

Un panel de 20 expertos en tabaquismo reconocidos en Argentina y provenientes de entidades académicas, científicas e instituciones representativas del control del tabaco de diversas regiones del país, participó de una metodología formal de consenso para arribar a las recomendaciones finales.

El protocolo de planificación y desarrollo de la presente Guía esta basado en las recomendaciones del Instituto Nacional de Excelencia Clínica (en inglés NICE) y en las recomendaciones de Apreciación para la Investigación y el Desarrollo de Guías (en inglés AGREE).

Sus **destinatarios** son todos los integrantes del equipo de salud, estudiantes de pre-grado de todas las carreras vinculadas a la salud, promotores y educadores para la salud, proveedores y administradores de servicios de salud y funcionarios de salud pública. La **búsqueda, selección y clasificación de la evidencia; niveles de evidencia y grados de recomendación**¹², se hizo de acuerdo a las recomendaciones del NICE y el AGREE. Se empleó una **Metodología de Consenso** Formal para la elaboración de las recomendaciones por parte del panel de expertos a través de la utilización del método Delphi modificado.

Para incluir la **visión de los usuarios**², sus valores y preferencias se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad de fumadores cuyos resultados pueden verse en el documento extenso de la guía. Para la **validación** de la guía, el documento preliminar finalmente consensuado fue sometido a evaluación externa por un grupo de expertos nacionales que no habiendo participado del desarrollo de la guía, evaluaron la misma a través del instrumento AGREE^{13,14}. El cuadro 1 resume las recomendaciones finales.

Tipo de recomendación de esta guía según el respaldo que la sustente.

Tipo A: respaldada por algún ensayo clínico controlado aleatorizado de buena calidad.

Tipo B: respaldada por estudios clínicos (cuasi-experimentales u observacionales) bien diseñados pero no aleatorizados.

Tipo C: basada comité de expertos y/o autoridades reconocidas. Indica ausencia de estudios clínicos de buena calidad sobre el tema.

Arg: representa los aportes locales basados en la experiencia clínica del grupo de consenso que desarrolló de la guía.

Cuadro 1: resumen de las diferentes recomendaciones para el tratamiento de los pacientes tabaquistas.

Evaluación, consejo antitabáquico, intervenciones motivacionales	Interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo siempre.	A
	Que el equipo de salud (ES) brinde un breve consejo para dejar de fumar, a todos los fumadores (F) cada vez que consulten.	Arg
	Que todo el ES evalúe la motivación del F para dejar de fumar en cada oportunidad de contacto y que brinde intervenciones motivacionales a los F aun no preparados para dejar de fumar.	C
Intervenciones en fumadores listos para dejar de fumar	Promover el desarrollo de todos los formatos de IPS intensivas, presenciales (individuales o grupales) o telefónicas y que todo F reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar por parte de cualquier integrante del ES. Una intervención psicosocial (IPS) intensiva puede ser brindada por cualquier integrante del ES adecuadamente capacitado, preferentemente por dos o más provenientes de diversas disciplinas. Ofrecer tratamiento farmacológico excepto contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia, siempre acompañado de una IPS. Utilizar sustitutos nicotínicos y/o bupropion (segunda línea clonidina o nortriptilina). Implementar tratamientos <u>psico-sociales tan intensivos como sea posible</u> .	A
	Utilizar en las IPS: 1) el desarrollo de habilidades y resolución de problemas, 2) apoyo profesional y 3) apoyo social. Ofrecer seguimiento programado a fin de evitar la recaída y manejar problemas residuales de la cesación, intentar que los F participen de IPS intensivas para dejar de fumar y usar IPS intensivas grupales e individuales, jerarquizando para su elección las preferencias de los usuarios.	B
	Que las IPS intensivas incluyan por lo menos cuatro encuentros semanales de más de diez minutos. Usar indistintamente sustitutos de nicotina y bupropion, reservando los tratamientos combinados ante alto nivel de dependencia, comorbilidades severas o antecedentes de intentos de cesación frustrados con un solo fármaco. Informar que los riesgos del aumento de peso son menores a los del tabaquismo, indicar actividad física y alimentación saludable, promover que se concentre en dejar de fumar y no en controlar el peso, recomendar bupropión o chicles de nicotina, ya que han demostrado retardar el aumento de peso.	C
Grupos específicos	Informar a todos los pacientes internados, que el servicio de salud es un ámbito libre de humo y ofrecer tratamiento para aquellos F que lo deseen. Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica deben recibir IPS intensiva y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica.	A
	Ante comorbilidades psiquiátricas u otras adicciones trabajar junto con el personal de salud mental.	Arg
	Ofrecer a todo paciente cardiovascular al menos una intervención breve para dejar de fumar y un fuerte consejo de cesación reiterado y continuo a lo largo del tiempo. Los sustitutos nicotínicos y el bupropion no incrementan el riesgo cardiovascular. Investigar el consumo en niños y adolescentes, y en sus padres; consejo familiar de cesación y de prevención del tabaquismo pasivo en el hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una IPS y las embarazadas una IPS intensiva para estimularlas a dejar cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo.	C
Intervenciones no recomendadas	No hay suficiente evidencia que avale la utilización de láser, electroestimulación, mecamilamina, naltrexona, lobelina, acetato de plata, terapias aversivas, ansiolíticos, y acupuntura. Existe evidencia que confirma la ineficacia de la hipnoterapia y de los inhibidores de la recaptación de serotonina.	A
Intervenciones institucionales y de salud pública	1) Implementar un sistema de identificación de todos los fumadores. 2) Capacitar en estrategias de cesación en el pre-grado y en el postgrado. 3) Destinar personal para brindar tratamiento y evaluar su efectividad. 4) Promover políticas hospitalarias que fomenten y brinden servicios para dejar de fumar. 5) Garantizar la cobertura del tratamiento psico-social y farmacológico de la dependencia al tabaco. 6) Remunerar económicamente a los profesionales que brinden este tratamiento.	B
	El Estado debería liderar una estrategia de políticas de promoción de la cesación tabáquica, asegurando la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y coordinando acciones para favorecer a la capacitación del equipo de salud. La Sociedad Civil y Científica debería comprometerse y articular su esfuerzo con el Estado. Debería articularse todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, IPS, intervenciones farmacológicas, telefónicas, concursos y otras estrategias que permitan incrementar las tasas de cesación; recomendándose que involucre activamente al Primer Nivel de Atención.	Arg

Evaluación de la motivación para dejar de fumar

Para la evaluación de la motivación para dejar de fumar se recomienda utilizar el modelo transteorético de Prochaska y Di Clemente, , quienes describieron una serie de "etapas" en las adicciones, por las que todo adicto progresa de manera evolutiva y cíclica.

Son conocidas como Etapas de cambio y se detallan a continuación:

- Etapa de pre-contemplación: los fumadores no conocen o no consideran tener problemas con la adicción y no contemplan la posibilidad cierta de dejar de fumar.
- Etapa de contemplación: los fumadores reconocen tener un problema físico o psíquico causado por la adicción pero se muestran ambivalentes ante la decisión de cambio.
- Etapa de preparación: la ambivalencia se va transformando en determinación para cambiar y aparece un plan de dejar de fumar.
- Etapa de acción: el fumador puede entrar en acción y modificar su conducta respecto de su adicción.
- Etapa de mantenimiento: la persona desarrolla estrategias para mantenerse sin fumar.
- Etapa de recaída: el adicto vuelve a fumar, hecho altamente frecuente como parte del proceso de recuperación.

Existe amplia experiencia clínica a nivel mundial de la utilización de este modelo teórico para la evaluación de la motivación para dejar

de fumar y la adecuación de las intervenciones acorde a dichas "etapas de cambio". Tal es su difusión, que al menos 16 guías de las Guías de Práctica Clínica revisadas, provenientes de diversos lugares del mundo, recomiendan este marco teórico para la evaluación de la motivación y el abordaje terapéutico¹⁸.

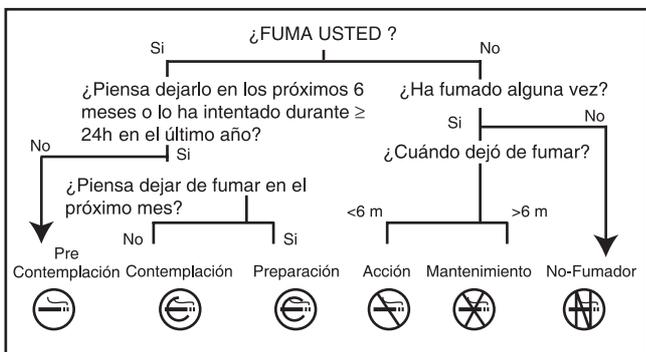
El primer paso es valorar en cuál de las etapas del ciclo se encuentra cada persona ya que es muy difícil que quien no esté listo para dejar de fumar se adhiera a un programa de tratamiento y es posible, que sin motivación, un plan terapéutico sea inefectivo. Esto es muy sencillo y se consigue con solo tres preguntas que se describen en la figura 1.

La tarea del profesional de la salud es, en cada caso, realizar la intervención motivacional adecuada para ayudar al fumador a avanzar en su proceso madurativo de recuperación. Las intervenciones adecuadas a cada etapa de cambio están basadas en el modelo transteorético de Prochaska y DiClemente antes descrito. A pesar de su extenso uso, la evidencia sobre la efectividad de la utilización de este modelo es aún insuficiente.

Sin embargo no existen en la actualidad otros modelos de abordaje que ofrezcan alternativas mejores, o más efectivas.

El modelo de etapas de cambio es biológica, psicológica y socialmente racional, su utilización es práctica y es la mejor herramienta que tenemos en la actualidad para la intervención en fumadores. Es probable que la escasa evidencia de efectividad tenga que ver con problemas en el diseño de los estudios y no con la inefectividad del modelo.

Figura 1: evaluación de la motivación: determinación de la etapa de cambio. Modelo Transteorético de Prochaska y Diclemente, Fuente: Organización Panamericana de la Salud.



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

Sin intervención, los fumadores pueden permanecer estáticos en el proceso evolutivo de la adicción. En este grupo deben realizarse **preguntas abiertas**, que favorezcan la **elaboración y reflexión** y que fomenten la **autonomía de cuidado** (es decir ser protagonistas en el cuidado de su salud). **Se deben abordar los pros y los contras** de dejar de fumar (**ambivalencias, temores, obstáculos y ventajas**). Es siempre recomendable, jerarquizar las prioridades motivacionales de la persona y focalizar en los beneficios del dejar de fumar. Si bien es cierto que brindar información sobre el daño que provoca el cigarrillo puede ser estimulante para algunos fumadores, es más efectivo focalizar en los beneficios que confrontar y argumentar excesivamente sobre el daño que ocasiona el tabaquismo a la salud. En el cuadro 2 se sintetizan las intervenciones motivacionales dirigidas a fumadores aun no preparados para dejar de fumar.

Cuadro 2: Intervenciones motivacionales en fumadores aún no preparados para dejar de fumar. Adaptada de Fiore y col. 2000¹⁸

Propósito	Estrategia
Razones personales	El impacto de la motivación será mayor si se jerarquizan las propias razones o motivos del F. Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas del paciente. ¿Cuáles cree que podrían ser razones importantes para dejar de fumar?
Riesgos del tabaquismo	Resaltar los riesgos relevantes para el fumador (agudo de largo plazo) el ambiente y los convivientes. Desmitificar que fumar pocos cigarrillos o en pipa sea inofensivo. Evitar falsos reaseguros (radiografía de tórax normales no implican que el fumar haya sido inofensivo). Vincular al tabaquismo con otros problemas de salud: ¿Cómo cree que el tabaco afecta su salud? ¿Cuáles cree que podrían ser las consecuencias de fumar? ¿Qué riesgos cree puede implicarle fumar?
Beneficios de abandonar	Jerarquizar las prioridades del paciente. Proveer información sobre los beneficios posibles: mejorar la salud general, el rendimiento físico, disminuir los riesgos de cáncer e infarto, tener hijos más sanos, arrugarse menos, recuperar el gusto y el olfato, ahorrar dinero, mejorar la calidad de vida, etc. ¿Cuáles cree que podrían ser los beneficios si dejara de fumar?
Obstáculos para abandonar Intentos anteriores	Ofrecer respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, al exceso de peso y a la pérdida del placer de fumar. ¿Hay algo que le impide dejar de fumar? ¿Qué le preocuparía si dejara de fumar? ¿Le genera algún temor dejar de fumar? Indagar cómo fueron los intentos anteriores de cesación, cuánto tiempo estuvo sin fumar, qué fue útil, por qué recayó y qué cree haber aprendido de esos episodios.
Repetición de IPS y ofrecimiento de ayuda	Repetir la intervención siempre que se pueda e intentar conectar el síntoma de consulta con el tabaquismo. Explicar que hay tratamiento y ofrecer ayuda explícita, mostrándose interesado en ayudarlo a dejar de fumar e invitándolo a una entrevista para iniciar un programa de tratamiento.

Integrantes del Panel de Consenso: Ethel Alderete, Leonardo Daino, Daniel Gutiérrez (en colaboración con Blanca Iturbide), Eduardo Laura, Bartolomé Lungo, Raúl Mejía, Paola Morello, Susana Nahabedian, María Noble, Diego Perazzo (en colaboración con Marta Angeuira), Ricardo Rasmussen, Gabriela Regueira, Corina Samaniego, Herman Schargrodsy, Fernando Verra, Guillermo Williams (en colaboración con Cecilia Santa María), Gustavo Zabert y Maria Zanutto (en colaboración con el Equipo "Proyecto MEDEF", Director Fernando Müller).

Referencias

- La Epidemia de Tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud, 2000, Pub. Cient. No. 577.
- Encuesta de Tabaquismo en grandes ciudades de Argentina – 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.
- Encuesta de Tabaquismo en Adolescentes – 2002. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004.
- Pitarque R, Perel P, y Sánchez G., Annual Smoking-Attributable Mortality in Argentina 2000. WCTH, Helsinki, Finlandia, 2003.
- Tambussi A, Schoj V, Perel P y col. Revisión sistemática de estudios de prevalencia de tabaquismo en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2003.
- Minervini MC, Zabert G Rondelli MP y col.: Tobacco Use among Argentine Physicians: Personal Behavior and Attitudes
- Noble M, Pérez- Stabile E y Casal E. El comportamiento medico en relación al tabaquismo. Boletín de la Acad Nac de Medicina. 1996; vol 74 segundo sem.: 413-425
- Zabert, G.y Verra F. : Estudio FUMAR: reporte final XXXI Congreso AAMR y V Congreso ALAT Buenos Aires 2004..
- Navaz-Acien A, Peruga A, Breyse P y col. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA. 2004, June 9; Vol. 291(22): 2741-2745
- Resolución Ministerial 717/97 Prohibición de Fumar. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Papanikolaou GN, Baltogianni MS, Contopoulos-Ioannidis et al. Reporting of conflicts of interest in guidelines of preventive and therapeutic interventions. BMC Med Res Method 2001; 1:3
- Guidelines developments methods. Information for national collaborating centres and Guidelines Developers. Disponible en NICE www.nice.org.uk
- The Agree Collaboration. AGREE Instrument Spanish version, 2001 <http://www.agreecollaboration.org>
- Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Documento extenso. Ministerio de Salud y Ambiente de la nación. http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/info-prof.asp
- Smoking Cessation. Clinical Practice Guidelines. Ministry of Health, Singapore abril 2002
- Amy Nelson. Using a modified Delphi methodology to develop a competency model for vet practitioners. A Paper Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements of RM502E - Advanced Study in Research Methods December 24, 2002
- Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. Consensus development methods and their uses in clinical practice guidelines. HTA (Health Tecnology Assesments) 1998; vol 2; Nro 3.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ publication No 00-0032
- Lancaster T and Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2005 Oxford: Update Software.
- Rice VH and Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
- Lancaster T, and Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004 Sep 11;364(9438):937-52.
- Prochaska J and DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. Psychotherapy Theory Res Prac 1982; 19:276-88.
- Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente and Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of Smoking. J Consult Clin Psicol.1988; 56:520-8
- Guideline for Smoking cessation. National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee) Wellington, New Zealand, ISBN 0-478-25305-2 (Document) ISBN 0478-25306-0 (Internet) First Published in July 1999, Review date March 2004
- Smoking Cessation Guidelines. How to treat your patients tobacco addiction. Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. University of Toronto. Published with the assistance of an education Grant from Novartis Consumer Health Canada Inc. A Pegasus Health Care International Publication 2000.
- Etter JF, Laszlo E and Perneger TV. Postintervention effect of nicotine replacement therapy on smoking reduction in smokers who are unwilling to quit: randomized trial. J Clin Psychopharmacol. 2004 Apr;24(2):174-9.
- Prochaska JO and DiClemente CC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992; 47:1102-14.
- Goldberg DN, Hoffman AM, Farinha MF et al. Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. Am J Prev Med 1994; 10:267-74.
- Prochaska JO. Working in harmony with how people quit smoking naturally. Rhode Island Med 1993; 76:493-5.