



► **Guía de Práctica
Clínica Nacional
de Tratamiento
de la Adicción
al Tabaco.**

Recomendaciones basadas
en la evidencia científica.

*Versión breve con
herramientas para facilitar
la aplicabilidad*

Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles.
Componente: Servicios de Salud

▶ **Guía de Práctica
Clínica Nacional
de Tratamiento
de la Adicción
al Tabaco**

Recomendaciones basadas
en la evidencia científica

*Versión breve con
herramientas para facilitar la
aplicabilidad*



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Avales recibidos

Nacionales

- Academia Nacional de Medicina
- Alianza Libre de Humo de Tabaco Argentina (ALIAR)
- Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)
- Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer (AAPEC)
- Asociación Argentina de Tabacología (AsAT)
- Asociación Argentina de Trastornos por Ansiedad (AATA)
- Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFACIMERA)
- Asociación Médica Argentina (AMA)
- Asociación Toxicológica Argentina (ATA)
- BASTA! Jóvenes Latinoamericanos Libres de Tabaco
- Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC)
- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)
- Confederación Médica de la República Argentina (COMRA)
- Escuela Argentina de Neurociencias Cognitivas
- Federación Argentina de Cardiología (FAC)
- Federación Argentina de Enfermería
- Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)
- Federación Argentina de Medicina General (FAMG)
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPPRA)
- Fundación Argentina de Asistencia al paciente EPOC (FUNDEPOC)
- Fundación Cardiológica Argentina (FCA)
- Fundación Interamericana del Corazón (FIC ARGENTINA)
- Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer (FUCA)
- Grupo Antitabaquismo del Hospital Italiano (GRANTAHI)
- Hospital Universitario Austral
- Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)
- Instituto Nacional del Cáncer
- Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC)
- Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)
- -Sociedad Argentina de Cirugía Torácica
- Sociedad Argentina de Medicina Familiar Urbana y Rural (SAMFUR)
- Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG)
- Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
- Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires (STNBA)

- Superintendencia de los Servicios de Salud
- Unión Antitabáquica Argentina (UATA)

Referentes, equipos o direcciones vinculados al tratamiento de la adicción al tabaco de las siguientes provincias:

- Buenos Aires
- Catamarca
- Córdoba
- Corrientes
- Chaco
- Chubut
- Formosa
- Jujuy
- La Rioja
- Mendoza
- Neuquén
- Río Negro
- Santiago del Estero
- Tucumán
- San Juan
- San Luis
- Santa Cruz
- Santa Fe
- Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Internacionales

- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica (SLACOM)
- Sociedad Uruguaya de Tabacología (SUT)
- Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC)

La presente edición es la **versión breve** de la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, con herramientas prácticas para fomentar la aplicación de las cuarenta y nueve recomendaciones.

Coordinador del Área de Servicios de Salud de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Gabriel González

Equipo técnico elaborador:

Coordinación general, temática y de redacción: **Dr. Brunilda Casetta** (Médica especialista en Medicina Familiar) y **Dr. Alejandro J. Videla** (Médico especialista en Clínica Médica y Neumonología).

Coordinación metodológica: **Dr. Victoria Wurcel** (Médica especialista en Medicina Familiar. Candidata a Magister en efectividad Clínica UBA).

Expertos en metodología: **Dr. Alejandro J. Videla y Fabio Zambón** (Médico Clínico especialista en Nutrición).

Equipo Elaborador: **Dr. Gabriel González** (Médico especialista en Medicina General, Nutrición y Obesidad), **Dr. Alejandra Alcuaz** (Médica especialista en Medicina Familiar), **Dr. Federico Branz** (Médico especialista en Medicina Familiar) y **Lic. María V. Rabanal** (Psicóloga).

Panel Interdisciplinario de Consenso formal:

Se conformó un panel interdisciplinario de consenso con veinticuatro expertos provenientes de diversas profesiones, sociedades científicas, instituciones y regiones del país:

Dr. Virna Almeida (Médica especialista en Cardiología), **Dr. Daniel Buljubasich** (Médico especialista en Neumonología), **Dr. Claudia Chirino** (Médica especialista en Medicina Familiar), **Lic. Miriam Di Loreto** (Licenciada en enfermería), **Dr. Sandra Fraifer** (Médica especialista en Medicina Familiar), **Lic. Liliana Kitay de Roitman** (Psicóloga clínica), **Lic. Marta Lanfranchi** (Psicóloga), **Dra. Noemi Ledesma** (Psicóloga y Médica especialista en Medicina Familiar), **Dr. Andrés Manini** (Médico especialista en Medicina Familiar), **Dr. Raúl Mejía** (Doctor en Medicina), **Dra. Susana Nahabedian** (Médica especialista en Neumonología y Clínica Médica), **Dra. María Noble** (Médica Clínica), **Dr. Jorge Pachamé** (Médico Clínico y de Terapia Intensiva), **Dr. Mario Racki** (Médico Cardiólogo), **Dr. Ricardo Rasmussen** (Médico Especialista en Cardiología y en Medicina del Deporte), **Lic. Silvia Verónica Rey** (Lic. en Nutrición), **Dr. Néstor Fabián Román** (Médico especialista en Medicina Familiar/General y en Psiquiatría), **Dra. Verónica Schoj** (Médica de Familia), **Dra. María Inés Sosa Liprandi** (Médica especialista en Cardiología), **Dra. Ana Tambussi** (Médica especialista en Cardiología), **Dra. Verónica Torres Cerino** (Médica pediatra y toxicóloga). **Sr. Claudio Valverde** (Consultor de Tabaquismo de la línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación). **Dr. Fernando Bartolomé Verra** (Doctor en Medicina). **Lic. Ana María Zanutto** (Licenciada en Servicio Social).

Revisores metodológicos externos:

Dr. Carlos Jiménez Ruiz (Doctor en Medicina especialista en Neumonología –España–), **Dr. Herman Schargrodsky** (Médico cardiólogo e Investigador) y **Dr. Sergio Terrasa** (Médico especialista en Medicina Familiar. Magister en efectividad Clínica).

Colaboraciones temáticas. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles:

Nutrición: **Paola Bichara, Noel Merlini y Emilia Barrionuevo**. Epidemiología y Tabaco: **Jonatan Konfino** (Médico Clínico. Coordinador del Programa Nacional de Control del Tabaco). Actividad física: **Oscar Incarbone, Fernanda Miccoli y Maximiliano Incarbone**. Corrección literaria: **Martín Bruzzone, Luciana Zarza y Laura Castiñeira**. Colaboración especial: **Liliana Kitay de Roitman** (psicóloga)

Abreviaturas

ACV: accidente cerebro vascular.

AF: actividad física.

ALH: ambiente libre de humo de tabaco.

CDC: centro de control de enfermedades de EE.UU.

CMCT: convenio marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del tabaco.

CO: monóxido de carbono.

EMTA: encuesta mundial de tabaquismo en adultos (en inglés GATS).

EMTJ: encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (en inglés GYTS).

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

GPC: guía de práctica clínica.

HDL: lipoproteína de alta densidad.

IMAO: antidepresivos inhibidores de la monoamino oxidasa.

IMC: índice de masa corporal.

LDL: lipoproteína de baja densidad.

MA: meta-análisis.

MPOWER: acrónimo que compendia seis estrategias del CMCT: MONITOREAR el uso del tabaco y las políticas de prevención; PROTEGER a la gente del humo del tabaco; OFRECER ayuda para dejar de fumar; ALERTAR (WARN) sobre los daños del tabaco; ENDURECER las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; AUMENTAR (RAISE) los impuestos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PC: pregunta clínica.

PICO: acrónimo de los componentes de las preguntas clínicas que incluye la población, la intervención, el comparador y el resultado.

PNCT: Programa Nacional de Control del Tabaco.

R: recomendación.

RS: revisión sistemática.

SNC: sistema nervioso central.

TRN: terapia de reemplazo nicotínico.

TTS: sistema transdérmico de liberación (parche).

UTI: unidad de terapia intensiva.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

▼ TABLA DE CONTENIDOS

12. Recomendaciones claves.

14. Averiguar y Aconsejar:

- identificación del fumador y consejo antitabáquico.

16. Asistir:

- Evaluar la motivación para el cambio.
- La evaluación inicial.
- Test de dependencia física a la nicotina.
- El estilo motivacional de la atención.
- Beneficios de dejar de fumar a nivel de la recuperación de la salud.

24. Ayudar:

- Asesoramiento práctico.
- Tratamiento farmacológico:
 - o Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN): parches, chicles, comprimidos dispersables y spray nasal.
 - o Bupropión de liberación prolongada.
 - o Vareniclina.
 - o Combinación de fármacos.
- Estrategias nutricionales.
- Actividad física.

39. Acompañar:

- Facilitar el seguimiento

40. Situaciones especiales:

- Adolescentes y niños.
- Enfermedad psiquiátrica y co-adicciones.
- Otras.

43. Anexo 1:

- Tabla de recomendaciones generales (R1 a R32).
- Tabla de recomendaciones en adolescentes y niños (R 33 y R34).
- Tabla de recomendaciones para ayudar a la mujer embarazada que fuma (R 35 a R39).
- Tabla de recomendaciones para ayudar a las personas con enfermedad psiquiátrica (R 40 a R42).
- Tabla de recomendaciones para situaciones clínicas especiales: internados, cirugías, EPOC, enfermedad cardiovascular, VIH, patología oncológica (R 43 a R49).

52. Anexo 2:

- Metodología empleada para el desarrollo de la GPC.

Guía Nacional de Tratamiento de la

▼ Adicción al Tabaco:

Fundamentación

La Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, ha sido impulsada y realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en el Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, y de los lineamientos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

La necesidad de este documento, se fundamenta en la incorporación de los más modernos estándares de elaboración, el tiempo oportuno de renovación de la primera versión con la inclusión de temas de interés (ej. embarazadas, comorbilidad psiquiátrica), la evolución de la realidad nacional en el control del tabaco entre las que destaca la ley nacional, el desarrollo de los temas de cesación y la disponibilidad de nuevas formas terapéuticas en el país.

Importancia del tema:

- El consumo de tabaco es factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de muerte a través del cáncer, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades respiratorias crónicas.
- Cerca de 6 millones de defunciones prematuras se producen anualmente a nivel mundial, con desplazamiento de esta epidemia hacia los países de menor desarrollo económico.
- La Asamblea General de las Naciones Unidas del 2011, consideró las enfermedades no transmisibles como un problema mundial y celebra los avances y logros del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT).
- El CMCT establece un paquete integral de las medidas efectivas para reducir de manera sustancial el consumo compendiadas en la sigla MPOWER.
- En nuestro país la mortalidad asciende a más de 40.000 personas cada año, además de la pérdida de 824.804 años de vida saludables.
- Las 7000 sustancias que componen el humo del tabaco y el mecanismo de daño,

están extensamente documentados. A la vez que dejar de fumar produce significativos beneficios en forma inmediata y se observa la reducción de importantes riesgos de enfermedad y muerte a los pocos años de no fumar.

- La ley nacional 26.687/11 sancionó importantes medidas de alcance nacional como la prohibición de la publicidad y la regulación en el etiquetado con la inclusión de frases e imágenes que adviertan el daño del tabaco con información de la línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud.
- El número de fumadores que desea dejar, es muy alto: 7 de cada 10 fumadores, planearon o estaban pensando dejar de fumar (EMTA 2012).
- El descenso de la prevalencia del tabaquismo en adultos ha sido una constante a nivel nacional: 39,8% en 1999, 33,4% en el 2005 y 30,1% en el 2009 en la población entre 18 y 64 años. Este descenso se profundiza en el 2012 al 23% (29,9 varones y 15,6 mujeres. EMTA 2012). La tendencia decreciente se presenta también en jóvenes (EMTJ 2013).
- Sin embargo, el consumo diario de cigarrillos de los habitantes de Buenos Aires es superior al de otras capitales de Latinoamérica y el costo de los cigarrillos es uno de los más bajos de la región.
- Los médicos en Argentina fuman, en un porcentaje similar al de la población general. De los que fuman, un 40% lo hace durante su trabajo en el hospital, incluso en zonas donde rige la prohibición de hacerlo. Coincidentemente, los médicos que fuman, omiten con mayor frecuencia el consejo a sus pacientes. En cambio quienes recibieron algún tipo de entrenamiento en tabaquismo brindan consejo y prescriben fármacos para el cese más frecuentemente.

Para capacitarse en el abordaje integral del tratamiento del tabaquismo, ingrese a nuestro curso autoadministrado de carácter abierto inscribiéndose en www.capacitacionsumar.gov.ar

Propósito y Objetivo de la Guía

Esta Guía tiene como **propósito** contribuir a la disminución de la prevalencia nacional de personas que fuman, al facilitar al equipo de salud, las herramientas necesarias para intervenir en la recuperación de la dependencia del tabaco. Contiene recomendaciones acerca de tratamientos a aplicar para ayudar a dejar de fumar, basadas en evidencia de alta calidad y adaptada al marco local.

El **objetivo general** es proveer al equipo de salud, las herramientas necesarias para intervenir en la recuperación de la dependencia del tabaco.

Los **objetivos** son:

- 1) Facilitar que todos los trabajadores de la salud tengan acceso a las herramientas adecuadas para apoyar el proceso de recuperación de la dependencia al tabaco.
- 2) Proveer las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible de efectividad de los tratamientos para dejar de fumar.
- 3) Adaptar dicha evidencia al marco local a partir del consenso de los referentes

nacionales, a fin de incrementar la factibilidad y aplicabilidad de las recomendaciones.

Se trata de **una guía de terapéutica clínica** en la que se desarrolla el abordaje con intervenciones eficaces para todas las personas que fuman, ya sea que estén o no, preparadas para dejar de fumar.

Los **destinatarios** (lectores, usuarios) de la Guía son todos los integrantes del equipo de salud y responsables de la atención telefónica del fumador; estudiantes de grado de todas las carreras vinculadas a la salud; promotores y educadores para la salud; proveedores, administradores y financiadores de servicios de salud; y funcionarios de la salud pública.

Los **beneficiarios** (población diana) de estas recomendaciones son todas las personas que fuman, incluyendo grupos de personas en etapas especiales (adolescentes, embarazadas), o con situaciones clínicas particulares como pacientes internados, personas con enfermedad cardíaca, respiratoria, o con comorbilidad psiquiátrica - entre otros-.

El enfoque es **interdisciplinario** acorde a la complejidad del tema y está concebida como una Guía de salud pública que prioriza la aplicabilidad a la realidad nacional.

Las Claves de esta Guía

Identificación del fumador y consejo antitabáquico

Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud. R1.

Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación. R2.

Una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Los fumadores reconocen que esta intervención del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. La efectividad del consejo fue evaluada especialmente en profesionales médicos y de enfermería sin embargo es razonable extrapolar

la eficacia al consejo impartido por otros miembros del equipo de salud. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente, genera un gran impacto sanitario.

Aumentar la motivación para dejar de fumar

Se recomienda al equipo de salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación. R5.

Se trata de un estilo de comunicación directivo y centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia.

Intensidad y modalidades de las intervenciones para dejar de fumar

Se recomienda que las **intervenciones breves** sean brindadas especialmente por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas. R8.

Las Intervenciones Breves comprenden: **A**veriguar el estatus tabáquico, **A**consejar la cesación, **A**sistir y evaluar si está listo para dejar, **A**yudar con herramientas conductuales y farmacológicas; y **A**compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta.

Las **intervenciones breves de hasta tres minutos por cada contacto** aumentan significativamente las posibilidades de abstinencia. Y si el tiempo de contacto es **entre tres y 10 minutos** aumentan aun más la efectividad. Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar. R9.

Se recomienda el uso de **líneas telefónicas con seguimiento** para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta las tasas de cesación y son de amplio acceso. R14.

Se recomienda ofrecer **tratamiento farmacológico junto con la consejería** para la modificación del comportamiento ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado. R17.

La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola y se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia cuando se las compara con el uso de consejería para la modificación del comportamiento en forma aislada.

Como parte de la **consejería para la modificación del comportamiento** se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos de demostrada eficacia: 1) Desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés; 2) Brindar acompañamiento y estímulo; 3) Apoyo social (R12.).

Se dispone de **drogas efectivas y con adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar**: Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono. R18.

La Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN) comprende parches, chicles, comprimidos dispersables (estos tres de venta libre) y spray nasal (venta bajo receta).

No se recomienda

No se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos con insuficiente evidencia de efectividad (benzodiazepinas, betabloqueantes, citisina, acetato de plata, cannabinoides) o con evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, naltrexona, mecamilamina). R 31.

No se recomienda el uso de propuestas con insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, privación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis. Las terapias aversivas son efectivas pero se desaconseja su uso por ocasionar alta exposición al humo de tabaco. R32.

Los dispositivos electrónicos para fumar (cigarrillo electrónico) han sido prohibidos por el ANMAT en todo el territorio nacional para su importación, venta y publicidad.

RECOMENDACIONES (R)

En el ANEXO I se listan las treinta y dos recomendaciones para la atención de los fumadores en general, y las restantes diecisiete para poblaciones particulares. En otros documentos se desarrollan las recomendaciones y abordaje en la mujer embarazada que fuma.

Aplicaciones prácticas para la atención general de los fumadores

Intervenciones efectivas del equipo de salud

Averiguar y aconsejar

El primer paso de la ayuda que el equipo de salud puede brindar a las personas que fuman, es identificar este problema de salud. Por ello:

Se recomienda **interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente** (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud. R1. Tipo 1.

Esto incrementa la tasa de intervención por los profesionales sanitarios y permite que se lo reconozca como un problema de salud e impulsa al equipo a intervenir, lo que aumenta la tasa de intentos de cesación.

También es de interés registrar si es fumador pasivo, si hay convivientes fumadores y si su hogar y lugar de trabajo es Ambiente Libre de Humo o no.

Definición de adulto fumador (CDC): toda persona mayor de 18 años que fumó al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma alguno o todos los días.

Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería **brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de fumar** a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación. R2. Tipo 1.

Una vez identificado el fumador, el **consejo claro, firme y personalizado**, constituye una estrategia asequible y eficaz. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente por todo el equipo de salud, genera un gran impacto sanitario.

Es importante asociarlo a la situación clínica individual sin transmitir la sensación de estar juzgando al fumador. También es útil brindar información acerca de los beneficios a corto y a largo plazo de dejar de fumar y dar a conocer que existen tratamientos efectivos. Se puede asociar al cálculo del riesgo cardiovascular global.

El consejo se dirige a dejar de fumar completamente (y no a fumar menos), ya que es prácticamente imposible controlar su consumo y también porque los beneficios se obtienen al dejar completamente además que aun con pocos cigarrillos diarios se observan importantes riesgos para la salud (R3).

La Intervención, hace referencia a un abordaje, acción o programa –mayor al sólo consejo- y que se extiende a más de una oportunidad de contacto. Estas se distinguen principalmente, según la duración de cada contacto y de la suma de tiempo total del tratamiento.

Intervención Mínima: menos de 3 minutos por contacto; **Intervención Breve:** entre 3 a 10 minutos por ocasión; e **Intervención Intensiva:** más de 10 minutos por encuentro.

Se recomienda que las **intervenciones breves** sean brindadas especialmente por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas. (R8. Tipo 1)

La nemotecnia más difundida de la **Intervención Breve** comprende cinco pasos:

- **Averiguar** el estatus tabáquico,
- **Aconsejar** la cesación,
- **Asistir** y evaluar si está listo para dejar,
- **Ayudar** con herramientas conductuales y farmacológicas; y
- **Acompañar** con el seguimiento.

Las **intervenciones breves** están integradas a la atención habitual sin importar el motivo de consulta.

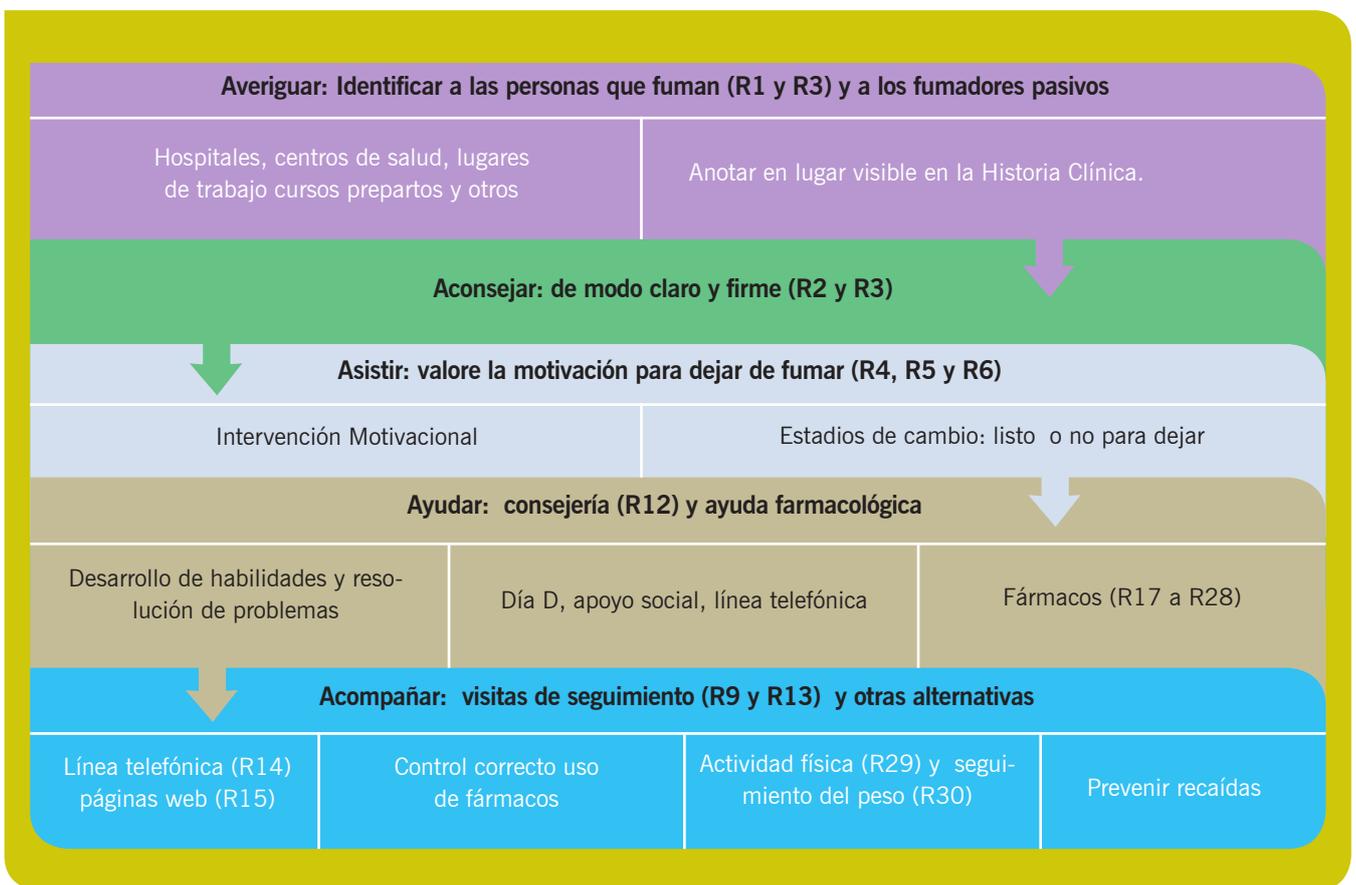
Cada paso, puede ser realizado por distintos miembros del equipo de salud y así sumar mayor tiempo de contacto y variedad de estilos de comunicación (R11).

A mayor tiempo de tratamiento y número de contactos, mayor efectividad (R7, R9 y R13).

Las **intervenciones de tratamiento intensivo** son realizadas por profesionales especialmente dedicados a la cesación -muchas veces en el marco de un programa-. Las consultas son específicas para dejar de fumar y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población tanto en los formatos grupales, individuales y telefónicos, con el complemento

de materiales escritos y otros. Tanto en las Intervenciones Breves como en las Intensivas, se utilizan las mismas opciones farmacológicas efectivas (R 17 a R 28).

Los distintos formatos de asistencia, ya sean materiales de autoayuda (R16), línea telefónica con seguimiento (R14), programas basados en página web o computadoras, mensajes de texto por celular (R15) y otros, son combinables tanto con las intervenciones intensivas como con las breves.



En el esquema de la intervención breve, el orden y contenido de cada paso puede ser variable según criterio del equipo o profesional interviniente. También se ha sintetizado en dos pasos: **Averigüe y Actúe**; o bien en tres pasos: **Averigüe, Aconseje y Derive** (a intervenciones intensivas); **Averigüe, Aconseje y Actúe**. Otra forma de resumir los componentes de la intervención es el **ABC** (**A**verigüar, **B**reve Consejo, **C**esación)

Asistir y evaluar la motivación para el cambio

Las intervenciones en cesación, comprenden la valoración de la disposición del fumador ante el cambio (R4). Forzar a un intento no aumenta necesariamente la tasa de éxitos. Las intervenciones basadas en el modelo transteorético (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), o en otro modelo de proceso de cambio, resultan de utilidad para diferenciar tipos de estrategias dependiendo de si las personas están o no preparadas para dejar en ese momento.

Las personas en **precontemplación** no perciben la necesidad de cambiar su comportamiento. Las personas en **contemplación** evalúan la posibilidad de hacer un intento de dejar en un futuro al haber considerado los pros y contras, aunque existe una ambivalencia que les impide pasar inmediatamente a la acción.

En estas etapas, las preguntas abiertas son la estrategia principal.

Las personas en **preparación** están listas a realizar un intento de dejar en los próximos 30 días y están tomando acciones concretas. Se caracterizan por la consideración a favor de dejar, de

las consecuencias que tendrá el cambio para sí y para los demás; también por ver el cambio como una prioridad y el compromiso con este objetivo. Se pueden sintetizar en que está listo, cuando en el balance decisional los pros superan los contras de dejar de fumar

La fase de **acción** comprende las estrategias cercanas al día D hasta los 6 primeros meses de abstinencia. Dentro de las estrategias más cercanas a la cesación, se sugiere -entre otras-:

- el identificar el apoyo social
- hacer pública la decisión del cambio (anunciar que va a dejar de fumar)
- poner una fecha para el abandono (día D)

Durante los primeros seis meses de cesación

- recomendar a la persona a estar atenta y combatir los impulsos de recaída
- registrar los beneficios de no fumar e incorporar conductas más saludables

Se considera que aquellos que dejaron hace más de 6 meses se hallan en la etapa de **mantenimiento**.

Figura 1. Los estadios de cambio (modificado de www.prochange.com)



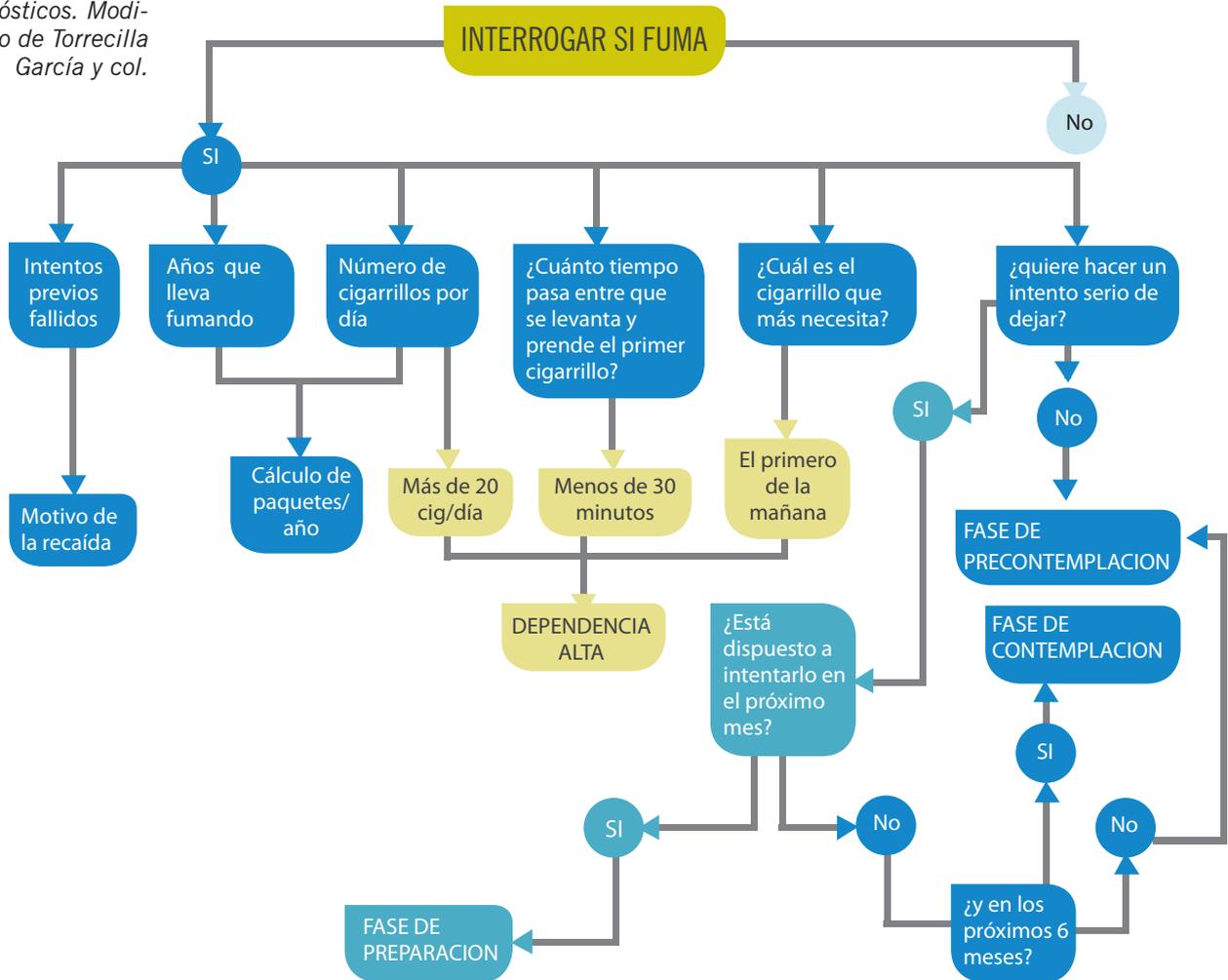
Descargue la Guía desde www.msal.gov.ar/ent
Solicite ejemplares y otros materiales de apoyo dirproment@msal.gov.ar

La evaluación inicial

En la evaluación inicial del fumador, resulta de utilidad incluir información sobre la cantidad de cigarrillos que fuma, edad en que empezó a

fumar, cálculo de la carga tabáquica (paquetes/año), y profundizar en los intentos previos realizados por la persona. También pueden resultar de utilidad la realización de algún cuestionario (ej.: test de dependencia física a la Nicotina).

Figura 2: Conjunto inicial de datos diagnósticos. Modificado de Torrecilla García y col.



Los estudios complementarios para diagnóstico (ej. Rx de tórax), no cumplen adecuadamente con el efecto de promover el cambio (R6). Por ello, es un punto clave en la atención de fumadores, la incorporación del estilo motivacional como estilo de comunicación directivo y centrado en la persona, que se emplea para despertar un cambio al ayudar a la persona a explorar y resolver su ambivalencia.

Evidencia de alta calidad señala su eficacia tanto en lograr mayor tasa de intentos como de cesación en la atención de fumadores adultos, embarazadas y adolescentes, personas con enfermedades comórbidas, personas con bajo nivel de dependencia y aun en fumadores de baja motivación para dejar.

TEST DE DEPENDENCIA FISICA A LA NICOTINA

Test de Fagerström modificado (FTND), versión en castellano

Pregunta	Puntaje
1-¿Cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	3
Entre 6 y 30 minutos	2
Entre 31 y 60 minutos	1
Más de 60 minutos	0
2-¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesia, biblioteca, cine, etc.?	
Sí	1
No	0
3-¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
4-¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3
5-¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
6-¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0
SUMA TOTAL Menor o igual a 3 puntos: grado leve de dependencia///De 4 a 6 puntos: grado moderado de dependencia///Mayor a 7 puntos: grado grave de dependencia	

Conceptos que ayudan a valorar la dependencia:

Abstinencia/Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas que se presentan al dejar de fumar o por reducción significativa del número de cigarrillos. La abstinencia de nicotina genera ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, hambre, temblor, trastornos del sueño y deseo vehemente por cigarrillos u otras fuentes de nicotina. Estos síntomas alcanzan su punto máximo de 12 a 24 horas después de dejarlo. Cada síntoma tiene duración variable, pero luego del mes, la mayoría pierde la intensidad. El aumento del apetito suele ser el síntoma más persistente.

Alta dependencia: se aplica a los pacientes que fuman más de 20 cig/día y a quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse

Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco: conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves, asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo.

Deseo imperioso de fumar (Craving): manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.

Día D: fecha propuesta para dejar de fumar.

Paquetes/año o carga tabáquica (pack/years): estimación de la relación dosis/respuesta. Medición de lo fumado para su correlación con el riesgo de desarrollar enfermedades por consumo de tabaco (más alta a mayor índice paquetes/año). Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos (paquetes/año = (paquetes de 20 fumados por día) x (años de fumador)). Por ejemplo, un paquete/año es igual a fumar 20 cigarrillos al día durante 1 año, o 40 cigarrillos por día durante medio año.

Tasa de cesación (o de abstinencia): porcentaje o proporción de personas que consiguen no fumar por un tiempo determinado. **Tasa de cesación continua:** el fumador está sin consumir tabaco desde el día D. **Tasa de cesación puntual:** el fumador está sin fumar al menos en los últimos 7 días del momento en que se evalúa. **Tasa de cesación prolongada:** el fumador está sin fumar en forma continuada desde un “periodo de gracia” (ej. 15 días) después de la fecha de abandono y su evaluación final (ej. 6 meses, 12 meses).

El Estilo Motivacional de la atención

Se recomienda al equipo de salud utilizar la **entrevista motivacional** como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación (R5. Tipo 1).

La entrevista motivacional se centra en el manejo de la **ambivalencia**, que es la situación en que una persona tiene sentimientos contradictorios sobre algo. Esta es normal en la adicción, donde un fumador oscila entre las razones para cambiar y las razones para continuar igual. Las **preguntas abiertas y la escucha reflexiva** ayudan a dirigirse hacia el cambio y tomar una decisión.

Este abordaje se basa en que el profesional o equipo interviniente, genere un estilo que contemple **expresar empatía** al fumador, basado en **escuchar en forma reflexiva**, permitiendo también **explicitar la discrepancia** entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir, sabiendo **evitar la discusión**, dándole así **un giro a la resistencia** y permitiendo **fomentar la autoeficacia**. Estas herramientas tienen como objetivo ayudar a **resolver la ambivalencia**.

La actitud **empática**, está asociada con efectos terapéuticos positivos. Implica una escucha que clarifique y amplíe el significado que cada persona le da a sus vivencias. El profesional no impone su propio punto de vista durante la interacción, sino que brinda un marco de aceptación -que no es sinónimo de aprobación o acuerdo- donde también hay espacio para que el equipo de salud difiera en los puntos de vista.

La escucha reflexiva, se pone de manifiesto a través de distintas actitudes del profesional o equipo, como por ejemplo al **resumir** los principales puntos de lo charlado en varias oportunidades. Esto refuerza la empatía, confirma que ha escuchado, y posibilita que la persona escuche de nuevo sus propias afirmaciones tanto las ambivalentes como las motivacionales. Estos resúmenes permiten que se examine en forma simultánea lo positivo y lo negativo, a la vez que se integran otros elementos de evaluación objetiva, con comentarios de terceros. Siempre en un tono colaborador permitiendo que la persona añada información o la pueda rectificar.

La argumentación es un método deficitario para inducir el cambio. El fumador al sentir que se le imponen los valores desde afuera, puede generar una reacción adversa con aumento de la resistencia a cambiar. Es el fumador el que debe presentar sus propias razones para cambiar y no el equipo interviniente. En cambio, **la confrontación en cuanto objetivo puntual**, forma parte del proceso y es parte de la ayuda. Se trata de ver y aceptar la realidad, para que se la pueda cambiar de manera satisfactoria. Se trata de explicitar la **discrepancia** entre la conducta actual y los objetivos que se quieren conseguir para colaborar al cambio. Tener en cuenta que los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

Durante todo el proceso, es importante favorecer las **afirmaciones automotivadoras** respecto a lo logrado en otros momentos o respecto a metas intermedias alcanzadas durante proceso de preparación (ej. validar todas las veces que lo intentó y lo aprendido en cada oportunidad). Asimismo reforzar todo reconocimiento propios o de terceros, que refuercen su motivación. También resaltar los afectos con efecto automotivadores. El equipo favorece esta autoafirmación motivadora ya sea de forma no verbal (asintiendo) o con frases de apoyo.

Es útil realizar un resumen del **balance decisional**. Esto consiste en enumerar los pros y los contras que siente la persona tanto por fumar como su percepción de lo que significaría dejar. Para ello, puede darse como tarea completar una planilla de pros y contras, para evaluar la repercusión del cambio tanto para la persona como para su entorno, en una gran gama de aspectos tanto de salud, como estéticos, económicos o familiares, sociales o bien afectivos.

La autoeficacia es la confianza en la propia habilidad para hacer frente a una tarea o desafío específico.

La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional muy poderoso. Es importante implicar al paciente ya que la persona es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas. Por nuestra parte, dar información que favorezca la autoeficacia (ej.: transmitir variedad de tratamientos disponibles o que millones de personas en el mundo lo han logrado) para ayudar al fumador a ser responsable de escoger y llevar a cabo su cambio personal.

**Tabla 1. Intervención motivacional del equipo de salud. (Extracta-
do de Rollnick ,Miller y Butler)**

<p>EXPRESAR EMPATÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Recuerde que la aceptación facilita el cambio y aumenta la autoestima * Comprenda los sentimientos y perspectivas de los fumadores sin juzgar, criticar o culpabilizar: la ambivalencia es normal. * Trate al fumador como un aliado y no como un oponente. * Use preguntas abiertas para facilitar el diálogo y explorar la importancia que tiene para la persona el consumo de tabaco: ¿qué cree obtener del cigarrillo? ¿Qué cosas le gustan y cuáles le desagradan del hecho de fumar?. * Use preguntas abiertas para explorar las preocupaciones y beneficios en relación con el abandono del tabaco: ¿Qué se imagina que ocurrirá si deja de fumar? ¿Qué le da miedo de imaginarse sin fumar?. * Respete que cada fumador tenga sus propias razones para cambiar.
<p>ESCUCHAR DE MANERA REFLEXIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Escuche reflexivamente: acepte y comprenda la perspectiva de los fumadores sin que esto signifique estar de acuerdo con ella. * Mantenga una actitud reflexiva aunque la persona muestre resistencia: * Refleje las palabras y significados del fumador. Utilice las mismas palabras del paciente para entrar más fácilmente en su marco interno. * Resuma los principales puntos de lo charlado. * Acepte como normales los sentimientos y las inquietudes del fumador (temor a engordar, a volverse irritable o a perder atractivo). * Apoye la autonomía del paciente y su derecho a elegir o rechazar el cambio. * Responda de una manera comprensiva y de modo válido para el fumador.
<p>EXPLICITAR LA DISCREPANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ayude a tomar conciencia de las consecuencias del fumar y su discordancia con lo deseado en muchos órdenes de la vida. Ej.: valora la calidad de vida y el cigarrillo es una amenaza para ello. * Analice la discrepancia entre la conducta actual -con sus consecuencias- y los objetivos más importantes que desea lograr. Ej.: hace cosas para estar saludable pero fuma, hace muchas cosas para cuidar a sus hijos pero fuma delante de ellos. * Refuerce y apoye las razones propias para dejar de fumar de cada persona.
<p>EVITAR LA DISCUSIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> * No dé la impresión de tener respuestas para todo, esto lleva al paciente a un rol pasivo, o bien a no sentirse comprendido. * Pregunte más y explique menos: las preguntas ayudan a explicitar la ambivalencia y a que el mismo fumador se plantee resolverla. * Suministre información acorde a los intereses y necesidades de la persona. Evalúe esto a través de preguntas abiertas: ¿Qué beneficios cree que obtendría por dejar de fumar? ¿conoce la enorme reducción de riesgos a corto, mediano y largo plazo?. * Sepa que atacar los argumentos del fumador genera defensividad. * Expresar los beneficios acorde a lo que le interesa a la persona.
<p>DARLE UN GIRO A LA RESISTENCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Tenga en cuenta que las percepciones pueden cambiar y así crearse un nuevo momento de cambio. * Evite el estilo confrontativo (no se trata de convencer). * Evite dar órdenes o poner “etiquetas”. * No mantenga una relación entre “experto” y “paciente”. * No imponga puntos de vista, sólo sugíralos.

FOMENTAR LA AUTOEFICACIA

- * Manifieste confianza en la posibilidad de éxito ya que esto aumenta la sensación de autoeficacia de la persona.
- * Fomente el compromiso para el cambio: “hay tratamientos efectivos”
- * Repase la experiencia y los éxitos pasados para utilizarlos como base de aprendizaje para este intento actual.
- * Pacte pequeños avances hacia el cambio:
 - Llamar a la Línea telefónica de ayuda 0800-999-3040
 - Leer información (ej. páginas Web: www.msal.gov.ar/tabaco) sobre estrategias y beneficios de dejar de fumar.
 - Cambiar el patrón de consumo (no fumar en lugares cerrados o en el auto).
 - Preguntar a conocidos que lo lograron cómo lo hicieron.

Contribuye a la motivación, conocer los beneficios de dejar de fumar a nivel de la recuperación de la salud:

• 20 minutos	Normalización de la presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura de las extremidades
• 8 horas	La nicotina sérica disminuye al 6,25% de los valores máximos diarios (Reducción del 93,75%).
• 12 horas	Aumento de los niveles de oxigenación de la sangre y normalización de los niveles de monóxido de carbono.
• 24 horas	Pico de aparición de ansiedad, que deberían normalizarse en dos semanas a niveles previos a la cesación. Mejoría de la disfunción endotelial venosa.
• 48 horas	Inicio de la regeneración de terminaciones nerviosas dañadas, con normalización del olfato. Máximo pico de sentimientos de ira e irritabilidad.
• 72 horas	Depuración al 100% de nicotina y el 90% de sus metabolitos han sido eliminados por orina. Pico de los síntomas de dependencia química como la inquietud. Momento de mayor aparición de ganas de fumar por desencadenantes ambientales. Disminución del tono bronquial. Mejoría de la disnea
• 5 - 8 días	El fumador promedio sufrirá unos tres episodios diarios de ganas de fumar. Lo más frecuente es que los episodios de ganas de fumar duren menos de 3 minutos. Algunas personas sufren aumentos transitorios de tos y expectoración.

<ul style="list-style-type: none"> • 10 días 	<p>La mayoría de los fumadores sufren menos de dos episodios de ganas de fumar por día, que duran menos de 3 minutos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 10 días a 2 semanas 	<p>Disminución de los síntomas de dependencia. Normalización de la circulación en las encías y dientes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 semanas 	<p>Desaparición de la ira, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnio, inquietud y depresión asociadas a la cesación. Mejoría de la agregación plaquetaria. Mejoría de la relación HDL/LDL. Normalización del número de células progenitoras endoteliales lo que disminuye el riesgo de enfermedad coronaria.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 21 días 	<p>Los receptores colinérgicos en el cerebro que habían aumentado su número en respuesta a la nicotina han disminuido y la ligazón de los receptores se asemeja a los niveles del cerebro de un no- fumador.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 2 semanas a 3 meses 	<p>Disminución del riesgo de infarto de miocardio. Mejoría de la función pulmonar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 3 semanas a 3 meses 	<p>Mejoría sustancial de la circulación. Mayor facilidad para caminar. Desaparición de la tos crónica</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 9 meses 	<p>Mejoría de los síntomas de congestión de los senos paranasales, fatigabilidad y disnea vinculadas con fumar. Mejoría de la depuración mucociliar pulmonar con mejor manejo de secreciones y menos infecciones respiratorias. Mejoría de la energía corporal. Mejoría significativa de la disfunción endotelial coronaria. Disminución significativa de los valores de escalas de estrés.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 1 año 	<p>Disminución del 50% del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 5 a 15 años 	<p>El riesgo de accidente cerebro vascular es comparable al de un no fumador.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 10 años 	<p>Disminución del riesgo de aparición de cáncer de pulmón de entre el 30% y el 50% comparado contra quien sigue fumando.³⁷⁵ El riesgo de muerte por cáncer de pulmón disminuye un 50% comparado con un fumador de 20 cig/día. El riesgo de cáncer de páncreas disminuye al de un no- fumador y disminuye el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 13 años 	<p>El riesgo de perder dientes por fumar ha disminuido haciéndose igual al de un no- fumador.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 15 años 	<p>El riesgo de enfermedad coronaria es comparable al de una persona que nunca fumó.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 20 años 	<p>El riesgo aumentado de morir por causas vinculadas al tabaquismo en mujeres, incluyendo enfermedad pulmonar y cáncer , se equipara al de una persona que nunca fumó.</p>

Ayudar con consejería práctica y alternativas farmacológicas

Consejería práctica

En la etapa en que el fumador está listo para dejar y requiere apoyo en el cambio de conducta, la ayuda del equipo de salud se centra en el asesoramiento práctico (Ej: anticipar situaciones estresantes, emplear estrategias de relajación y otras). Este apoyo tiene como objetivo ayudar a dejar de consumir tabaco e incluye impartir conocimientos acerca de la dependencia, la abstinencia; prestar apoyo enseñando estrategias para reaccionar con otra conducta ante los estímulos que se asocian al fumar. Estos consejos también pueden brindarse en folletos o materiales impresos, o bien servirse del apoyo de la Línea 0800-999-3040.

Consejería: guía psicológica y asesoramiento práctico, en el que se entrena a los fumadores a identificar y afrontar los eventos y problemas que se relacionan con fumar o con riesgo de recaída.

Como parte de la **consejería para la modificación del comportamiento** se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos de demostrada eficacia:

- 1) Desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés;
- 2) Brindar acompañamiento y estímulo;
- 3) Apoyo social (R12. Tipo 1).

Es habitual plantear la cesación fijando una fecha (día D) en que el fumador deja definitivamente.

Las **herramientas de consejería para el cambio de comportamiento** (fumar) se dirigen a varias áreas:

Manejo de los estímulos: estrategias para afrontar y reducir los estímulos gatillo del deseo de fumar (accesibilidad y facilitadores de consumo), reconocer las situaciones de riesgo de volver a fumar (acontecimientos, estados de ánimo y actividades), adquirir información útil sobre la naturaleza de la adicción, su síndrome de abstinencia y predisponentes a la recaída.

- **Desarrollo de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas** para el manejo del estrés, la ansiedad y otros afectos negativos.
- **Apoyo social:** identificar y pedir ayuda a las personas que pueden tener efecto positivo en este proceso. Sumar contención en líneas telefónicas de apoyo (0800-999-3040) y otros.

Algunas planillas con tareas de preparación previa al Día D (www.msal.gov.ar/tabaco)

- Planilla para anotar el consumo diario de cigarrillos
- Tabla de pro y contras de dejar de fumar
- Describir la ayuda social
- Calcular el gasto en cigarrillos
- Adoptar los ALH en el lugar de trabajo, en el auto y en el hogar
- Lectura de algún material de autoayuda

Descargue la Guía desde
www.msal.gov.ar/ent
Solicite ejemplares
y otros materiales de apoyo
dirproment@msal.gov.ar

Tabla 2. Asesoramiento práctico: Resolución de problemas y desarrollo de habilidades (Adaptado y modificado de Fiore y col.)

ASESORAMIENTO PRÁCTICO		
MANEJO DE ESTIMULOS Y DESARROLLO DE HABILIDADES	Reconocer las SITUACIONES de RIESGO de volver a fumar	<p>Es importante que cada fumador identifique sus propias situaciones de riesgo. Estos pueden ser acontecimientos, estados de ánimo y actividades que incrementan el riesgo de fumar o recaída:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar con otros fumadores. • Tomar alcohol, café, bebidas con xantinas (mate, bebidas cola). • Situaciones de disforia y estrés: sentimientos negativos, estar bajo presión o tensión, sentirse angustiado o ansioso. • Accesibilidad y facilitadores de consumo: tener cigarrillos en la casa y convivientes fumadores. • Visitar lugares fuertemente asociados al hecho de fumar (ej.: casinos, reuniones con fumadores, etc.).
	Desarrollar HABILIDADES de AFRONTAMIENTO y de RESOLUCION de PROBLEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiparse y evitar situaciones desencadenantes (ej.: comunicar a otros fumadores que por un tiempo evitará algunas reuniones con ellos, o bien solicitar que estas sean en ALH). • Aplicar estrategias cognitivas que le permitan reducir los estados de ánimo negativos (ej.: repetirse que es un logro muy importante y que lo está haciendo muy bien). • Lograr cambios del estilo de vida que reducen el estrés, mejoran la calidad de vida y reducen la exposición a los facilitadores del consumo (actividad física, reducir alcohol y otras). • Introducir estrategias conductuales para manejar el estrés y el deseo de fumar: distraer la atención, cambiar las rutinas, hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, técnicas de relajación, leer, hacer actividad física y muchas más. • Planificar estrategias sustitutivas para manejar la urgencia por fumar: salir a caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos sin azúcar.
APOYO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALU D	Informar sobre la NATURALEZA del TABAQUISMO y dar CLAVES para el ÉXITO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la naturaleza adictiva de la nicotina, los síntomas de abstinencia y su periodo de duración. • Remarcar que la urgencia por fumar cede al cabo de 2 a 3 minutos y que la estrategia sustitutiva (y no tener cigarrillos consigo) es clave para atravesar este momento de urgencia. • Alertar que sólo una “pitada” puede implicar una recaída.
	ESTIMULAR al abandono del tabaco y a la AUTOEFICACIA	<p>Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que existe tratamiento efectivo para dejar de fumar. • que millones de personas como él ya han dejado de fumar en todo el mundo.
	Ofrecer CUIDADO. Responder INQUIETUDES. Desmitificar TEMORES	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer ayuda en forma directa. • Preguntar cómo se sienten con el hecho de dejar de fumar. • Estar abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes acerca del dejar de fumar.

APOYO SOCIAL Y FAMILIAR	Favorecer la ELABORACION del proceso de ABANDONO	<p>Preguntar y favorecer la reflexión sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razones o motivos para dejar de fumar. • Preocupaciones y dudas si deja de fumar. • Logros conseguidos hasta ese momento. • Dificultades en el proceso de abandono.
	Solicitar SOPORTE SOCIAL y FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar sobre la contención familiar y social. • Informar el "Día D" a familiares y amigos. • Estimular la generación de ambientes libres de tabaco en la casa, en vehículos y en el trabajo. Solicitar la cooperación de su entorno. • Recurrir a líneas telefónicas de ayuda • Participar de grupos de discusión presenciales o por Internet
	Facilitar el desarrollo de HABILIDADES para CONSEGUIR SOPORTE	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar a las personas que le brindan contención y apoyo en el proceso de recuperación y pedirles ayuda explícita (pedir que no fumen en su presencia y que no le ofrezcan cigarrillos, alertar al entorno social sobre sus posibles cambios transitorios en el humor, etc.) • Informarlos sobre existencia de líneas de ayuda telefónica 0800-999-3040.
	Estimular el dar SOPORTE a OTROS FUMADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar. • Invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

Usar fármacos en el intento de abandono, es una estrategia altamente costo-efectiva. Con su implementación, las tasas de éxito se elevan al doble o triple. Su acción se centra en el control de síntomas de abstinencia y obtienen su mejor rendimiento cuando son parte de una estrategia de consejería y seguimiento para dejar de fumar ya sea presencial o telefónica. Su uso apropiado se dirige a quienes están decididos a realizar un intento serio de abandono, dado que su eficacia se reduce significativamente en quienes no están preparados para dejar y resulta así un uso inadecuado e ineficiente.

Primera Línea de Tratamiento farmacológico: tratamiento inicial (o de elección) por su eficacia y seguridad.

Excepto en adolescentes, embarazadas y en los fumadores de pocos cigarrillos (R28), los intentos de abandono se benefician de los fármacos a tal fin.

Se dispone de **drogas efectivas y de adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar: Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN) y Bupropión**. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono (R 18. Tipo 1).

Se presentan como fármacos de primera línea a la TRN y Bupropión. La Vareniclina es una droga altamente efectiva, cuya seguridad está en revisión actual.

Las mismas opciones farmacológicas se pueden utilizar tanto en el marco de la intervención breve como de la intensiva. No hay evidencia que oriente a la elección farmacológica específica para cada fumador. Esta se realiza habitualmente en base a condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias, disponibilidad, tasa de adherencia, costo, etc.

La suma de consejería y fármacos, aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación comparada con el uso de medicación sola y se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia comparada con el tratamiento para la modificación del comportamiento en forma aislada (R17).

Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN)

Se recomienda el uso de Terapia de Reemplazo Nicotínico en cualquiera de sus formas de presentación, ya que todas aumentan significativamente las tasas de abstinencia (R 19. Tipo 1).

La TRN comprende medicación de venta libre: parches (R20), chicles (R21), comprimidos dispersables (R22) y bajo receta su forma de spray nasal (R23).

Los efectos adversos más frecuentes de la TRN incluyen palpitaciones y dolor torácico; náuseas y vómitos molestias gastrointestinales e insom-

nio. No se ha descrito aparición de síntomas de ansiedad o depresión con su uso.

Se propone el uso de la TRN desde el Día D.

Dosis de parches superiores a 21 mg diarios sólo aumentan ligeramente la eficacia por lo que se sugiere su uso en fumadores con alto grado de adicción (fumadores de más de 20 cig/ día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). Estas dosis superiores a 21 mg se logran usando simultáneamente más de un parche de igual o distinta gradación. Su efecto adverso específico es la irritación cutánea, además de los efectos adversos de la nicotina en general.

En la tabla 3 se observa un esquema orientativo de uso de TRN por día como monoterapia. En las tablas 4, 5, 6 y 7 la explicación práctica en dosis, modo y tiempo de uso de parches, chicles, caramelos dispersables y spray nasal respectivamente.

Tabla 3: Orientación de la dosis diaria de TRN según el consumo diario de cigarrillos.

Cigarrillos diarios	Nicotina absorbida por día al fumar (mg)	Orientación para la sustitución diaria con Terapia de Reemplazo con Nicotina (como monoterapia)				
		Chicles o comp 2 mg	Chicles o comp 4 mg	Parches 10 cm ²	Parches 20 cm ²	Parches 30 cm ²
10	15	4 - 6	-	1	1	-
20	30	8 - 10	6 - 8	-	-	1
30	45	-	10 - 12	-	-	1 - 2

Combinación de fármacos:

La combinación de parches con chicles o con spray nasal de Nicotina; y la asociación de parches de Nicotina con Bupropión son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia, o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia. (R26. Tipo 1) Reservarlas principalmente para pacientes de alta dependencia (más de 20 cig/día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse).

Tabla 4: Dosis e instrucciones prácticas de la TRN: parches de nicotina

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica: parches de Nicotina	
Dosis e Instrucciones	
Parches de Nicotina 7, 14 o 21 mg/24 hs	Duración 8 semanas
<p>Venta libre. Contraindicaciones relativas: precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. Embarazo: Droga clase D.</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: Alteración del sueño, sueños vívidos, reacciones cutáneas leves (cambiar el lugar cada día). Se puede usar alguna crema con corticoides si la irritación es moderada. Suspender en caso de reacción severa (menor al 5%).</p> <p>Instrucciones: Desde el día D. Para los que fuman más de 15 cig/día o prenden su primer cigarrillo dentro de la primera hora del día recomendar de 21 mg/día.</p> <p>Colocar por la mañana sobre piel sana, seca y lampiña (preferentemente abdomen y hombros). Dejar actuar 24 hs y cambiar por un nuevo parche en otra zona. En caso de trastorno del sueño, retirarlo por la noche. Luego de 8 semanas se puede suspender sin descenso de dosis.</p> <p>Presentación: TTS 30: liberan 21 mg nicotina por 7 y por 21 parches; TTS 20: liberan 14 mg nicotina por 7 y por 21 parches; TTS 10: liberan 7 mg nicotina por 7 y por 21 parches.</p>	

Tabla 5: Dosis e instrucciones prácticas de la TRN: chicles de nicotina

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica: Chicles de Nicotina	
Dosis e Instrucciones	
Chicles de Nicotina de 2 y 4 mg Venta libre (con o sin sabor).	Duración al menos 6 semanas
<p>Contraindicaciones relativas: trastornos odontológicos que no permitan la masticación de chicles. Precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable. Embarazo: Droga clase D.</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: hipo, eructos, dispepsia, dolor de la articulación témporo mandibular.</p> <p>Instrucciones: Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de alta dependencia. Usar un chicle cada 1 a 2 horas (hasta 24 chicles por día). Masticar lentamente hasta obtener un sabor picante o intenso. Entonces dejar en reposo varios minutos en el carrillo de la boca y luego repetir la masticación hasta obtener nuevamente dicho sabor y reposar nuevamente. Repetir esta masticación intermitente durante media hora o hasta que desaparezca el sabor. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.</p> <p>Presentación: cajas de chicles de 2 o de 4 mg por 24 o por 30 unidades.</p>	
<p>En personas con alta dependencia se sugiere iniciar el tratamiento con la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.</p>	

Tabla 6: Dosis e instrucciones prácticas de la TRN: comprimidos dispersables de nicotina

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica: Comprimidos dispersables de Nicotina Dosis e Instrucciones	
Comprimidos dispersables de Nicotina 2 y 4 mg Venta libre	Duración 12 semanas
<p>Contraindicaciones relativas: precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable. Embarazo: Droga clase D.</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: hipo, náuseas y pirosis. Cefalea y tos en las de 4 mg.</p> <p>Instrucciones: Iniciar desde el día D. Sugerir los de 2 mg en fumadores de menos de 20 cig/día y los de 4 mg para los de alta dependencia. Usar un chicle cada 1 a 2 horas (hasta 24 chicles por día). Dejar que se disuelva en la boca. No tragar ni masticar. Evitar bebidas ácidas (café, jugos cítricos) y alimentos desde los 15 minutos previos y durante su uso.</p> <p>Presentación: envases de 2 o de 4 mg por 24 comprimidos.</p>	
<p>En personas con alta dependencia se sugiere iniciar el tratamiento con la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.</p>	

Tabla 7: Dosis e instrucciones prácticas de la TRN: spray nasal de nicotina

Tratamiento Farmacológico de la Cesación Tabáquica: Spray Nasal de Nicotina Dosis e Instrucciones	
Spray Nasal de Nicotina 1mg por dosis (0.5 mg por disparo) Venta bajo receta	Duración 12 semanas
<p>Contraindicaciones relativas: Evitar en pacientes con hiperreactividad bronquial severa. Usar con precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio. Embarazo: Droga clase D</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: Irritación nasal moderada o intensa los primeros días. Más leve las semanas posteriores. Posible dependencia al spray.</p> <p>Instrucciones: un disparo en cada fosa nasal (total 1 mg por dosis). Comenzar con 1 a 2 dosis por hora. Aumentar de acuerdo a los síntomas de abstinencia. Dosis mínima recomendada 8 dosis al día. Límite máximo 40 dosis /día (5 dosis/hora). Aplicar hacia el tabique nasal y no inhalar.</p> <p>Presentación: envases por 200 aplicaciones de 0,5 mg (100 dosis)</p>	
<p>El spray nasal (R23) es la única terapia de reemplazo nicotínico de prescripción bajo receta. Se sugiere utilizarlo especialmente en fumadores con alta dependencia (más de 20 cig/día y quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). Su eficacia es algo superior a otras formas de TRN.</p>	

Bupropión de liberación prolongada

Tabla 8: *Dosis e instrucciones prácticas: Bupropión de liberación prolongada*

<p>Bupropión: antidepresivo atípico que actúa principalmente a nivel de la neurotransmisión de Noradrenalina y Dopamina. Bajo receta archivada. Exige seguimiento médico.</p>	<p>Duración: 7 a 12 semanas</p>
<p>Contraindicaciones: epilepsia, alguna convulsión alguna vez en la vida, antecedente de traumatismo de cráneo grave (fractura craneana, pérdida de conocimiento prolongada). Trastornos de la conducta alimentaria. Cualquier situación clínica o fármacos que predisponga a convulsiones (ej: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides sistémicos). Ingesta de IMAO. Alcoholismo activo. Precaución: Diabetes, antirretrovirales. Embarazo Droga clase C.</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: alteración del sueño, boca seca, cefalea, prurito, reacciones alérgicas. ADVERTENCIA: se describen en algunos casos ánimo deprimido y agitación y aparición de hipertensión durante el tratamiento.</p> <p>El efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones (1/1000), por lo que el comprimido es de liberación prolongada y se evitan en situaciones que predisponga a convulsiones:</p> <p>Antecedente o concomitancia de Cualquier trastorno o condición que curse o predisponga a convulsiones: malformación arteriovenosa cerebral, antecedentes de traumatismo de cráneo severo con pérdida de conocimiento, tumor o infección del SNC. ACV severo. Anorexia nerviosa, bulimia. Discontinuación abrupta de alcohol o de benzodiazepinas, barbitúricos y drogas antiepilépticas.</p> <p>No usar concomitantemente con Inhibidores de la Mono amino oxidasa (IMAO) inhibidor, para evitar potencial toxicidad del Sistema nervioso Central. Al menos 14 días de separación entre la finalización de IMAO y comienzo de Bupropión.</p> <p>Como la eficacia es similar a 150 mg/día como a 300 mg/día, con la menor dosis se reducen la tasa de eventos adversos y se reducen costos.</p> <p>NUNCA tomar dos comprimidos juntos.</p> <p>Instrucciones: Comenzar 1 a 2 semanas antes de la fecha de abandono del tabaco. Dosis total de 150 mg: 1 comprimido matinal como único tratamiento. Dosis Total de 300 mg: comenzar con 1 comprimido matinal por 3 días y a partir del 4to día, agregar el segundo comprimido con 8 hs de diferencia del primero (intentar que la segunda dosis quede antes de las 18 hs para evitar insomnio). La dosis total no debe exceder los 300 mg.</p> <p>Evitar la toma de alcohol.</p> <p>Presentación: comprimidos de liberación prolongada de 150 mg por 30 y 60.</p>	
<p>Se recomienda el uso de Bupropión de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación. (R24. Tipo 1)</p>	

Vareniclina

Tabla 9: *Dosis e instrucciones prácticas: Vareniclina*

<p>Vareniclina: agonista parcial del receptor nicotínico alfa4 beta2. Venta bajo receta. Exige seguimiento médico.</p>	<p>12 semanas</p>
<p>Se inicia 7 a 10 días antes del DIA A en dosis crecientes para lograr la tolerancia y evitar la aparición de náuseas. Asociarla a 15 minutos antes del desayuno la dosis matinal y a 15 minutos antes de la merienda o cena la dosis vespertina.</p> <p>Contraindicaciones: ajustar dosis en insuficiencia renal y diálisis. Embarazo Droga clase D</p> <p>Efectos adversos más frecuentes: náuseas, alteraciones del sueño y sueños vívidos. Usar con precaución al conducir o usar maquinaria pesada.</p> <p>ADVERTENCIA: se han descrito casos de ánimo deprimido, agitación, trastorno de conducta, ideación suicida y suicidio, por lo que se recomienda preguntar antecedentes psiquiátricos. Evitar ante portación de arma (ej. policías, agentes de seguridad y otros).</p> <p>Podría asociarse a un número aumentado de eventos cardiovasculares en personas con patología cardiovascular estable. Está en revisión si este riesgo incluye a personas sin este antecedente.</p> <p>Se requiere relevamiento de antecedentes cardiovasculares y psiquiátricos y monitoreo cercano durante el tratamiento.</p> <p>Instrucciones: Primera semana: dosis creciente 0,5 mg por la mañana los primeros 3 días. A partir del 4º día: 0,5 cada 12 hs. A partir de la segunda semana: 1 mg cada 12 hs hasta completar 12 semanas. Planificar DIA D entre los 7 a 10 días de haber iniciado el fármaco. Puede elegirse tratamiento de 1 mg/día (0,5 cada 12 hs o 1 mg cada 24 hs) para reducir insomnio y náuseas.</p> <p>Presentación: caja de inicio con una semana de comprimidos de 0,5 mg (11 compr.) y 3 semanas de compr. de 1 mg (21 Comp.). Cajas de 56 compr. de 1 mg para 4 semanas de tratamiento.</p>	
<p>La Vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente sus potenciales beneficios y riesgos al utilizarla (R25. Tipo 2).</p>	

Estrategias nutricionales y actividad física para regular el aumento de peso al dejar de fumar

El tabaco presenta efectos nocivos que afectan directamente el estado nutricional, ya que aumenta la utilización de vitaminas y nutrientes inorgánicos, altera el perfil lipídico, favorece la pérdida de calcio y genera radicales libres -entre otras alteraciones-. A esto se suma que el cigarrillo altera el metabolismo de la glucosa, ejerce cierto efecto anorexígeno por liberación de dopamina -entre otros neurotransmisores- y provoca disminución de los sentidos del olfato y el gusto

Se sugiere atender al aumento de peso con estrategias nutricionales, actividad física y tratamiento farmacológico. El Bupropión de liberación prolongada, los chicles y comprimidos dispersables de nicotina de 4 mg morigeran la ganancia de peso durante el tratamiento de cesación (R30. Tipo 2).

La mayoría de los que dejan de fumar ganan peso. Aunque en general no superan los 4,5Kg, un 10% del total pueden aumentar hasta 13,5 Kg. Las mujeres, los menores de 55 años, bajo IMC de base, quienes fuman más de 25 cigarrillos diarios, personas con sedentarismo y las embarazadas que dejan de fumar, tienden a ganar más peso.

Tener en cuenta:

Los beneficios del abandono del tabaco son muy superiores al aumento de peso

El patrón de grasa corporal es saludable en los que dejan de fumar: mejor índice cintura-cadera (predictor de diabetes y de patología coronaria)

Al dejar de fumar se elevan de las lipoproteínas de alta densidad (HDL)

Índice de masa corporal: se calcula dividiendo el peso (kg) sobre el cuadrado de la talla (m).

IMC = Peso (kg) / talla² .Se considera normal entre 20 - 25

El aumento de peso después de dejar de fumar parece deberse tanto a una mayor ingesta, como a una disminución del gasto metabólico de reposo y a la supresión de los efectos anorexígenos de la nicotina en el sistema nervioso central.

Existe una relación dosis-respuesta entre mayor uso del chicle y menor ganancia de peso. El Bupropión también muestra eficacia para retrasar la ganancia de peso. Sin embargo este efecto sólo se evidencia durante el tratamiento farmacológico.

Es importante que el abandono del tabaquismo se acompañe de estrategias para controlar la ganancia de peso. Los cuidados nutricionales y el aumento de la actividad física son factores claves. Reforzar en las consultas de seguimiento la importancia de incorporar y sostener una alimentación variada, equilibrada, completa y organizada; y contar con un aporte adecuado de fibras, vitaminas y minerales -especialmente proveniente de vegetales y frutas-.

Estrategias nutricionales para regular el aumento de peso y tener una alimentación saludable

CONSEJOS	
✓	Evite saltar comidas o pasar mucho tiempo sin ingerir alimentos. Realice cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Consuma porciones chicas. Inicie las comidas principales con sopas y otros alimentos que sacian.
✓	Empiece sus actividades con un buen desayuno. Las colaciones ayudan a no llegar con mucho apetito a la próxima comida.
	Evite el acopio de comida fácil de ingerir y que aportan numerosas calorías, como alfajores, galletitas dulces, etc.
↑	Aumente la fibra y sume: pan de salvado, frutas con cáscaras, vegetales de hojas (acelga, espinaca, lechuga, radicheta, rúcula, etc.), arroz integral, salvado de avena, brotes de sojas. Consuma frutas y hortalizas, preferentemente con cáscara y en trozos grandes (5 porciones al día = 400g/día). Como referencia, en las comidas principales las verduras de todo tipo y color deberían ocupar la mitad del plato.
↑	A mayor variedad de colores en el consumo diario de frutas y hortalizas, mayor será el aporte de nutrientes en su alimentación
↑	Los lácteos y derivados son ricos en calcio, proteínas de alta calidad, fósforo y vitaminas del complejo B. Consuma al menos 3 porciones a lo largo del día preferentemente descremados.
✓	Consuma de 3 a 4 veces por semana variedad de carnes rojas y blancas magras. Ej.: nalga, peceto, cuadril, cuadrada. Saque la grasa visible y consuma el pollo sin la piel. Disminuya el consumo de fiambres y embutidos
↑	Consuma grasas Monoinsaturadas: su representante principal es el ácido oleico – Omega 9- que ayuda a reducir el colesterol total y LDL, aumenta el colesterol HDL y mejora la presión arterial. Se encuentran en el aceite de oliva y de girasol, paltas y aceitunas.



Consuma grasas Polinsaturadas que aportan ácidos grasos esenciales (indispensables por no ser sintetizados por el organismo), ayudan a reducir el colesterol LDL, aumentan HDL, contribuyen a una buena salud mental y cardiovascular. Incluyen: Los omegas 3 en pescados, semillas de lino, chía, aceite de soja, nueces y avellanas. Los omega 6 en aceites de girasol, maíz y soja. También presente en el aceite de oliva, cereales integrales, porotos de soja, germen de trigo, semillas de girasol y frutas secas.



Incorpore pescado a su alimentación porque favorece el aumento de colesterol HDL y disminuye el colesterol malo LDL. Las frutas secas disminuyen el colesterol total en sangre, consúmalas con moderación.



Modere el consumo de facturas, tortas, masitas, galletitas, golosinas y dulces para evitar sobrepeso y caries.



Los líquidos dan saciedad: consuma **2 a 3 litros de agua por día**. Complemente con sopas ó caldos caseros de verduras ó caldos light bajos en sodio. También aporte líquidos a través de la gelatina (bajos en calorías), infusiones (té, mate), jugos y gaseosas reducidas en azúcar.



Cocine sus alimentos **sin sal** y condimente con hierbas aromáticas o ajo para aumentar su sabor.



Disminuya las porciones: usar un plato más pequeño al habitual. Identifique los alimentos concentrados en calorías de los cuales disminuir la porción (tortas, dulces, tartas, fiambres, embutidos, facturas, masas, etc.)



Coma lentamente para darle tiempo al proceso de la saciedad: bocados chicos, masticar bien los alimentos, apoyar los cubiertos entre bocado y bocado, tomar líquido y prestar atención al sabor de cada preparación. Evitar ver TV mientras come.

▼ LA ACTIVIDAD FÍSICA (AF)

Se sugiere aconsejar la **actividad física** en el intento de cesación para regular el aumento de peso, sumar efectividad a las demás estrategias y obtener los efectos saludables propios de la actividad física (R29. Tipo 2).

El efecto directo del ejercicio como única estrategia sobre la cesación es de poca magnitud, pero el ejercicio retrasa el aumento de peso cuando se lo combina con un programa de acompañamiento conductual.

Objetivo general de salud para adultos:

Sumar al menos **30** minutos por día de actividad física moderada en actividades de la vida diaria o con ejercicio **+** dos sesiones semanales de fortalecimiento muscular.

El logro de este objetivo genera múltiples beneficios:

- *Reduce el riesgo de muerte prematura, prolonga la vida y mejora la calidad de los años por vivir.*
- *Reduce el estrés y mejora el estado de ánimo. Facilita la socialización, reduce la depresión y la ansiedad.*
- *Preserva las funciones mentales como la comprensión, la memoria y la concentración.*
- *Mejora el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad articular.*
- *Mejora la salud ósea y previene la osteoporosis.*
- *Ayuda a perder peso junto a un plan de alimentación adecuado.*
- *Mejora la función cardio-respiratoria, contribuye al manejo de la presión arterial, descendiendo los valores habituales.*
- *Previene el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad cardíaca y cerebrovascular.*
- *Contribuye a la prevención del cáncer de colon y mama.*

VER EJEMPLOS DE EJERCICIOS EN
www.msal.gov.ar/argentina-saludable

Actividad Física (AF): es un concepto amplio que comprende cualquier movimiento corporal producido por la musculatura esquelética que da como resultado un gasto energético. La actividad física incluye tanto las actividades para resolver la vida cotidiana, los desplazamientos y la recreación; como el ejercicio y el deporte.

Ejercicio Físico: es una subcategoría de la actividad física que se realiza planificado y estructurado, con el objetivo de mejorar o mantener uno o más aspectos de la aptitud física (fuerza, resistencia cardiovascular, resistencia muscular, equilibrio, flexibilidad, etc.). El Deporte, introduce reglas de juego con límites espacio - temporales.

• Tipos de ejercicio: aeróbico, fortalecimiento muscular, elongación-flexibilidad.

-Ejercicio aeróbico: caminar, andar en bicicleta, cortar el pasto, hacer actividades de campo, deportes, natación (**ejercicio anaeróbico:** carreras cortas, levantamiento de pesas).

-Ejercicios de fortalecimiento: mejoran la condición física. Trabaja en base a series de repeticiones. Se realiza con peso libre o con máquinas.

-Ejercicios de Elongación- flexibilidad: mejoran el rango de movilidad posible de una articulación. Pueden realizarse como ejercicios en sí mismos o bien al comenzar y finalizar cualquier tipo de ejercitación. Se pueden realizar de pie, sentado o acostado.

• Intensidad del ejercicio o grado

de esfuerzo: liviana, moderada e intensa (o vigorosa) conforme al ritmo y nivel de esfuerzo. Expresa el consumo máximo de oxígeno (VO_2max). Se estima por el aumento de la frecuencia cardíaca (FC).

METS: veces que aumenta el metabolismo respecto al basal, la intensidad moderada es de 3 a 6 METS. **FC de ejercitación:** para ejercicio moderado se estima como el 50 al 70 % de la frecuencia cardíaca máxima (equivalente a VO_2max del 50 al 70%). **Escalas subjetivas de esfuerzo:** permiten estimar visualmente o por una escala numérica el esfuerzo que representa para la persona una actividad (BORG).

La Intervención Breve es una estrategia para ayudar a todos los cambios de hábitos.

Averiguar

Pregunte la suma semanal de actividad física incluyendo los aspectos cotidianos, recreativo, laboral y como medio de desplazamiento.

Averigüe por la práctica ejercicios aeróbicos moderados o vigorosos (o combinación). También pregunte sobre ejercicios de fortalecimiento muscular.

Profundice sobre los **gustos, la frecuencia, la duración y la intensidad**.

Pregunte cuántas horas usa la televisión, la computadora, videos, videojuegos y símiles que favorezcan el sedentarismo.

Tener como objetivo progresivo llegar a los 300 minutos semanales.

Sugiera que evite la TV más de 2 hs diarias ya que favorece el sedentarismo, sobrepeso y obesidad.

Si la persona puede realizar actividad física vigorosa, recomendar 20 minutos, 3 días a la semana - ya sea continuos o de a 10 minutos-. *Un minuto de actividad intensa es equivalente a 2 minutos de actividad moderada.*

Al **Asistir**, tener en cuenta tanto la aptitud física, como la motivación, conocimientos previos, mitos y barreras.

Aconsejar

Recomiende Actividad Física integrada a la vida cotidiana. Es válido tanto aconsejar 30 minutos continuos diarios, como bloques de a 10 minutos. Llegar al menos a 150 minutos semanales.

Barreras, mitos y ambivalencias que dificultan realizar actividad	Soluciones
Creer que no dispongo de una buena condición física para hacer ejercicio	Se puede realizar AF a toda edad y aptitud física (incluso sentado en una silla).
Sentir cansancio al final de la jornada	Se cansan más los que no hacen AF regular y los que fuman.
Tener excesivo trabajo	Planificar los fines de semana en espacios al aire libre que lo predispongan a hacer AF. Realice pausas activas en el trabajo. Camine durante la jornada laboral.
Creer que AF es sólo lo extenuante y lo que me deja dolorido	Planificar la AF acorde a la capacidad de movimiento y de esfuerzo actual.
Tener una actividad laboral sedentaria	Subir escaleras y evitar el ascensor; evitar los teléfonos internos y caminar hasta otras oficinas o sectores; evitar solicitar el servicio de envío a domicilio e ir personalmente a comprar. Existen programas para PC que dirigen pausas activas en la oficina.
Creer que como hace frío me puedo enfermar si salgo a hacer AF	La AF mejora el sistema inmune.
Tener artritis, artrosis y dolores musculares	El ejercicio físico mejora y fortalece las articulaciones y reduce la tasa de dolor. Se puede hacer actividad física incluso en una silla.

- Ayudar a programar el ejercicio físico: prescribir tipo, intensidad, la frecuencia y duración según aptitud física.
- Enseñar a tomar la frecuencia cardíaca y aconseje llevar reloj.
- Entregar escalas subjetivas para auto-manejo de cada persona (ver recuadro).
- Recomiende una buena hidratación con agua antes, durante y después de la AF; y evitar las temperaturas máximas.
- Sugiera usar ropa y calzado cómodo.
- Repase medidas de seguridad específicas de cada actividad: protectores bucales, casco, etc.
- Indique graduar el esfuerzo según la persona. Charle de progresar en base a

un aumento gradual en la frecuencia, en la intensidad y en el tiempo.

- Charle de tipos de ejercicio aeróbico:

Acompañar: estimule la adherencia

- *Resalte positivamente los logros,*
- *Fortalecer el vínculo a través de la empatía, la aceptación y la autenticidad.*
- Establezca metas por escrito y registre los progresos: sin sobreexigencias físicas, de lo simple a lo complejo, placentero, en compañía, con música, al aire libre, en contacto con la naturaleza.

Tabla orientativa de la intensidad en METS (pueden variar según la edad, IMC y sexo)

	LIVIANO Menos de 3 METS	MODERADO Entre 3 y 6 METS	INTENSO Más de 6 METS
DESPLAZAMIENTOS	-Caminar despacio (3.2 km/h) en la casa u oficina (2 METS)	-Caminar 4,5km/h (3.3 METS) -Caminar 6,5km/h (5 METS) -bajar escaleras (4.5 METS) -Subir escaleras -bicicleta a 15 km/h (5 METS)	-Caminar/trotar 7km/h (6,3 METS) -Trotar 8-10km/h (8-10 METS) -Subir corriendo escaleras (15 METS) -correr 19 km/h (20 METS)
ACTIVIDAD LABORAL Y DE AUTOCUIDADO	-Estar sentado (1 METS) -Trabajar en la computadora (1,5 METS) -Hacer la cama, cocinar, lavar, planchar (2-2,5 METS) -Levantarse y lavarse la cara (2 METS) -Vestirse (2 METS) -Manejar el auto (2 METS)	-Lavar el auto, limpiar vidrios (3 METS) - Aspirar o fregar pisos (3-3,5 METS) -Cortar el pasto -Cargar y transportar objetos (5 METS) - Jardinería -Tareas de recolección	-Cargar arena (7 METS) -Palear/hacer un pozo (7,5 METS) -Hacer actividades pesadas de campo (8,5 METS) -Cortar leña (6.5 METS)
ACTIVIDADES DE PLACER Y DEPORTIVAS	-Jugar a las cartas(1,5 METS) -Navegar (2,5 METS) -Pescar (2,5 METS) -Tocar instrumentos(2-2,5 METS)	-Tirar al aro de básquet(4,5METS) -Bicicleta a 16km/h (6 METS) -Bailar(3-4,5METS) -Natación liviana(6 METS) -Jugar al tenis doble(5 METS) -Voley (3-4 METS)	-Partido de Básquet (8 METS) -Bicicleta 22-25km/h (8-10 METS) -Fútbol (7-10 METS) -Natación moderada a intensa(8-11 METS) -Tenis single (8 METS) -Voley competitivo o de playa (8 METS)

El MET es la cantidad de energía que consume un individuo en situación de reposo (metabolismo basal) esto permite medir el número de veces que se incrementa el metabolismo basal cada actividades (sentado 0 MET; máximo 10 o más METS)

Acompañar con estrategias para facilitar

el seguimiento

La recaída es un evento frecuente en la cesación y se aconseja preverla en el seguimiento.

Pueden ser necesarios múltiples intentos para alcanzar una cesación prolongada. La elevada motivación, el deseo de dejar en el periodo menor a un mes, la presencia de apoyo social y la autoconfianza se asocian a la abstinencia y son factores de buen pronóstico. En cambio factores que se asocian a recaída incluyen: índices de dependencia física elevada, la presencia de estrés y comorbilidad psiquiátrica, otros fumadores en el hogar o en el ambiente social

Estrategias de intervención en personas que dejaron de fumar recientemente.

FELICITAR POR TODO ÉXITO Y ESTIMULAR A MANTENERSE ABSTINENTE

Utilizar preguntas abiertas para facilitar la expresión de aspectos relevantes del abandono:

- Beneficios: para la salud y bienestar; el logro, la independencia al no fumar, económicos, sociales, familiares y otros. **Cada aspecto del éxito:** duración sin fumar, sobrellevar la abstinencia, la ventaja de haberse manejado adecuadamente. Haber pedido ayuda. Haber aprendido. Creatividad para vencer el craving, etc.
- Aspectos negativos vinculados a la abstinencia o de falta de soporte social: cambios en el ánimo, aumento de peso, convivencia con fumadores, coincidencia con eventos estresantes.
- Comprobar el uso correcto de la medicación (si la está tomando): dosis, horarios, efectos adversos, etc.

PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS EXFUMADORES Y EJEMPLOS DE CONSEJERÍA

Falta de apoyo para dejar de fumar:

- o Programar visitas o llamadas telefónicas de seguimiento
- o Animar a que llame a la línea telefónica de ayuda 0800-999-3040
- o Ayudar a la persona a identificar apoyo en su entorno
- o Derivarlo a asesoramiento intensivo individual o grupal

Estado de ánimo negativo y depresión:

- o Evaluar la intensidad de los síntomas
- o Ofrecer derivación o tratamiento según los casos

Síndrome de abstinencia intenso o prolongado:

- o Intensificar la consejería y las estrategias farmacológicas: actividad física, tomar agua, actividades relajantes, asociar fármacos, aumentar dosis, etc.

Ganancia de peso:

- o Recomendar el inicio o el incremento de actividad física.
- o Tranquilizar y explicar que puede haber una leve ganancia de peso autolimitada.
- o Insistir en que es más importante lo que está ganando al dejar de fumar.
- o Recomendar una alimentación sana y saludable. Sugerir sustitutos de bajas calorías (caramelos y chicles).
- o Mantener los fármacos que retrasan la ganancia de peso (Bupropión, chicles de 4 mg de Nicotina y comprimidos dispersables de Nicotina).
- o Derivar a un especialista en nutrición.

Recaídas puntuales (deslices):

- o Repasar el uso continuo de la medicación.
- o Animar a retomar el objetivo de abstinencia completa.
- o Tranquilizar a la persona ya que es frecuente que ocurra un desliz, incluso en procesos exitosos.
- o Tomarlo como aprendizaje.
- o Ofrecer derivación a tratamiento intensivo.

▼ Recomendaciones para adolescentes y niños

Se recomienda a los profesionales de la salud que atienden a niños **que interroguen a los padres** sobre el consumo de tabaco y les ofrezcan consejería para dejar de fumar, ya que es eficaz (R33. Tipo 1).

Los niños son especialmente sensibles al humo ambiental de tabaco, en quienes puede producir otitis a repetición, infecciones y enfermedades obstructivas respiratorias, trastornos de la conducta y otros. Los niños y los adolescentes resultan beneficiados cuando los padres reciben información sobre el impacto del tabaquismo pasivo y se interviene durante la consulta pediátrica. Esto favorece la disminución de la exposición y promueve la cesación en los padres. Dar un fuerte consejo de escuela, hogar y automóvil libres de humo de tabaco.

Se sugiere la consejería para la modificación del comportamiento en **adolescentes** fumadores ya que aumenta la tasa de cesación. No hay evidencia de efectividad de fármacos y no se recomienda su utilización rutinaria (R34. Tipo2).

La dependencia de la nicotina se establece rápidamente en el inicio de la experimentación. Los

adolescentes presentan un perfil de motivación similar a la de los adultos pero no se correlaciona de igual modo con las tasas de éxito. Estos intentos no suelen ser planificados y generalmente no se plantean buscar ayuda.

Existe evidencia de utilidad de diseñar programas de cesación específicos para adolescentes. Aunque la tasa de cesación es baja (11,6%) se puede interpretar que resulta de especial impacto dada la población estudiada

Fumador frecuente: jóvenes que han fumado por lo menos en 20 de los 30 días anteriores a la encuesta;

Alguna vez fumadores: jóvenes que alguna vez han fumado (aunque sea una o dos bocanadas);

Fumadores: jóvenes que han fumado por lo menos una vez en los treinta días anteriores a la encuesta.

Recomendaciones para la atención de fumadores con enfermedad

▼ psiquiátrica

Se sugiere que la terapia comportamental en **personas con enfermedad psiquiátrica**, sea particularmente intensivo y prolongado dado que estas personas experimentan mayor tasa de recaída que la población general de fumadores (R40. Tipo 2).

Las personas con enfermedades psiquiátricas tienen mayor prevalencia e intensidad de tabaquismo que la población general. Aunque los trastornos psiquiátricos pueden aumentar el riesgo de recaída, los resultados de una revisión sistemática sugieren que las tasas de cesación son similares a la de la población general. Los tratamientos de cesación no farmacológicos son efectivos en estos pacientes. La cesación tabáquica puede exacerbar los síntomas en pacientes internados por patología psiquiátrica y empeorar la depresión de personas con antecedentes de enfermedades afectivas

No existen datos concluyentes acerca de la conveniencia y los riesgos de dejar según la fase de la enfermedad, o si los tratamientos para la depresión y la cesación deben ser indicados de forma secuencial o simultánea

En personas con antecedentes de **Depresión o esquizofrenia**, se sugiere el uso de Bupropión y/o Terapia de Reemplazo Nicotínico por ser efectivas (R 41. Tipo2).

En fumadores con antecedentes **depresivos** el tratamiento comportamental orientado a los síntomas anímicos agrega un beneficio al tratamiento de cesación. Algunos datos sugieren que es la depresión recurrente (más que el antecedente de un sólo cuadro depresivo) la que está relacionada a mayor recaída o baja tasa de éxito. El tratamiento debe ser indicado con precaución y monitoreo de efectos adversos, dado que se describe la posibilidad de aparición de síntomas de desestabilización del estado de ánimo y de recaída de la enfermedad de base.

Se ha reportado asociación de la Vareniclina y Bupropión con depresión, agitación, ideación suicida y suicidio tanto en personas con antecedentes psiquiátricos como sin ellos. Se recomienda evaluar antecedentes de comorbilidad psiquiátrica e ideación suicida y sopesar la relación riesgo/ beneficios al indicar estos fármacos. Al usarlos, se deben dar pautas de alarma acerca de la aparición de cambios en el humor y comportamiento, monitorearlos y suspenderlos en caso de aparición de algún trastorno.

El Bupropión y la TRN pueden ser eficaces para el tratamiento del tabaquismo en pacientes con **esquizofrenia**, mejorar sus manifestaciones y los síntomas depresivos. El Bupropión se acerca a triplicar las tasas de cesación a los 6 meses. Los pacientes tratados con **antipsicóticos atípicos** pueden responder mejor al Bupropión para el tratamiento del tabaquismo que los que utilizan otro tipo de antipsicóticos. La evidencia actual es insuficiente para determinar si los fumadores con trastornos psiquiátricos pueden beneficiarse más de los tratamientos para el tabaquismo ajustados a sus trastornos/síntomas psiquiátricos.

Se recomienda el seguimiento de la farmacocinética de los medicamentos psicoactivos que puede ser modificada por las medicaciones para dejar de fumar y por la cesación misma.

Se sugieren las terapias comportamental y farmacológica para dejar de fumar en **personas con abuso de sustancias**, ya que presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, y sus consecuencias negativas se potencia (R 42. Tipo2).

Las tasas de cesación **en adictos a sustancias** varían entre 13% y 27% a los 12 meses. Tanto el tratamiento comportamental como la medicación son eficaces para los fumadores que están recibiendo tratamiento para la dependencia química. Hay pocos datos de que las intervenciones para el tabaquismo interfieran con el abandono de otras adicciones

Las recomendaciones 43 a 49, señalan la importancia de intervenir en situaciones clínicas especiales como internados, **personas con VIH positivo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardiovascular, cirugías programadas y patología oncológica (ANEXO 1).**

Enlaces de interés:

AGREE: Appraisal of Guidelines Research Evaluation. www.agreecollaboration.org

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. www.anmat.gov.ar

www.cdc.gov

CMCT: Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. <http://www.who.int/fctc/en/>

EMEA: European Medicine's Agency (Unión Europea) www.ema.europa.eu

DIRECCION DE PROMOCION DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: www.msal.gov.ar/ent

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Se realizó en nuestro país en 2005 y 2009. Incluye capítulo de Tabaco. www.msal.gov.ar/ent

FDA: Food and Drug Administration (EE.UU.). www.fda.gov

GATS: General Adults Tobacco Survey. Encuesta general de tabaquismo en adultos. www.msal.gov.ar/ent

GYTS: Global Youth Tobacco Survey. Encuesta global de tabaquismo en jóvenes. www.msal.gov.ar/ent

OMS: Organización Mundial de la Salud www.who.org

PNCT: Programa Nacional de Control del Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar/tabaco

PLAN ARGENTINA SALUDABLE: plan de promoción de la Salud en los ejes alimentación actividad física y vida sin tabaco www.msal.gov.ar/argentina_saludable

SIGN: Scottish Intercollegiate Guideline Network www.sign.ac.uk

ANEXO 1

Recomendaciones que se aplican a la población general de fumadores

RECOMENDACIÓN TIPO 1/RECOMIENDA: El beneficio es claramente superior a los riesgos y costos; se aplica a la mayoría de los pacientes; la mayoría de las personas querrían recibir la intervención; puede ser adoptada como política en la

mayoría de las situaciones. **RECOMENDACIÓN TIPO 2/SUGIERE:** se balancea con menor margen los riesgos y beneficios (ej. fármacos), o la evidencia no lo muestra con consistencia (ej. Intervención); la mejor acción puede variar según circunstancias o valores del paciente o la sociedad; implica ayudar a los pacientes a tomar una decisión consistente con sus valores; la mayoría de los pacientes querrían recibir la intervención pero muchos podrían no aceptarla; al instituir políticas, plantear la discusión con la participación de todos los interesados.

N°	FUERZA	TABLA DE RECOMENDACIONES
EVALUACION DEL ESTATUS DEL FUMADOR Y CONSEJO ANTITABAQUICO DADO POR EL EQUIPO DE SALUD		
1*	TIPO 1	Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente (en un lugar visible de la Historia Clínica) ya que esto aumenta la tasa de intervención por parte del equipo de salud.
2*	TIPO 1	Se recomienda a todos los profesionales médicos y de enfermería brindar un breve consejo de varios minutos para dejar de fumar a todas las personas que fuman, porque incrementa las tasas de cesación.
		COMENTARIO A R2: Una vez identificado el fumador, el consejo claro, firme y personalizado, constituye una estrategia asequible y eficaz. Los fumadores reconocen que esta intervención del profesional de la salud tiene una fuerte influencia en su decisión de dejar de fumar. La efectividad del consejo fue evaluada especialmente en profesionales médicos y de enfermería sin embargo es razonable extrapolar la eficacia al consejo impartido por otros miembros del equipo de salud. Esta acción demanda poco tiempo e implementada masivamente, genera un gran impacto sanitario.
3	TIPO 2	Los fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día) y quienes no fuman diariamente corren riesgos significativos para su salud, por lo que se sugiere identificarlos y aconsejarles dejar.
4	TIPO 2	Se sugiere que al intervenir en cesación se evalúe la motivación, la etapa del proceso de cambio, las preferencias, las circunstancias y las necesidades de la persona; y utilizar herramientas como la negociación, el alentar al abandono y la oferta de tratamiento.

INTERVENCIONES PARA AUMENTAR LA MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR

5*	TIPO 1	Se recomienda al equipo de salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación.
6*	TIPO 2	Se sugiere reservar para situaciones particulares las mediciones biológicas y la búsqueda de daño como método para motivar a dejar. Estos estudios complementarios aumentan la complejidad, el costo asistencial, y su efectividad se restringe a la posibilidad de demostración de daño con riesgo de falso reaseguro.
		COMENTARIO A R6: Las mediciones y búsqueda de daño biológico para incentivar la cesación aumentan la complejidad y costo asistencial, a la vez que sólo son marginalmente efectivas y excluyen al fumador sano. La utilidad de la espirometría informada como edad pulmonar se restringe a un 20 a 30% de fumadores con más de 20 paquetes/año. La ecografía carotídea y femoral (para hallazgo de placas ateromatosas) se evaluó en poblaciones seleccionadas y con metodología específica de comunicación de los resultados. Se sugiere que de utilizar estos estudios complementarios, se conserve la selección original de las poblaciones para cada método y el modo de comunicación del riesgo.

INTERVENCIONES PARA LAS PERSONAS QUE REALIZAN UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR: INTENSIDAD Y MODALIDADES

7	TIPO 1	Se recomienda dedicar el mayor tiempo y número de contactos interpersonales que sea posible ya que cuanto más intensiva es la intervención, mayor es el aumento de las tasas de cesación.
8*	TIPO 1	Se recomienda que las Intervenciones Breves sean brindadas especialmente por profesionales médicos y de enfermería en el primer nivel de atención, con extensión a todo el equipo de salud y ámbitos de atención, ya que son efectivas.
		COMENTARIO A R8: Las Intervenciones Breves comprenden: A veriguar el estatus tabáquico, A consejar la cesación, A sistir y evaluar si está listo para dejar, A yudar con herramientas conductuales (acordar un día "D") y farmacológicas; y A compañar con el seguimiento. Estas intervenciones están integradas a la atención habitual para todo motivo de consulta.
9*	TIPO 1	Las Intervenciones Breves de hasta tres minutos por cada contacto aumentan significativamente las posibilidades de cesación. Y si el tiempo de contacto es entre tres y 10 minutos aumentan aun más la efectividad. Por ello, se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar.
10	TIPO 1	Se recomienda que siempre que sea posible los fumadores tengan acceso a Intervenciones Intensivas tanto de forma individual como grupal ya que ambas aumentan las posibilidades de abstinencia. Se recomienda proveer de múltiples formatos de asistencia ya que el uso conjunto de tres o más aumentan la efectividad.
		COMENTARIO A R10: Las Intervenciones Intensivas, generalmente son realizadas por profesionales dedicados a la cesación -muchas veces en el marco de un programa-. Las consultas son específicas de cesación y toman más de 10 minutos por sesión. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población e incluyen formatos grupales, individuales, telefónicos, materiales escritos y otros.

11	TIPO 2	Se sugiere que las Intervenciones Intensivas sean brindadas por dos o más integrantes del equipo de salud de diferentes disciplinas adecuadamente capacitados , dado que el trabajo interdisciplinario mejora los resultados.
12	TIPO 1	Como parte de la consejería para la modificación del comportamiento se recomienda utilizar los componentes psicoterapéuticos de demostrada eficacia: 1) desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés; 2) Brindar acompañamiento y estímulo; 3) Apoyo social.
13	TIPO 1	Se recomienda programar múltiples visitas de seguimiento , dado que más de 4 visitas y la suma total de 90 (o más) minutos de contacto aumentan la tasa de cesación.
14*	TIPO 1	Se recomienda el uso de líneas telefónicas con seguimiento para ayudar al fumador, ya sea como único formato de tratamiento o bien como apoyo al equipo de salud, ya que su uso aumenta las tasas de cesación y son de amplio acceso.
		COMENTARIO A R14: las líneas telefónicas son altamente costo-efectivas y contribuyen a generalizar y a normalizar la cesación. Línea gratuita de atención al fumador del Ministerio de Salud de la Nación 0800-999-3040, con acceso desde todo el país.
15	TIPO 1	Se recomiendan los programas de cesación basados en páginas web, programas de computación y mensajes de texto por celular – aislados o en combinación con otras alternativas- ya que son efectivos en población adulta.
		COMENTARIO A R15: Presentan como ventaja su amplia accesibilidad
16	TIPO 1	Los materiales impresos de autoayuda como intervención aislada tienen baja efectividad. Se recomienda utilizar los materiales impresos de autoayuda en el marco de los distintos formatos de intervención
		COMENTARIO A R16: Los más útiles son los diseñados específicamente para las distintas poblaciones de fumadores (ej. embarazadas, etc.).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CESACIÓN TABÁQUICA

17*	TIPO 1	Se recomienda ofrecer tratamiento farmacológico, junto con la consejería para la modificación del comportamiento, ya que la combinación es más efectiva que cada una de las intervenciones por separado.
		COMENTARIO A R17: La suma de las dos estrategias aumenta cerca de un 40% las probabilidades de cesación cuando se las compara con el uso de medicación sola y, se acerca a duplicar las probabilidades de abstinencia, cuando se las compara con el uso de consejería para la modificación del comportamiento en forma aislada.
18*	TIPO 1	Se dispone de drogas efectivas y con adecuado perfil de seguridad para dejar de fumar : Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión. Se recomiendan estas drogas como tratamiento farmacológico de primera línea del intento de abandono.
19	TIPO 1	Se recomienda el uso de terapia de reemplazo nicotínico en cualquiera de sus formas de presentación : ya que todas aumentan significativamente las tasas de cesación
		COMENTARIO A R19: La TRN comprende parches, chicles, comprimidos dispersables (estos tres de venta libre) y spray nasal (venta bajo receta). Existe un inhalador bucal no disponible en nuestro país al momento de la elaboración de esta GPC. La terapia de reemplazo nicotínico como medicación de venta libre, aumenta las tasas de cesación y presenta amplia disponibilidad y accesibilidad.
20	TIPO 1	Se recomienda el uso del parche de nicotina a dosis estándares de hasta 21 mg/día durante 8 semanas de tratamiento, ya que aumenta significativamente la tasa de cesación.
		COMENTARIO A R20: Dosis superiores a 21 mg diarios sólo aumentan ligeramente la eficacia y se sugiere su uso en fumadores con alta dependencia (fumadores de más de 20 cig/día, quienes fuman dentro de los primeros 30 minutos de levantarse). Estas dosis superiores a 21 mg se logran usando simultáneamente más de un parche de igual o distinta gradación.
21	TIPO 1	Se recomienda el uso del chicle de nicotina de 2 y de 4 mg durante al menos 6 semanas ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R21: En pacientes con alta dependencia se sugiere utilizar la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.
22	TIPO 1	Se recomienda el uso del comprimido dispersable de nicotina de 2 y de 4 mg durante 12 semanas, ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R22: En pacientes con alta dependencia se sugiere utilizar la presentación de 4 mg y eventualmente prolongar el tiempo de uso.

23	TIPO 2	Se sugiere el uso de spray nasal de Nicotina en tratamientos de 12 semanas ya que es efectivo.
		COMENTARIO A R23: Es la única terapia de reemplazo nicotínico de prescripción bajo receta. Se sugiere utilizarlo especialmente en fumadores con alta dependencia.
24	TIPO 1	Se recomienda el uso de Bupropión de liberación prolongada en dosis de 150 o de 300 mg/día en tratamientos de 7 a 12 semanas, ya que aumenta las tasas de cesación.
		COMENTARIO A R24: Se inicia el tratamiento al menos una semana antes del día en que el paciente deja de fumar y se finaliza entre las 7 y 12 semanas. No se requiere disminución progresiva al finalizar.
25	TIPO 2	La Vareniclina en dosis de 1 a 2 mg/día durante 12 semanas de tratamiento es efectiva para la cesación. Se sugiere valorar junto al paciente los potenciales beneficios y riesgos al utilizarla.
		COMENTARIO A R25: La Vareniclina ha demostrado eficacia en pacientes cardiovasculares y EPOC. Su uso podría asociarse a la aparición de eventos cardiovasculares graves y alteraciones psíquicas (depresión, ideación suicida y otros). Estos últimos deben valorarse acorde a los antecedentes y advertir al paciente para que suspenda su uso en caso de aparición de los mismos.
26	TIPO 1	La combinación de parches con chicles o con spray nasal de nicotina; o la asociación de parches de nicotina con Bupropión , son más efectivas que cada uno por separado. Se recomienda reservar las combinaciones para personas con alta dependencia o antecedentes de fracaso de intentos previos con monoterapia.
27	TIPO 1	La Nortriptilina y la clonidina son efectivas para dejar de fumar pero se recomienda reservarlas como segunda línea de tratamiento bajo supervisión estricta por sus efectos adversos. La combinación de parches de nicotina y Nortriptilina también es efectiva como tratamiento de segunda línea.
		COMENTARIO A R27: plantearse su uso ante fracaso con medicaciones de primera línea en varios intentos. No se encuentran fácilmente disponibles en nuestro medio.
28	TIPO 2	Los tratamientos farmacológicos no se recomiendan en forma sistemática en fumadores de pocos cigarrillos (menos de 10 por día), en adolescentes y en embarazadas por carecer de evidencia suficiente o por existir contraindicaciones para su uso en estos grupos de personas.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CESACIÓN

29	TIPO 2	Se sugiere aconsejar la actividad física en el intento de cesación para regular el aumento de peso, sumar efectividad a las demás estrategias y obtener los efectos saludables propios de la actividad física
30	TIPO 2	Se sugiere atender al aumento de peso con estrategias nutricionales, actividad física y tratamiento farmacológico. El Bupropión de liberación prolongada, los chicles y comprimidos dispersables de nicotina de 4 mg morigeran la ganancia de peso durante el tratamiento de cesación.
		COMENTARIO A R30: aconsejar una alimentación con predominio de frutas y verduras; aumentar el consumo de líquidos (agua y jugos cítricos); limitar el consumo de alcohol y organizar la alimentación en -al menos- cuatro comidas diarias, y la adopción de un estilo de vida saludable.

TRATAMIENTOS NO AVALADOS

31*	TIPO 1	No se recomienda el uso de tratamientos farmacológicos con insuficiente evidencia de efectividad (benzodiazepinas, betabloqueantes, citisina, acetato de plata, cannabinoides) o con evidencia de ineficacia (inhibidores de la recaptación de serotonina, naltrexona, mecamilamina).
		COMENTARIO A R31: Se ha publicado un trabajo (2011) que demuestra cierta efectividad de la citisina pero la magnitud del efecto y los efectos adversos impiden que se la avale al momento actual.
32*	TIPO 1	No se recomienda el uso de propuestas con insuficiente evidencia de efectividad: cigarrillo electrónico, glucosa, acupuntura tradicional, electroestimulación, bioinformación/biofeedback, privación sensorial; o evidencia de ineficacia: laser, hipnosis. Las terapias aversivas son efectivas pero se desaconseja su uso por ocasionar alta exposición al humo de tabaco.
		COMENTARIO A R32: los dispositivos electrónicos para fumar (cigarrillo electrónico) han sido prohibidos por el ANMAT en todo el territorio nacional para su importación, venta y publicidad, por no haber sido avalados por estudios que respalden su seguridad y eficacia.

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS EMBARAZADAS QUE FUMAN A QUE DEJEN DE FUMAR

35*	TIPO 1	Se recomienda alertar a las embarazadas acerca del riesgo del tabaquismo activo y pasivo (bajo peso al nacer, parto prematuro y otros) e implementar las distintas estrategias de consejería para la cesación (individual, grupal, telefónico, materiales escritos) ya que son efectivas.
		COMENTARIO A R35: Formatos efectivos incluyen: consejo médico de 2 a 3 minutos sobre los riesgos del tabaquismo en el embarazo; videos con información sobre obstáculos y consejos para dejar; asesoramiento de 10 minutos con una partera; material escrito específico; envío de cartas de seguimiento. Además son efectivos el asesoramiento de un profesional de educación para la salud junto a material escrito; una sesión de 90 minutos más llamadas telefónicas bimestrales durante el embarazo y mensuales después del parto.
36	TIPO 2	Se sugiere el uso de preguntas múltiples ya que aumentan las chances de respuesta sincera y facilitan la intervención de cesación durante el embarazo.
		COMENTARIO A R36: preguntas múltiples: ¿Dejó por el diagnóstico de embarazo?, ¿Redució desde el diagnóstico de embarazo?, ¿Fuma igual que antes de quedar embarazada?, ¿Fuma de vez en cuando?, ¿No fuma ahora ni fumaba al enterarse del diagnóstico de embarazo? Utilizar este tipo de cuestionarios aumenta un 40% las chances de una respuesta sincera y facilita la intervención de cesación. Las respuestas positivas a cualquiera de las cuatro primeras preguntas requieren intervención, incluso si dejó al enterarse que estaba embarazada ya que el apoyo comportamental puede prevenir recaídas
37	TIPO 1	Se recomienda utilizar (si está disponible) la medición de monóxido de carbono exhalado en fumadoras embarazadas como medio de concientización, diagnóstico de estatus tabáquico y seguimiento de la cesación.
38*	TIPO 1	Se recomienda a todo el equipo de salud que participa en el cuidado de la embarazada, realizar intervenciones en cada visita de control prenatal , ya que se aprecian beneficios de la cesación en todos los momentos del embarazo.
		COMENTARIO A R38: La abstinencia en las primeras semanas de embarazo produce el mayor beneficio para el hijo y para la madre. Sin embargo dejar de fumar en cualquier momento de la gestación genera beneficios incluso en fases avanzadas.
39	TIPO 2	Se sugiere reservar el tratamiento farmacológico con Terapia de reemplazo nicotínico para aquella embarazada que no logre la cesación con la consejería, y consensuar con la paciente luego de informar los riesgos y beneficios de su uso.
		COMENTARIO A R39: El uso de fármacos está restringido en el embarazo. No está totalmente aclarada su seguridad. La terapia de reemplazo nicotínico puede ser útil. Reservar su uso para el 2do o 3er trimestre para evitar potenciales efectos teratogénicos en el 1er trimestre.

RECOMENDACIONES PARA AYUDAR A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA A QUE DEJEN DE FUMAR		
40	TIPO 2	Se sugiere que la terapia comportamental en personas con enfermedad psiquiátrica que fuman , sea particularmente intensivo y prolongado dado que estas personas experimentan mayor tasa de recaída que la población general de fumadores.
		COMENTARIO A R40: No hay datos suficientes sobre la conveniencia y riesgos de dejar de fumar según la fase de la enfermedad.
41	TIPO 2	En persona fumadora con antecedentes de Depresión o esquizofrenia , se sugiere el uso de Bupropión y/o Terapia de Reemplazo Nicotínico por ser efectivas.
		COMENTARIO A R41: usar con precaución y monitorear los síntomas de cambios en el humor y de recaída de la enfermedad de base.
42	TIPO 2	Se sugieren las terapias comportamental y farmacológica en personas con abuso de sustancias , ya que presentan una prevalencia de tabaquismo mucho mayor que la población general, y sus consecuencias negativas se potencian.
		COMENTARIO A R42: Los pacientes en tratamiento con antipsicóticos atípicos evidencian mayor respuesta al Bupropión que los tratados con antipsicóticos estándar

RECOMENDACIONES PARA SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES

43	TIPO 2	Se sugiere en toda persona internada averiguar si fuma y registrarlo e intervenir intensivamente con consejería sobre cesación y ambientes libres de humo (ALH). Además, programar un seguimiento -al menos telefónico- durante el mes posterior al alta aumenta significativamente las tasas de abstinencia
44	TIPO 2	Se recomienda que los pacientes programados para cirugía sean alentados a dejar de fumar previamente a la operación ya que mejora su evolución postoperatoria COMENTARIO A R44: La sola internación aumenta la chance de cesación. Se recomienda incluir el status tabáquico en la historia clínica (ej: en la lista de problemas activos y en la epicrisis).
45	TIPO 2	Se sugiere el uso de TRN (excepto contraindicación médica) en toda persona internada con síntomas de abstinencia para lograr cesación durante la internación y tras el alta. Se sugiere precaución en su uso en pacientes internados en UTI y en Postoperatorios de Cirugía de Revascularización Miocárdica
46	TIPO 1	Se recomiendan las terapias comportamental y farmacológica (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión) en la cesación tabáquica de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) ya que son efectivos. COMENTARIO A 46: La EPOC es consecuencia directa del cigarrillo en el 80% de los casos. La cesación aumenta la sobrevida y la calidad de vida específicamente en esta situación clínica. Vareniclina: Si bien los estudios demuestran la eficacia de Vareniclina, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares que requiere mayor investigación.
47	TIPO 1	Se recomienda intervenir en toda persona fumadora con enfermedad cardiovascular con terapia comportamental, ejercicio y medicaciones de primera línea (Terapia de Reemplazo Nicotínico y Bupropión) ya que son efectivas COMENTARIO A R47: el cigarrillo es el mayor factor de riesgo cardiovascular evitable. Se recomienda interrogar sobre consumo de tabaco y aconsejar la cesación -incluso de pocos cigarrillos-. Consumir cuatro cigarrillos por día duplica el riesgo de infarto agudo de miocardio. Vareniclina: Si bien los estudios demuestran su eficacia, existe evidencia que sugiere un mayor riesgo de efectos adversos cardiovasculares que requiere mayor investigación.
48	TIPO 1	Se recomienda aconsejar dejar de fumar e indicar tratamiento a los fumadores VIH (+) ya que esto mejora específicamente la sobrevida y la calidad de vida en personas con esta situación clínica.
49	TIPO 2	Se sugiere intervenir en fumadores con patología oncológica ya que la entrevista motivacional, la asociación de consejo y medicación son efectivos. COMENTARIO A R49: la cesación mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de aparición de un segundo tumor, mientras que seguir fumando se asocia a mayor toxicidad y menor efecto de quimioterapia.

▼ Anexo 2. Metodología empleada para el desarrollo de la Guía

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) se realizó mediante el mecanismo de adaptación de guías de alta calidad, proceso enmarcado en los estándares metodológicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Fue realizada por un equipo técnico interdisciplinario de profesionales de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles y de la Dirección Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Se conformó un panel de consenso se conformó con

representación de diversas profesiones, especialidades, sociedades científicas y regiones del país.

El proceso de elaboración comprendió la confección de las preguntas clínicas (PICO), la búsqueda sistemática, ponderación de GPC con el instrumento AGREE y valoración de las Revisiones sistemáticas (RS) y Meta-análisis (MA) acorde a los criterios de calidad del SIGN.

Las 49 recomendaciones resultantes fueron valoradas con técnicas de consenso formal donde se analizó tanto la calidad de la evidencia como el balance entre beneficios y riesgos; la aceptación de los pacientes y el impacto en los recursos (GRADE). Se valoraron los potenciales conflictos de intereses. El proceso se completó con la revisión externa por expertos y público general.



Guía de Práctica Clínica Nacional de
Tratamiento de la Adicción al Tabaco.
Versión Breve
2014

