

Una guía clínica práctica relacionada con el uso y dependencia del tabaco.

Un informe del servicio de salud pública de los Estados Unidos

Objetivo Revisar el informe recientemente publicado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, *Tratamiento del Uso y Dependencia del Tabaco: Guía de Práctica Clínica*; que presenta recomendaciones para intervenciones clínicas breves, intervenciones clínicas extensas y cambios del sistema para promover el tratamiento de la dependencia del tabaco.

Participantes Un panel independiente de 18 científicos, prestadores de servicios de atención en salud, usuarios y metodólogos seleccionados por la Agencia para Investigación y Calidad de la Atención en Salud de los Estados Unidos. Un consorcio de 7 organizaciones gubernamentales sin ánimo de lucro patrocinadores del evento.

Evidencia Se sometieron a revisión aproximadamente unos 6000 artículos y resúmenes, publicados entre 1975 y 1999 a colegas de habla inglesa, quienes examinaron la información relacionada con los datos sobre la evaluación y el tratamiento de la dependencia del tabaco.

La literatura sirvió como la base para más de 50 meta-análisis.

Proceso de Consenso Se realizó una reunión del panel, numerosas conferencias y reuniones de personal con el fin de evaluar los resultados de los meta-análisis y de las demás fuentes, para sintetizar los resultados y desarrollar las recomendaciones. La guía actualizada luego se revisó externamente por más de 50 expertos.

Conclusiones Esta guía actualizada y con base en la evidencia, da recomendaciones específicas respecto de la intervenciones breves e intensivas para dejar el hábito de fumar y también los cambios a nivel del sistema, diseñados para promover la evaluación y el tratamiento del uso del tabaco. Se describen los métodos prestadores de servicios de atención en salud breves para los pacientes que están dispuestos y para los que no están dispuestos a dejar el hábito de fumar. Las principales conclusiones y recomendaciones comprenden: 1) La

dependencia del tabaco es una condición crónica que necesita ser tratada y que podría requerir el hecho de repetir el tratamiento hasta cuando se logre una abstinencia por largo tiempo o permanente. 2) Existen tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco y a todos los fumadores se les debe ofrecer estos tratamientos. 3) Los prestadores de servicios de atención en salud y los sistemas de atención en salud deben institucionalizar la generación de la documentación pertinente en donde se consigne la plena identificación del paciente, su caso y el tratamiento suministrado u ofrecido en cada visita. 4) El tratamiento breve para la dependencia del tabaco es efectivo y a cada fumador se le debe ofrecer por lo menos esta opción. 5) Hay una fuerte relación dosis-respuesta entre el grado de complejidad de la asesoría acerca de la dependencia del tabaco y su efectividad. 6) Se encontró que tres tipos de asesoría eran especialmente efectivos: Asesoría práctica, apoyo social como parte del tratamiento y apoyo social dispuesto por fuera del tratamiento. 7) Las cinco farmacoterapias de primera línea para la dependencia del tabaco, bupropion clorhidrato de liberación sostenida, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, spray nasal de nicotina y parche de nicotina, son efectivos, y por lo menos uno de estos medicamentos se debe formular en ausencia de contraindicaciones. Los tratamientos para la dependencia del tabaco son económicos en relación con otras intervenciones médicas y para prevención de la enfermedad.

De acuerdo con lo anterior todos los planes de seguros de salud deberían incluir a la asesoría y los tratamientos farmacoterapéuticos para la dependencia al tabaco identificados como efectivos en esta guía actualizada, como un beneficio y un reembolso. JAMA. 2000;283:3244-3254

Informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos

Los prestadores de servicios de atención en salud de atención primaria, los especialistas en el tratamiento de la dependencia del tabaco, los admi-

nistradores de la salud, las compañías aseguradoras, los consumidores y los compradores ahora tienen una oportunidad sin precedentes para reducir los índices del uso del tabaco en los Estados Unidos y en consecuencia, para reducir la carga de las enfermedades, la muerte y los costos económicos resultantes del uso del tabaco. Esta oportunidad es el resultado de una confluencia inusual de circunstancias: 70% de los fumadores ahora quieren abandonar completamente su hábito^{2,4}, 46% tratan de abandonarlo cada año¹, más de 70% de los fumadores visitan un centro de salud cada año y ahora existen tratamientos efectivos.

Sin duda, estas circunstancias constituyen un reto para los prestadores de servicios de atención en salud y para los sistemas de salud con el fin de cumplir el mandato de un contrato que no ha sido revocado respecto de la salud: dar a los pacientes intervenciones efectivas que puedan prevenir enfermedades innecesarias y muerte.

Tanto los prestadores de servicios de atención en salud como los sistemas de salud están en riesgo de quebrantar este contrato fundamental. Actualmente, no se asegura a los fumadores intervenciones efectivas contra el uso del tabaco. Por tanto, la mayoría de los fumadores que tratan de abandonar el hábito lo hacen por su cuenta, sin el beneficio de tratamientos altamente efectivos. Los sistemas de salud no se dan cuenta de los costos exactos en miles de millones de dólares que se generan al sumar la atención en salud de los usuarios del tabaco y las miles de vidas que se pierden cada año.

En el pasado, la falta de una adecuada intervención a los usuarios del tabaco podría haberse atribuido a la falta de tratamientos efectivos. Sin embargo, en las últimas dos décadas, hemos presenciado una explosión en la investigación que ha hecho claridad sobre la naturaleza de la dependencia del tabaco y que la sitúa en este momento como una enfermedad crónica de naturaleza adictiva a la nicotina y que ha mejorado la disponibilidad de numerosas estrategias farmacoterapéuticas efectivas con el apoyo de mejores estrategias de asesoría en relación con la dependencia al tabaco. Algunos de estos hallazgos, condujeron a la publicación por parte de la Agencia para la Investigación y Políticas de la Salud de la Guía Clínica Práctica para la Cesación del Hábito de Fumar en 1996⁵. El desarrollo de nuevos tratamientos y su disponibilidad en el presente justifica una actualización de la guía original .

ANTECEDENTES

En 1998, un consorcio de 7 organizaciones gubernamentales sin ánimo de lucro acordaron patrocinar una actualización de la *Guía sobre Práctica Clínica para la Cesación del Hábito de Fumar*, que se basó en una revisión de la literatura publicada hasta 1994. Estas agencias - la Agencia Estadounidense para la Investigación y Calidad de la Salud, la Oficina sobre el Hábito de Fumar y la Salud en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades; el Instituto Nacional de Cancerología; el Instituto Nacional de Abuso de Drogas; el Instituto Nacional de Cardiología, Pulmonar y Sanguíneo; la Fundación Robert Wood Jonson; y el Centro para la Investigación e Intervención del Tabaco de la Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin - volvieron a convocar al Panel original de Expertos para analizar la literatura sobre el tratamiento de la dependencia del tabaco publicada hasta 1999. Dada la importancia de este aspecto para la salud de todos los americanos, la guía actualizada ha sido publicada como un informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos⁶.

La guía de la práctica clínica actualizada, Tratamiento para el Uso y Dependencia del Tabaco, es producto del Panel, de los representantes de los Consorcios, de los consultores y del personal que abordaron el análisis de la Guía de Práctica Clínica sobre la Dependencia y Uso del Tabaco. Estos grupos comprenden más de 30 personas con la responsabilidad de identificar los tratamientos efectivos y experimentalmente validados para la dependencia del tabaco así como sus prácticas. Este artículo resume las recomendaciones principales de la guía actualizada y las diferencias básicas entre la guía original y la actualizada. Este artículo se propone como una cartilla para los tratamientos efectivos de intervención en el uso del tabaco con base en la práctica clínica. Los lectores interesados en más detalles respecto de la literatura revisada, datos sobre métodos de análisis y el proceso de consenso, pueden remitirse a la guía actualizada 6 , que también se encuentra en el sitio de la Web de la Agencia para Investigación y Calidad de la Salud (<http://www.ahrq.gov>).

Tanto este artículo como la guía actualizada tiene como objetivo el hacer eco en tres audiencias principales: la amplia gama de prestadores de servicios de atención en salud de atención primaria, para los cuales el tratamiento de la dependencia

del tabaco es precisamente una de sus muchas actividades; los especialistas en el tratamiento de la dependencia del tabaco para los cuales el tratamiento del uso del tabaco, es una de las principales actividades de su practica profesional; los trabajadores de salud, aseguradoras y compradores, que tienen la capacidad de implementar cambios en los sistemas, para que apoyen y fomenten los tratamientos para la dependencia del tabaco, incluyendo el reembolso costo-efectivo de estos tratamientos.

Un tema importante en esta guía actualizada es la necesidad de coordinar la atención entre las tres audiencias. Aunque algunas intervenciones particulares pueden ser más relevantes para ciertas grupos, todos deben ser concientes de las ventajas de esta propuesta y estar dispuestos a implementar, cuando sea posible, toda la gama de estos efectivos tratamientos. Por consiguiente, la guía actualizada describe en forma separada las estrategias de intervención para cada tipo de audiencia. Las categorías mayores de intervención descritas en la guía actualizada se clasifican en intervenciones breves, intervenciones intensivas e intervenciones de los sistemas.

Un cambio notorio en la guía práctica clínica actualizada es que el nuevo título, *Tratamiento del Uso y Dependencia del Tabaco*, resalta tres verdades acerca del uso del tabaco⁷. En primer lugar, todos los productos de tabaco, no solamente los cigarrillos, generan inmensos costos sobre la salud y el bienestar de la nación. En segundo lugar, para la mayoría de los usuarios, el uso del tabaco produce verdadera dependencia, comparable a la dependencia causada por los opiáceos, las anfetaminas y la cocaína. En tercer lugar, el uso crónico del tabaco garantiza la intervención clínica repetida como sucede con cualquier otro desorden adictivo.

Revisión de los procedimientos para el desarrollo de la guía

La guía actualizada se propone identificar las evaluaciones empíricas, los procedimientos validados y los tratamientos de la dependencia del tabaco. Los pasos principales para el desarrollo de la guía actualizada fueron similares a los utilizados para el desarrollo de la guía original.

El Panel que trabajó en la guía, ayudado por otros expertos en el campo, formuló aspectos clínicamente significativos que debían ser discuti-

dos en las revisiones de la literatura y en los análisis. Aproximadamente 6000 artículos y resúmenes de investigaciones, incluyendo 3000 de la guía original, fueron revisados e identificados para su evaluación. Los artículos importantes se codificaron para posible uso en los meta-análisis en caso de que: 1) reportaran los resultados de pruebas de comparación controlada con placebo en donde se evaluara el uso del tabaco o el tratamiento asignado aleatoriamente en pacientes; 2) presentaran resultados de seguimiento por lo menos por 5 meses después de la fecha de haber dejado el hábito de fumar; 3) fueran publicados en revistas de circulación periódica revisada por colegas; 4) fueran publicados entre el 1 de Enero de 1975 y el 1 de Enero de 1999 y 5) hubieran sido publicados en inglés. Tres calificadores independientes codificaron las características de todos los artículos aceptados para posible uso en los meta-análisis. Cuando fue posible, se tomaron los análisis de eficacia que utilizaron la medición de la prevalencia puntual de abstinencia bajo el principio de intención de tratamiento. Excepto para estudios de embarazo, todos los datos de seguimiento reflejaban el estado del hábito de fumar por lo menos 5 meses después del día de haber abandonado el hábito e incluyeron datos auto-reportados y bioquímicamente comprobados. En los análisis de embarazo, se utilizaron los datos previos al parto y los resultados que fueran confirmados exclusivamente mediante análisis bioquímico. Para los meta-análisis se utilizó la regresión logística para controlar el efecto aleatorio. Entre la guía original y la actualizada, se repitieron muchos análisis, pero con un conjunto de datos actualizados. Se agregaron nuevos estudios y una aplicación cuidadosa de criterios de selección produjo la exclusión de un número pequeño de estudios que habían sido incluidos en los análisis de la guía original. En general, los resultados de los meta-análisis fueron consistentes en las dos guías. Se realizaron más de 50 meta-análisis separados en la preparación de la guía actualizada. Una lista de los artículos utilizados en los meta-análisis se pueden encontrar en el sitio de la Web de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud, antes indicado.

Los resultados de los nuevos meta-análisis y otros datos correspondientes (por ejemplo, meta-análisis de la guía original, otros meta-análisis publicados, antecedentes y artículos de revisión), se presentaron al Panel de la guía, quienes examinaron los resultados e hicieron solicitudes de más

datos y análisis en la medida requerida. El panel de la guía generó recomendaciones de consenso de los hallazgos y asignó calificaciones sobre el poder de la evidencia para cada recomendación. Las calificaciones reflejaron la calidad y la cantidad de evidencia que respaldaba una recomendación y se puede encontrar en la guía actualizada.

Un borrador de la guía de práctica clínica actualizada, Tratamiento del Uso y Dependencia del Tabaco, se revisó por más de 70 expertos externos en el campo de la investigación y el tratamiento del tabaco quienes modificaron los datos previos con base a los resultados.

El uso del tabaco es una enfermedad crónica tratable

La dependencia del tabaco tiene muchas características típicas de una enfermedad crónica. Mientras una minoría de fumadores logran abstinencia permanente en un intento inicial de dejar el hábito, la mayoría persiste en el uso del tabaco por muchos años y típicamente realiza ciclos entre periodos múltiples de recaída y remisión. El desconocimiento de la naturaleza crónica de la dependencia del tabaco puede socavar la motivación de los prestadores de servicios de atención en salud para tratar el uso del tabaco en forma consistente. Si la dependencia del tabaco se reconociera como una condición crónica, los médicos entenderían mejor la naturaleza de la recaída y el requerimiento de una atención continua. De igual forma como con otras enfermedades crónicas (la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia), los prestadores de servicios de atención en salud que valoren a un paciente con dependencia al tabaco deberían darle una asesoría, apoyo y farmacoterapia adecuada. Finalmente, los prestadores de servicios de atención en salud deben reconocer que la recaída es común y que refleja la naturaleza crónica de la dependencia, no la falla propia del médico, del medicamento o del paciente.

Aunque el uso del tabaco puede ser una condición crónica, los análisis de la guía actualizada revelan que puede tratarse efectivamente. Se sabe que solo un 7% de los fumadores que tratan por su propia cuenta de abandonar el hábito logran el éxito a largo plazo. Los análisis de la guía actualizada revelaron que los índices de éxito se pueden aumentar de 15 a un 30% utilizando los tratamientos recomendados por la guía. Los tratamientos más efectivos fueron la asesoría intensiva y la farmacoterapia.

Sin embargo, incluso los tratamientos breves como la asesoría del médico para abandonar el hábito pueden aumentar los índices de abstinencia de manera significativa.

Además, los datos demuestran que la amplia gama de intervenciones son costo-efectivas. Con el tiempo, las personas que abandonan con éxito el uso del tabaco requieren menos recursos de salud. Además, como muchos de los tratamientos son reembolsables, se establece así un incentivo para que los médicos apliquen los tratamientos.

RECOMENDACIONES PRINCIPALES DE LA GUÍA

Evaluación del uso del tabaco

El primer paso para tratar el uso del tabaco y la dependencia es identificar a los fumadores. Por lo menos el 70% de los fumadores visitan al médico cada año, más del 50% visita a un odontólogo y muchas visitas a otros prestadores de servicios de atención en salud²⁻⁴. Por consiguiente, los prestadores de servicios de atención en salud están en una buena posición para intervenir a los pacientes que utilizan el tabaco. La identificación efectiva del estado de uso del tabaco no sólo abre las puertas para las intervenciones exitosas (por ejemplo, asesoría del médico), sino que guía a los prestadores de servicios de atención en salud para identificar las intervenciones adecuadas con base en el estado actual del uso de tabaco del paciente y su disposición para abandonar el hábito. Finalmente, los fumadores citan la asesoría para abandonar el hábito de un médico como un factor de motivación importante que les hace esforzarse para alcanzar el fin propuesto, el abandonar su hábito. En la Figura y en la Tabla 1 se presentan las intervenciones breves junto con algunos métodos de selección.

Intervenciones clínicas breves

Las intervenciones clínicas breves pueden ser utilizadas por cualquier prestador de servicios de atención en salud, pero son más importantes para los prestadores de servicios de atención primaria, ya que estos tratan una amplia variedad de pacientes y afrontan severas restricciones de tiempo. Los análisis de la guía actualizada sugieren que una amplia variedad de prestadores de servicios de atención en salud pueden efectivamente implementar estas estrategias y que las intervenciones incluso

tan breves como de 3 minutos pueden aumentar las tasas de suspensión del hábito de manera significativa. Además, la guía actualizada recomienda que estas intervenciones se utilicen con todas las poblaciones, incluyendo los adolescentes, las mujeres embarazadas, los ancianos fumadores y en las minorías raciales y étnicas. Se debe considerar con especial énfasis la conveniencia de suministrar farmacoterapia en algunas poblaciones especiales (por ejemplo aquellas personas con contraindicaciones médicas, los que fuman menos de 10 cigarrillos al día, las mujeres embarazadas o lactantes y los adolescentes fumadores). El objetivo es asegurar que cada paciente que utiliza el tabaco sea identificado y que se le ofrezca asesoría por lo menos durante intervenciones breves en cada visita. **Tabla No 1.**

Las intervenciones breves se pueden utilizar con 3 tipos de pacientes: usuarios actuales de tabaco que ahora están dispuestos a abandonar el hábito; usuarios actuales de tabaco que no están dispuestos a abandonar el hábito y aquellos que usaban el tabaco anteriormente y que recientemente han abandonado el hábito. Los adultos que nunca han utilizado tabaco o que han estado absteniéndose del tabaco por un periodo prolongado no requiere intervención.

Para el paciente dispuesto a abandonar el hábito

Dado que muchos usuarios del tabaco visitan cada año a un servicio de atención primaria en salud es importante que los prestadores de servicios de atención en salud se preparen para identificar e interactuar con los usuarios de tabaco que estén dispuestos a abandonar el hábito. Los 5 pasos principales (Las "5 Aes") para la intervención en la atención primaria son 1) averigüe si el paciente utiliza tabaco; 2) asesórelo para que abandone el hábito; 3) analice la disposición del paciente para aceptar abandonar el hábito; 4) ayude a los que están dispuestos a hacer un esfuerzo para abandonar el hábito; y 5) acuerde un plan y los contactos de seguimiento para evitar las recaídas. Estas estrategias se diseñan para que sean breves, que solo duren tres minutos o menos de tiempo directo del clínico. Los sistemas de los consultorios que institucionalizan la evaluación del uso del tabaco y la intervención pueden fomentar la adopción de estas estrategias. Estas estrategias con consisten con las del Instituto Nacional de Cancerología 8, 9, la Asociación Médica Americana 10 y otras instituciones.

La guía actualizada pretende incentivar a los prestadores de servicios de atención en salud para que brinden asesoría y la posibilidad de tratamiento a todos aquellos pacientes que deseen abandonar el hábito de fumar. Los 3 componentes recomendados de la asesoría (asesoría práctica, apoyo social intra-tratamiento y apoyo social extra-tratamiento) se describen en la Tabla 2. Además de la asesoría, todos los fumadores que deseen abandonar el hábito de fumar deben recibir farmacoterapia, exceptuando aquellos casos en que el uso de la farmacoterapia requiere consideración especial (por ejemplo, aquellas personas con contraindicaciones médicas, los que fuman menos de 10 cigarrillos por día, las mujeres embarazadas o en período de lactancia y los fumadores adolescentes). La tabla 3 describe la guía general de farmacoterapia para dejar el hábito de fumar y la Tabla 4 da las instrucciones para medicamentos específicos.

Para el paciente que no está dispuesto a abandonar el hábito en este momento.

En el caso del paciente que no está dispuesto a dejar el hábito, los prestadores de servicios de atención en salud deben implementar una intervención breve que esté encaminada a promover la motivación. Los pacientes que no están dispuestos a abandonar el cigarrillo pueden tener pocos conocimientos acerca de los efectos perjudiciales del tabaco, pueden carecer de los recursos financieros requeridos, pueden tener temores y preocupación acerca del abandono del hábito y muchos pueden estar desmoralizados debido a las recaídas anteriores¹¹. Estos pacientes pueden responder a una intervención motivacional diseñada para educar, dar más seguridad y ánimo. La Tabla 5 resume los componentes de una intervención motivacional desarrollada alrededor de "5 Rs"; relevante, riesgo, recompensa, restricción y repetición. La evidencia sugiere que las intervenciones de motivación son más efectivas; probablemente el que brinda la asesoría manifiesta empatía, promueve la autonomía del paciente (por ejemplo escoger entre varias opciones), evita los discursos y apoya la autodeterminación y autoestima del paciente (por ejemplo identificando éxitos anteriores en los esfuerzos para cambiar comportamientos¹²⁻¹⁴.

Acción	Estrategias para Implementación
<p>Implemente un sistema en todos los consultorios que asegure que, para cada paciente y en cada visita clínica, se indague y se documente el estado actual del uso del tabaco.</p>	<p>Paso 1: Averigüe - sistemáticamente identifique a todos los fumadores en cada visita Amplíe los signos vitales para incluir el uso del tabaco o use un sistema alternativo de identificación universal.</p> <p>SIGNOS VITALES Presión Arterial: _____ Pulso _____ Peso _____ Uso del Tabaco: _____ Frec. Respiratoria _____ Actual Anterior Nunca (encierre en un círculo una)</p> <p>Las alternativas para expandir los signos vitales son la colocación de stickers sobre el estado del uso del tabaco en todas las historias de los pacientes o indicar el estado del uso del tabaco utilizando registros médicos electrónicos o sistemas recordatorios por computador.</p>
<p>En una forma personalizada, clara y concisa, invite a cada usuario para que abandone el hábito al tabaco.</p>	<p>Paso 2: Asesore - invite con insistencia a todos los usuarios del tabaco para que abandonen el hábito La asesoría debe ser: <i>Clara</i> - "Pienso que es importante que usted abandone el hábito de fumar y yo puedo ayudarle". "Abandonar el hábito mientras usted está enfermo no es suficiente" <i>Insista</i> - "Como su médico, necesito que usted sepa que abandonar el hábito de fumar es la cosa más importante que usted puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro. El personal clínico y yo le ayudaremos". <i>Personalizada</i> - El uso del tabaco para la salud/enfermedad actual y/o sus costos sociales y económicos, el nivel de motivación, la disponibilidad para abandonar el hábito y/o el impacto del uso del tabaco en los hijos y otros miembros del hogar.</p>
<p>Pregunte a todo usuario del tabaco si está dispuesto a hacer un esfuerzo en este momento para abandonar el hábito (por ejemplo, dentro de los próximos 30 días)</p>	<p>Paso 3: Analice - la disposición para hacer un esfuerzo y abandonar el hábito Evalúe la disponibilidad del paciente para abandonar el hábito: Si el paciente está dispuesto a hacer un esfuerzo para abandonar el hábito en este momento, dele ayuda. Si el paciente puede participar en un tratamiento intensivo, aplique este tratamiento y remítalo a un intervención intensiva. Si el paciente claramente dice que no está dispuesto a hacer un esfuerzo para abandonar el hábito en este momento, de una intervención de motivación. Si el paciente es un miembro de una población especial (por ejemplo, adolescente, fumadora embarazada, minoría racial/étnica), considere dar información adicional.</p>
<p>Ayude al paciente con un plan para abandonar el hábito</p>	<p>Paso 4: Ayude - ayude al paciente para abandonar el hábito Preparación de un paciente para abandonar el hábito: <i>Fije una fecha para abandonar el hábito</i>; idealmente, la fecha para abandonar el hábito debe estar dentro de dos semanas. <i>Dígale a la familia</i>, a los amigos y a los compañeros de trabajo acerca del abandono del hábito y solicite comprensión y apoyo. <i>Prevea</i> los retos para el intento planeado de abandonar el hábito, particularmente durante las primeras semanas críticas. Estos retos incluyen los síntomas del abandono de la nicotina. <i>Retire</i> los productos de tabaco de su medio ambiente. Antes de abandonar el hábito, evite fumar en sitios donde usted pasa mucho tiempo (por ejemplo, trabajo, hogar, auto).</p>
<p>De asesoría práctica (solución de problemas / capacitación). (Ver Tabla 2).</p>	<p><i>Abstinencia</i> - Es esencial la abstinencia total. "Incluso una sola bocanada después de haber abandonado el hábito". <i>Experiencia pasada del abandono del hábito</i> - identifique que le ayudó y que le perjudicó en los esfuerzos anteriores. <i>Prevea los motivadores y los desafíos en un intento próximo</i> - discuta los desafíos/motivadores y como el paciente puede superarlos con éxito. <i>Alcohol</i> - Como el alcohol puede producir recaída, el paciente debe considerar omitir/abstenerse del alcohol mientras está en el esfuerzo de abandonar el hábito. <i>Otros fumadores en el hogar</i> - el abandono del hábito es más difícil cuando hay otro fumador en el hogar. Los pacientes deben motivar a las personas del hogar para que abandonen con ellos el hábito o que por los menos no fumen en su presencia.</p>
<p>De apoyo social dentro del tratamiento (Ver Tabla 2)</p>	<p>Facilite un medio ambiente clínico de apoyo mientras está motivando al paciente en su esfuerzo para abandonar el hábito. "El personal de mi consultorio y yo estamos disponibles para ayudarle".</p>
<p>Ayude al paciente a obtener apoyo opcional extratratamiento. (Ver Tabla 2)</p>	<p>Ayude al paciente a desarrollar apoyo social en su esfuerzo para abandonar el hábito en su medio ambiente por fuera del tratamiento. "Pida a su cónyuge / compañero, amigos y compañeros de trabajo que lo apoyen en su esfuerzo para dejar de fumar"</p>
<p>Recomiende el uso de farmacoterapia aprobada excepto en circunstancias especiales. (Ver Tablas 3 y 4)</p>	<p>Recomiende el uso de farmacoterapias que se consideran efectivas. Explique como estos medicamentos aumentan el éxito para dejar de fumar y reducen los síntomas del retiro del hábito. Los medicamentos para el farmacoterapia de primera línea comprenden: el bupropion clorhidrato de liberación sostenida, el chicle de nicotina, el inhalador de nicotina, el spray nasal de nicotina y el parche de nicotina.</p>
<p>Suministre materiales complementarios</p>	<p><i>Fuentes</i> - Agencias federales, agencias sin ánimo de lucro o departamentos de salud locales/estatales. <i>Tipo</i> - Culturalmente / racialmente / educativamente / apropiados para la edad del paciente <i>Lugar</i> - Fácilmente disponibles en cada estación de trabajo del clínico.</p>
<p>Programa contacto de seguimiento ya sea personalmente o por teléfono</p>	<p>Paso 5 Acuerde- un Plan de Seguimiento Tiempo - El contacto para seguimiento debe incurrir poco después de la fecha en que se abandone el hábito, preferiblemente durante la primera semana. Un segundo contacto de seguimiento se recomienda durante el primer mes. Programa otros contactos de seguimiento según se indique. Acción durante el contacto de seguimiento - felicite por el éxito. Si ha ocurrido uso de tabaco revise las circunstancias y vuelva a producir nuevo compromiso con la abstinencia total. Recuerde al paciente que una caída puede utilizarse como una experiencia de aprendizaje. Identifique los problemas ya encontrados y prevea los desafíos en el futuro inmediato. Evalúe el uso de la farmacoterapia y los problemas. Considere el uso de remisión a tratamiento más intensivo.</p>

Tabla No 1. Estrategias Breves para Ayudar al Paciente que está Dispuesto a Abandonar el Uso del Tabaco - Las "5 Aes"

Componente	Ejemplos
Asesoría Práctica (Solución de Problemas/ Capacitación) Tratamiento	
Identifique los eventos, estados internos o actividades que aumentan el riesgo del fumador de recaer	Afecto negativo Estar alrededor de otros fumadores Ingerir alcohol Experiencias de situaciones de urgencia Estar bajo presión del tiempo
Identifique y practique afrontar o aumentar destrezas para solucionar problemas. Típicamente, estas habilidades se proponen afrontar situaciones peligrosas	Aprender a prever y evitar la tentación Aprender estrategias cognitivas que puedan reducir los estados de ánimo negativos. Realizar cambios de estilo de vida que reduzcan el estrés, mejoren la calidad de vida o produzcan placer Aprender actividades cognitivas y de comportamiento para afrontar los deseos de fumar y la dificultad para concentrarse. Naturaleza adictiva del hábito de fumar.
Intervenciones de Apoyo dentro del Tratamiento	
Motive al paciente en el intento para abandonar el hábito	Observe que ahora existen tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco. Observe que la mitad de todas las personas que siempre han fumado ahora han abandonado el hábito. Comunique fe en la capacidad del paciente para abandonar el hábito
Comunique atención e interés	Pregúntele al paciente como se siente dejando de fumar. Expresa directamente interés y disponibilidad para ayudar al paciente. Sea franco con la expresión del paciente de los temores del abandono del hábito, las dificultades experimentadas y los sentimientos ambivalente.
Motive al paciente para hablar acerca del proceso de abandono de hábito	Pregunte acerca de: Razones que el paciente necesita para abandonar el hábito. Preocupaciones o interés acerca de abandonar el hábito. Dificultades encontradas mientras está intentando abandonar el hábito.
Intervenciones de apoyo extratratamiento.	
Entrene al paciente en habilidades para solicitar apoyo	Presente videos sobre habilidades de apoyo Practique la solicitud de apoyo social de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo Ayude al paciente a establecer un hogar sin fumar.
Buscar apoyo oportuno	Ayude al paciente a identificar a los demás que lo apoyan Llame al paciente para recordarle buscar apoyo Informe a los pacientes sobre los recursos de la comunidad como líneas calientes, líneas de ayuda.
El clínico dispone el apoyo externo	Cartas por correo para apoyo Llamar a otros para obtener apoyo Invitar a otros a reuniones sobre el abandono del hábito Asignar pacientes para que sean los "compinches" entre sí

Tabla No 2. Estrategias breves para ayudar al paciente que está dispuesto a abandonar el uso del tabaco - las "5 AES"

Para el paciente que recientemente ha abandonado el hábito.

Debido a la naturaleza crónica de la recaída en casos de dependencia del tabaco, los prestadores de servicios de atención en salud deben dar tratamiento breve de prevención de recaídas a quienes recientemente hayan abandonado el hábito. Cuando los prestadores de servicios de atención en salud identifican a estos pacientes, deben reforzar la decisión del paciente de abandonar el hábito, revisar los beneficios del abandono del hábito y ayudar al paciente a resolver algunos de los problemas que surgen del abandono del hábito. Aunque la mayoría de las recaídas ocurren al comienzo en el proceso de abandono del hábito¹⁵⁻¹⁷, algunas recaídas ocurren meses o incluso años después de haber abandonado el hábito^{18,19}.

Las intervenciones para la prevención de las recaídas son especialmente importantes poco después de abandonar el hábito y pueden aplicarse por medio de visitas clínicas programadas, llamadas telefónicas o en cualquier momento en el que se encuentre a un exfumador. Se debe adelantar en las instituciones de salud un mecanismo sistemático de identificación de pacientes que hayan abandonado el hábito recientemente y de esta manera contactarlos para brindarles herramientas efectivas de prevención de recaídas. Las intervenciones para prevención de recaídas se pueden dividir en dos categorías: mínimas prácticas para todos los que abandonaron el hábito e intervenciones de prescripción para los pacientes con problemas para mantener sus abstinencia (Tabla 6).

Intervenciones clínicas intensivas.

El tratamiento intensivo para la dependencia del tabaco puede ser suministrado por cualquier trabajador clínico entrenado del servicio de prestación de la salud que tenga los recursos disponibles. Existe evidencia clara de que las intervenciones más intensivas producen índices de éxitos más altos y son más costo-efectivas que las intervenciones menos intensivas. Por consiguiente, las intervenciones intensivas son adecuadas para cualquier usuario de tabaco que esté dispuesto a participar en ellas y no se deben limitar a cualquier subpoblación de usuarios del tabaco (por ejemplo, fumadores de alta dependencia).²⁰ La Tabla 7 describe los componentes de una intervención intensiva.

Intervenciones de los sistemas.

Un creciente número de americanos recibe su atención en salud en centros con manejo administrativo. Como consecuencia, los agentes, los administradores de los sistemas de salud, las aseguradoras y los que pagan por los servicios de salud ahora juegan un papel más importante en la prestación de la atención en salud a la mayoría de los americanos. Por ejemplo, las organizaciones administrativas de salud y las instituciones aseguradoras influyen en la atención médica al elaborar formularios restrictivos, exigencia de cuotas de cumplimiento a los prestadores de servicios de atención en salud y métodos de comercialización que incentivan la demanda de los pacientes por servicios particulares.

Estos agentes también pueden elaborar e implementar sistemas, políticas e indicaciones (por ejemplo, cartelera, afiches, volantes, stickers, avisos) que hagan parte integral de la evaluación y el tratamiento del uso del tabaco. Sin duda, la investigación ha demostrado que el cambio de nivel de los sistemas puede aumentar la utilización del tratamiento para la dependencia del tabaco y reducir la prevalencia de hábito de fumar entre los que se inscriben en los planes de salud.²¹ Tabla 3

Sin sistemas de apoyo, sin políticas y sin estímulos ambientales, los prestadores de servicios de atención en salud individuales no pueden evaluar ni tratar el uso del tabaco en forma constante. Por consiguiente, así como los prestadores de servicios de atención en salud deben asumir la responsabilidad para tratar a sus pacientes en caso de uso de tabaco, de la misma manera deben los ad-

ministradores de la salud, las aseguradoras y los compradores asumir la responsabilidad de diseñar políticas, suministrar recursos y mostrar liderazgo que ofrezca un tratamiento integral y efectivo para el uso del tabaco.

La guía actualizada describe 6 estrategias para las intervenciones a nivel de sistemas: 1) implementación de un sistema de identificación de usuarios del tabaco en cada clínica (Tabla 1, Paso 1); 2) dar educación, recursos y retroalimentación para promover las iniciativas e intervención de los que presten la atención; 3) dedicar personal para dar tratamiento para la dependencia del tabaco y evaluar la aplicación de este tratamiento en las evaluaciones del desempeño del personal; 4) promover políticas hospitalarias que respalden y presten servicios en relación con la dependencia del tabaco; 5) incluir los tratamientos para la dependencia del tabaco (tanto asesoría como farmacoterapia) identificados como efectivos en la guía actualizada como servicios pagados o amparados para todos los suscriptores o miembros de los seguros de salud; y 6) reembolsar a los prestadores de servicios de atención en salud y especialistas por la aplicación de los tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco e incluir estas intervenciones entre las funciones de los prestadores de servicios de atención en salud.

Capacitación de los médicos prestadores de servicios de atención en salud

Los médicos prestadores de servicios de atención en salud reportan la falta de conocimiento importante como un obstáculo para intervenir con sus pacientes que utilizan el tabaco.²²⁻²⁵ La guía actualizada, por tanto, recomienda que todos los prestadores de servicios de atención en salud sean capacitados sobre las estrategias efectivas para ayudar a los fumadores a hacer un esfuerzo para abandonar el hábito y para motivar a aquellos que no se muestran dispuestos a abandonarlo. Una revisión de la literatura publicada concluyó que la capacitación parece ser más efectiva cuando se une con otros cambios de los sistemas, como sistemas de recordación a los prestadores de servicios de atención en salud y educación del personal. La capacitación en las intervenciones sobre el uso del tabaco no sólo debe transmitir las técnicas esenciales del tratamiento sino también inculcar la creencia de que el tratamiento contra la dependencia del tabaco es una práctica de la regla de oro²⁶.

Quién debe recibir farmacoterapia para dejar de fumar?	Todos los fumadores que tratan de dejar el hábito excepto en presencia de circunstancias especiales. Se debe dar consideración especial antes de utilizar la farmacoterapia con poblaciones seleccionadas: aquellas poblaciones con contraindicaciones médicas, los que fuman menos de 10 cigarrillos al día, las mujeres embarazadas/lactantes y los adolescentes fumadores.
Cuáles son las farmacoterapias de primera línea recomendadas en la guía actualizadas?	Todas las 5 farmacoterapias aprobadas por la FDA para dejar de fumar son recomendadas, incluyendo el bupropion clorhidrato de liberación sostenida, el chicle de nicotina, el inhalador de nicotina, el spray nasal de nicotina y el parche de nicotina.
Qué factores debe tener en cuenta un clínico cuando escoge entre las 5 opciones terapéuticas de primera línea?	Debido a la falta de datos suficientes para ordenar de acuerdo a la importancia estos 5 medicamentos, la escogencia de una farmacoterapia específica de primera línea debe estar guiada por factores como el conocimiento del clínico de los medicamentos, las contraindicaciones para determinados pacientes, la preferencia de los pacientes, la experiencia anterior de los pacientes con una farmacoterapia específica (experiencia positiva o negativa) y las características del paciente (por ejemplo historia de depresión, preocupaciones acerca de aumento del peso).
Los tratamientos farmacoterapéuticos son adecuados para los que fuman poco (por ejemplo 10-15 cigarrillos al día)?	La farmacoterapia se utiliza con personas que no fuman demasiado, los prestadores de servicios de atención en salud deben considerar reducir la dosis de las farmacoterapias NRT de primera línea. No se requieren ajustes cuando se utiliza el bupropion clorhidrato de liberación sostenida.
Qué farmacoterapias de segunda línea se recomiendan en la guía actualizada?	El hidrocloruro de clonidina y el hidrocloruro de nortriptilina.
Cuándo se deben utilizar los agentes de segunda línea para el tratamiento de la dependencia del tabaco?	Considerar la prescripción de agentes de segunda línea para pacientes que no pueden utilizar medicamentos de primera línea debido a contraindicaciones o para pacientes para los cuales no son útiles los medicamentos de primera línea. Controlar a los pacientes en relación con los eventos adversos conocidos de los agentes de segunda línea.
Qué farmacoterapias deben considerarse con pacientes particularmente preocupados acerca del aumento de peso?	Las terapias de reemplazo con hidrocloruro de bupropion de liberación sostenida y nicotina, en particular chicle de nicotina, se ha demostrado que retardan pero no evitan el aumento de peso.
Hay farmacoterapias que se deben considerar especialmente en pacientes con una historia de depresión?	El bupropion clorhidrato de liberación sostenida y el hidrocloruro de nortriptilina parecen ser efectivos en esta población.
Se deben evitar las terapias de reemplazo de nicotina en pacientes con historia de enfermedad cardiovascular?	No, el parche de nicotina en particular es seguro y se ha demostrado que no produce efectos cardiovasculares adversos. Sin embargo no se ha establecido la seguridad de estos productos en el periodo inmediatamente posterior o en pacientes con angina severa o inestable.
Las farmacoterapias para la dependencia del tabaco pueden utilizarse por largo tiempo (por ejemplo, 6 meses o más)?	Si. Este método puede ser conveniente en caso de fumadores que reportan síntomas persistentes de retiro durante el curso de la farmacoterapia o que desean terapia por largo tiempo. Una minoría de personas que dejan el hábito de fumar en forma exitosa utilizan medicamentos NRT ad libitum (chicle, spray nasal, inhalador) por largo tiempo. El uso por largo tiempo de estos medicamentos no presenta un riesgo conocido para la salud. Además, la FDA ha aprobado el uso de bupropion clorhidrato de liberación sostenida para una indicación de mantenimiento por largo tiempo.
Se pueden combinar siempre las farmacoterapias?	Si. Existe evidencia de que la combinación del parche de nicotina con el chicle de nicotina o el spray nasal de nicotina aumenta los índices de abstinencia por largo tiempo en comparación con los efectos producidos por una sola forma de NRT†.
* FDA indica Administración de Drogas y Alimentos, MI, infarto del miocardio; NRT, terapia de reemplazo de la nicotina.	
† Esta conclusión se basa en un meta-análisis en el cual cada estudio comparó una condición de tratamiento doble NRT con una condición de tratamiento con una sola NRT.	

Tabla No 3. Guía Clínica General para Prescripción de Farmacoterapia para Dejar el Hábito de Fumar*

Aspectos económicos del tabaco e intervenciones de los sistemas de salud

Los tratamientos para dejar el hábito de fumar que pueden ir desde una asesoría breve hasta los programas intensivos dados por los especialistas, no sólo son clínicamente efectivos, sino que también son extremadamente económicos en relación con otras intervenciones y tratamientos médicos comunes para la prevención de enfermedades, como el tratamiento de la hipertensión, la hipercolesterolemia, las intervenciones preventivas como la mamografía periódica y las pruebas de Papanicolaou²⁷⁻³⁴.

El tratamiento de la dependencia del tabaco es particularmente importante desde el punto de vista

económico, en cuanto que puede evitar una variedad de enfermedades crónicas costosas, como la enfermedad cardíaca, el cáncer, la enfermedad pulmonar y el retardo de la curación de heridas.

Los tratamientos para abandonar el hábito de fumar también son costo-efectivos en poblaciones especiales como pacientes hospitalizados y mujeres embarazadas. Para los pacientes hospitalizados, la abstinencia del tabaco no sólo reduce los costos médicos generales a corto plazo sino que también reduce el número de hospitalizaciones futuras.³⁵ Las intervenciones para abandonar el hábito de fumar en las mujeres embarazadas son especialmente favorables porque tales intervenciones producen menos recién nacidos con peso muy bajo

y menos muertes perinatales; menos problemas físicos, cognitivos y de comportamiento durante la

infancia y la niñez; y beneficios más importantes para la salud de las mujeres^{36, 37}.

Farmacoterapia	Precauciones/ Contraindicaciones	Efectos Adversos	Dosis	Duración	Disponibilidad	Costo por Día
Primera línea Bupropion clorhidrato de liberación sostenida	Historia de ataques Historia de desórdenes en la comida	Insomnio Resequedad de la boca	150 mg cada mañana por 3 días luego 150 mg dos veces al día (comenzar tratamiento 1-2 semanas antes de dejar el hábito)	7-12 semanas mantenimiento hasta 6 meses	Prescripción solamente	\$3.33
Chicle de nicotina		Ulceración de la boca Dispepsia	1-24 cigarrillos/d: 2mg chicle (hasta 24 Pedazos/día) >25 cigarrillos/día: Chicle 4mh hasta 24 trozos/día)	Hasta 12 semanas	OTC solamente	\$6.25 para 10 pedazos de 2mg \$6.87 para 10 pedazos de 4 mg
Inhalador de Nicotina		Irritación local de la boca y la garganta	6-16 cartuchos/día	Hasta 6 meses	Prescripción solamente	\$10.94 por 10 cartuchos
Spray nasal de nicotina		Irritación nasal	8-40 dosis/día	3-6 meses	Prescripción solamente	\$5.40 por 12 dosis
Parche de nicotina		Reacción cutánea local Insomnio	21 mg/24 h 14 mg/ 24 h 7 mg/24h 15mg/16h	4 semanas luego 2 semanas luego 2 semanas 8 semanas	Prescripción y OTC†	\$ 4.22 \$4.51
Segunda línea Cloridina	Hipertensión de rebote	Resequedad de la boca Somnolencia Mareos Sedación	0.15-0.75 mg/día	3-10 semanas	Prescripción solamente (formulación oral) Prescripción solamente (parche)	\$0.24 por 0.2 mg \$3.50
Nortriptilina	Riesgo de arritmias	Sedación Resequedad de la boca	75-100 mg/día	12 semanas	Prescripción solamente	\$0.74 por 75 mg

* La información contenida en esta tabla no es completa. Ver insertos del empaque para información adicional. Los precios basados en precios al detal en una farmacia de cadena nacional localizada en Madison, Wis, Abril 2000. Las farmacoterapias de primera línea han sido aprobadas para dejar el hábito de fumar por la Administración de Drogas y Alimentos; las farmacoterapias de segunda línea no han sido aprobadas. OTC indica ventas sin registro.

† Marcas genéricas del parche de nicotina recientemente han estado disponibles y pueden ser más costo-efectivas.

Tabla No 4. Sugerencias para el uso clínico de farmacoterapias para dejar el hábito de fumar*

La falla de los planes de salud o de las aseguradoras para cubrir el tratamiento para la dependencia del tabaco podría reducir el acceso a estos servicios y disminuir el número de personas que acuden en busca de estos servicios. Además, la presencia de los beneficios de la prescripción de drogas prepagadas o discontinuas aumenta las tasas de pacientes que reciben farmacoterapia y de abstinencia del tabaco.²¹ , 38-40 Por tanto, la guía sugiere que aquellos tratamientos para la dependencia del tabaco identificados como efectivos en la guía actualizada sean un beneficio cubierto por todos los planes de seguros, tanto públicos como privados.

Los médicos prestadores de servicios de atención primaria en salud culpan al reintegro insufi-

ciente de ser un obstáculo para la prestación de servicios preventivos, como es caso del tratamiento contra la dependencia del tabaco.⁴¹ Por consiguiente, la guía actualizada sugiere que se deben asignar recursos suficientes para el reintegro para los prestadores de servicios de atención en salud y para apoyar los sistemas con el fin de asegurar la aplicación de tratamientos eficaces contra el hábito de fumar.

La aplicación de tratamientos contra la dependencia del tabaco también puede aumentarse asegurando que las "tarjetas de reporte" de los planes de salud (por ejemplo, el National Committee for Quality Assurance Health Plan Employer Data and Information Set)^{42, 43} apoyan la identificación y tratamiento de los fumadores y ordenando que la

Comisión Conjunta sobre Acreditación de Organizaciones de Salud y otros organismos de acreditación incluyan una evaluación sobre la disponibilidad y utilización de políticas efectivas de evaluación e intervención en relación con el uso del tabaco. Para lograr este objetivo, intervenciones basa-

das en la guía actualizada se deben incluir en las clasificaciones y medidas de la calidad general de la atención en salud (por ejemplo, National Committee for Quality Assurance Health Plan Employer Data and Information Set y la Foundation for Accountability).

Importancia	Motivar para indicar porque dejar el hábito es personalmente importante, siendo lo más específico posible. La información motivacional tiene el impacto más grande si es importante para el estado de enfermedad del paciente o riesgo, situación familiar o social (por ejemplo, con niños en el hogar), preocupaciones de salud, edad, sexo y otras características importantes del pacientes (por ejemplo, experiencia anterior para dejar el hábito, obstáculos personales para dejar el hábito)
Riesgos	El clínico debe pedir al paciente que identifique las consecuencias negativas posibles del uso del tabaco. El clínico puede sugerir y resaltar aquellas consecuencias que parezcan más importantes para el paciente. El clínico debe recalcar que fumar cigarrillos con bajo contenido de alquitrán/bajo contenido de nicotina o el uso de otras formas de tabaco (por ejemplo fumar tabaco sin aspirar, o cigarrillos o pipas sin aspirar) no eliminará estos riesgos. Los ejemplos de riesgos son: Riesgos agudos: respiración corta, exacerbación de asma, perjudicial para el embarazo, impotencia, infertilidad, aumento de niveles de monóxido de carbono en el suero. Riesgos a largo plazo: infarto del miocardio y ataques, cáncer del pulmón y en otros sitios del cuerpo (laringe, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, vejiga, cerviz), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (bronquitis crónica y enfisema), incapacidad por largo tiempo y necesidad de atención prolongada. Riesgos ambientales: aumento del riesgo de cáncer de pulmón y enfermedad cardíaca en los esposos; tasas más altas de hábito de fumar por parte de los hijos de usuarios del tabaco; aumento del riesgo de nacimiento con bajo peso, síndrome de muerte súbita de infantes, asma, enfermedad del oído medio e infecciones respiratorias en hijos de fumadores.
Recompensas	El clínico debe pedir al paciente que identifique los beneficios posibles de suspender el uso del tabaco. El clínico puede sugerir y resaltar aquellos beneficios que parezcan más importantes para el paciente. Ejemplos de recompensas son: mejor salud; los alimentos tendrán un mejor sabor; ahorro de dinero; sentirse mejor consigo mismo; hogar, carro, vestidos y respiración mejores; puede dejar de preocuparse acerca de abandonar el hábito; dar un buen ejemplo a los hijos; tener hijos más sanos; no preocuparse acerca de exponer a otros al humo; sentirse físicamente mejor; realizar mejor las actividades físicas; reducir las arrugas y envejecimiento de la piel.
Barricadas	El clínico debe pedir al paciente que identifique las barreras o impedimentos para abandonar el hábito y observar los elementos del tratamiento (terapias sobre solución de problemas) que puedan ayudar a solucionar los obstáculos. Las barrera típicas podrían ser síntoma de retiro, temor de fracasar, aumento de peso, falta de apoyo, depresión, gusto por el tabaco.
Repetición	La intervención motivacional debe repetirse cada vez que un paciente no motivado visita el medio clínico. Los usuarios del tabaco que han fracasado en los intentos anteriores deben informarse de que la mayoría de las personas han hecho intentos repetidos antes de poder tener éxito.

Tabla No 5. Aumento de la motivación para dejar el uso del tabaco - las "5 Rs" para el paciente no dispuesto a dejar el hábito en este momento

Recomendaciones de la guía para intervenir poblaciones especiales y temas especiales

La guía actualizada examinó el tratamiento contra el uso del tabaco en poblaciones especiales (mujeres, las fumadoras embarazadas, los fumadores hospitalizados, los fumadores con comorbilidad y/o dependencia a fármacos, los niños y los adolescentes) y temas específicos (como aumento de peso después de abandonar el hábito de fumar y los productos del tabaco diferentes de los cigarrillos). Los lectores interesados en una discusión detallada de estos temas se deben dirigir a la guía actualizada.

CONCLUSIONES

En resumen, las principales conclusiones y recomendaciones del Panel sobre la Guía Actualizada son las siguientes:

1. La dependencia del tabaco es una condición crónica que a menudo requiere varias intervenciones. Sin embargo, en la actualidad existen tratamientos efectivos que pueden causar abstinencia a largo plazo o incluso abstinencia permanente.
2. Como existen tratamientos efectivos para la dependencia del tabaco, se debe ofrecer a cada paciente fumador, al menos uno de estos tratamientos: (a) los pacientes dispuestos a tratar de abandonar su hábito de fumar deben recibir el tratamiento que se presente como el más efectivo; (b) los pacientes que no están en disposición de tratar de abandonar su hábito de fumar deben recibir una intervención breve diseñada para aumentar su motivación para dejar el hábito.
3. Es esencial que los prestadores de servicios de atención en salud y los sistemas de salud (incluyendo a los administradores, asegurado-

ras y compradores) institucionalicen la identificación, documentación y tratamiento de todos

los usuarios del tabaco que se atienden en los sistemas de salud.

<p>Estas intervenciones deben ser parte de cada encuentro con un paciente que ha abandonado el hábito recientemente.</p>	<p style="text-align: center;">Prevención de recaída en la práctica mínima.</p> <p>Cada exfumador que se somete a una prevención de recaída debe recibir felicitaciones por cualquier éxito y recibir una fuerte motivación para perseverar en la abstinencia. Cuando se encuentra una persona que ha abandonado el hábito recientemente se deben utilizar preguntas abiertas diseñadas para iniciar al paciente en la solución de problemas (por ejemplo, cómo le ha ayudado a usted la suspensión del uso del tabaco?. El clínico debe motivar la discusión activa con el paciente sobre los siguientes temas:</p> <p>Los beneficios, incluyendo beneficios para la salud, que el paciente puede obtener por dejar el hábito de fumar.</p> <p>El éxito que el paciente ha tenido al dejar el hábito (por ejemplo, duración de la abstinencia, reducción del retiro)</p> <p>Los problemas que se han encontrado o las amenazas que se prevén par mantener la abstinencia (por ejemplo, depresión, aumento de peso, otros usuarios del tabaco en el hogar)</p>
<p style="text-align: center;">Prevención Prescriptiva de la Recaída</p> <p>Los componentes de la prevención prescriptiva de la recaída se individualizan con base en la información obtenida acerca de los problemas que el paciente ha encontrado para mantener la abstinencia. Estas intervenciones más intensivas para la prevención de la recaída pueden aplicarse durante el contacto de seguimiento (personalmente o por teléfono) o mediante un clínico o programa especializado. Los problemas específicos probablemente deben ser reportados por los pacientes y las posibles respuestas siguientes:</p>	
<p style="text-align: center;">Problema</p> <p>Falta de apoyo para dejar el hábito</p>	<p style="text-align: center;">Respuestas</p> <p>Programar visitas de seguimiento o llamadas telefónicas con el pacientes. Ayudar al paciente a identificar las causas del apoyo dentro de su medio ambiente Remitir al paciente a una organización adecuada que ofrezca asesoría o apoyo para dejar el hábito.</p>
<p>Estado de ánimo negativo o depresión</p>	<p>Si es significativa, dé asesoría, prescriba medicamentos adecuados, o remita al paciente a un especialista.</p>
<p>Síntomas fuertes o prolongados de retiro</p>	<p>Si el paciente reporta deseo prolongado u otros síntomas de retiro, considere ampliar el uso de una farmacoterapia adecuada o agregar/combinar medicamentos farmacológicos para reducir los fuertes síntomas de retiro</p>
<p>Aumento de peso</p>	<p>Comenzar o aumentar la actividad física recomendada; desmotivar la dieta estricta Reasegurar al paciente que es corriente cierto aumento de peso después de dejar el hábito pero que ese aumento es autolimitante Recalcar la importancia de una dieta sana Mantener al paciente bajo farmacoterapia que se sabe retarda el aumento de peso (por ejemplo, bupropion clorhidrato de liberación sostenida y terapias de reemplazo de la nicotina, particularmente chicle de nicotina). Remitir el paciente a un especialista o programa.</p>
<p>Decaimiento de la motivación/ sentimiento disminuido</p>	<p>Reasegurar al paciente que estos sentimientos son comunes. Recomendar actividades de recompensa Hacer un sondeo para asegurar que el paciente no está comprometido en el uso periódico del tabaco Recalcar que comenzar a fumar (incluso una bocanada) aumentará los deseos y hará más difícil abandonar el hábito.</p>

Tabla No 6. Componentes de las estrategias breves para evitar la recaída en el uso del tabaco.

- El tratamiento breve contra la dependencia del tabaco es efectivo y a todos los pacientes que utilizan el tabaco se les debe ofrecer al menos un tratamiento breve.
- Existe una fuerte relación de respuesta a la dosis entre la intensidad de la asesoría sobre dependencia del tabaco y su efectividad. Los tratamientos que incluyen contacto persona a persona (mediante asesoría a grupos individuales o asesoría telefónica proactiva) son efectivos y su eficacia aumenta con la intensidad del tratamiento (es decir, duración de las sesiones, número de sesiones y minutos de contacto).
- Se ha comprobado que existen tres clases de asesoría y terapias del comportamentamiento que son especialmente efectivas y que se deben utilizar con todos los pacientes que tratan de dejar el hábito de fumar: (a) la asesoría o consejería práctica (solución del problemas/ capacitación); (b) apoyo social como parte del tratamiento (apoyo social dentro del mismo tratamiento); y (c) ayuda para asegurar el apoyo social por fuera del tratamiento (apoyo social extra-tratamiento)
- Ahora existen numerosas farmacoterapias para abandonar el hábito de fumar. Excepto en pre-

sencia de circunstancias especiales, estas farmacoterapias se deben emplear con todos los pacientes que se esfuerzan por abandonar su hábito de fumar. Con poblaciones especiales se deben tener especial consideración antes de utilizar la farmacoterapia; por ejemplo, las poblaciones con contraindicaciones médicas, las que fuman menos de 10 cigarrillos al día, las mujeres embarazadas, las que están en periodo de lactancia y los adolescentes fumadores. Se identificaron cinco farmacoterapias de primera línea que en forma confiable aumentan los índices de abstinencia por largo tiempo: el bupropion clorhidrato de liberación sostenida, el chicle de nicotina, el inhalador de nicotina, el spray nasal de nicotina y el parche de nicotina. Se identificaron dos farmacoterapias de segunda línea que pueden ser consideradas por los prestadores de servicios de atención en salud, si las cinco farmacoterapias de

primera línea no son efectivas: Clorhidrato de clonidina y clorhidrato de nortriptilina. Los parches de nicotina, que se pueden comprar sin prescripción, son efectivos en relación con el placebo y se debe fomentar su uso.

8. Los tratamientos contra la dependencia del tabaco son clínicamente efectivos y costo-efectivos en relación con otras intervenciones médicas para la prevención de enfermedades. Como tales, los usuarios deben asegurarse que: (a) todos los planes de seguros incluyan como un beneficio reembolsable la asesoría y los tratamientos farmacoterapéuticos, identificados como efectivos en la guía actualizada; y (b) se reintegre a los prestadores de servicios de atención en salud por la aplicación del tratamiento contra la dependencia del tabaco así como son reembolsados por tratar otras condiciones crónicas.

Evaluación	La evaluación debe asegurar que los fumadores están dispuestos a realizar un esfuerzo para abandonar el hábito utilizando un programa de tratamiento intensivo. Otras evaluaciones pueden dar información útil en la asesoría (nivel de estrés, presencia de comorbilidad)
Aspectos prestadores de servicios de atención en salud del programa	Múltiples tipos de aspectos prestadores de servicios de atención en salud son efectivos y se deben utilizar. Una estrategia de asesoría sería tener mensajes médicos y de salud acerca de los riesgos y beneficios para la salud y aplicar farmacoterapia y otras ayudas psicosociales o intervenciones del comportamiento.
Intensidad del programa	Debido a la evidencia de una fuerte relación de respuesta a la dosis, * el programa debe constar de 4 o más sesiones, con la sesión más prolongada que dure más de 10 minutos, para un tiempo total de contacto no más de 30 minutos.
Formato del programa	Se puede utilizar asesoría individual o en grupo. También es efectiva la asesoría telefónica proactiva. Es opcional el uso de material auxiliar de autoayuda. Se deben utilizar procedimientos de intervención de evaluación del seguimiento.
Tipo de asesoría y terapias de comportamiento	La asesoría y las terapias de comportamiento deben incluir consejería práctica (solución de problemas / habilidades) y apoyo social intra y extra tratamiento.
Farmacoterapia	Todo fumador debe motivarse para utilizar farmacoterapias aconsejadas en la guía actualizada excepto en presencia de circunstancias especiales. Se debe dar consideración especial antes de utilizar la farmacoterapia en poblaciones seleccionados (por ejemplo, embarazo, adolescentes) (Ver Tabla 3 para guía clínica general). El clínico debe explicar cómo estos medicamentos aumentan el éxito para dejar el hábito de fumar y reducen los síntomas de retiro. Los agentes de farmacoterapia de primera línea incluyen bupropion clorhidrato de liberación sostenida, chicle de nicotina, inhalador de nicotina, spray nasal de nicotina y el parche de nicotina.
Población	Se pueden utilizar programas de intervención intensiva con todos los usuarios del tabaco que estén dispuestos a participar en estos esfuerzo.
* Esta conclusión se basa en los meta-análisis de estudios en los cuales los sujetos se asignaron aleatoriamente a tratamientos de diferente intensidad. Por consiguiente, la intensidad del tratamiento no se confundió con la disponibilidad del sujeto para permanecer en el tratamiento. Algunos estudios en el meta-análisis compararon los tratamientos activos de varias intensidades mientras que otros estudios compararon solamente un tratamiento activo con una condición de control.	

Tabla No 7. Componentes de la intervención intensa para dejar el hábito de fumar. Componente estrategia de implementación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults - United States, 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997;46:1217-1220. MEDLINE
2. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health-care professional counseling of smokers to quit - United States, 1991. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1993;42:854-857. MEDLINE
3. Hayward RA, Meetz HK, Shapiro MF, Freeman HE. Utilization of dental services: 1986 patterns and trends. J Public Health Dent. 1989;49:147-152. MEDLINE
4. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? J Am Dent Assoc. 1996;127:259-265. MEDLINE
5. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking Cessation: Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service,

- Agency for Health Care Policy and Research; 1996. AHCPR publication. 96-0692.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*. Rockville, Md: US Dept of Health and Human Services; 2000. AHRQ publication No. 00-0032.
 7. Slade J. Cessation: it's time to retire the term. Society for Research on Nicotine and Tobacco Newsletter. 1999;5:1-4.
 8. Glynn TJ, Manley MW. *How to Help Your Patients Stop Smoking: A National Cancer Institute Manual for Physicians*. Bethesda, Md: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1990. NIH publication No. 90-3064.
 9. Glynn TJ, Manley MW, Pechacek TF. Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Prog Clin Biol Res*. 1990;339:11-25. MEDLINE
 10. American Medical Association. *American Medical Association Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Nicotine Dependence: How to Help Patients Stop Smoking*. Washington, DC: American Medical Association; 1994.
 11. Rundmo T, Smedslund G, Gotestam KG. Motivation for smoking cessation among the Norwegian public. *Addict Behav*. 1997;22:377-386. MEDLINE
 12. Colby SM, Monti PM, Barnett NP, et al. Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:574-578. MEDLINE
 13. Miller W, Rolnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, NY: Guilford; 1991.
 14. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation: implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991;12:727-735. MEDLINE
 15. Westman EC, Behm FM, Simel DL, Rose JE. Smoking behavior on the first day of a quit attempt predicts long-term abstinence. *Arch Intern Med*. 1997;157:335-340. MEDLINE
 16. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, Rosbrook B, Sadler G, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:202-211. MEDLINE
 17. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation: who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA*. 1994;271:589-594. MEDLINE
 18. Brandon TH, Tiffany ST, Obremski KM, Baker TB. Postcessation cigarette use: the process of relapse. *Addict Behav*. 1990;15:105-114. MEDLINE
 19. Hatzianreou EJ, Pierce JP, Lefkopoulou M, et al. Quitting smoking in the United States in 1986. *J Natl Cancer Inst*. 1990;82:1402-1406. MEDLINE
 20. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T, for the Agency for Health Care Policy and Research. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*. 1997;278:1759-1766. MEDLINE
 21. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med*. 1998;339:673-679. MEDLINE
 22. Cummings KM, Giovino G, Sciandra R, Koenigsberg M, Emont SL. Physician advice to quit smoking: who gets it and who doesn't. *Am J Prev Med*. 1987;3:69-75. MEDLINE
 23. Ferry LH, Grissino LM, Runfola PS. Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA*. 1999;282:825-829. MEDLINE
 24. Scott CS, Neighbor WE. Preventive care attitudes of medical students. *Soc Sci Med*. 1985;21:299-305. MEDLINE
 25. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion - a survey of primary-care practitioners. *N Engl J Med*. 1983;308:97-100. MEDLINE
 26. Kottke TE, Solberg LI, Brekke ML, Conn SA, Maxwell P, Brekke MJ. A controlled trial to integrate smoking cessation advice into primary care practice: Doctors Helping Smokers, Round III. *J Fam Pract*. 1992;34:701-708. MEDLINE
 27. Parrott S, Godfrey C, Raw M, West R, McNeill A, for the Health Educational Authority. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. *Thorax*. 1998;53(5 suppl 2):S1-S38. MEDLINE
 28. Croghan IT, Offord KP, Evans RW, et al. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence: the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc*. 1997;72:917-924. MEDLINE
 29. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA*. 1989;261:75-79. MEDLINE
 30. Eddy DM. The economics of cancer prevention and detection: getting more for less. *Cancer*. 1981;47:1200-1209. MEDLINE
 31. Eddy DM. Setting priorities for cancer control programs. *J Natl Cancer Inst*. 1986;76:187-199. MEDLINE
 32. Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care*. 1998;36:670-678. MEDLINE
 33. Oster G, Huse DM, Delea TE, Colditz GA. Cost-effectiveness of nicotine gum as an adjunct to physician's advice against cigarette smoking. *JAMA*. 1986;256:1315-1318. MEDLINE
 34. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998;14:320-330. MEDLINE
 35. Lightwood JM, Glantz SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation: myocardial infarction and stroke. *Circulation*. 1997;96:1089-1096. MEDLINE
 36. Lightwood JM, Phibbs CS, Glantz SA. Short-term health and economic benefits of smoking cessation: low birth weight. *Pediatrics*. 1999;104:1312-1320. MEDLINE
 37. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJ, Dalmat ME. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *Am J Prev Med*. 1990;6:282-289. MEDLINE
 38. Johnson RE, Hollis JF, Stevens VJ, Woodson GT. Patterns of nicotine gum use in a health maintenance organization. *DICP*. 1991;25:730-735. MEDLINE
 39. Cox JL, McKenna JP. Nicotine gum: does providing it free in a smoking cessation program alter success rates? *J Fam Pract*. 1990;31:278-280. MEDLINE
 40. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, Lewis J, Bickel WK. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med*. 1991;20:486-496. MEDLINE
 41. Henry RC, Ogle KS, Snellman LA. Preventive medicine: physician practices, beliefs, and perceived barriers for implementation. *Fam Med*. 1987;19:110-113. MEDLINE

42. Centers for Disease Control and Prevention. Use of clinical preventive services by adults aged <65 years enrolled in health-maintenance organizations - United States, 1996. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1998;47:613-619. MEDLINE

43. Davis RM. Healthcare report cards and tobacco measures. Tob Control. 1997;(6 suppl 1):S70-S77. MEDLINE



¡SE PUEDE LOGRAR!