

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO

PERÚ 2010



COLEGIO MÉDICO  
DEL PERÚ



Sociedad  
Peruana  
de Neumología



COLAT-PERU

Comité Nacional de Lucha Antitabacista

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

**Derechos de copia y reproducción.** Este documento es el resultado de una colaboración de intersociedades médicas coordinada para el Abordaje técnico al tabaquismo en el país.

Puede ser reproducido total o parcialmente para ser utilizado con fines asistenciales o educativos, previa autorización.

No puede ser utilizado con propósitos comerciales o de mercadotecnia.

Las sociedades médicas e instituciones participantes se reservan el derecho de autoría

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

18 de Mayo, 2010

PRIMERA EDICIÓN

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## Colegio Médico del Perú

Decano del Colegio Médico del Perú

Dr. Ciro Maguiña

### Vicedecano

Dra. Carmen Fajardo

Sociedad Peruana de Neumología

Dr. Alberto Matsuno

Sociedad Peruana de Cardiología

Dr. Enrique Ruiz

Sociedad Peruana de Psiquiatría

Dr. Hugo Chavez Ortiz

Sociedad de Oncología Médica

Dr. Henry Gómez

### Colat

Dr. Carlos Farias

### Cedro

Dr. Alfonso Zavaleta

Este Material recibió apoyo de Laboratorios Pfizer para su Edición, Publicación y Difusión; los conceptos aquí emitidos son responsabilidad de sus autores



## PRESENTACIÓN

Uno de los grandes problemas de salud pública en el mundo es el consumo de tabaco, su adicción se la denomina tabaquismo; se ha estimado que uno de cada 8 muertes están asociadas al consumo de tabaco, se ha estimado que cerca de 100 millones de personas murieron a causa del tabaquismo durante el siglo XX y se estima que para el año 2030 el tabaco podría ser responsable de 10 millones de muertes al año en el mundo. Otro dato estadístico llamativo es que el consumo permanente del cigarrillo se asocia a la muerte de cerca de un 50% de los fumadores crónicos. En el Perú el tabaco es la segunda droga más consumida después del alcohol, su continuo consumo se la ha asociado a ser la causante de diversos tipos de cáncer en el hombre y la mujer, como son el cáncer del pulmón, cavidad oral, entre otros numerosos males respiratorios crónicos. Los fumadores tienen mayor probabilidad de faltar más días al trabajo por enfermedad, y de morir en sus años más productivos, dejando a sus familias sin fuentes de ingresos.

Se conoce que el humo del tabaco contiene más de 4.000 compuestos químicos, de los cuales 60 son cancerígenos, existiendo además otros 16 cancerígenos en el tabaco sin quemar. El Banco Mundial ha indicado que el tabaco consume los recursos de la economía mundial a razón de 200.000 millones de dólares anuales.

A pesar de los grandes esfuerzos de prevenir el consumo del tabaco y sus componentes, es preocupante que en muchos lugares del mundo, muchos jóvenes entren al consumo precoz de esta droga. Los profesionales de la salud saben que fumar hace daño a los pacientes, hoy se sabe en forma contundente de los terribles efectos a la salud de las personas por el tabaquismo tanto en los fumadores activos como los pasivos; a pesar de ello no se cuenta con nuevas y adecuadas herramientas prácticas y eficaces para apoyar que los pacientes dejen de fumar.

Esta situación exige estrategias urgentes para disponer de agentes de salud activos y eficaces para modificar estos hechos; por lo que se ha considerado contar con un documento que permita convertirse en una herramienta útil para aquellos que aún no han sido entrenados en el tema.

Las instituciones científicas y de otra índole relacionadas y representativas del tema de tabaquismo como: Sociedad Peruana de Neumología, Sociedad Peruana de Cardiología, Sociedad Peruana de Oncología, Colat, Cedro; conscientes de esta problemática grave, unieron esfuerzos orientados a la generación de las guías técnicas de abordaje al paciente fumador, luego de casi 7 meses de trabajo culminaron esta importante guía.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

Esta guía tiene como objetivo, ofrecer claras y precisas recomendaciones acerca de la problemática del tabaquismo que son de fácil acceso a la comunidad médica y al personal del área de la salud, su contenido abarca desde las definiciones operativas básicas, el ABCD del fumador, el tratamiento farmacológico y no farmacológico y los aportes de las otras disciplinas .

Por lo expuesto, el Colegio Médico del Perú tiene la satisfacción de presentar esta GUIA NACIONAL DE ABORDAJE TECNICO AL TABAQUISMO PERU 2010, que sin lugar a dudas va a ser un aporte fundamental para el control de este grave problema sanitario, además busca brindar importantes herramientas para hacer posible que muchos pacientes superen esta adicción y tomen la decisión más importante como el abandono definitivo del consumo de tabaco.

Un agradecimiento muy especial a todas las instituciones publicas, privadas, entre otras personas, que han hecho posible la publicación de esta importante y valiosa guía en el Perú.

Dr. Ciro Maguiña Vargas  
*Decano Nacional Colegio Médico del Perú*

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## AUTORES

**Dr. Alfredo Guerreros**

Vicepresidente de la sociedad Peruana de Neumología  
Team Leader del grupo de desarrollo de la Guía

**Dr. Alberto Matsuno**

Presidente de la sociedad de Neumología

**Dr. Enrique Ruiz**

Presidente de la Sociedad Peruana de Cardiología

**Dr. Carlos Farias**

Presidente de COLAT

**Dr. Carlos Ordoñez**

Director del capítulo de farmacodependencia  
Asociación psiquiátrica peruana

**Dr. Milton Rojas**

Coordinador Lugar de Escucha  
CEDRO

**Dr. Ronulfo Vega**

Miembro de la Sociedad Peruana de Neumología y de COLAT

**Declaración de conflicto de intereses**

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

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## COLABORADORES:

Aportes de las diferentes disciplinas del Primer Nivel de Atención.

## GRUPO DE CONSENSO:

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

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## CONSULTA DE APLICABILIDAD

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

Sociedad Peruana de Neumología de Perú

Sociedad Peruana de Cardiología

Sociedad de Oncología Médica de Perú

Asociación Psiquiátrica Peruana

CEDRO

COLAT

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## ÍNDICE

Presentación	7
Fundamentos	8
Objetivos	12
Destinatarios	13
Metodología de desarrollo	14
Recomendaciones generales	15
Definiciones operativas	15
ABCD para dejar de fumar	16
Averigüe	
Consejo Breve	
Apoyo para la Cesación	
Derive	
Tratamiento No Farmacológico	17
Manejo Cognitivo Conductual	
Tratamiento Farmacológico	22
Terapia de no reemplazo nicotínico	23
Terapia de reemplazo nicotínico	23
Bupropión	25
Varenicline	26
Nortriptilina	27
Drogas de segunda línea	28
Cesación de tabaquismo en grupos especiales	29
Cardiópatas	29
Gestantes	30
Aporte de otras disciplinas	33
Enfermería	33
Nutrición	35
Manejo de las recaídas	38
Otros tratamientos e intervenciones	48
Preguntas Frecuentes	49
Resumen de las Recomendaciones	53
Bibliografía	58
Anexos	62

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## PRESENTACIÓN

El presente documento resume las definiciones del tabaquismo como enfermedad crónica y determina la categoría de consumidores y personas en riesgo por exposición; señala, además, las consecuencias nefastas de la adicción, consumo y exposición pasiva, detallando las categorías, riesgos y condición de los consumidores y los cambios fisiopatológicos producidos en ellos.

Desarrollada bajo el marco referencial de las Guías Nacionales de Abordaje Técnico de Tabaquismo, la guía incluye un manejo multidisciplinario del enfoque de la enfermedad y recoge la mejor evidencia disponible hasta el momento en diagnóstico y tratamiento, gracias a una minuciosa revisión bibliográfica y al invaluable aporte de esfuerzos previos como las guías uruguayas, neozelandesas y la novedosa contribución de las Recomendaciones de la Coalición Latinoamericana de Lucha contra el Tabaco.

Esta dirigida a profesionales de la salud interesados en el manejo del problema del tabaquismo y a los decisores en salud interesados en tomar acciones para el manejo de ésta amenaza a la salud pública.

## FUNDAMENTOS

El uso del tabaco se remonta a épocas milenarias. Los antiguos pueblos andinos y aztecas fumaban tabaco en sus rituales religiosos y lo usaban para ahuyentar a los malos espíritus. Incluso, en algunas culturas se realizaban sacrificios a los dioses utilizando las hojas de esta planta. Con la llegada de los españoles a América, este orden cambió. El uso del tabaco se internacionalizó y se convirtió en la pandemia que hoy todos conocemos y cuyas consecuencias aún pagamos. La principal causa de esta enfermedad es un compuesto encontrado en esta planta y que hoy se considera una de las drogas más adictivas usadas por el hombre: la nicotina.

Se estima que un 50% de los fumadores pueden ser clasificados como dependientes a la nicotina por presentar tres de las siguientes características evaluadas, considerándose los últimos 12 meses de consumo: (a) tolerancia; (b) síntomas de abstinencia; (c) deseo persistente de fumar; (d) un gasto de tiempo considerable consumiendo u obteniendo el tabaco y (e) seguir fumando a pesar de conocer los riesgos para la salud (1).

El concepto de tabaquismo ha evolucionado mucho en las últimas décadas. De hábito en los años sesenta, el consumo pasó a ser considerado como dependencia psicológica en los años setenta, después como adicción en los ochenta y en los años noventa se instauró la clínica del fumador. Considerando al tabaquismo como una verdadera enfermedad, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: *“una enfermedad crónica se reconoce que la mayoría de los consumidores de tabaco persisten en su consumo por muchos años y típicamente pasan por períodos de remisión y recaídas. Si bien no todos los fumadores son adictos, la mayoría de los fumadores diarios sí lo son, en los cuales es de la máxima importancia que dejen de fumar, ya que son los más expuestos a los graves daños que produce el consumo de tabaco”*.

Paralelo al consumo y sus efectos psicológicos o mentales, el fumador es preso de numerosas enfermedades directamente inducidas por fumar y otras que se potencian o agravan por el consumo, como es el caso de la Diabetes Mellitus, tuberculosis y HIV, llegando a la triste conclusión que el consumo de tabaco enferma o mata a 1 de cada dos consumidores.

Fumar está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón, del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

El humo del tabaco se compone de una corriente primaria o principal, que es la que inhala directamente el fumador, y una corriente secundaria, generada mediante la combustión espontánea del cigarro. Se han identificado más de 4.000 sustancias nocivas en el humo del cigarrillo de los cuales al menos 60 son probables carcinógenos humanos como los 4-aminobifenoles, el benceno y el níquel. Otras sustancias tóxicas son monóxido de carbono, dióxido de carbono, nitrosaminas, amoníaco y otras están como partículas en suspensión (alquitranes y nicotina).

## Carcinógenos humanos conocidos

Benceno
2-Naftilamina
4-Aminobifenil
Níquel
Polonio

## Carcinógenos humanos probables

Formaldehído
Hidrazida
Benzopireno
Anilina
Cadmio

## Sustancias tóxicas

Monóxido de carbono
Acroleína
Amonio
Óxidos de nitrógeno

## Principales componentes de fase de partículas del humo del tabaco

Componente	Concentración
Alquitrán	1-40 mg
Nicotina	1-2,5 mg
Fenol	20-150 mcg
CAMECOL	130-280 mcg
Pireno	50-200 mcg
Benzo pireno	20-40 mcg

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

Según la OMS existen en el mundo más de 1.200 millones de fumadores (2008), lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5,827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en el que se fuma en mayor proporción es el comprendido entre los 30 y 49 años.

En nuestro país, según reportes de DEVIDA en 2005, aproximadamente 2 millones de peruanos mayores de 15 años fuman, con una prevalencia de consumo en su vida (alguna vez en su vida) del 60.5%; en el año, la prevalencia de consumo para los varones alcanza el 75.9% y para las mujeres un 60.3%. Si vemos la prevalencia por mes se reporta un 39.3% en los hombres y un 16.7% para las mujeres.

En el año 2008, la Organización Mundial de la Salud estimaba en 5,4 millones el número de muertes anuales relacionadas con el consumo de tabaco. De proseguir esta tendencia para el año 2.030 la cifra aumentará hasta los ocho millones anuales. Si no se toman medidas urgentes más de 1 billón de personas morirán prematuramente por fumar durante el presente siglo.

En el Perú se estima que aproximadamente 9.000 peruanos mueren anualmente por enfermedades relacionadas con el fumar tabaco. Esto significa un número mayor de muertes que las originadas por accidentes de tránsito, tuberculosis, Sida y cólera, todas ellas juntas. El consumo de tabaco es un factor de riesgo para seis de las ocho principales causas de defunción en el mundo.

Pese a existir una probada relación entre tabaco y salud esto no ha impedido que el cigarrillo siga siendo un producto de consumo legal, con los riesgos que eso implica para el fumador asiduo. Sin embargo, esa legalidad no exime a los estados en su responsabilidad por establecer adecuadas medidas de control, incluyendo el apoyo al abandono y la terapia para la cesación.

Los gobiernos han comprendido este problema mundial y a iniciativa de la OMS se ha generado el primer Tratado Mundial por la Salud: **El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)**, suscrito por el 86% de los países del mundo y ratificado a la fecha por 168 países. Este Tratado, abarca todos los aspectos relacionados con el control del tabaco.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

El CMCT se ha impulsado con mucha fuerza en varios países del mundo estableciendo legislaciones nacionales, regionales y locales que modifican la tendencia de la epidemia, pese a la fuerte oposición de la industria tabacalera. Esto ha ocasionado una situación sui generis en los fumadores que están siendo alentados o forzados a dejar de fumar en lugares públicos y a abandonar el consumo en su totalidad. En el año 2008 se ha adicionado a este grupo un 2,3% de la población mundial gracias al impulso de leyes que prohíben fumar en espacios públicos (los llamados ambientes comunes libres de humo de tabaco), representando más de 154 millones de personas

Es claro que nuestra actitud como médicos debe ser: Prevenir el inicio del consumo para evitar la dependencia, alentar el abandono del fumador ya iniciado, tratar la dependencia de ser posible antes de que se presenten morbilidades asociadas y cuando ya existe morbilidad asociada obligatoriamente tratar la dependencia.

Nuestro país ha promulgado la Ley N° 28705 para la Prevención del Consumo y los Riesgos por Fumar que incorpora los aspectos más relevantes en Control de Tabaco y que mereció incluso una reciente e importante enmienda, abriéndose así la posibilidad de seguir perfeccionándola. En el Artículo 5° de la Ley se considera:

## Artículo 5.- De la información y educación al público

*El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación implementarán dentro de sus respectivas competencias:*

- 1. Programas educativos sobre los riesgos de enfermar y morir que acarrea el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, incluidas sus propiedades adictivas.*
- 2. Programas de diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco.*
- 3. Servicio de asesoramiento sobre el abandono del consumo de tabaco.*

Esta guía, sin duda, favorecerá el cumplimiento de la mencionada ley tomando en cuenta que la CESACIÓN es una importante estrategia que todo país debe implementar en el control del tabaco.

[2 y 3] WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## OBJETIVOS DE LA GUÍA

### General

- Ofrecer herramientas sencillas a todos los integrantes del equipo de salud para realizar una intervención efectiva en la población fumadora.

### Específicos

- Disminuir la prevalencia del consumo de tabaco y sus consecuencias en la población peruana
- Crear conciencia en los profesionales de la salud sobre esta enfermedad
- Promover el abandono del consumo en los fumadores
- Establecer criterios de consenso de abordaje del tabaquismo, apoyados en la mejor evidencia disponible
- Impulsar la implementación de una política nacional de abordaje al tabaquismo

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## DESTINATARIOS

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

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

## METODOLOGÍA DE DESARROLLO

### Elaboración de la Guía Peruana

#### a. Versión preliminar

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

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

#### b. Versión consensuada

En Abril de 2010 se distribuyó la versión preliminar a todos los grupos que trabajan en cesación de tabaquismo en el país junto con una planilla para recoger sus opiniones sobre cada recomendación propuesta en la guía.

Luego de analizar y resumir los aportes recibidos se discutió cada recomendación para llegar a una versión consensuada luego de ocho reuniones llevadas a cabo entre noviembre del 2009 y abril de 2010. En estas reuniones participaron aproximadamente 12 profesionales, miembros en su mayoría de grupos multidisciplinarios que trabajan en cesación de tabaquismo. Todas las recomendaciones fueron aprobadas por consenso de los presentes.

En la primera reunión fue necesario crear un grupo de trabajo para dilucidar una discusión sobre el tratamiento farmacológico combinado. Este grupo estuvo integrado por expertos de distintas especialidades.

Finalmente se distribuyó la versión consensuada para su aprobación final.

#### c. Evaluación de revisores

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

## RECOMENDACIONES GENERALES

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

Posteriormente se desarrolla con detalle cada uno de los aspectos considerados anteriormente.

### Definiciones Operativas

#### Fumador

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

Dentro de este grupo se puede diferenciar:

- **Fumador Diario**

Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.

- **Fumador Ocasional**

Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; igualmente debe considerarse como fumador.

- **Fumador Pasivo**

Es la persona que no fuma pero que respira el humo de tabaco ajeno sea humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental.

#### Ex Fumador

Es la persona que habiendo sido fumador se ha mantenido en abstinencia al menos por los últimos 6 meses.

#### No Fumador

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

## ABORDAJE DE LA CESACIÓN

### ABCD PARA DEJAR DE FUMAR

<p><b>A</b> Averigüe (Pregunte)</p>	<p>1. Pregunte y documente la condición o no de fumador de cada una de las personas. En el caso de que hayan dejado de fumar recientemente, su estado deberá ser controlado y puesto al día regularmente en la historia clínica</p>
<p><b>B</b> Breve Consejo</p>	<p>1. Aconseje dejar de fumar. Por ejemplo, podría decir "Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo". "¿Conoce los riesgos que implica fumar?, ¿se da cuenta del daño que le produce?"</p> <p>2. Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales, y cómo el dejar de fumar podría ayudarlo. Destaque los beneficios más importantes (ver anexo 1).</p> <p>3. Documente que se ha brindado consejo.</p> <p>4. Reitere el consejo las veces que sea necesario teniendo en cuenta que generalmente las personas hacen varios intentos de abandono antes de lograrlo definitivamente.</p>
<p><b>C</b> Apoyo para la Cesación</p>	<p>1. Todos los profesionales de la salud deben brindar apoyo. El apoyo incluye aconsejar al fumador sobre las ventajas de la abstinencia total, proveer de estrategias prácticas para lograr el cambio conductual (ver capítulo 6), disponer de medicación para ayudar a sobrellevar los síntomas de la abstinencia y coordinar una consulta de seguimiento a corto plazo.</p>
<p><b>D</b> Derive</p>	<p>1. Derivar y disponer el seguimiento: Aquellos trabajadores de la salud sin experiencia o sin disponibilidad de tiempo para dar apoyo para la cesación deberán, luego del consejo, derivar a los fumadores a servicios especializados en cesación de tabaquismo. Es conveniente entregar al paciente un listado con los datos de las unidades de cesación disponibles.</p>

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

### Evaluación de los procesos de cambio en el trabajo con dependientes de la nicotina

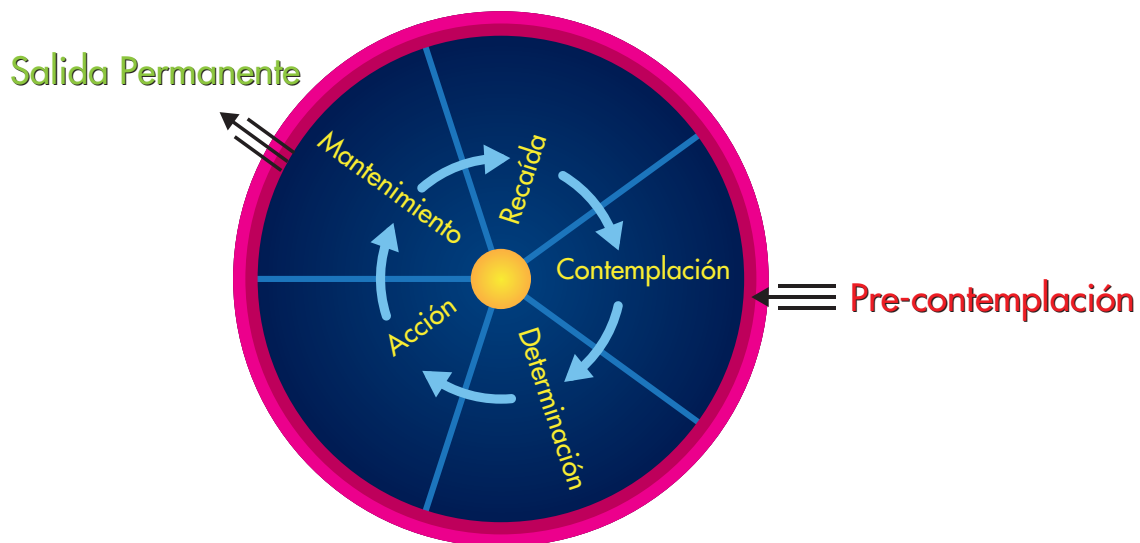
Para la evaluación y determinación de los ciclos de cambio, los investigadores James Prochaska y Carlo DiClemente propusieron un modelo teórico acerca del cambio conocido como la "Rueda de Cambio" que surge del modelo transteórico, admitiendo el establecimiento de cuatro, cinco o seis etapas. Para la evaluación de la dependencia nicotínica proponemos la rueda de cinco partes (Figura 1) con una sexta etapa (pre-contemplación) que se sitúa fuera de la rueda.

Resulta útil emplear el recurso de la rueda o círculo pues refleja que en todo proceso de cambio la persona "gira" alrededor de la misma varias veces antes de alcanzar un cambio permanente.

En sus primeras investigaciones, justamente con adictos a la nicotina, Prochaska y DiClemente hallaron que estas personas giraban alrededor de la rueda entre tres y siete veces, con una media de cuatro veces, previo al abandono del tabaco. La rueda también incluye a la recaída como un acontecimiento normal o un estadio más dentro del proceso.

Diferenciando diversas etapas para llegar a la preparación para el cambio, el modelo considera que un terapeuta debe utilizar distintas técnicas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. Así, se requiere diferentes habilidades y estrategias, por ejemplo en el trabajo con la contemplación y con la etapa de acción. En este contexto, James Prochaska, Carlo DiClemente, Stephen Rollnick, William Miller entre otros, sostienen que los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren "no motivados" o resistentes al cambio, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra el paciente.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO MOTIVACIONAL



Los estadios de cambio de J.Q. Prochaska y C.C. DiClemente  
Fuente: Miller y Rolinick (1999)

Figura 1

1. **Precontemplativo:** no se piensa seriamente en el cambio y el fumador no se ve desarrollando una conducta problema.
2. **Contemplativo:** momento en el que se piensa en el cambio. Hay esfuerzos por comprender la adicción nicotínica, sus causas, sus consecuencias y su posible tratamiento junto con una necesidad importante de hablar de ello. Hay dudas y ambivalencias.
3. **Preparación:** se toma la decisión y el usuario se compromete a abandonar el consumo de tabaco. Asimismo se encuentra preparado para la actuación. Prioriza la abstinencia.
4. **Acción:** es la etapa en la que la persona cambia la conducta manifiesta y la encubierta con o sin ayuda profesional. Busca un cambio en las condiciones ambientales que le rodea. Supone un gasto considerable de energía y de tiempo.
5. **Mantenimiento:** supone una continuación activa del proceso del cambio. Los fumadores de tabaco suelen sentir miedo no solo de recaer sino también del cambio mismo.
6. **Recaída:** ocurre cuando las estrategias de mantenimiento fallan. El adicto a la nicotina se enfrenta a sentimientos de culpa, frustración, fracaso, etc. George Marlatt dice que es importante contener estos sentimientos llamados por él "efectos de la violación de la abstinencia". Si no hay una intervención en este momento, esos mismos efectos pueden anular la decisión de hacer algo distinto, pudiendo llegar a una recaída total y desastrosa.
7. **Finalización:** El deseo por fumar es nulo. El paciente tiene la confianza y la seguridad suficientes para mantener el cambio en cualquier situación. De esta forma, la recaída se contempla como una marcha atrás pero ya a un nivel superior.

Esta conjunción de teorías contempla como una espiral ascendente el proceso de aprendizaje que lleva a la abstinencia.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN BÁSICA EN FUMADORES

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

## EVIDENCIA

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

Tanto el apoyo cara a cara individual como colectivo son efectivos.

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

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

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

## RECOMENDACIONES

<b>A</b>	Ofrecer apoyo presencial para la cesación del tabaquismo tanto a escala individual como en grupos. Realizar no menos de 4 sesiones sabiendo que a mayor número de intervenciones mejor es el resultado.
<b>A</b>	Promover un cambio de actitud frente al tabaquismo. Destacar la relación del tabaquismo con la enfermedad actual del paciente. Enfatizar el incremento de daño que implica fumar cuando están presentes otros factores de riesgo.
<b>C</b>	Los trabajadores de la salud que brinden apoyo para la cesación deben recibir un entrenamiento adecuado.
<b>C</b>	Debe asignarse tiempo específico para proveer apoyo en los tratamientos de cesación.
<b>RPG</b>	Registrar las estrategias aportadas y los acuerdos alcanzados. Realizar seguimiento periódico.

### Claves para Grados de Recomendación

**A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia

**B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.

**C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).

**RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía

## APOYO TELEFÓNICO

El apoyo telefónico es un método efectivo para el tratamiento del tabaquismo.

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

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

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

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

## EVIDENCIA

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

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

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

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

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

## RECOMENDACIONES

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

### Claves para Grados de Recomendación

**A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia

**B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.

**C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).

**RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La intervención farmacológica constituye una herramienta terapéutica eficaz dado que duplica la chance de éxito de un intento de cesación a través del control de los síntomas de abstinencia, independientemente de la intensidad de la intervención psico-social. El tratamiento farmacológico siempre debe ser parte de una estrategia organizada para dejar de fumar y no una única intervención aislada, dado que la evidencia que sustenta su uso como único recurso es limitada y controvertida. Numerosas guías internacionales recomiendan su utilización en contexto de al menos una intervención breve psico-social y su prescripción debe realizarse en el momento evolutivo adecuado de la dependencia (fase de preparación-acción de Prochaska).

Proporcionar farmacoterapia a fumadores en etapas inmaduras del proceso (por ejemplo contemplación o pre-contemplación) constituye un uso inapropiado e ineficiente de los recursos, dado que la eficacia de la farmacoterapia se reduce significativamente en fumadores no preparados para dejar.

### **¿A quienes se les deben recomendar medicamentos para dejar de fumar?**

Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención. No están indicados en determinadas circunstancias tales como: consumo menor de 10 cigarrillos/día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia. Sin embargo las contraindicaciones para su uso en estas poblaciones son relativas. En el pasado se recomendaba un abordaje escalonado, es decir se intentaba primero que el fumador dejara de fumar sin fármacos y se ofrecía un tratamiento con sustitutos de la nicotina solo en los casos de fracaso.

**Actualmente se recomienda ofrecer terapia farmacológica de inicio a todo aquel que esté dispuesto a recibirla, por razones de efectividad y costo-efectividad.**

En el Perú al momento de la elaboración de estas guías sólo contamos con Bupropion, Varenicline y goma de mascar como terapia farmacológica de primera línea.

### Terapia de no reemplazo Nicotínico

Antes de iniciar la Terapia de Reemplazo Nicotínico (TRN), el paciente debe parar de fumar completamente y si no lo ha logrado a la cuarta semana de tratamiento se debe suspender la terapia y evaluar los factores que están impidiendo la abstinencia, antes de comenzar un nuevo intento.

#### • Parches de Nicotina

Los parches están disponibles en concentraciones de nicotina: 7, 14 y 21 mg. Si el paciente fuma más de 10 cigarrillos al día deben emplearse los parches de 21 mg/día durante 4 a 6 semanas, luego los de 14 mg/día durante dos semanas adicionales y finalmente los de 7 mg durante 2 semanas más. Los pacientes que fuman menos de 10 cigarrillos al día pueden comenzar con los parches de 14 mg/día durante 6 semanas, seguidos por los parches de 7 mg/día durante 2 semanas adicionales. No se ha demostrado el beneficio de prolongar el tratamiento con parches de nicotina más allá de 3 meses. El parche debe colocarse después del baño, con la piel seca y limpia, en una zona sin vello, entre el tórax y la cintura, cambiándolo diariamente luego del baño y en un lugar corporal diferente cada vez, para disminuir la posibilidad de irritación y sensibilización dérmica. Los parches no deben cortarse porque se produce una rápida evaporación del contenido, haciéndolos rápidamente inservibles. La duración habitual del tratamiento es de 8 a 12 semanas pero la reducción de la dosis inicial se debe comenzar a partir de la sexta semana. El paciente debe dejar de fumar durante la primera semana del tratamiento, idealmente al tercer día, cuando se obtiene el estado estable de concentración sérica de nicotina. En grandes fumadores pueden combinarse los parches con los chicles o las tabletas sublinguales de nicotina. No deben usarse en insuficiencia renal o hepática, diabetes mellitus descompensada, hipertiroidismo, hipertensión no controlada o enfermedad vascular periférica.

#### • Chicles de nicotina

Deben emplearse durante 12 semanas con el siguiente esquema:

- Semanas 1 a 6: masticar un chicle cada 1 a 2 horas, mínimo 9 piezas al día.
- Semanas 7 a 9: masticar un chicle cada 2 a 4 horas.
- Semanas 10 a 12: masticar un chicle cada 4 a 8 horas.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

Esta pauta sólo tiene valor informativo; la decisión última sobre la dosis y frecuencia de tratamiento deberá ser realizada de forma individualizada. En cualquier caso no se debería exceder el consumo de unos 24 chicles de nicotina de 2 mg/día o de más de 15 chicles de 4 mg, y su disminución debe ser gradual y concertada a lo largo de los siguientes tres meses. Es necesario que la pieza sea introducida en la boca y masticada lentamente.

- **Tabletas Sublinguales de Nicotina**

Las tabletas sublinguales pueden ser útiles para los casos en que la goma de mascar no sea apropiada, como en el caso de disfunción de la articulación temporomandibular. Viene en presentaciones de 2 y 4 mg, la primera dirigida a adicciones leves y la segunda en dependencias moderadas y graves. Las tabletas no deben ser masticadas ni tragadas. Se debe emplear una tableta cada 1-2 horas aproximadamente, durante las primeras seis semanas. Se debe emplear una tableta por vez, moviéndola en la boca de vez en cuando y chupándola hasta que se disuelva totalmente. Este proceso puede durar hasta 30 minutos. Deben evitarse las bebidas ácidas durante el tratamiento. No ingerir bebidas ni comidas mientras se esté empleando la tableta sublingual.

- **Spray nasal**

Efectuar 1 a 2 disparos por hora sin exceder más de 5 dosis (10 disparos) por hora. Y por día, como máximo 40 dosis (80 disparos). Cada dosis (2 disparos) contiene 1 mg de nicotina.

- **Inhalador de nicotina**

Cada cartucho suministra 20 minutos de inhalaciones activas. Diez inhalaciones suministran la misma cantidad de nicotina que una "fumada" (inhalada) al cigarrillo (un cigarrillo contiene entre 1.0 y 2.5 mg de nicotina). El mejor efecto terapéutico se obtiene mediante inhalaciones frecuentes, generalmente cada 20 minutos. Un cartucho de 10 mg libera 4 mg de nicotina. El protocolo usual requiere de 3 a 6 meses de tratamiento. De la semana 1 a la 12 deben emplearse entre 6 y 16 cartuchos diariamente; de las semanas 13 a 24 se debe reducir paulatinamente el número de cartuchos empleados cada día.

Hasta el momento no hay evidencia de la eficacia del cigarrillo electrónico como tratamiento. Se necesitarán nuevas investigaciones para determinarla.

### Terapia de reemplazo nicotínico

- Bupropion

El mecanismo neuroquímico del Bupropion se atribuye a su efecto inhibitor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, bloqueo de los receptores nicotínicos colinérgicos, que compensa la disminución de los niveles del neurotransmisor de dopamina en el núcleo accumbens, cuando el paciente deja de fumar.

Las tabletas de liberación de 150 mg y 300 mg deben tomarse enteras, no ser masticadas, maceradas ni fragmentadas. Se recomienda el inicio gradual del tratamiento con el fin de atenuar las náuseas que se pueden presentar debido al aumento de dopamina; por ello se debe comenzar con una sola tableta de 150 mg durante los tres primeros días, tomada a primera hora de la mañana, con o sin alimentos; a partir del cuarto día el paciente debe tomar una tableta de 150 mg en la mañana y otra en la tarde con separación mínima de 8 horas, nunca en la noche pues aumenta la incidencia de insomnio como efecto adverso. Se requiere de una semana de tratamiento para obtener concentraciones séricas estables, por lo que se puede permitir que el paciente continúe fumando los primeros siete días, pero debe suspenderse durante la segunda semana de tratamiento. El tratamiento debe continuarse durante 7 a 12 semanas. Si a la séptima semana el paciente no ha logrado la abstinencia es poco probable que la logre. Al alcanzar la dosis de 300 mg/día, alternativamente puede emplearse una sola tableta de liberación de 300 mg cada mañana. La prolongación del tratamiento más allá de 12 semanas debe hacerse solo en casos particulares.

El Bupropion es un potente inhibidor de la P2D6. Por lo tanto, si el paciente está recibiendo medicamentos metabolizados por esta isoenzima, tales como otros antidepresivos (ej. nortriptilina, imipramina, desipramina, paroxetina, fluoxetina, sertralina), antipsicóticos (ej. haloperidol, risperidona, tioridazina), beta-bloqueadores (ej. metoprolol) y antiarrítmicos del grupo 1C (ej. propafenona, flecainida) se debe considerar la disminución de la dosis de cualquiera de ellos, vigilando la aparición de efectos adversos, sobre todo en relación con los medicamentos de estrecho rango terapéutico. Tampoco debe prescribirse en pacientes bajo tratamiento con warfarina ya que se puede asociar a alteraciones del TP e INR y más raramente a complicaciones trombóticas o hemorrágicas.

En general debe evitarse la prescripción de Bupropion a pacientes con alteraciones hepáticas o renales,

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

antecedentes de trauma craneoencefálico, convulsiones o que estén recibiendo medicamentos que disminuyan el umbral convulsivo (ej. antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, esteroides sistémicos, etc.), al igual que en pacientes con bulimia, anorexia nerviosa, suspensión abrupta de tratamientos con benzodiazepinas, adicción a opiáceos, cocaína, anfetaminas, diabéticos en tratamiento con hipoglucemiantes o alcohólicos con riesgo de síndrome de abstinencia ya que en todos ellos se ha encontrado una mayor incidencia de convulsiones cuando reciben el medicamento.

Las tabletas de Bupropion de liberación combinadas con parches de nicotina son más efectivas que la monoterapia en los pacientes en los que no se logró la abstinencia. Sin embargo, puede presentarse una mayor incidencia de hipertensión (6.1%), en comparación con Bupropion solo (2.5%) o los parches de nicotina solos (1.6%). Por lo tanto, la combinación deberá ser estrechamente vigilada, en especial en los pacientes hipertensos o con factores de riesgo para hipertensión.

Se ha observado que en hasta 1 de cada 100 pacientes el empleo de bupropión se ha asociado a edema y hasta en 1 de cada 1000 pacientes anomalías electrocardiográficas (extrasístoles, cambios inespecíficos en el segmento ST, prolongación del intervalo QTc y ensanchamiento del QRS).

- **Varenicline**

Este medicamento favorece la liberación de dopamina en el núcleo accumbens con alrededor de un tercio de la intensidad con que lo hace la nicotina. Esto permite atenuar efectivamente los síntomas del síndrome de abstinencia a la nicotina y parcialmente su señal condicionada, sin producir placer ni dependencia.

La Varenicline a dosis de 1 mg dos veces al día durante 12 semanas es eficaz y segura como tratamiento de la dependencia a la nicotina. Durante la primera semana los pacientes podrán fumar y deberán utilizar el fármaco a dosis de 0.5 mg (una tableta) en la mañana, después de alimentos, con un vaso de agua fría, durante los tres primeros días; continuando del cuarto a séptimo día con una tableta de 0.5 mg en la mañana y otra en la noche. A partir del octavo día se puede dejar de fumar y continuar tomando una tableta de 1 mg en la mañana y otra de 1 mg en la noche. La dosis puede disminuirse si los pacientes experimentan efectos adversos tales como náuseas, cefalea o insomnio.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

La duración del tratamiento debe ser de 12 semanas en los pacientes que han dejado de fumar exitosamente, pero la prolongación del tratamiento durante 12 semanas más aumenta la probabilidad de abstinencia en el largo plazo (Tonstad et al, 2006).

Debe suspenderse el medicamento si el paciente aún continúa fumando a los tres meses, intervenir en los factores que han impedido la abstinencia y reiniciar el tratamiento desde el comienzo.

Para pacientes con falla renal leve y moderada no se requiere ajuste de la dosis. Para pacientes con falla renal severa la dosis recomendada es de 0.5 mg una vez al día, ajustándola según respuesta hasta 0.5 mg dos veces al día. Para pacientes en hemodiálisis, la dosis máxima recomendada es 0.5 mg una vez al día.

Los efectos adversos que más frecuentemente han sido reportados en los diferentes estudios son: náuseas, cefalea, y sueños anormales, dolor abdominal, constipación, boca seca, dispepsia, flatulencia y vómito. De todos ellos el más frecuente es la náusea, usualmente transitoria y dosis dependiente, por lo que el índice de abandono del tratamiento debido a este efecto adverso es inferior al 3% y puede manejarse con la disminución transitoria de la dosis habitual.

No se han descrito interacciones significativas con el empleo de la vareniclina pero se debe tener presente que dejar de fumar puede disminuir la inducción de la citocromo P450 2A6 que participa en el metabolismo de algunos medicamentos tales como cafeína, teofilina y fluvoxamina, por lo que teóricamente estos podrían alcanzar niveles supratrapéuticos. Cabe indicar que la vareniclina está clasificada por la Food and Drug Administration de los Estados Unidos (FDA) como un medicamento clase C (posible riesgo para el feto) por lo que debe suministrarse solo si el beneficio justifica el potencial riesgo fetal.

### • Nortriptilina

La nortriptilina tiene el doble de efectividad que el placebo para el tratamiento de la adicción a la nicotina. Su prescripción debe iniciarse un mes antes de la fecha probable de inicio de la abstinencia en dosis de 25 mg/día, según indican las pruebas clínicas, aumentando gradualmente la dosis hasta 75 y 100 mg/día durante un tiempo de tratamiento variable que oscila entre las 6 y 13 semanas, aunque algunos médicos sugieren extender el tratamiento hasta 6 meses.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

La suspensión del medicamento no debe hacerse de manera abrupta sino gradualmente. La nortriptilina no ha sido aprobada por la FDA para esta indicación. Los efectos adversos más frecuentemente reportados con el medicamento son: boca seca, visión borrosa, retención urinaria, sensación de liviandad cefálica, sudoración en manos y sedación. No debe emplearse en pacientes con enfermedades cardiovasculares ni en aquellos que desempeñen actividades que requieran ánimo vigilante.

### Drogas de segunda Línea

- Clonidina

Este medicamento antihipertensivo se prescribe regularmente para tratar el síndrome de abstinencia asociado a ciertas farmacodependencias. La clonidina duplica aproximadamente la tasa de abstinencia cuando se le compara con placebo. Los estudios han empleado dosis que oscilan entre 0.1 y 0.75 mg/día, suministradas por vía transdérmica u oralmente. Debe tenerse presente que la administración del medicamento puede asociarse a síntomas tales como nerviosismo, agitación, cefalea, temblor distal e hipertensión secundarias al aumento de la liberación de catecolaminas, lo que limita su utilidad en éste contexto. Por lo tanto el personal médico debe advertir a sus pacientes de la posibilidad de aparición de estos síntomas y de su potencial perfil de efectos secundarios. Por otra parte, no hay un régimen específico validado para el tratamiento de la adicción a la nicotina por lo que su prescripción debe ser individualizada y reservada específicamente para quienes las alternativas de primera línea no resultaron.

## CESACIÓN EN GRUPOS ESPECIALES

### **Cardiopatas**

Cerca de dos mil seiscientos americanos mueren cada día como resultado de las enfermedades cardiovasculares. Eso significa que una persona muere cada 33 segundos y si es fumador tiene 4 veces más probabilidad de fallecer que el que no fuma. Diversos estudios han demostrado que las personas que fuman 15 cigarrillos al día tienen el doble de riesgo que los no fumadores de tener un infarto cardiaco y que los que fuman más de 25 cigarrillos por día tienen cuatro veces más riesgo. Por cada 10 cigarrillos que se fuman al día el riesgo de muerte por enfermedad cardiaca aumenta en un 18% en hombres y en un 31% en mujeres.

Desde 1940 cuando English y Willies, de la Clínica Mayo, reportaron la asociación entre fumar cigarrillos y la enfermedad coronaria diversos estudios han confirmado que el fumar aumenta el riesgo de infarto agudo del miocardio, muerte súbita de causa cardiaca, accidente cerebrovascular y enfermedades vasculares periféricas. Los efectos agudos del fumar en el aparato cardiovascular incluyen el aumento de la presión arterial, el incremento de la frecuencia cardiaca y la vasoconstricción coronaria, la cual contribuye a una mayor incidencia de un infarto al miocardio y de arritmias ventriculares que pueden llevar a la muerte súbita.

Dejar de fumar reduce el riesgo de la mortalidad por eventos cardiovasculares en un 43%

### **Evidencia:**

El fumar y la exposición al humo de segunda mano son las dos mayores causas evitables de enfermedad coronaria y mortalidad cardiovascular. La aterosclerosis clínica y subclínica ha sido fuertemente asociada con el tabaquismo en una relación dosis-respuesta.

El riesgo de enfermedad coronaria se incrementa diariamente con el consumo del cigarrillo

El fumador pasivo o de segunda mano está asociado con casi un 30% de incremento del riesgo de un evento cardiovascular fatal o no fatal, riesgo muy similar a aquellos fumadores ligeros

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

El riesgo de enfermedad cardiovascular producido por el cigarrillo es magnificado por la presencia de otros factores de riesgo cardiaco (hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, diabetes, etc.). Por ejemplo, si el fumador es hipertenso y diabético su riesgo se incrementa en 13 veces

### Recomendaciones:

A. Brindar consejo breve y sistemático para dejar de fumar a todo paciente cardiópata

B. La TRN puede brindarse a personas con enfermedad cardiovascular.

Sin embargo, para aquellos que han sufrido un evento vascular agudo (IMA, ACV) en las dos últimas semanas el tratamiento debe ser discutido con su médico.

### Gestantes

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

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

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

Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN en el embarazo, tanto para la madre como para su hijo. Sin embargo se reconoce que el principal beneficio sería evitar la exposición a todos los otros tóxicos contenidos en el humo de tabaco. Además la TRN usada en las dosis recomendadas alcanza menores niveles sanguíneos de nicotina que el humo de tabaco.

Por lo expuesto, algunos expertos actualmente apoyan y reconocen como segura la TRN durante el embarazo, debiendo asesorar convenientemente a la paciente sobre los riesgos y beneficios del uso de nicotina en ambas formas.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

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

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

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

### EVIDENCIA

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

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

Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN durante el embarazo.

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

## RECOMENDACIONES

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

### Claves para Grados de Recomendación

**A:** La recomendación se basa en FUERTE evidencia

**B:** La recomendación se apoya en evidencia RAZONABLE, pero puede haber un mínimo de inconsistencia o de incertidumbre.

**C:** La recomendación se basa únicamente en opinión de EXPERTOS (publicada).

**RPG:** Recomendaciones basadas en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía

## APORTE DE OTRAS DISCIPLINAS

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

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

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

### Enfermería

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

#### *Intervención de Enfermería*

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

1. **Promover** instancias educativas en sala de espera sobre el consumo de tabaco y en la comunidad con entrega de folletería.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

2. **Conocer** la situación del usuario respecto al tabaquismo, especialmente cuando se trata de niños y embarazadas (**Averigüe**). Es importante averiguar la relación que tienen los usuarios con el tabaco. Por ejemplo: “¿Fuma? ¿Ha sido fumador alguna vez? ¿Pasa parte de su tiempo con personas que fuman en su presencia?”.

3. **Registrar** en la historia clínica su condición de fumador activo o pasivo, así como el tipo de intervención realizada y su seguimiento.

4. En caso de ser fumador: Preguntar: “¿cuánto fuma? ¿Desde cuándo?”.

5. Breve consejo y apoyo para la cesación.

*Si el paciente no está pensando en dejar de fumar:*

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

*Si el paciente está pensando en dejar de fumar:*

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

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

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

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## Nutrición

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

- La recuperación casi inmediata del gusto y del olfato genera mayor deseo de comer y menor capacidad de controlar la cantidad de alimento que se ingiere.
- La persistencia del gesto de llevarse algo a la boca. Esta vez se reemplaza los cigarrillos por alimentos, por lo general se prefieren la comidas dulces y con elevado tenor calórico.
- Al dejar de fumar el gasto metabólico basal disminuye con lo que se gastan 200 a 300 calorías menos que cuando se fumaba.

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

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

### *Intervención del Licenciado en Nutrición*

#### Abordaje individual:

Debe ser realizado por todo nutricionista en su consulta habitual.

- Detectar a cada paciente fumador y registrar la condición de fumador en su historia clínica (**Averigüe**).
- Realizar **consejo breve** para la cesación.
- Derivar a la Unidad Especializada de Tabaquismo a todo paciente que manifieste su deseo de abandonar el consumo de tabaco (**apoyo para la Cesación**).

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

- Realizar una consulta nutricional en todos los casos, especialmente una vez que el paciente finaliza el tratamiento farmacológico.

### Abordaje Grupal:

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

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

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

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

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

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## *A mediano plazo:*

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

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

## *A largo plazo:*

Para pacientes ex fumadores (6 meses de cesación):

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

## MANEJO DE RECAÍDAS

Si se acepta la propuesta de la OMS de definir el tabaquismo como una toxicomanía, es decir como un proceso crónico y de recaída, deberíamos aceptar la reincidencia como parte integrante de toda evolución de una adicción tóxica. Las recaídas forman parte del desarrollo de la enfermedad, pero también del tratamiento.

La enfermedad y el tratamiento de la adicción nicotínica son dos procesos que funcionan en paralelo, aunque siempre conectados pues modifican el desarrollo de las mismas. Así, se puede pensar que un buen tratamiento permite acabar con la enfermedad y a su vez consigo mismo.

“Una vez la enfermedad resuelta, el tratamiento desaparece.” En procesos crónicos estas relaciones se modifican y muchas veces el tratamiento y la enfermedad evolucionarán en el tiempo en relación de mutua dependencia. Suele ser así en toxicomanías donde las recaídas adquieren una particular importancia.

Sin embargo, no debemos entender la recaída simplemente como un incidente de consumo ligado exclusivamente a la ingesta de droga, sino que debe de acompañarse de una recuperación del “estado de vida” que acompaña al consumo. ¿Cómo entender los consumos que aparecen de forma más o menos esporádica a lo largo del programa de tratamiento, sobre todo en los inicios o al final del mismo?

Por otra parte, para denominar a un consumo como “recaída” es necesario que haya habido una abstinencia suficientemente prolongada. En muchas ocasiones los consumos no son ni tan siquiera de las mismas sustancias, sino de otras que también tienen efectos depresores o estimulantes sobre el sistema nervioso central.

### Tipología de las recaídas:

Podríamos distinguir cuatro tipos diferentes de consumo que aparecen en los tratamientos.

1. Consumos reincidentes al inicio de los tratamientos.
2. Consumos ligados a la significación del tabaquismo en la historia individual y relacional del paciente.
3. Consumos en cortocircuito como procesos de respuesta condicionada a ciertos estímulos.
4. Consumos automedicamentosos.

Debemos de diferenciar las recaídas y los consumos que se producen fuera de los procesos de tratamiento (estén estos estructurados o no) como un proceso de continuidad en la conducta y significado de la misma; un “más de lo mismo” de aquellos que aparecen en el interior de un proceso terapéutico. El marco del proceso terapéutico hace que la recaída y/o el consumo de tabaco adquieran un significado distinto del “más de lo mismo” al ser una conducta y una comunicación en la escena de la relación paciente-equipo terapéutico. Es en este panorama donde podemos encontrar los cuatro tipos a los que antes hacíamos alusión:

**1. Consumos reincidentes al inicio del tratamiento.** Aparecen normalmente como consumos y no como recaída en el tratamiento al comienzo de los mismos. Suponen en realidad una puesta a prueba de la dinámica del tratamiento: ¿Me hará efecto el tratamiento, el medicamento, la terapia...? ¿Cómo reaccionarán el profesional y el proceso ante esta conducta? ¿Hablarán conmigo? ¿Subiré de peso? ¿Modificarán la dosis? ¿Me cambiarán el tratamiento? ¿Me confrontarán? ¿Hasta dónde llega la tolerancia de este programa de cesación?

Estas preguntas necesitan una respuesta siempre y suelen desaparecer a medida que el programa se instaura. Son pues consumos que van a permitir ajustar las pautas y las reglas del tratamiento definiendo una cultura del proceso terapéutico y de las reglas en las relaciones paciente-profesional.

**2. Consumos significantes.** Son consumos ligados a la significación de la dependencia nicotínica en la historia individual y relacional del paciente.

En muchas ocasiones observamos como el consumo del tabaco es “útil” para el individuo o su sistema referencial y esta utilidad es descrita, narrada por la persona y su familia, en un intento de explicarse a sí mismo y a los demás los comportamientos y los problemas. Esta narrativa es cerrada, se justifica a sí misma y está impidiendo un proceso de cambio; el sujeto y la familia están bloqueados en el interior de dicha narración.

La terapia cognitiva-conductual consiste en trabajar esta narración mediante la modificación de las principales ideas, creencias y mitos que sostienen y alientan el consumo, así como la importancia del autocontrol. Por otro lado, la familia al cambiar la historia cambia la percepción sobre su propio comportamiento y se permite a sí misma modificarlo. En el proceso terapéutico de este cambio, muchas resistencias surgirán intentando “que todo siga igual”. Los temores al cambio se expresarán en intentos de “volver hacia atrás” en el proceso. En este sentido, pueden aparecer las recaídas que, a diferencia del caso anterior, aparecen cargadas de significado. Son señales

que nos plantean de nuevo los bloqueos existentes en el sujeto y su familia para poder modificar su comportamiento.

La respuesta a estas recaídas se encuentra en el interior del propio proceso terapéutico. Tiene que ver con las técnicas del mismo y en muchas ocasiones van a permitir relanzar el tratamiento. Se les debe dar una lectura en consonancia con el significado del síntoma "consumo de tabaco" en el interior del sistema y del individuo.

**3. Consumos en cortocircuito.** Son como procesos de respuesta condicionada a ciertos estímulos. Ejemplo, Juan está en tratamiento y abstinerente de nicotina. Cierta día vuelve a su casa; al pasar por una calle decide cambiar de circuito, atraviesa por un parque donde por lo general consumía tabaco dado que no podía hacerlo en su casa; accidentalmente aparecen dos amigos fumadores con los que habitualmente fumaba cigarrillos. Son las seis de la tarde, coincidentemente "su hora habitual de fumar tabaco". Estos tres componentes: lugar, amigos ansiosos por fumar y la hora, generan en Juan un incremento de la ansiedad tan grande que lo coge por sorpresa: "No creí que esto me fuera a pasar". La ansiedad es enorme y las ganas de fumar irrefrenables. Juan no sabe qué hacer para rechazarlas, decide ingresar a un establecimiento, pide tabaco y finalmente, reinicia el consumo. Llega a casa deprimido y al día siguiente, totalmente desanimado, acude de nuevo a su centro de tratamiento.

Este tipo de recaídas en cortocircuito aparece casi como una respuesta condicionada a una serie de estímulos precisos y asociados en forma de cadena al proceso de consumo. Lo que más llama la atención en ellos no es la existencia de dichos estímulos sino el hecho de que estos cogen totalmente desprevenido al sujeto, colocándole en situación de pérdida de control, es decir incapacidad de abstenerse y detenerse.

**4. Consumos auto medicamentosos.** Aquí, el consumo no aparece como respuesta a estímulos concretos, ni siquiera tienen una significación en el interior de un proceso. De forma regular e incomprensible, el propio paciente acude al consumo muchas veces tras largos procesos de tratamiento y de abstinencia como una necesidad de equilibrio químico. No existe ninguna búsqueda euforizante sobre el efecto, no existe una utilización comunicativa del mismo, no es un proceso de identificación de rol "adicto a la nicotina", ni un consumo transgresor. Se presenta en procesos de inestabilidad emocional grave, con grandes niveles de ansiedad y de angustia que quedan reducidos a través de consumos escondidos o privados muy semejantes a procesos de automedicación.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

Los cuatro tipos de recaídas descritos no se presentan de forma aislada sino que pueden aparecer combinadas, siendo también las estrategias de intervención combinadas. Es posible trabajar las recaídas en un contexto de intervención global como en un programa de cesación de tabaco. Desde nuestra experiencia de trabajo en el Programa Lugar de Escucha de CEDRO hemos intentado construir un mecanismo de intervención estructurado que aborde sobre todo el segundo y tercer tipo de recaídas. Seguidamente describiremos su fundamento y su estructura. Debemos tener en cuenta que este programa se inserta en el interior de una experiencia concreta de tratamiento como es el programa de cesación, por lo que se beneficia del marco global de intervención con el que comparte un espacio específico.

### La prevención de recaídas

Antes de explicar el programa delimitaremos conceptualmente el término recaída. Siguiendo a Marlatt y Gordon, una recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, luego de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses). Hablamos de recaída siempre y cuando el adicto ha decidido cambiar y ha habido un compromiso para cumplir este objetivo. Para los mismos autores, no debe considerarse una recaída cuando:

1. La abstinencia tabáquica era sólo un paréntesis.
2. Se produce un consumo esporádico.
3. Cuando se encuentra en una situación de ambivalencia frente al objetivo de la abstinencia.
4. Cuando se trata de un "uso programado" terapéuticamente, en tanto no se desvíe de las pautas establecidas.

Según dichos autores, el proceso de cambio en el estilo de vida se desarrolla en tres etapas:

- a) Asumir el compromiso del cambio.
- b) Llevarlo a cabo.
- c) Mantener el cambio logrado.

Para George Marlatt, Prevención de Recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los dependientes de nicotina a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el cambio de las conductas adictivas. La recuperación válida implica un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol. Así, sólo después de asumir esta decisión y el compromiso de llevarla a cabo podemos iniciar eficazmente un programa de Prevención de Recaídas en un programa de cesación de tabaco.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## Objetivos del programa de recaída:

Como objetivo general se marca la creación de un encuadre fijo que permita:

1. La exploración y la exposición de posibles temores y dificultades que los y las pacientes encuentren en el proceso de final o de inserción.
2. La reflexión sobre el proceso de la recaída y de la abstinencia.

Como objetivos específicos:

1. Establecimiento y/o afianzamiento del programa de cesación enmarcado en la modificación del estilo de vida que permita:
  - a. Promover y facilitar el desarrollo de roles potenciales e investigar sus potencialidades en aras a un mejor empleo del tiempo libre.
  - b. Aprendizaje y desarrollo de roles sociales en estos primeros pasos de afianzamiento de redes y soportes sociales nuevos.
2. Conocer los signos y síntomas que pueden poner en marcha un proceso de recaída y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento.

## Metodología:

Las secciones del Programa son:

1. Entrevista individual y Psicoterapia Motivacional.
2. Reuniones de seguimiento individuales-grupales con afronte cognitiva-conductual.
3. Terapia cognitiva-conductual

### *Entrevista individual*

El programa se inicia con entrevistas de psicoterapia motivacional. Son varios los objetivos que nos marcamos en ella:

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

- a. Introducir el programa, explicar el diseño, duración y responsabilidades (realización de tareas...).
- b. Señalar la necesidad de búsqueda activa de soluciones a los problemas que puedan aparecer.
- c. Se recoge información:
  1. De recaídas anteriores, cuándo y cómo ocurrieron, así como la valoración subjetiva que el residente hace de ellas.
  2. Del momento concreto en el que se encuentra, motivación real hacia el cambio, peso de otras variables (familia, prisión...).

La información recogida nos sirve para:

1. Reforzar aspectos con recursos insuficientes.
2. Diseñar un plan de acción más ajustado a la realidad.
3. Valorar si las intervenciones se dirigirán más hacia la motivación o a la búsqueda de estrategias.
4. Desarrollo del enfoque cognitiva-conductual

*Reuniones de seguimiento:*

Con estos datos específicos y otros recogidos en otros espacios dentro del tratamiento (grupos multifamiliares) se valora los actuales apoyos sociales y se elabora, con el residente, un primer plan de acción para las próximas semanas que recoge:

- Actividades a desarrollar y/o búsqueda de las mismas.
- Situaciones de riesgo que se pueden presentar y estrategias de afrontamiento.

Este plan de acción se valora de forma periódica en reuniones individuales con el educador y tienen una periodicidad mensual.

*Reuniones en grupo:*

Paralelamente a estas reuniones individuales el usuario se incorpora a un grupo formado por personas en su misma situación. La duración es de hora y media y la frecuencia semanal.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

La sesión se divide en dos partes:

- a. En la primera presentamos un tema del Programa y se realizan ejercicios específicos basados en dicho tema.
- b. En la segunda hay una puesta en común, tanto de cuestiones surgidas en la sesión como de las resonancias exteriores e individuales del tema en cuestión.

Este orden puede modificarse en caso se necesite profundizar en algún aspecto en concreto. En este caso, se enfoca la situación problemática o con necesidad de clarificación.

Los temas que se exponen son los siguientes:

- a. **Qué es una recaída.** Diferencia entre recaída y consumo ocasional. Procesos internos y externos que se generan. Consecuencias positivas y negativa tanto de la abstinencia como de una posible vuelta al consumo de tabaco.
- b. **Situaciones de alto riesgo generales y personales.** Selección de las más problemáticas. Búsqueda individual de estrategias de afrontamiento. Puesta en común de las dificultades analizadas en las reuniones de seguimiento individuales.
- c. **Balance del estilo de vida y estrés.** Búsqueda de respuestas nuevas ante situaciones de estrés. Estrategias específicas. Cómo influyen nuestros pensamientos en nuestro comportamiento.
- d. **La Comunicación efectiva.** Como mejorar la comunicación. Estilos de comunicación. Comunicación verbal y no verbal. Su importancia en la relación con los otros. Habilidades sociales básicas: cómo hacer preguntas y cómo escuchar las respuestas.
- e. **Pensamientos irracionales.** Creencias, ideas y mitos que dificultan nuestra adaptación a situaciones nuevas.
- f. **Ansiedad.** Qué es. Técnicas para reducir la ansiedad excesiva. La ansiedad adaptativa.
- g. **Depresión.** Estados emocionales negativos y su relación con las recaídas.
- h. **Uso terapéutico del tiempo libre.** Planificación del tiempo libre. Uso positivo del tiempo libre.
- i. **Resolución de problemas y toma de decisiones.** Técnicas de resolución de problemas.
- j. **Proceso de una recaída.** Efectos de la violación de la abstinencia. Estrategias en caso de consumo ocasional.

En algunos casos: Planificación de recaídas y Análisis Grupal de Estrategias en diferentes pasos. En el grupo de Prevención de Recaídas surgen cuestiones que repercuten en otros espacios de la comunidad y complementariamente en otros espacios educativo-terapéuticos (toda la comunidad se convierte en un espacio para el cambio) se realizan señalamientos que tienen repercusiones en él.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

Como técnica de evaluación, pasamos al finalizar el programa (que coincide con el final en la Comunidad) un cuestionario sobre aspectos teóricos del programa así como de la metodología utilizada. El objetivo es favorecer una actitud crítica y abierta permitiéndonos a la vez una mejora progresiva del programa.

### **Sistematización del modelo de George Marlatt, 1993, adaptado al tabaquismo**

A partir de este planteamiento teórico, que ofrece un referente para que cualquier persona pueda comprender y analizar su conducta de consumo, se identifican algunas claves importantes a tener en cuenta en la intervención:

1. Aprender a identificar que situaciones, pensamientos y/o estados emocionales pueden acercar al consumo y como afrontarlos adecuadamente utilizando determinadas técnicas.
2. Aprender a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída.
3. Aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

En líneas generales en la prevención de recaída se combina:

1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales).
2. La reestructuración cognitiva.
3. El reequilibrio del estilo de vida.

El siguiente Gráfico 2 condensa la propuesta de la prevención de recaídas de George Marlatt. El planteamiento se basa en entender la adicción como una conducta adquirida por lo que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje clásico, operante y social. Se fundamenta en los principios del aprendizaje social de Albert Bandura, combinando los procedimientos conductuales de entrenamiento de habilidades, la terapia cognitiva y los cambios en el estilo de vida como medidas necesarias para afrontar cualquier recaída.

En el modelo, la recaída se percibe como un "proceso transitorio", es decir como una serie de acontecimientos que pueden o no estar seguidos por el regreso, a niveles de línea base, de conductas observadas antes del tratamiento. En concreto se revela como una falla del "autocontrol del sujeto" y se considera para su prevención un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los y las dependientes de sustancias a anticiparla y afrontarla. Pero ojo: la recaída no se considera sinónimo de fracaso en la terapia, sino una excelente oportunidad para que la persona pueda aprender de los errores cometidos y así evitar que se den situaciones similares en el futuro.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

A raíz de todos estos fundamentos podemos diferenciar un doble objetivo en su planteamiento teórico: por una parte dar cuenta del origen de la recaída y por otra orientar la intervención de la psicoterapia, asumiendo que la persona ejerce un papel activo y responsable en la tarea de recuperar el control sobre su conducta.

Para explicar la ocurrencia de un primer consumo, Marlatt y Gordon recurren a dos mediadores cognitivos básicos: la autoeficacia (juicio sobre lo capaz que la persona se ve para afrontar adecuadamente situaciones de riesgo) y las expectativas de resultado (posibles consecuencias que prevé la persona al desarrollar una conducta).

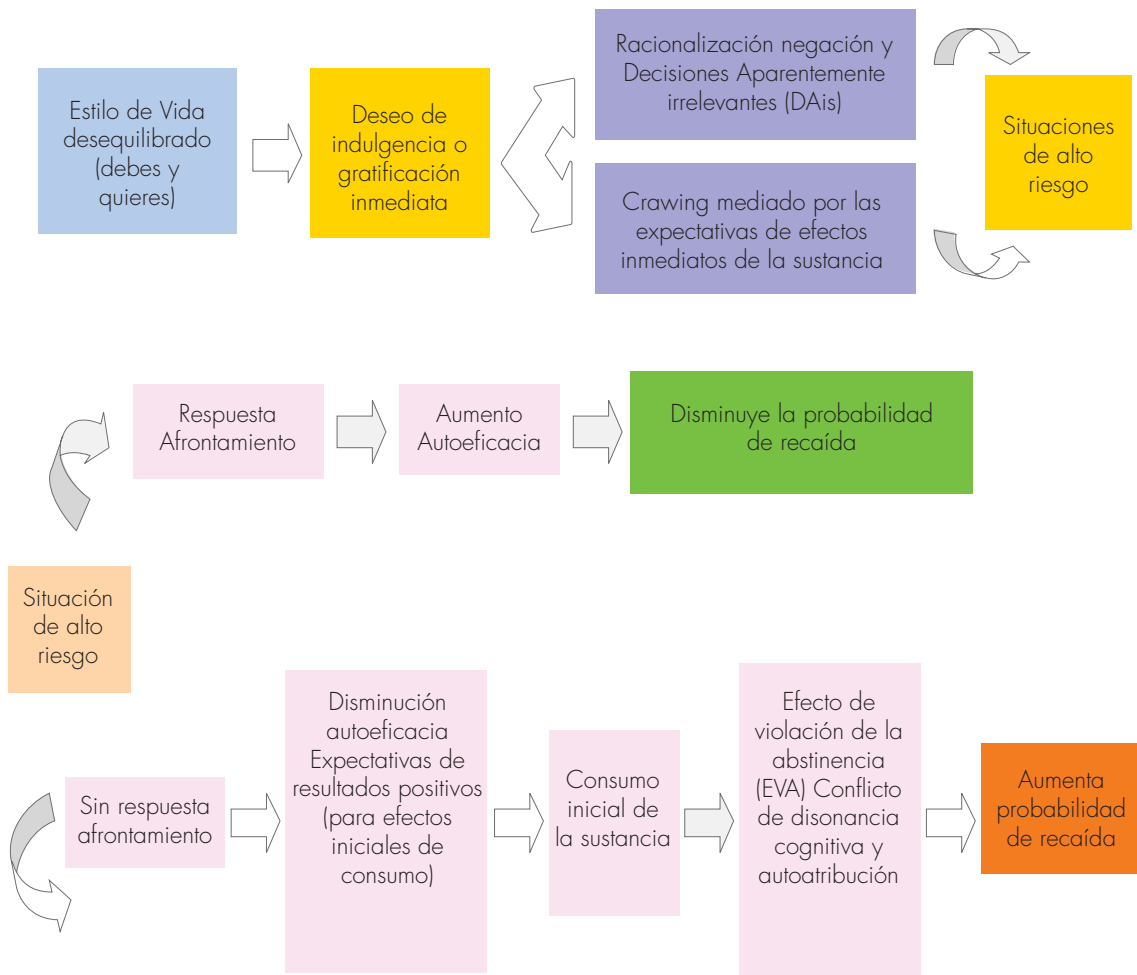
Así, los afrontamientos exitosos en una variedad de situaciones de alto riesgo incrementan la sensación de autoeficacia y reducen la probabilidad de recaída. A medida que aumenta la duración de la abstinencia y la persona puede afrontar eficazmente más situaciones de alto riesgo, el nivel de autoeficacia crece y la percepción de control se incrementa de forma acumulativa. En este caso la probabilidad de volver al consumo disminuye.

En general, las razones que desencadenan un nuevo consumo pueden ser diversas: la ausencia de respuestas de afrontamiento; la inhibición de estas respuestas por niveles elevados de miedo o ansiedad; el no percibir una situación como de alto riesgo o el deterioro progresivo del proceso de cambio. Cuando en una situación de alto riesgo ocurre cualquiera de estas razones, las expectativas de autoeficacia y de control de la persona se debilitan cobrando relevancia las expectativas positivas sobre los efectos gratificantes (en este caso del tabaco), de forma que es probable que se produzca un primer episodio de consumo.

Para George Marlatt este primer episodio no necesariamente ha de ser una recaída sino que puede quedarse en un "lapso" o "desliz" o "caída puntual". El tránsito entre estos dos estadios depende sobre todo de la percepción de la persona sobre la causa de la caída inicial. Es probable que la persona experimente una disminución de su autoeficacia asociada frecuentemente a una sensación de desamparo y a una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación. El modelo recurre al "efecto de violación de la abstinencia" o EVA, para explicar el malestar que experimenta el sujeto.

La intensidad del EVA depende del tipo de atribución que realiza la persona sobre la causa de la caída y de su reacción afectiva ante esta atribución. De esta forma, cuanto más internos, estables, globales y por tanto más difíciles y controlables sean los factores a los que la persona atribuye la caída, y cuanto más intensa sea la sensación de culpa y fracaso derivada de dicha atribución, mayor es la probabilidad de que se repitan los consumos y se complete la recaída.

MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL PROCESO DE RECAÍDA  
(MARLATT Y GORDON; 1985)



## OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

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

### Alguna evidencia de efectividad

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

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

### Evidencia de no efectividad

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

### No recomendado

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

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

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

Investigaciones señalan que la **acupuntura, digitopuntura, terapia láser y electroestimulación** no aumentan las tasas de abstinencia a largo plazo en comparación con placebo.

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

## PREGUNTAS FRECUENTES

### 1. ¿A quiénes se debe recomendar el tratamiento farmacológico?

A todo paciente preparado con consumo mayor a 10 cigarrillos diarios y considerar a aquéllos preparables con condiciones clínicas de riesgo.

### 2. ¿A quiénes no se les debe recomendar el tratamiento farmacológico?

A pacientes en donde el uso de fármacos está comprometido o en aquellos casos en los que la evidencia clínica resulta insuficiente como en el caso de embarazo o lactancia, adolescentes y fumadores de menos de 10 cigarrillos.

### 3. ¿Cuáles son los medicamentos de primera línea para el tratamiento?

Tres son las alternativas farmacológicas de primera línea para el tratamiento del tabaquismo: vareniclina, bupropión y terapia de reemplazo nicotínico (chicles de nicotina, inhaladores de nicotina, nicotina en tabletas sublinguales, spray nasal de nicotina y parches de nicotina).

### 4. ¿Cuáles son los medicamentos de segunda línea para el tratamiento?

Ningún tratamiento farmacológico presenta evidencia científica consistente una vez agotado el uso de medicamentos de primera línea, o al existir contraindicaciones específicas para su prescripción.

### 5. ¿Hay contraindicaciones, precauciones o advertencias para el empleo de estos medicamentos?

Las tres alternativas farmacológicas manejan contraindicaciones, precauciones y advertencias por lo que debe evitarse su prescripción en pacientes bajo tratamiento con amantadina, levodopa, sulfonilureas (ejemplo, glibenclamida), algunos antirretrovirales (por ejemplo, efavirenz, nelfinavir, ritonavir), anfetaminas, algunos antiarrítmicos (propafenona y flecainida), antipsicóticos (ejemplo, haloperidol, risperidona y tioridazina),

beta-bloqueadores (ejemplo, metoprolol), tiotepa, carbamazepina, fenobarbital o como antipsicóticos (ejemplo, clorpromazina), corticosteroides, antidepresivos tricíclicos o teofilina entre otros.

No existe evidencia de seguridad de la vareniclina en pacientes con enfermedad cardiaca no controlada, infarto agudo al miocardio en las primeras dos semanas, angina inestable o hipertensión no controlada.

**6. ¿Qué otros factores deben tenerse presentes al momento de prescribir?**

Experiencia previa exitosa con un medicamento, en especial cuando el paciente está preparado. Sin embargo este antecedente no excluye la posibilidad de elegir otra alternativa farmacológica.

**7. ¿Qué tratamientos farmacológicos empleados para el tratamiento del tabaquismo NO tienen suficiente evidencia científica?**

La utilización de ansiolíticos (diazepam y buspirona), el betabloqueador propranolol, el antagonista nicotínico mecamilamina, el opioide naltrexona, el acetato de plata, el agonista parcial nicotínico lobelina y otros antidepresivos tipo ISRS (9).

**8. ¿Quién debe prescribir el tratamiento farmacológico?**

Todos los médicos entrenados en el manejo de pacientes dependientes de nicotina.

**9. ¿Cuáles son las herramientas a utilizar para decidir el tratamiento farmacológico?**

- Voluntad y decisión del paciente para abandonar el tabaco
- Grado de dependencia física por la nicotina: Medida por Fagerström.
- El consumo acumulado de tabaco expresado en s-año:  
Se calcula dividiendo entre veinte el número de cigarrillos consumidos al día y multiplicando el resultado por el número de años transcurridos fumando.
- La presencia de relacionada con el tabaquismo.
- Los intentos previos de abandono.
- El número y motivo de las recaídas.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

### 10. ¿Cuáles son las preguntas mínimas que se le deben hacer a un fumador que contribuyen a la elección del tratamiento farmacológico?

El conjunto de preguntas mínimas para el fumador:

- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
- ¿Cuántos años lleva fumando?
- ¿Ha realizado algún intento previo? ¿Por qué motivos tuvo la recaída?
- ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta, hasta que consume el primer cigarrillo?
- ¿Cuál es el cigarrillo que más necesita?
- ¿Tiene interés en realizar un serio intento de abandono?
- ¿Estaría dispuesto a realizar un serio intento en el próximo mes?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- ¿Y en los próximos seis meses?

### 11. ¿Existe un fármaco de elección?

No, al igual que en otras patologías dependerá de la evaluación del paciente

### 12. ¿Pueden utilizarse combinaciones de medicamentos?

En general, todo paciente inicialmente debe tratarse con monoterapia farmacológica,

- Parches de nicotina con otra modalidad de terapia de reemplazo nicotínico (ejemplo chicles o tabletas sublinguales) en pacientes con alto nivel de dependencia a la nicotina o en los que se haya fracasado en un intento previo con una sola forma de nicotina.
- Se puede ofertar terapia de reemplazo nicotínico conjuntamente con Bupropion.
- Puede considerarse razonable la combinación de bupropión con vareniclina, pero no existe evidencia de la eficacia y seguridad de la misma al momento.

- Puede considerarse también la posible combinación de terapia de reemplazo nicotínico con vareniclina, dado que no todos los receptores disponibles son ocupados por únicamente un fármaco; pero no existe tampoco evidencia de dicho resultado al momento.

**13. ¿A qué tipo de pacientes fumadores se debe remitir para manejo por especialista?**

- Fumadores que han realizado serios intentos, correctamente tratados y que a pesar de ello fracasaron.
- Fumadores con una cardiopatía isquémica de menos de 8 semanas de evolución.
- Fumadores con enfermedades crónicas no controladas.
- Fumadoras embarazadas o en periodo de lactancia.

**14. ¿Es seguro prescribir tratamiento farmacológico a pacientes con factores de riesgo cardiovascular?**

La terapia de reemplazo nicotínico requiere de especial precaución en los pacientes durante las dos primeras semanas posinfarto del miocardio, en aquellos con arritmias graves y en los que presentan angina inestable. En especial el parche de nicotina se ha mostrado como seguro en pacientes con estas patologías cuando se han estabilizado y también en otras enfermedades cardiovasculares.

El tratamiento con vareniclina durante doce semanas es efectivo para la cesación tabáquica y tiene un perfil de seguridad adecuado en pacientes con enfermedad cardiovascular.

## RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

- Se recomienda interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente.
- Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud brinden un breve consejo para el cese del cigarrillo a todos los fumadores cada vez que estos consulten al sistema de atención de la salud, sea cual sea su condición clínica, edad, sexo y origen étnico.
- Se recomienda que en cada consulta los médicos brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores dado que esta simple intervención incrementa las tasas de cesación.
- Se recomienda que los enfermeros brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto dado que esta breve intervención incrementa las tasas de cesación.

### Evaluación de la motivación para dejar de fumar

- Se recomienda que en cada oportunidad de contacto, todo el equipo de salud evalúe la motivación del fumador para dejar de fumar.

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

- Se recomienda que todos los integrantes del equipo de salud brinden intervenciones motivacionales a los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar a fin de incrementar su motivación.

### Intervenciones en los fumadores que están listos para dejar de fumar

- Se recomienda que todo fumador reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar por parte de cualquier integrante del equipo de salud, particularmente por los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria.
- Para la realización de intervenciones psico-sociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos de demostrada eficacia:

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

- 1) desarrollo de habilidades y resolución de problemas,
- 2) apoyo profesional y
- 3) apoyo social.

- Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de un seguimiento programado a fin de evitar la recaída y manejar problemas residuales de la cesación.
- Se recomienda que siempre que sea posible, los fumadores participen de intervenciones psico-sociales intensivas para dejar de fumar dado que éstas constituyen la estrategia más efectiva y costo-efectiva para la cesación.
- Se recomienda promover el desarrollo de todos los formatos de intervenciones intensivas psico-sociales, ya sean presenciales (individuales o grupales) o telefónicas dado que todos han demostrado ser efectivos.
- Se recomienda por igual el uso de intervenciones intensivas psico-sociales, tanto grupales como individuales, jerarquizando para su elección las preferencias de los usuarios.
- Se recomienda implementar tratamientos psico-sociales tan intensivos como sea posible dado que a mayor tiempo de contacto de intervención psico-social, mayor tasa de cesación.
- Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales incluyan como mínimo 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno y con una frecuencia mínima de 1 encuentro semanal.
- Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud, adecuadamente capacitado.
- Se recomienda que las intervenciones intensivas psico-sociales sean brindadas por 2 o más integrantes del equipo de salud provenientes de diversas disciplinas dado que el trabajo interdisciplinario ha demostrado mejorar los resultados obtenidos.
- Se recomienda que todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar tenga la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención dado que el mismo duplica la chance de éxito del intento. Situaciones de excepción a contemplar son: el consumo menor de 10 cigarrillos/ día, la presencia de contraindicación médica, el embarazo, la lactancia o la adolescencia.
- Se recomienda que los fumadores motivados para dejar de fumar reciban tratamiento farmacológico acompañado siempre de una intervención psico-social, al menos breve.
- Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de primera línea: sustitutos nicotínicos y bupropion.
- Se recomienda que para el tratamiento farmacológico de la cesación se utilicen drogas de segunda línea (clonidina o nortriptilina), solo cuando no puedan utilizarse o no estén disponibles las drogas de primera línea.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

- Se recomienda el uso indistinto de cualquier forma farmacéutica de los sustitutos de nicotina dado que son similares en eficacia. La elección debe depender de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo.
- Se recomienda el uso indistinto de sustitutos de nicotina y bupropion. Ambos son similares en eficacia respecto del placebo y no existe evidencia suficiente que indique superioridad de eficacia de uno respecto del otro. La elección de alguno de ellos dependerá de las comorbilidades asociadas, los efectos adversos, la experiencia del profesional, las preferencias del usuario, la disponibilidad y el costo.
- Se recomienda iniciar el tratamiento con parches de nicotina el día en que el paciente deja de fumar y finalizar el tratamiento a las 8 semanas. Es indistinto realizar descenso progresivo de la dosis o discontinuación abrupta.
- Se recomienda iniciar el tratamiento con bupropion al menos una semana antes del día que el paciente deja de fumar y finalizar su uso a las 7 a 9 semanas. Su discontinuación no requiere disminución progresiva de la dosis.
- Se recomienda que la utilización de tratamientos farmacológicos combinados se reserve exclusivamente para circunstancias especiales como alto nivel de dependencia, comorbilidades severas o antecedentes de intentos de cesación frustrados con un solo fármaco.
- Se recomienda que para evitar el aumento de peso al dejar de fumar el equipo de salud: 1) informe a los fumadores que los riesgos para la salud del aumento de peso son pequeños comparados con los riesgos del tabaquismo, 2) indique actividad física y alimentación saludable 3) logre que los fumadores se concentren en dejar de fumar y no en controlar el peso simultáneamente y 4) recomiende bupropion o chicles de nicotina ya que han demostrado retardar el aumento de peso.

### Recomendaciones para grupos específicos

- Se recomienda que los profesionales de la salud investiguen el consumo de tabaco en los niños y adolescentes y en sus padres y administren un consejo familiar respecto a la cesación y a la prevención del tabaquismo pasivo en el hogar. Los adolescentes motivados para dejar de fumar deben recibir una intervención psico-social.
- Se recomienda ofrecer a las fumadoras embarazadas una intervención psico-social intensiva para estimularlas a dejar de fumar cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo.
- Se recomienda que el tratamiento para dejar de fumar en pacientes con comorbilidades psiquiátricas asociadas y otras adicciones simultáneas (alcohol, cocaína, etc) lo realicen expertos en cesación junto con el personal de salud mental dado que el abordaje psico-social y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

- Se recomienda informar a todos los pacientes internados en un servicio de salud que el mismo es un ámbito libre de humo y ofrecer sistemáticamente tratamiento para aquellos fumadores que lo deseen.
- Se recomienda que todo paciente cardiovascular reciba al menos una intervención breve para dejar de fumar y un fuerte consejo de cesación, reiterado y continuo, a lo largo del tiempo. Tanto los sustitutos nicotínicos como el bupropion son seguros en estos pacientes y no incrementan el riesgo de eventos cardiovasculares.
- Se recomienda que los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica reciban, siempre que sea posible, tratamiento intensivo psico-social y tratamiento farmacológico con terapia de sustitución nicotínica.

### Intervenciones institucionales y de salud pública

- Se recomiendan ó estrategias de intervención por parte de las instituciones de salud para favorecer a la cesación: 1) Implementar un sistema de identificación de todos los fumadores; 2) Proveer educación y capacitación en estrategias de cesación tanto en pre-grado como en el postgrado; 3) Destinar personal para brindar tratamiento y evaluar su efectividad; 4) Promover políticas hospitalarias que fomenten y brinden servicios para dejar de fumar; 5) Garantizar la cobertura del tratamiento psico-social y farmacológico de la dependencia al tabaco y 6) Remunerar económicamente a los profesionales que brinden este tratamiento.
- Se recomienda que el Estado como ente rector lidere una estrategia amplia de políticas de promoción de la cesación tabáquica asegurando la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población y coordinando acciones en red para favorecer a la capacitación del equipo de salud. Se recomienda que la sociedad civil y científica se comprometa y articule el esfuerzo con el Estado para garantizar la capacitación y motivación del equipo de salud, con el propósito de brindar servicios de cesación a la comunidad y reducir la morbimortalidad debida al consumo de tabaco.
- Se recomienda que la estrategia global de cesación a escala nacional articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención breve, intervención intensiva, intervenciones farmacológicas, intervenciones telefónicas, concursos "Abandone y Gane" y otras estrategias de promoción que permitan incrementar las tasas de cesación. Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que esta estrategia involucre de manera activa al Primer Nivel de Atención.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

## Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo

No se recomienda el uso de tratamientos sobre los cuales existe insuficiente evidencia que avale su utilización (láser, electroestimulación, mecamilamina, naltrexona, lobelina, acetato de plata, terapias aversivas, ansiolíticos, y acupuntura) o cuando existe evidencia que confirma su ineficacia (hipnoterapia y antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):999-1005, jul-ago, 2005
2. Monografía de Investigación – Epidemiología de drogas en la población urbana 2007 –Cedro
3. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2009 -OMS –
4. Ley 29517 - ley que modifica la ley 28705 ;ley general para la prevención y control de los riesgo del consumo de tabaco.
5. Tabaquismo, problema de salud publica en el Peru .Luis Pinillos/ Mercedes Quesquen /Félix Bustista. Revista peruana de medicina experimental y salud publica – Enero/ Marzo año /Vol. 22 numero 001 Pág. 64-70
6. Peruga A. El Convenio Marco para el Control del Tabaco: respuesta a la globalización de una epidemia comunicada. Gac Sanit. [periódico en Internet]. 2004; 18(5):343-345. Disponible on line en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000700001&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000700001&script=sci_arttext&tlng=es)
7. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic. The Mpower package. 2008. Disponible on line en: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf) Appraisal of guidelines research and evaluation. The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish. 2001. Disponible on line en: <http://www.agreecollaboration.org>
8. Gordon H. Guyatt, David Sackett, Deborah J. Cook, Evidence Based Medicine Working Group based on the users' guides to Evidence-based Medicine How to use an article about therapy or prevention. JAMA. 1993; 270(21):2598-2601.
9. Gordon H. Guyatt, David Sackett, Deborah J. Cook, Evidence Based Medicine Working Group based on the users' guides to Evidence-based Medicine How to use an article about therapy or prevention. JAMA. 1994; 271(1):59-63
10. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). EPC Evidence Reports [Internet]. Rockville: AHRQ. Disponible on line en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ep-cindex.htm#methodology>
11. Jackson G, Bobak A, Churlton I et al. Smoking cessation: a consensus statement with special reference to primary care. ICGP. 2001; 55:385-392.
12. Russell M, Wilson C, Taylor C et al. (Effect of general practitioners' advice against smoking. British Medical Journal. 1979; 2(6184):231-5.
13. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
14. Hall S, Reid E, Ikoumunne OC. et al. Brief smoking cessation advice from practice nurse during routine cervical smear tests appointments: a cluster randomized controlled trial assessing feasibility, acceptability and potential effectiveness. British Journal of Cancer. 2007; 96:1057-1061.
15. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.
16. Stead L, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006.

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

17. USDHHS. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville MD, Unites States Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research Quality. 2000. Sutherland G, Phil M. Evidence for Counseling Effectiveness for Smoking Cessation. *J Clin. Psychiatry Monograph*, 2003;18 (1): 22-33
18. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline. Rockville, Md, 2000. AHRQ publication No 00-0032
19. Lancaster T and Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2005 Oxford: Update Software.
20. Rice VH and Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
21. Lancaster T, and Stead LF. Individual behavioral counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11;364(9438):937-52.
23. Prochaska J and DiClemente C. Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory Res Prac* 1982; 19: 276-88.
24. Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente and Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of Smoking. *J Consult Clin Psicol*. 1988; 56:520-8
25. Guideline for Smoking cessation. National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee) Wellington, New Zealand, ISBN 0-478-25305-2 (Document) ISBN 0478-25306-0
26. (Internet) First Published in July 1999, Review date March 2004
27. Smoking Cessation Guidelines. How to treat your patients tobacco addiction. Optimal Therapy Initiative. Department of Family and Community Medicine. University of Toronto. Published with the assistance of an education Grant from Novartis Consumer Health Canada Inc. A Pegasus Health Care International Publication 2000.
28. Etter JF, Laszlo E and Perneger TV. Postintervention effect of nicotine replacement therapy on smoking reduction in smokers who are unwilling to quit: randomized trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Apr;24(2):174-9.
29. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*. 2003 May 31;326(7400):1175-7. Review.
30. Prochaska JO and DiClemente CC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47:1102-14.
31. Goldberg DN, Hoffman AM, Farinha MF et al . Physician delivery of smoking-cessation advice based on the stages-of-change model. *Am J Prev Med* 1994; 10:267-74.
32. Prochaska JO. Working in harmony with how people quit smoking naturally. *Rhode Island Med* 1993; 76:493-5.
33. Stead LF and Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
34. Silagy C, Lancaster T, Stead L et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
35. West R, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

36. Orsetti K, Dwyer S, Sheldon, S et al. University Michigan Health Sistem. Smoking Cessation Guideline, February 2001
37. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, y col. Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence SPANISH SOCIETY OF PULMONOLOGY AND THORACIC SURGERY (SEPAR) Arch Bronconeumol 2003;39(11):514-23
38. Raw M, Anderson P, Batra A et al WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Recommendations panel Tobacco Control 2002;11:4446
39. Kotke TE, Battista RN, DeFries GH and Brekke ML Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. JAMA 1988 259: 2883-2889.
40. Sanchez Meca J, Olivares Rodríguez J y Alcazar AI. The Problem of tobacco addiction: Meta-Analysis of Behavioural treatments in Spain. Psychology in Spain 1999, Vol 3 Nro 1, 36-45
41. Calvo Fernández JR y Lopez Cabaña A. El Tabaquismo. Universidad de Las Palmas Gran Canaria, 2003
42. Abrams DB, Niaura R, Brown RA et al. The Tobacco dependence Treatment Handbook. A guide to Best Practices. The Guilford Press. 2003
43. Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
44. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
45. Ronckers S and Ament A.. Cost-effectiveness of treatments for tobacco dependence. A systematic Review of the evidence. Human Nutrition Population (HNP) World Bank .February 2003
46. Woolacott NF, Jones L, Forbes CA et al. The Clinical Effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2002. Vol 6.
47. Stead LF, Lancaster T and Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD002850.
48. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. Int J Clin Pract 2001; 56: 79-83.
49. Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
50. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch or both for smoking cessation. New England Journal of Medicine 1999;340:685-91.
51. Guidance on the nicotine replacement Therapy and Bupropion for Smoking cessation NICE (National Institute for Clinical Excellence) March 2002
52. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
53. Lancaster T and Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.

## GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

54. Lancaster T and Stead LF. Acetato de plata para dejar de fumar (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
55. Stead LF and Hughes JR. Lobelina para dejar de fumar (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
56. White AR, Rampes H and Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
57. Bier ID, Wilson J; Studt P BS and Shakleton M. Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham- Controlled Trial. *Am J Public Health*, Volume 92(10).October 2002:1642-1647
58. Abbot NC, Stead LF, White AR and Barnes J. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
59. Policy Recommendation for Smoking Cessation and treatment of tobacco dependence. Tools for public health. Organización Mundial de la Salud 2003.reprinted 2004, Editado por Dra Vera da Costa e Silva.
60. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11(6):53849.
61. Cummings SR, Rubin SM and Oster G. The costeffectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261(1):7579.
62. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM et al.. Priorities among recommended clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21(1):19
63. Coverage for tobacco cesation use services. Why, What and How. Department of Health Human Services. Center for Diseases Control and Prevention (CDC) [Http://www.cdc.gov/tobacco/educational\\_materials/cessation/](http://www.cdc.gov/tobacco/educational_materials/cessation/)

## ANEXOS

### Anexo 1:

#### Beneficios de la cesación

Mire lo que se gana a medida que pasan días o meses sin fumar:

#### 1 día

Baja la presión arterial y la frecuencia cardíaca.  
Se normaliza el nivel de oxígeno en la sangre.  
Se elimina la mayor parte del monóxido de carbono y de nicotina.

#### 3 días

Comienza a recuperar el gusto y el olfato.  
Los bronquios recuperan los mecanismos de limpieza.

#### 1 a 3 meses

Respira con mayor facilidad.  
Deja de toser.  
Mejora la capacidad de hacer ejercicio.  
Mejora el aspecto de la piel.  
Se siente con más energía.

#### 1 año

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

#### 5 años

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

#### 10 años

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

# GUÍA NACIONAL DE ABORDAJE TÉCNICO AL TABAQUISMO PERÚ 2010

15 años

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

### Además dejar de fumar:

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

## Anexo 2:

Test de Fagerstrom

### EL TEST DE FAGERSTRÖM PARA EVALUAR DEPENDENCIA FÍSICA A LA NICOTINA

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTUACIÓN
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre el despertar y el primer cigarro?	Menos de 5 min	3
	6 a 30 min	2
	31 a 60 min	1
	Después de una hora	0
2. ¿Encuentra difícil dejar de fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo?	Sí	1
	No	0
3. De todos los cigarrillos que consume en el día. ¿Cuál es que más necesita?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 ó menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 ó más	3
5. Después de consumir el primer cigarrillo del día. ¿Fuma rápidamente algunos más?	Sí	1
	No	0
6. ¿Fuma aunque está tan enfermo que deba quedarse en cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
<b>Total de puntos:</b>		

Puntuación: = 4: Baja dependencia. 5-6: Dependencia media. = 7: Alta dependencia  
Heatherton TF, Kozlowski TL, Frecker CR, Fagerström OK. Br J Addict 1991;86: 1119-27  
Jiménez Ruiz CA, Fagerstrom OK. Pre Rabaq 2003; 5(3): 161-2.