

ABORDAJE CLINICO DEL PACIENTE FUMADOR

Guía práctica elaborada por la Sección Tabaquismo de la Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires*

Ámbito de discusión: los conceptos esenciales contenidos en la presente Guía fueron extraídos del Taller-Debate, realizado en la ciudad de La Plata, el 28 de agosto del 2004, el cual contó con la presencia del Dr. Fernando Verra (en carácter de experto invitado) junto a numerosos neumonólogos representantes de diversos hospitales de la Pcia. de Bs. As; se privilegió la incorporación de conceptos avalados por documentación bibliográfica sólida y evidencia científica.

Objetivo perseguido: dada la importancia que reviste ejecutar un adecuado abordaje del paciente fumador, la Sección de Tabaquismo elabora la presente Guía, dirigida a Neumólogos, Clínicos, Generalistas, etc. con el fin de brindar herramientas básicas necesarias para el enfoque clínico del tabaquismo.

INTRODUCCION

El tabaquismo constituye la principal causa evitable de muerte en países desarrollados; esta condición de prevenible determina un gran desafío médico para involucrarse activa

y decididamente en su control. Además la OMS define al tabaquismo como la peor epidemia que aqueja al mundo moderno.

Continuando con datos epidemiológicos, aproximadamente la mitad de los fumadores fallecen por patologías relacionadas al tabaco (Epoc, cáncer de pulmón, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, etc.) y de ellos, el 50 % fallece en forma prematura.

En Argentina, cerca del 37 % de la población adulta es fumadora, con un consumo promedio de 1500 cig. / Adulto/año; en los últimos años se ha registrado un incremento del consumo sobre todo en mujeres y jóvenes (comienzan en edades más precoces); cerca de 45000 argentinos por año pierden la vida por enfermedades tabáquicas (18 % de todas las defunciones).

Últimamente se registraron significativos cambios dentro del concepto Tabaquismo: 1) Confirmación de la Nicotina como provocadora de dependencia física 2) Fumador como portador de Enfermedad Adictiva Crónica, con vulnerabilidad a la recidiva.

* Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Pcia. de Bs. As: Presidente Dra Cristina Gaitán
Sección de Tabaquismo: Coordinador Dr. Fernando Inza.
Miembros del grupo: Rubén Acuario, Ariel Manti, Susana Nahabedian, Ernesto Prieto, Beatriz Martínez, Carlos Angiolini, Salvador Pacce, César Digiano.

COMPONENTES DEL HUMO DEL CIGARRILLO

El extremo encendido del cigarrillo constituye una fábrica de múltiples sustancias tóxicas; entre las más significativas señalaremos:

Hidrocarburos aromáticos

Monóxido de carbono: relacionado con patología cardiovascular (cambios estructurales miocárdicos, arteroesclerosis precoz, etc.)

Radicales libres tóxicos del O₂: en relación a EPOC, a través de inflamación neutrofílica, desbalance proteasas/antiproteasas.

Alquitranes: benzopireno y nitrosaminas. Relacionadas con patología neoplásica

Nicotina: principal alcaloide. Causante de dependencia y adicción.

BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA DEPENDENCIA TABAQUICA

La nicotina basa su capacidad adictiva en su rápida llegada a nivel del SNC, luego de ser inhalada con pasaje inmediato al torrente circulatorio (facilitado por la alcalinización de su pH a nivel alveolar); en solo 7 a 10 segundos se produce el impacto sobre el SNC, específicamente sobre receptores nicotínicos (5 subclases) con descarga de dopamina (principal neurotransmisor) con posterior efecto de placer y euforia (sensaciones "claves" en determinar adicción) junto a otras acciones propias de una sustancia psicoactiva (efectos cognitivos sobre la memoria, control de apetito, regulación del humor, stress, etc.)

La vía utilizada es la mesolímbica dopaminérgica (núcleo inicial, acumbens y zona frontal); en los fumadores regulares, gradualmente se va instalando el fenómeno de "up regulation" (aumento progresivo del número de receptores y necesidad creciente de nicotina) lo cual lleva al efecto de tolerancia a la nicotina.

La supresión del tabaquismo puede acarrear Síndrome de abstinencia, donde los síntomas que prevalecen son la cefalea, ansias de tabaco y mareos (ver tabla 1).

Será importante diferenciar "ganas de fumar" (se sortea fácil con alguna actividad de distracción), de "ansias de fumar", donde la duración es mayor y a pesar de querer evitar el consumo (distracción, reemplazo) la necesidad nicotínica permanece.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica (Síndrome de ansiedad-depresión, presente en el 60 % de los fumadores regulares), condiciona mayor posibilidad de dependencia tabáquica.

Tabla 1. SINTOMAS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA TABAQUICA (Ausencia de disminución de nicotina con caída en la descarga de dopamina)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• CEFALEA• ANSIAS DE TABACO• MAREOS• BRADICARDIA• TEMBLOR | <ul style="list-style-type: none">• IRRITABILIDAD• INSOMNIO• DIFICULTAD EN LA CONCENTRACION• ANSIEDAD DE COMER• CANSANCIO, ETC. |
|---|---|

"CARRERA DEL FUMADOR"

El comienzo se liga con curiosidad, trasgresión, pertenencia de grupo, etc. El perfil inicial es de consumo ocasional, irregular, pero gradualmente, por razones social, ambiental, psicológico y biológico, se transforma en un proceso complejo, ya de consumo regular. Así el fumador va transitando por una etapa inicial de hábito (gesto, automatismo), pasando luego a la de adicción psicológica (el cigarrillo pasa a convertirse en un instrumento más de su vida cotidiana, relacionado con múltiples situaciones y escenarios, como stress, placer, control

del humor, soledad, tristeza, "premiarse" con su consumo, etc.); finalmente se cae en la adicción física, a través de la nicotina, la cual reúne todos los requisitos para desarrollar adicción: tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y comportamiento compulsivo.

Así, cada fumador puede llegar a desarrollar:

- Dependencia gestual
- Dependencia psicológica
- Dependencia social
- Dependencia física
- Componente sensorial: gratificación no farmacológica (oral, manual)

En general el fumador y su familia, desconocen la complejidad del tabaquismo, por lo cual es importante ayudarlo a: 1) entender el tipo de tabaquismo que posee (diferente en cada fumador), 2) dar estrategias para desaprender lo aprendido, 3) orientarlo en la búsqueda de reemplazantes, nuevas situaciones y escenarios (cambios conductuales), 4) Que sepa identificar si requiere ayuda terapéutica para la cesación.

RIESGOS DEL FUMADOR

El tabaquismo constituye riesgo en más de 25 enfermedades diferentes.-El Dr. Doll demostró que los fumadores "persistentes" fallecen en promedio, 10 años antes respecto a los no fumadores; los 2/3 de ellos por enfermedades tabáquicas y la cuarta parte de estos fallece prematuramente (entre los 35 y 69 años).

Globalmente cabe mencionar que los fumadores están expuestos a:

- 10 veces mayor riesgo de neoplasias
- 6 veces mayor riesgo de Epoc
- 2 veces mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares
- 5 a 10 años menos de vida
- Muerte prematura
- Invalidez

PAPEL ESTRATEGICO DEL MEDICO

Según Anda y col., el 74 % de los fumadores, realiza 1 consulta por año a su médico; solo el 40 % recibe consejo antitabaco; cerca del 60 % desearía lograr la cesación pero frecuentemente desconoce las estrategias.

La mayoría de los fumadores logra abandonar por cuenta propia o con intervención mínima del médico de confianza. Estudios realizados en Unidades de APS refleja que con intervención mínima del médico se llega a una abstinencia de un 5 a 7 % al año; si bien puede parecer escaso, al aplicar dicho porcentaje a la numerosa población que concurre a las mencionadas Unidades, resulta un logro significativo para los fumadores, cifra bastante mayor que los que cesan a través de tratamientos especializados; por lo expuesto debemos considerar a la intervención mínima, realizada por médicos clínicos, generalistas, por su puesto neumonólogos, como la medida costo/beneficio más eficaz en el abandono del tabaquismo. Remarcaremos así, la importancia que todo médico asistencial (especialista o no) se comprometa activamente en su tarea cotidiana, abordando la problemática del fumador (aunque la consulta sea por otro motivo) llegando a un diagnóstico correcto y oportuno del tipo de tabaquismo que posea y sepa brindar las estrategias terapéuticas iniciales, adaptadas según el diagnóstico efectuado anteriormente.

Actividades básicas a realizar por parte de los médicos, frente a los fumadores:

- Brindar ejemplo modélico de no fumador
- Anamnesis orientada a tabaquismo
- Brindar información clara, contundente y firme
- Brindar estrategias de abandono

Se considera importante que el personal paramédico también posea las herramientas para colaborar con los fumadores, y se involucre en acciones mínimas de cesación.

También queremos remarcar los conocidos principios elaborados por el National Cancer Institute de los EE.UU, sobre las 4 acciones básicas a realizar por los médicos en sus consultorios (Plan de las 4 "A"):

Averigüe:

sobre el hábito de fumar, en cada consulta.

Aconseje:

a los fumadores, a alejarse del tabaco, en cada consulta.

Ayude:

a sus pacientes fumadores, en el intento de dejar.

Acuerde:

un programa de control y seguimiento.

CONCEPTOS BASICOS EN EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS FUMADORES

GENERALIDADES

Al igual que en cualquier patología, el tabaquismo será abordado con:

- Anamnesis dirigida al tabaco
- Examen físico
- Estudios complementarios relacionados

Debe descartarse inicialmente Epoc y Cáncer, 2 patologías que modifican las prioridades diagnósticas y terapéuticas.

Tener presente que algunas circunstancias especiales obligan a una interconsulta oportuna, con Neumólogo especializado, psiquiatra, psicólogo, etc. (ver tabla 2)

Dentro de los fumadores que se presenten, los que van a tener mayor posibilidad de dejar serán: los motivados para dejar, los estables emocionalmente, los que posean escasa dependencia nicotínica, los que habiten con un entorno favorable y los que tengan alguna razón médica para dejar (Epoc, cardiopatías, embarazadas, etc).

La mayoría de los fumadores ya posee varios intentos fallidos previos; estos no deben considerarse como fracasos sino como experiencias que ayudará en el próximo intento (concientizarlo en ese sentido, motivar para uno nuevo, el cual será acompañado y orientado).

Será importante indagar sobre los motivos que causaron recidiva (ansiedad, depresión, sobrepeso, Sind. de abstinencia, necesidad de "gratificación"etc.), lo cual se contemplará en la futura estrategia (Tabla 3), al igual que conocer las actuales motivaciones para abandonar, las cuales difieren muchas veces según las edades de los fumadores (ver Tabla 4, será de utilidad recordarlas junto al paciente, en varias ocasiones, en el curso de la cesación).

Otros datos a recabar son los síntomas que posea en relación al consumo: tos, sibilancias, disnea, palpitaciones, insomnio, cefalea, "hormigueos", acidez, palpitaciones, pérdida de gusto y olfato, etc., todos elementos útiles para remarcarlos frente al paciente (frecuentemente no los ha valorado), y que sirvan de causa de motivación para el abandono (remarcar la posibilidad de mejorar la calidad de vida).

También será importante consultar sobre antecedentes de consumo de otros fármacos, presencia de otras adicciones (alcoholismo, etc), comorbilidades como epilepsia, síndromes psiquiátricos, trastornos digestivos, cardiovasculares, los cuales serán sumamente valorados a la hora de establecer tratamiento farmacológico.en caso de necesidad.

Tabla 2. CRITERIOS DE DERIVACION

1. *Fumador en fase de preparación, acción (altamente motivado) con alta dependencia (30%) *La tarea de motivación debe quedar a cargo de estamentos previos del sistema sanitario.
2. Fumadores después de haber realizado 2 o 3 intentos previos sin éxito, correctamente conducidos por un profesional sanitario.
3. Fumadores con enfermedades psiquiátricas controladas y desean hacer un intento serio de abandono.
4. *Fumadores con cardiopatía isquémica de menos de tres meses de evolución o descompensada *Fumadores con arritmias graves *Fumadores con enfermedad vascular descompensada.
5. Fumadores que han padecido otras drogodependencias y que llevan más de dos años sin recaer.
6. Fumadoras embarazadas

Tabla 3. CAUSAS DE RECAIDAS (Según informe SEPAR 99)

<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia..... 70 – 80% • Ansiedad – Depresión..... 10 - 15% • Sobrepeso..... 10 - 25%
<p>NOTA: Recordar que en las primeras semanas de abstinencia los síntomas relacionados con la supresión de nicotina se ponen muy de manifiesto, o sea, que la recidiva precoz, frecuentemente se relacionará con una causa biológica, pero las recidivas mas tardías, probablemente dependan de razones psicológicas, sobre todo de la búsqueda de gratificación en un momento dado.</p>

Tabla 4. MOTIVACIONES PARA LA CESACION DE FUMAR SEGUN GRUPO ETAREO

<u>Entre 16 y 25 años</u>	*deporte – belleza *salir de una adicción "a tiempo"
<u>Entre 25 y 40 años</u>	*por los hijos *factor económico *otros
<u>Mayores de 40 años</u>	*por síntomas relacionados con tabaquismo *por otras comorbilidades *otros

DIAGNOSTICO CLINICO: CONCEPTOS ESPECIFICOS

Remarcaremos los principales parámetros clínicos y exámenes complementarios útiles en la determinación de

- 1) Diagnóstico del tipo de tabaquismo
- 2) Pronóstico

Sin dejar de mencionar la importancia de establecer la Tipología que posee cada fumador (predominio de componente gestual, psíquico o asociaciones, social, físico, manipulador o folclórico, compulsivo etc.), así como la necesidad de captar comorbilidad psiquiátrica presente en el 60 % de los fumadores regulares (causa de recidivas, a veces marca necesidad de medicación, otras de interconsultas), donde la ansiedad puede ser abordada a través de test específicos, al igual que la depresión (2 preguntas a recordar: ¿ha perdido placer por cosas básicas como vida en familia, sexual, una "buena comida" etc.? ¿Posee tristeza permanente?), queremos resaltar los 3 componente clínicos principales a determinar en el fumador:

1) GRADO DE TABAQUISMO Y RIESGO:

A) Grado de tabaquismo: (ver tabla 5) a mayor grado de tabaquismo, mayor posibilidad de poseer patología por tabaco – menor posibilidad de tener éxito de abandono – peor pronóstico – mayor posibilidad de tener adicción.

El Grado de tabaquismo se podrá establecer de 2 maneras:

a) Determinando carga tabáquica (Índice paquetes/año):

Fácil de medir y de suma utilidad ya que no solo refleja el consumo diario sino el peso del tabaquismo en el tiempo ("historia" tabáquica). Deberá utilizarse la fórmula: **Nro. de cigarrillos consumidos por día por el Nro de años de consumo, dividido 20.**

Ejemplo: fumador de 15 cig. Por día, durante 30 años, el índice será de (15 por 30 dividido 20) = 22 paquetes /año.

b) Recurriendo a la medición de Monóxido de carbono espirado (Co esp.):

Determinación no invasiva en el aire espirado, utilizando método de Jarvis. El valor del Co espirado se realiza en partes por millón (ppm); los fumadores regulares en general poseen valores superiores a 10 ppm, los ocasionales entre 7 y 10 ppm, y los no fumadores valores inferiores a 6 ppm (salvo presencia de combustión incompleta, calefacción hogareña, contacto con humo, gases de autos, etc). Esta determinación de Co esp. no solo es marcador de grado de tabaquismo (marcador de consumo) sino también sirve para que el paciente internalice el daño (recibe un dato objetivo de intoxicación) pasando a ser un elemento motivador de cesación, y certifica el informe verbal de abstinencia por parte del fumador.

Tabla 5. GRADO DE TABAQUISMO

GRADO	INDICE PAQ. / AÑO	CO
LEVE	< de 5	< de 10 PPm
MODERADO	5 a 15	10 a 20 PPm
ALTO	+ de 15	+ de 20 PPm

Tabla 6.

	RIESGO BAJO	RIESGO ALTO
GRADO DE TABAQUISMO	LEVE	ALTO
COMORBILIDAD	AUSENCIA	PRESENCIA
PATOLOGIA ASOCIADA A TABAQUISMO	AUSENCIA	PRESENCIA

B) Determinación del Riesgo: (ver Tabla 6)
 Útil a la hora de decidir una estrategia terapéutica; marcadora de la trascendencia de tabaco que posee el fumador y además muestra otras circunstancias que puedan afectar la salud del paciente; los de riesgo alto deben ser concientizados sobre:

- Morbimortalidad prematura
- Pérdida significativa de calidad de vida.

Se valorará el grado de tabaquismo que posee el paciente, la presencia o no de otra comorbilidad y si ya existe alguna patología provocada por tabaquismo.

2) DETERMINACION DE LA FASE DE ABANDONO:

Básico en la elección de la estrategia terapéutica la cual será adaptada según el grado de motivación que posea el fumador. Para determinar la fase se utilizará el conocido esquema de Prochaska. (Tabla7).

Fases y sus características:

Fase de Precontemplación: en ella se encuentran alrededor del 30 % a 50% de los fumadores, sobre todo el grupo etéreo menor de 30 años; son consonantes (están de acuerdo con ser fumadores), no encuentran razón para abandonar; poseen frecuentemente escaso conocimiento del daño tabáquico.

Fase de Contemplación: similar frecuencia al grupo anterior (30 a 50%), comienzan a ser disonantes, motivados para la cesación pero frecuentemente no se sienten confiados (varios de ellos han tenido varios intentos fallidos), o desconocen las estrategias de abandono y por ello posponen el nuevo intento para más adelante.

Fase de Preparación-Acción: frecuencia menor a las anteriores (menor del 20 %); es una fase de plena motivación para abandonar y a corto plazo; desean salir del tabaquismo inmediatamente y requieren ayuda; varias veces se produce un intercambio de fase, pasando a contemplación y vuelven. Los fumadores que han cesado pero hace menos de 6 meses se ubican en esta fase.

Fase de Mantenimiento: logró abstinencia por mas de 6 meses (hasta el año de abstinencia no debe considerarse ex fumador)

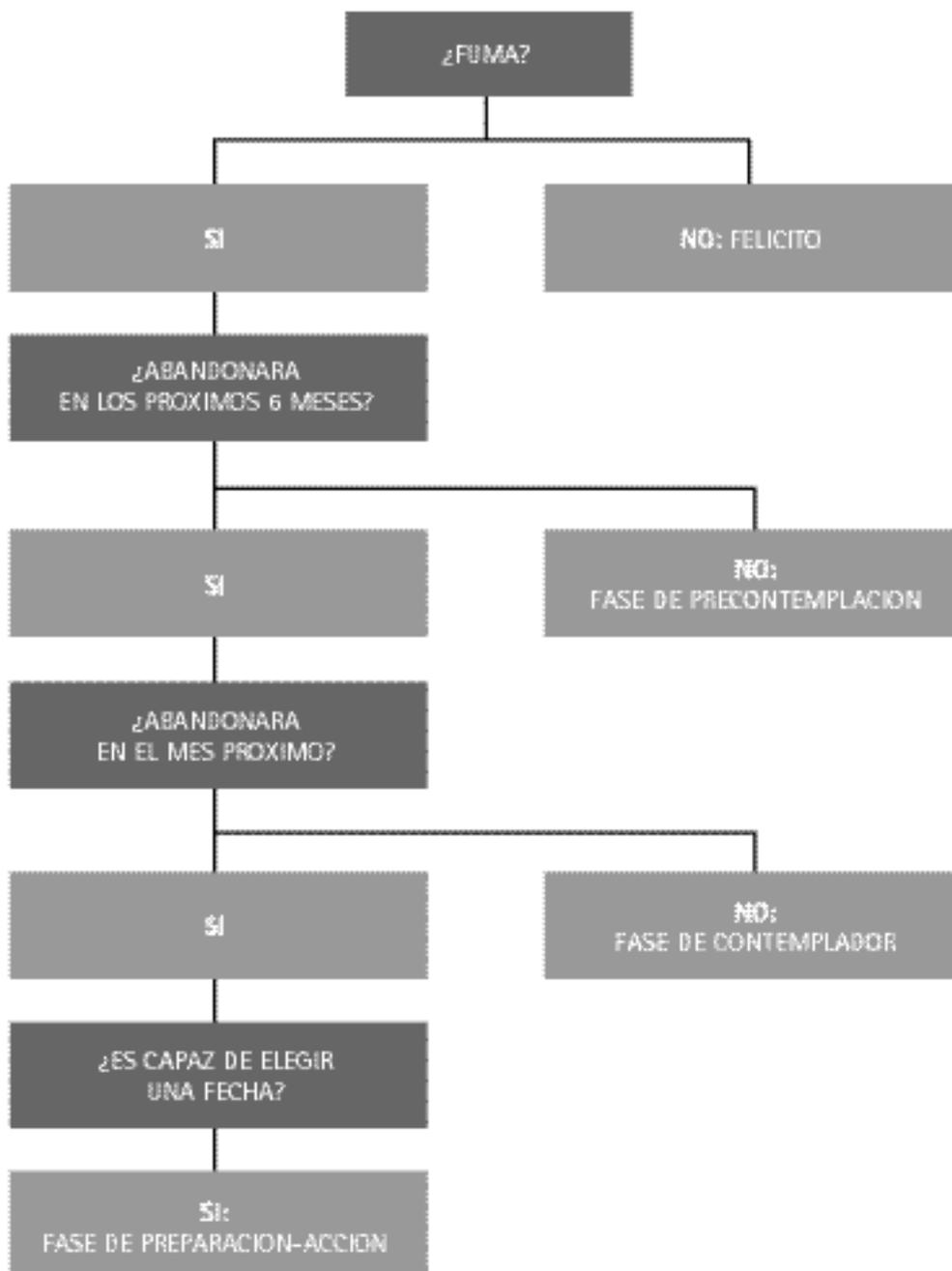
Recaída: población que queda con autoestima muy baja y pasan a contemplación.

3) DETERMINACION DE LA DEPENDENCIA NICOTINICA:

El test de Fageström (ver Tabla 8, Fageström modificado) constituye un método confiable

Tabla 7. FASES DE ABANDONO (MOTIVACION)

ESQUEMA DE PROCHASKA



en función de marcar el grado de adicción física; de acuerdo a este, el grado de dependencia se clasificará en leve cuando posea un puntaje de 1 a3, moderado de 4 a 6 y severa con un puntaje de 7 o mas; dentro de las preguntas incluidas en el test, son 3 las consideradas mas representativas, así por ejemplo al determinar. 1) tiempo que transcurre entre el despertar y el consumo del primer cigarrillo del día (si es menor de 30 minutos refleja adicción; considerar a esta como la mas significativa de las pre-

guntas); 2) si ese primer cigarrillo el fumador lo considera como uno de los mas "importantes"; 3) si el consumo diario es de 20 cigarrillos o mas.

Evaluar intentos fallidos previos: los fumadores con dependencia generalmente poseen: 1) varios intentos fallidos; 2) aparición de síntomas relacionados con abstinencia durante los intentos (ver Tabla 1); 3) síndrome de abstinencia o ansiedad- depresión como motivos de recidiva.

Tabla 8. TEST DE FAGËRSTROM MODIFICADO

	PUNTOS
1- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo? Hasta 5 minutos Entre 6 y 30 minutos Entre 31 y 60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
2- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como el cine? Si No	1 0
3- ¿Qué cigarrillo le molestaría más no fumar? El primero de la mañana Cualquier otro	1 0
4- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día? 10 o menos 11-20 21-30 31 o más	0 1 2 3
5- ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día? Si No	1 0
6- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día? Si No	1 0

PUNTUACION

0 y 4: > Dependencia baja. 4 y 6: > Dependencia moderada. > 7: Dependencia alta.

EXAMEN FISICO DEL PACIENTE FUMADOR

Como cualquier otro paciente deberá ser explorado integralmente; enfocando específicamente al tabaquismo y sus consecuencias hacemos hincapié en:

- Auscultación cardiopulmonar
- Peso
- Frecuencia cardíaca
- Tipo de tórax
- Tensión arterial
- Signos de Epoc
- Cianosis
- Hipocratismo

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes **generales** brindarán información sobre el estado de salud global del fumador, y los **específicos** informarán sobre grado de exposición real al humo del tabaco.

Estudios generales

A) Laboratorio sanguíneo (incluyendo **rutina**): por efecto del tabaquismo puede registrarse cambios de hematocrito, glóbulos rojos y blancos (pueden corregir con la cesación).

Otros hallazgos posibles:

- Incremento del colesterol total con aumento del LDL y disminución en el HDL.
- Diabetes
- Hiperuricemia
- Cambios en el tiempo de coagulación y en la tasa de fibrinógeno (tabaquismo relacionado con agregación plaquetaria y disminución de la actividad fibrinolítica).

B) Laboratorio funcional: espirometría sin y con broncodilatador. Los fumadores constituyen una población de sumo riesgo de Epoc, el cual deberá diagnosticarse oportunamente. Es conveniente realizarla en las iniciales consultas y al año de cesación; es útil para la motivación del fumador.

C) Rx de tórax: útil en el diagnóstico de Epoc, neoplasia pulmonar, cardiomegalia etc. sobre todo en sintomáticos.

D) Electrocardiograma: aporte en coronariopatías; poca sensibilidad en repercusiones derechas por Epoc.

Estudios Específicos

En la práctica clínica son 2 los estudios de mayor utilidad y practicidad:

- 1) Determinación del CO espirado: ya mencionado en Grado de tabaquismo (ver tabla 5). Marcador de consumo que evalúa adecuadamente la abstinencia en las últimas 48 a 72 horas. Método simple y no invasivo.
- 2) Determinación de cotinina: principal metabolito de la nicotina. Marcador específico de consumo. Se puede determinar en orina (lo mas común), sangre o saliva. Útil, no solo en el diagnóstico de consumo (hay buena relación entre la concentración obtenida en fluidos y la intensidad de exposición al humo de cigarrillo), sino también en el manejo de terapia sustitutiva de la nicotina. Valora bien la abstinencia en los últimos 4 días (vida media algo mas larga).

Estrategias terapéuticas

Generalidades

Las principales dificultades que presentan los fumadores para abandonar son:

- 1) Motivación
- 2) Adicción nicotínica
- 3) Presencia de comorbilidad psiquiátrica

Frente a esta problemática será importante que el médico concientice al fumador respecto a la posibilidad real de cesación, independientemente del tipo de tabaquismo

que posea fundamentalmente manteniendo una adecuada motivación; deberá remarcar que el abandono del tabaco implica un significativo proceso de cambio el cual deberá ser superado por el mismo paciente sin búsqueda de alguna "terapia milagrosa", pero sí ayudado y orientado por su médico, persiguiendo como objetivo aliviar los síntomas y dificultades que pueda plantear el alejamiento del tabaquismo. También deberá advertirse el trabajo "día a día" contra la adicción tabáquica, alejando el pensamiento pesimista de la imposibilidad futura de sortear diversas situaciones sin cigarrillos.

Las estrategias a implementar serán adaptadas de acuerdo al tipo de tabaquismo de cada paciente teniendo en cuenta que la deshabituación es un proceso complejo el cual requiere inicialmente lograr un cambio de actitud frente al tabaquismo (sobre todo en fumadores consonantes) y luego un cambio en la conducta (para los disonantes). Por ejemplo, en los fumadores precontempladores y contempladores se buscarán cambios conductuales y de fase (acercarlo a la fase de acción). Con esto se duplica la cesación a seis meses. En cambio, en los fumadores en fase de acción deberán brindarse estrategias rápidas, elección de fecha de abandono persiguiendo una abstinencia acorto plazo, y si es posible, definitiva. Con esto se triplica la posibilidad de abstinencia en seis meses.

Intervención Mínima	Nivel 1 Nivel 2
Tratamiento Especializado	

***INTERVENCION MINIMA:**

Como puntos básicos, la intervención mínima deberá incluir:

- 1) personalización de las medidas a seguir
- 2) relación de sintomatología con consumo tabáquico
- 3) cuantificación riesgo – beneficio
- 4) transmitir nuestra intención de ayudar
- 5) facilitar medidas para el abandono
- 6) seguimiento del fumador en su proceso de abandono

Nivel 1: Protocolo asistencial que debe incluir dos elementos básicos:

- a) Consejo médico de abandono: corto (no mas de tres minutos), claro y contundente, remarcando al abandono como la medida sanitaria mas importante para mantener su salud; sensibilizar al fumador sobre riesgos y beneficios de dejar (remarcar mas éstos últimos).
- b) Soporte informativo: Conteniendo información sobre componentes del cigarrillo, daños orgánicos beneficios del abandono, etc.
- c) En ocasiones se recurrirá en caso de necesidad a apoyo psicológico.

Nivel 2: Intervención mínima o sistematizada. Aquí el protocolo asistencial incluirá consejo médico, soporte informativo, plan estratégico (ver tabla 9 y 10), apoyo psicológico y seguimiento periódico y sistematizado hasta el año de abstinencia.

Tabla 9. CONSEJOS UTILES PARA DEJAR DE FUMAR

- Infórmese sobre las consecuencias del consumo de tabaco (su médico puede ayudarlo), y reflexione seriamente sobre la probabilidad de contraer una enfermedad discapacitante tabaco-dependiente y sobre el daño que esto le proporcionaría a Ud y a sus seres queridos.
- Pregúntese sobre su verdadero deseo de dejar de fumar. Si todavía no siente el deseo de intentar dejar de fumar, desarrolle con mayor énfasis el punto anterior.
- Determine una fecha específica para dejar de fumar y respétela (día "d"). escoja una fecha simbólica como por ejemplo su cumpleaños o el de alguno de sus hijos.
- Si no puede dejar de fumar de golpe, intente durante la primera semana, a partir del día "d", disminuir el consumo de cigarrillos al máximo fumando solo aquellos que le son absolutamente necesarios. Ud deberá lograr reducir entre el 50% y el 70% de su consumo diario. ¡Luego, anímese y deje de fumar totalmente!
- Cambie sus hábitos asociados al consumo de tabaco. Así por ejemplo si Ud. estaba acostumbrado a mirar televisión o leer y fumar, cambie el lugar de lectura o la televisión de lugar. Del mismo modo evite las sobremesas, ellas invitan a fumar. Salga a caminar o a tomar aire al balcón.
- Evite las comidas abundantes o muy condimentadas o muy azucaradas. Del mismo modo evite las bebidas con alcohol, el café o el mate. Ellas aumentan los deseos de fumar.
- Anuncie a todo el que esté dispuesto a escucharlo que está intentando dejar de fumar. Hable sobre el tema y de las dificultades que Ud. siente. Esto cosechará apoyo de su familia y amigos.
- Prohíba fumar en su casa. Invite cordialmente a fumar afuera. Retire de su casa todo lo relacionado con el consumo (ceniceros, encendedores,... y por supuesto cigarrillos. ¡No intente una "pulseada" con ellos!)
- Esté preparado para los efectos de la abstinencia, como ganas de fumar, irritabilidad, ansiedad, mayor apetito y planifique estrategias de adaptación (tener algo en las manos, goma de mascar, botella de agua mineral, etc.)
- ¡Prepare un plan de actividad física realista, adaptado a sus actividades diarias y cúmplalo!
- Si no puede lograrlo no se desanime, inténtelo nuevamente o busque ayuda. ¡Lo peor es bajar los brazos!
- ¡Anímese Ud. puede!

Tabla 10. DECALOGO PARA DEJAR DE FUMAR

PREPARACIÓN

1. Piensa por qué fumas cada vez que enciendes un cigarrillo e infórmate sobre el tabaco.
2. Busca tus motivos para dejar de fumar y escribe una lista.
3. Evita las situaciones que asocies con fumar y elige ambientes sin humo.
4. Decide el día que vas a dejar de fumar y, si lo crees oportuno, díselo a tus familiares y amigos.

PLAN DE ACCIÓN

¿Qué hacer el primer día?

5. Levántate un poco antes y haz ejercicio físico, bebe zumo y agua.
6. Debes estar lo más activo posible durante todo el día, de manera que tus manos y boca estén ocupadas.
7. Decídete a no fumar, aunque sólo sea el día de hoy.

¿Cómo mantenerse sin fumar?

8. Practica alguna actividad física, mejor en grupo, y toma una dieta rica en frutas y verduras. Relee tu lista de motivos para dejar de fumar.
9. Si sientes un deseo muy fuerte de fumar, no te preocupes, relájate, respira profundamente y concéntrate en lo que estás haciendo. También puedes consultar a los profesionales sanitarios.
10. No cedas ni por un solo cigarrillo. Recuerde que el deseo de fumar disminuye después de la segunda o tercera semana.

Felicítate por cada día que pasa sin fumar.

¡Ánimo! ¡No quemes tu vida!
¡Esta vez seguro que lo conseguirás!

Características del consejo médico en nivel

2: deberá marcar la necesidad de abandono para mejorar o curar un proceso patológico actual; remarcar el alto grado de tabaquismo que posee y la presencia de otros factores de riesgos que multiplican la posibilidad de morbimortalidad prematura y afectación de calidad de vida. El médico concientizará sobre la necesidad de ingresar a un plan se-

rio de cesación brindando las estrategias adecuadas y personalizadas, fundamentar la necesidad de abandono a corto plazo (para alejarse de riesgos, recuperar funciones perdidas, interrumpir la carrera adictiva, por razones de familia, etc.).

-En este nivel citar al fumador en cuatro a seis semanas para evaluar evolución.

-El nivel 1 y 2 se adaptan a fumadores con escaso componente adictivo; la elección del nivel se hará de acuerdo al grado de riesgo y motivación de cada paciente.

***TRATAMIENTO ESPECIALIZADO**

Adaptado a pacientes con alta dependencia nicotínica o a aquellos que han fracasado con intervención mínima y que se encuentren motivados para realizarlo. En tabla 2 se especifican criterios de derivación.

Nota: El tratamiento especializado será abordado por la sección de tabaquismo en futura guía.

RECOMENDACIONES PRACTICAS DE DIAGNOSTICO Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS (ver tablas 11 y 12)

Todo paciente deberá ser indagado por su médico respecto a su hábito de fumar. En caso de ser fumador se lo consultará sobre su deseo de abandonar; si contesta afirmativamente es conveniente citarlo a una consulta específica para profundizar la problemática (esto según las características del fumador y las posibilidades operativas).

Ya en el marco de la mencionada consulta específica de tabaquismo, deberá determinarse los 3 principales tópicos del fumador (Protocolo que no demandará más de 5 minutos en determinar guiándose con tabla 11)

Tabla 11. PROTOCOLO DE ABORDAJE CLINICO DEL PACIENTE FUMADOR

GRADO DE TABAQUISMO			FASE DE ABANDONO		DEPENDENCIA NICOTINICA			
Marca riesgo y pronóstico			Marca motivación		Marca adicción y necesidad de tratamiento farmacológico			
	LEVE	MODERADO	ALTO	FASE	ACTITUD-MOTIVACION		BAJA	ALTA
IND. PAQUAÑO	< de 5	5 a 15	> de 15	PRE-CONTEMPLADOR	No desea abandonar	FAJERSIROM	- de 6 puntos	+ de 6 puntos
Cn ESPERADO Ppm	< de 10	10 a 20	> de 20	CONTEMPLADOR	Desea pero no en lo inmediato	1+ CIGARRILLO DESDE EL DESPERTAR	antes de 1/2 hora	después de 1/2 hora
				ACCION	Desea en el corto plazo	CONSUMO DIARIO	- de 20 cig./dia	+ de 20 cig./dia
						SINOMAS DE ABSTINENCIA EN INTENTO PREVIO	ausentes	presentes

1) GRADO DE TABAQUISMO Y RIESGO:
ver tablas 5 y 6.

Recordamos que son marcadores de riesgo, de padecer actualmente o en el futuro alguna patología relacionada con tabaquismo, asociada a alguna otra comorbilidad (lo cual se multiplica la morbimortalidad), y de pronóstico respecto de poseer componente adictivo, posibilidad de cesación etc. Para determinar grado de tabaquismo recurriremos al índice paquetes / año (concepto de carga tabáquica, tabla 5), y/o a la medición de Co espirado. Para marcar el riesgo (tabla 6), asociaremos el - Grado de tabaquismo - Presencia o no de patología asociada a tabaco y alguna otra comorbilidad.

2) FASE DE ABANDONO

Se utilizará el esquema de Prochaska (tabla 7): marcador de motivación y actitud del fumador frente a su problemática; indispensable para adaptar una estrategia terapéutica.

3) GRADO DE DEPENDENCIA NICOTINICA

Esta determinación se relaciona directamente con necesidad o no de tratamiento farmacológico, pronóstico y riesgo de su tabaquismo. Se recurrirá a: A) Test de Fagerström modificado (tabla 8), B) Preguntas seleccionadas mas representativas: -Si consume o no el primer cigarrillo en la primera media hora desde el despertar (la mas importante), - si es primer cigarrillo del día lo considera como el mas importante, - si el consumo diario es de 20 cigarrillos por día o mas; C) Evaluación de los intentos fallidos previos (cantidad, presencia de síntomas de abstinencia, causas de recidiva). Así el fumador con escaso componente adictivo tendrá Fagerström bajo, consumirá el primer cigarrillo horas después del despertar, posiblemente menos de 20 cig. por día, sin aparición de síntomas de abstinencia en intentos previos; todo lo opuesto en el fumador con alta dependencia.

4) OTRAS DETERMINACIONES A REMARCAR

Motivos para cesación (salud, familia, económicos, etc.): puntualizarlos y recordarlos en cada consulta.

Comorbilidad psiquiátrica: motivo de fracaso y recidiva (a veces necesidad de interconsulta o derivación); síndrome de ansiedad-depresión (presente en más del 60 % de los fumadores regulares).

Antecedentes patológicos y consumo de fármacos: utilidad a la hora de remarcar riesgos y en la elección de tratamiento farmacológico específico antitabáquico.

Presencia de síntomas relacionados con tabaquismo: sirve para concientizar al fumador sobre el daño y la necesidad de abandono.

Entorno: en ocasiones juega un rol fundamental en el éxito o no de abandono; importa conocer sus características.

Característica del "momento" que vive el fumador: aumentará la chance de abandonar cuando se inicia un plan estratégico de cesación cuando el paciente no posee situaciones laborales, familiares, etc. que impliquen stress o tensión emocional.

ESTRATEGIAS RECOMENDADAS SEGÚN LO DIAGNOSTICADO

1) EN LOS PRECONTEMPLADORES Y CONTEMPLADORES

Acá se perseguirá como objetivo global lograr cambio de actitud y de fase (acercarlos a fase de acción).

A) Los de riesgo bajo: recibirán *intervención mínima Nivel 1* (consejo médico y soporte informativo) remarcando mas los beneficios de abandonar (y que existen planes de cesación) respecto a los riesgos.

B) Los de riesgo alto: recibirán **Nivel 2** (plan sistematizado, incluyendo consejo, soporte informativo, apoyo psicológico, se lo compromete para seguimiento); acá en el consejo se remarcará la necesidad extrema de cesación, en relación al grado de tabaquismo, presencia de patología tabáquica o comorbilidad, posibilidad alta de morbimortalidad prematura y pérdida de calidad de vida etc. Se lo citará en 4 o 6 semanas para evaluar cambio de actitud.

2) EN LOS DE FASE DE ACCION

En ellos, el objetivo global será brindar, a corto plazo, las estrategias adecuadas en un paciente ya plenamente motivado para la cesación.

A) Pacientes con bajo consumo y bajo componente adictivo: básicamente se le brindará Nivel 2 de intervención mínima pero instalando rápidamente un plan estratégico de cesación (tablas 9 y 10), donde se estipule una preparación (que reconozca el tipo de tabaquismo que posee, que valore los motivos para dejar, reducción gradual del consumo en algunos, etc), antes del día "D" (prueba de abstinencia total), se establezca una fecha de corte, se aconseje sobre manejo de dieta (sin estimulantes, privilegiando frutas, verduras y no hidratos de carbono), compromiso ante el "entorno social", herramientas para "sortear" situaciones de ganas o necesidad de tabaco (que sepa diferenciarlas), como cambiar situaciones y escenarios relacionados con el consumo,

búsqueda de reemplazantes (orales, manuales, etc.). Posiblemente este es el tipo de fumador que mas se beneficiará con la intervención del médico clínico, generalista, etc. con Nivel 2 de intervención, plan estratégico de abandono, apoyo psicológico y, eventualmente, y de acuerdo a cada paciente, mínimo aporte de tratamiento farmacológico hacia la adicción nicotínica (terapia sustitutiva, Bupropión, ansiolíticos etc).

B) Pacientes fumadores con alto consumo y alto componente adictivo: población que generalmente requiere de un tratamiento especializado y/o de una derivación oportuna (evaluar criterios mencionados en tabla 2).

CONCLUSIONES FINALES

El tabaquismo es una de las patologías crónicas adictivas mas significativas que afecta a la población que concurre periódicamente a los consultorios médicos; será de extrema importancia que todos los médicos (especialistas o no), sepan diagnosticar y orientar terapéuticamente a todos a los fumadores con el fin de controlar, rápida y oportunamente, esta significativa problemática sanitaria.

Por lo mencionado anteriormente, es que pretendimos, con esta Guía, acercar conceptos y herramientas que se consideren de valor práctico y de cierta utilidad en el manejo de los pacientes fumadores.

Tabla 12. ENFOQUE TERAPEUTICO SEGUN DIAGNOSTICO DE TABAQUISMO

FASE	TIPO DE TABAQUISMO	ESTRATEGIA TERAPEUTICA
PRECONTEMPLADORES Y CONTEMPLADORES	CON BAJO RIESGO (Tabla 6)	INTERVENCION MINIMA (Nivel 1) Consejo médico corto, soporte informativo
	CON ALTO RIESGO (Tabla 6)	INTERVENCION MINIMA (Nivel 2) Sistematizada <ul style="list-style-type: none"> • Consejo con otro enfoque • Soporte informativo • Apoyo psicológico • Plan de seguimiento
FASE DE PREPARACION- ACCION	CON BAJA ADICCION Y BAJO GRADO DE TABAQUISMO	INTERVENCION MINIMA (incluyendo plan estratégico tablas 8 y 9) TERAPIA FARMACOLOGICA EVENTUAL (sustitutiva, bupropion, ansiolíticos)
	CON ALTO GRADO ADICTIVO Y ALTO GRADO DE TABAQUISMO	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO (derivación)