

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

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Entidades Académicas, Científicas e Instituciones Representativas del control del tabaco en Argentina . Coordinación técnica: Verónica Schoj y Ana Tambussi. Revisión del documento final: Mario Virgolini.

Resumen

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

En esta segunda entrega se desarrollan las herramientas para que el equipo de salud aborde a los fumadores listos para abandonar el hábito, las recomendaciones para grupos específicos; así como las intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo y las institucionales y de salud pública. El documento completo se encuentra en www.msal.gov.ar.

Intervenciones en los fumadores que están listos para dejar de fumar

De acuerdo a la evidencia disponible, todos los fumadores que quieren dejar de fumar deben recibir dos tipos de intervenciones: una intervención psico-social (IPS) dirigida a tratar la dependencia psíquica y social y una intervención farmacológica para aliviar la dependencia física.

La IPS (al menos en un formato breve) es eficaz para la cesación y debe ofrecerse al 100% de los fumadores listos para dejar de fumar. Puede tener diversos grados de intensidad, medida como tiempo de contacto con el fumador. A mayor intensidad mayor eficacia del tratamiento¹.

La intervención farmacológica debe ofrecerse a la mayoría de los fumadores. Los fármacos no deben utilizarse como una estrategia terapéutica aislada, dado que su eficacia depende de su utilización en un marco terapéutico psico-social². La indicación de farmacoterapia es independiente del formato terapéutico psico-social que se utilice (sea este breve o intensivo).

Intervenciones breves

Las intervenciones breves son un conjunto de estrategias efectivas para la cesación, que pueden ser brindadas por cualquier profesional de la salud y que demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial. Están basadas en la mejor calidad de evidencia y están ampliamente difundidas y son recomendadas por numerosas guías de práctica clínica de todo el mundo^{3,4,5,6}. Su duración estimada es de tres a cinco minutos por consulta y puede realizarse en toda la población fumadora independientemente del sexo, edad, raza y nivel de adicción a la nicotina. Están constituidas por cinco componentes fundamentales que se enumeran en la cuadro 1.

Cuadro 1: los cinco componentes de las intervenciones breves.

1	Conocer el estatus de fumador , registrarlo y actualizarlo en cada consulta.
2	Realizar consejo antitabáquico claro
3	Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia)
4	Elaborar un programa de tratamiento : fecha de abandono, intervención psico-social e intervención farmacológica
5	Elaborar un plan de seguimiento

Los ítems 1, 2, y 3 de la intervención breve que se enumeran en la tabla 4 ya fueron desarrollados en la primera entrega de esta guía, por lo cual tratamos seguidamente los ítems 4 y 5.

Intervenciones intensivas

Se entiende por intervención intensiva a aquella que implica un contacto personal reiterado y prolongado. La intensidad de la intervención se refiere al componente psico-social del tratamiento dado

que la inclusión o no de fármacos es independiente de la definición de la intensidad de la intervención. Se recomienda incluir la farmacoterapia tanto en la intervención intensiva como en la breve.

El marco teórico que se utiliza para brindar intervenciones intensivas es el mismo que el que se utiliza para las intervenciones breves (ya descripto). La diferencia entre ambas está básicamente centrada en el tiempo de contacto y en el nivel de entrenamiento de los profesionales intervinientes.

Existe una relación dosis respuesta entre la intensidad de la intervención psico-social (medida en tiempo de contacto) y la tasa de éxito. Es decir cuanto más tiempo los profesionales de la salud dedican a una intervención psico-social, mayor es la tasa de cesación¹.

Algunos autores consideran intensiva a aquella intervención que implica cuatro encuentros de al menos diez minutos cada uno, entre el equipo profesional y el fumador. Otros recomiendan cinco encuentros de al menos una hora de duración con un seguimiento post cesación de un mes⁶. En Argentina, las intervenciones intensivas grupales suelen ser prolongadas (seis encuentros de una o dos horas cada uno aproximadamente). Variaciones en la intensidad quedan a criterio del equipo interviniente y de las posibilidades locales de implementación.

Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para tal fin, dado que hay evidencia de que la efectividad es alta independientemente de quien la brinda¹. Una intervención intensiva psico-social es más efectiva si dos o más profesionales de diversas disciplinas de la salud trabajan en conjunto.

Todos los formatos de intervención psico-social, ya sean presenciales (grupales o individuales) o brindados por líneas telefónicas, son altamente efectivos para ayudar a dejar de fumar y poseen las tasas más elevadas de cesación y costo-efectividad⁷. Por esto todos deben ser promocionados, jerarquizando siempre las preferencias de los usuarios para elegir una u otra opción.

Sin embargo una fuerte limitación de las intervenciones intensivas presenciales es su bajo alcance poblacional. Solo un 5% de los fumadores deja de fumar con este abordaje terapéutico. Por lo tanto, es crucial que la estrategia global de cesación articule todo el espectro de intervenciones eficaces: consejo, intervención psico-social breve e intensiva, farmacológica, telefónica, concursos "Abandone y Gane" y otras estrategias de promoción de la cesación. Es clave involucrar al sector de la Atención Primaria de la Salud y capacitar al equipo de salud desde la formación de pregrado, para lograr un alto impacto sanitario.

Elaboración de un programa de tratamiento

Un programa de tratamiento debe incluir tres elementos claves:

a) Fecha de abandono

La chance de éxito es cuatro veces mayor cuando se deja de fumar en un día determinado y súbitamente, que cuando se baja paulatinamente la cantidad. Poner una fecha para dejar de fumar predice el éxito del intento. Se recomienda que el fumador notifique la fecha

a sus familiares y amigos. Es importante que la fecha para dejar de fumar no se fije más allá del mes desde el momento en que se inicia el tratamiento, dado que pasado este periodo disminuye la motivación.

b) Intervención psico-social

Incluye esta categoría una amplia variedad de intervenciones que van desde modalidades de autoayuda hasta líneas telefónicas proactivas, asesoramiento individual y grupal. Las IPS, provenientes de diversos marcos teóricos psicológicos (mayoritariamente de la teoría cognitivo-conductual)^{9,10,11} están destinadas a que el adicto en recuperación, o sea en estado de acción, conozca las características de su adicción, modifique pautas de su comportamiento frente a ella y desarrolle estrategias y habilidades para manejar la abstinencia. Estas estrategias le permiten poner en marcha un cambio significativo de estilo de vida, como el que representa dejar de fumar. Siguiendo el modelo transteórico de Prochaska, las intervenciones que han demostrado ser más exitosas en términos de mayores tasas de abstinencia son: **1) el desarrollo de habilidades y resolución de problemas, 2) el apoyo social como parte del tratamiento clínico, y 3) el apoyo social (fuera del programa del tratamiento, brindado por familiares, amigos, etc.)¹.**

Desarrollo de habilidades y solución de problemas: consiste en un conjunto de intervenciones sustentadas en el marco teórico cognitivo-conductual que le ayudan al fumador a desarrollar una serie de habilidades que contribuyen a modificar su patrón de conducta en torno al consumo, evitando las típicas situaciones vinculadas a las recaídas. Este marco teórico de intervención es el que ha sido mayormente estudiado en investigaciones y el que goza de mayor volumen de evidencia que respalda su efectividad¹.

Estas IPS están integradas por un conjunto de intervenciones dirigidas a que el fumador aprenda a resistir la compulsión por fumar, rompiendo la fuerte asociación de fumar con ciertos estímulos (situaciones gatillo o disparadoras de fumar) y sustituyéndolas por acciones concretas (estrategias sustitutivas del acto de fumar). Como parte de la intervención se le brinda al fumador información

sobre lo que significa el síndrome de abstinencia a fin de que conozca y reconozca en sí mismo los síntomas que se le presentarán, para que pueda prepararse para enfrentarlos, particularmente durante los primeros días. El principal de ellos, es el "deseo imperioso de fumar cigarrillos". Otros síntomas de abstinencia incluyen irritabilidad, insomnio, nerviosismo, dificultad en la concentración, mareos y constipación. Los síntomas de abstinencia no suelen prolongarse más allá del primer mes de abandono, siendo más fuertes durante los primeros siete a 14 días. El síntoma cardinal, "el deseo imperioso de fumar", cede al cabo de unos dos o tres minutos, por lo que es importante tener a mano una estrategia sustitutiva hasta que el síntoma pase.

Apoyo social como parte del tratamiento: consiste en un conjunto de estrategias que son brindadas por el equipo de salud en el marco del tratamiento para dejar de fumar. Estas intervenciones están dirigidas a: reforzar las motivaciones positivas del fumador para lograr dejar de fumar, fortalecer las ventajas de la cesación, aumentar la auto-eficacia (es decir la confianza en sí mismo para lograr la meta) evitar mitos y racionalizaciones en torno al consumo (como las fantasías de control de la cantidad del consumo, justificaciones racionales para continuar fumando, etc.) prevenir problemas residuales de la cesación (como aumento de peso, irritabilidad, humor negativo etc.) y ayudar al fumador a resolver los estados de ambivalencia, si su motivación decayera.

Apoyo social brindado por familiares y amigos: consiste en un conjunto de estrategias que ayudan al fumador a conseguir apoyo de su entorno social: **Conseguir colaboración y compromiso de familiares y amigos** en la puesta en marcha de las estrategias y de todo el proceso de recuperación. Promover la generación de ambientes libres de humo en el hogar, en el entorno laboral y apoyar a otros fumadores para dejar de fumar, contribuyen positivamente a fortalecer el proceso de recuperación.

En el cuadro 2 se resumen las estrategias para poner en práctica los tres puntos antes mencionados. Dichas estrategias son muy sencillas y pueden ser implementadas por cualquier integrante del equipo de salud adecuadamente entrenado.

Cuadro 2: estrategias efectivas para fumadores preparados para dejar de fumar. Adaptada de Fiore y col 2000.

Terapias psico sociales	Estrategias	Ejemplos
Desarrollo de habilidades y resolución de problemas	Identificar situaciones de riesgo de recaída	Situaciones de estrés, sentimientos negativos, estar con otros fumadores, tomar alcohol, sentirse angustiado o ansioso. Es fundamental que cada fumador identifique las propias.
	Implementar estrategias sustitutivas al acto de fumar	Aprender estrategias cognitivas y conductuales que le permitan reducir los estados de ánimo negativos; para manejar la urgencia por fumar (caminar, distraerse, tomar agua u otras bebidas frescas, lavarse los dientes, masticar chicles o caramelos) y para manejar el estrés (hacer algo placentero, bañarse, escuchar música, aplicar alguna técnica de relajación, leer, hacer actividad física, etc.)
	Informar sobre la naturaleza del tabaquismo y claves para el éxito	Informar sobre los síntomas de abstinencia y su periodo de duración, sobre la naturaleza adictiva de la nicotina y que una sola "pitada" puede implicar una recaída. La urgencia por fumar cede a los tres minutos y la estrategia sustitutiva es clave para atravesar ese momento.
Apoyo social brindado por el equipo de salud	Favorecer la estimulación para el abandono	Existe un tratamiento efectivo para dejar de fumar. La mitad de la gente que alguna vez fumó pudo dejar. Transmitir confianza en la capacidad de lograrlo.
	Ofrecer cuidado, responder inquietudes y desmitificar temores	Preguntar cómo se siente con el hecho de dejar de fumar, ofrecer explícitamente el deseo de ayudarlos, ser abierto a las expresiones de duda, temores o sentimientos ambivalentes.
	Favorecer la elaboración del proceso de abandono	Trabajar sobre razones o motivos para el abandono, preocupaciones y dudas si deja de fumar, logros conseguidos hasta ese momento y dificultades en el proceso.
Apoyo social brindado por familiares y amigos	Solicitar soporte social y familiar	Trabajar sobre la utilidad de la contención familiar y social, informar el día "D" a familiares y amigos y estimular a que generen un ambiente libre de tabaco en la casa y en el trabajo, solicitando la cooperación de su entorno.
	Facilitar el desarrollo de habilidades para conseguir soporte	Ayudarlo a identificar a las personas que puedan contenerlo y apoyarlo en el proceso de recuperación (que les pidan ayuda explícita, que no fumen en su presencia, que no le ofrezcan cigarrillos, alertarlos sobre sus posibles cambios transitorios en el humor) e informarlo sobre las líneas de ayudas telefónica.
	Estimular el soporte a otros fumadores	Ser apoyo de otros fumadores para que dejen de fumar e invitar a otras personas a sesiones para dejar de fumar.

Un cuarto tipo de intervenciones es el de las terapias aversivas (aquellas que intentan provocar rechazo o repulsión del acto de fumar, como la técnica de fumar rápido, entre otras). Si bien hay evidencia que muestra cierta efectividad de las terapias aversivas, los estudios no son suficientemente robustos para justificar su utilización¹². Por otra parte debido al riesgo de toxicidad y a la baja aceptabilidad social. Se las excluye de la presente recomendación, al igual que de la mayoría de las guías de práctica clínica.

c) Intervención farmacológica

Existe abundante evidencia sobre la eficacia y costo-efectividad del tratamiento farmacológico. Las tasas de éxito se duplican cuando se administra farmacoterapia en el contexto de al menos una intervención breve psico-social^{13,14,15}.

Elaboración de un plan de seguimiento

El seguimiento debe formar parte de la intervención brindada para dejar de fumar. Dado que la mayor parte de las recaídas se produce en las primeras semanas luego de la cesación, debe ofrecerse un programa de seguimiento durante el período inmediato a la fecha de abandono. Se recomienda como mínimo una visita de seguimiento dentro de la primera semana y otra segunda visita al mes. Sin embargo, cuanto más intensivo sea este seguimiento, mejores serán los resultados, dado que el tiempo de contacto predice el éxito de la intervención.

Los objetivos del seguimiento son: prevenir la recaída, recomendar la abstinencia completa, abordar problemas residuales frecuentes (como el aumento de peso, manejo del síndrome de abstinencia, depresión etc.) evaluar adherencia y dificultades con la farmacoterapia, felicitar a la persona y estimularla a continuar y reforzar ventajas y motivación durante el proceso de recuperación.

Se considera éxito del tratamiento a la permanencia de la abstinencia durante al menos 1 año. La recaída, sin embargo, es altamente frecuente (70 a 80 % recae al año de la intervención).

Frecuentemente los fumadores realizan numerosos intentos antes de lograr definitivamente dejar de fumar (cinco veces en promedio) y con cada uno de estos intentos se alcanzan mayores posibilidades de éxito definitivo. Es por lo tanto imprescindible que el equipo de salud incorpore a la recaída como una parte normal del proceso de recuperación de la dependencia al tabaco y proporcione intervenciones continuas y sostenidas en el tiempo.

Farmacoterapia del tabaquismo

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^{13,14,15}. 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)^{5,6}. 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 quién tratar con fármacos?

Todo fumador que intente dejar de fumar debería tener la opción de recibir tratamiento farmacológico como parte de la intervención.

No están indicados en algunas circunstancias especiales como: consumo menor de 10 cigarrillos/día, contraindicación médica, embarazo, lactancia o adolescencia. Sin embargo las contraindicaciones para su uso en estas poblaciones son relativas⁶.

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.

Fármacos de primera línea

Sustitutos nicotínicos: Existen diversas formas farmacéuticas de sustitutos (parches, chicles, spray nasal, inhalador bucal, y tabletas sublinguales). El principio activo es la nicotina (un potente estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) con receptor colinérgico específico) que ingresa a la sangre y llega al SNC, controlando los síntomas de abstinencia. En el caso de los parches, además, desensibilizando los receptores nicotínicos a los pulsos de nicotina que se producen con cada pitada (efecto de tolerancia).

Bupropion: antidepresivo atípico, no se conoce con exactitud su mecanismo de acción, aunque se sabe que inhibe la recaptación de serotonina, noradrenalina y dopamina en los núcleos accumbens y coeruleus. Al aumentar los niveles de dopamina en el espacio sináptico (efecto similar al que provoca la nicotina) ayuda a controlar los síntomas de abstinencia. Estudios recientes muestran que sería un inhibidor funcional no competitivo de los receptores nicotínicos de la acetilcolina. Esta actividad anti-nicotínica podría ser un contribuyente de su efecto terapéutico¹⁶.

Fármacos de segunda línea

Clonidina: agonista alfa adrenérgico

Nortriptilina: Antidepresivo tricíclico de segunda generación

Estos fármacos son eficaces para la cesación^{13,17}, pero se usan sólo como tratamientos de segunda línea debido a su alta tasa de efectos adversos.

Elección de fármaco inicial

No hay evidencia que muestre diferencias entre la terapia de sustitución nicotínica (TSN) y el bupropion. Si bien es cierto que en el único trabajo que los compara¹⁸, el bupropion fue superior a la TSN, no hubo diferencia entre la rama placebo y la rama TSN (15.6% vs. 16.4%) contrariamente a lo que muestran numerosos meta-análisis donde el efecto de la TSN duplica al placebo². Por tal motivo es necesario esperar a la realización de nuevos estudios para corroborar dicha información y por ahora la TSN y el bupropion son fármacos de primera línea por igual, debiéndose elegir una u otra opción terapéutica según condiciones clínicas, contraindicaciones, preferencias de los fumadores y costo del tratamiento.

En cuanto a las contraindicaciones, existe evidencia contundente que prueba la seguridad y excelente tolerancia de los parches de nicotina, por lo que no hay contraindicaciones absolutas para su uso. Contraindicaciones relativas pueden ser la presencia de dermatosis extensa, y el embarazo (por razones de teratogénesis de la nicotina).

En cuanto al bupropion, esta contraindicado en epilepticos (o personas que hayan tenido convulsiones), en alcohólicos, en personas con antecedentes de trastornos alimentarios y en pacientes con arritmias cardíacas graves.

En Argentina, al momento de la realización de esta guía, no se encuentran disponibles chicles ni otros sustitutos de la nicotina en el mercado a excepción de los parches. El tratamiento con bupropion tiene un costo sensiblemente menor al tratamiento con parches de nicotina. En la medida que el escenario actual de disponibilidad, costos y cobertura no se modifique, a pesar de tratarse de fármacos de primera línea, la disponibilidad de los mismos y la diferencia de precios son factores influyentes al momento de su elección.

Terapias combinadas

Existe una limitada evidencia para recomendar de modo generalizado la terapia con sustitutos nicotínicos combinados y con tratamiento combinado de parches y bupropion. Esto puede recomendarse en casos especiales como severo nivel de dependencia, comorbilidades severas y antecedentes de intentos frustrados con un solo fármaco. No debe perderse de vista que la combinación incrementa significativamente los costos, reduce la costo-

efectividad y limita la adherencia.

¿Cuándo iniciar y finalizar la terapia farmacológica?

Se recomienda iniciar el tratamiento con **parches** el día que se deja de fumar (DIA D) y finalizarlo al cabo de ocho semanas. Prolongar su uso mas allá de este lapso es injustificado, dado que el tratamiento durante ocho semanas es tan efectivo como el de 12.² Discontinuar el parche a través de descenso progresivo de la dosis es tan efectivo como discontinuarlo abruptamente². Los parches de 16h (quitándolos durante la noche) son tan efectivos como los de 24h.

Se recomienda iniciar tratamiento con **bupropion** al menos una semana antes del día de abandono y prolongarse siete a nueve semanas luego de la cesación. Su discontinuación no requiere de descenso progresivo^{13,19}.

Dosificación e instrucciones para su uso

La adecuada prescripción al paciente es un elemento clave para la adherencia y la eficacia del tratamiento. Las dosis e instrucciones para el tratamiento se describen en la tabla 3.

Parches: se debe colocar un parche por día, a la mañana al levantarse y sacarlo al día siguiente en el mismo momento en que se coloca un parche nuevo. Si ocasionara picazón o irritación local puede aliviarse con una crema de hidrocortisona al 1%. Si ocasionara insomnio, se recomienda colocar el parche durante 16 horas, retirando el parche al ir a dormir.

Bupropion: es fundamental que la segunda toma se realice a la tarde para evitar el insomnio.

Tabla 3: Prescripción de tratamiento farmacológico.

Tratamientos farmacológicos		Dosis e instrucciones
Primera línea disponible en Argentina	Parche de nicotina	Deben colocarse en una zona seca, sin vello, del tronco o miembros superiores, rotando el sitio de colocación con la siguiente progresión: 1. 21mg/24h (parche de 30cm ³) cuatro semanas 2. 14mg/24h (parche de 20cm ³) dos semanas 3. 7mg/24h (parche de 10 cm ³) dos semanas Si el paciente fuma menos de diez cigarrillos por día, comenzar con el parche de 14mg/24h (20cm ³).
	Bupropion	150mg los primeros tres a cuatro días, luego dos tomas de 150mg/día (mañana y tarde con 8h de intervalo entre las dosis). Evitar la toma nocturna por insomnio y comenzar una a dos semanas antes de la fecha de abandono.
Segunda línea	Clonidina	0,15 a 0,75mg/día en dos tomas. Advertir al paciente que no debe suspenderse súbitamente por su efecto rebote.
	Nortriptilina	75 a 100 mg/día. Comenzar con 25 mg/día e ir incrementando paulatinamente.

Intervenciones no recomendadas para el tratamiento del tabaquismo

El panel de expertos desaconseja los tratamientos que no están respaldados por evidencia científica: ansiolíticos (diazepam, meprobamate, metoprolol, oxprenolol y buspirone)²⁰, antagonista nicotínico (mecamylamina)²¹, opioides (naltrexona), acetato de plata²², agonista parcial nicotínico (lobelina)²³, terapias aversivas¹² acupuntura, láser terapia o electroestimulación²⁴. Un ensayo clínico posterior al meta-análisis antes citado²⁴ reporta tasas de cesación con auriculoterapia que duplican al placebo²⁵. Estos datos deben ser aún confirmados por otros estudios. La hipnoterapia²⁶, otros antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina como sertralina, fluoxetina y paroxetina¹³ han demostrado ser ineficaces.

Intervenciones Institucionales

Marco regulatorio necesario para el tratamiento de la adicción al tabaco

Para que la población tenga un acceso amplio a los servicios de cesación y para lograr un impacto sanitario significativo de las acciones es necesario implementar una **Estrategia Global de Cesación Tabáquica**. Esta debe incluir una amplia gama de intervenciones efectivas y articuladas en función de los recursos y el marco político-económico del país que los pone en marcha.

Una multi-estrategia de cesación debe incluir líneas gratuitas de ayuda telefónica, concursos "Abandone y Gane", una campaña de comunicación social sostenida en el tiempo para promover la cesación, un fuerte compromiso del equipo de salud capacitado para brindar intervenciones eficaces (desde el simple consejo, o la entrega de materiales de autoayuda, hasta las intervenciones breves y las intensivas) la disponibilidad y el acceso a los fármacos efectivos y costo-efectivos para la cesación²⁷. Creemos que, en concordancia con el Plan Federal de Salud, una estrategia Global de Cesación, debe involucrar de manera protagónica al Primer

Nivel de Atención de la salud para facilitar el acceso de los sectores sociales excluidos.

En Argentina, aproximadamente el 55% de la población tiene cobertura médica a través de obras sociales o prepagas y el 45% tiene acceso al sistema público de salud. Es responsabilidad del Estado como ente rector asegurar la cobertura de los tratamientos para dejar de fumar a toda la población, independientemente del nivel o tipo de cobertura médica. Para el caso de la población que se asiste en el sistema público, lo óptimo sería una cobertura del 100% de los tratamientos y en el caso de la población que tiene seguro médico a través del sistema de obras sociales, el objetivo sería lograr la inclusión de los tratamientos en el PMO (Programa Medico Obligatorio) y en los sistemas de obras sociales provinciales. Es decir que las obras sociales y prepagas brindarían una cobertura entre el 40 y 70 % del valor de los tratamientos, de la misma manera que cubren otras entidades crónicas prevalentes.

Rol de los administradores de salud

Numerosas investigaciones han demostrado que los sistemas de salud juegan un rol protagónico en el control del tabaco. Sin un sistema que establezca políticas articuladas para el control del tabaco, las acciones individuales de los profesionales de la salud no serán suficientes para tratar y resolver la problemática sanitaria de la dependencia al tabaco.

Financiar los tratamientos para la cesación en los adultos es la cobertura más costo-efectiva que puedan implementar los seguros de salud^{28,29,30}. La evidencia muestra que los fumadores tratan más veces de dejar y que el número absoluto de ex fumadores aumenta cuando los tratamientos están cubiertos .

Conclusiones Generales

La dependencia al tabaco es un problema de salud crónico y a menudo requiere de intervenciones repetidas a lo largo del tiempo y un equipo de salud capacitado e involucrado con la problemática.

Existe para el tabaquismo un tratamiento efectivo y costo-efectivo que posee altas tasas de éxito a largo plazo.

Dado que existe una terapia efectiva, todo fumador que desee dejar de fumar debe recibir tratamiento.

Es imprescindible que las instituciones de salud implementen políticas integrales de control de tabaco para que el impacto sanitario de las acciones sea significativo.

Las intervenciones breves son efectivas y de alto alcance poblacional, por lo tanto todo fumador debe recibir al menos esta alternativa de tratamiento.

Para dar respuesta a la creciente demanda social de servicios de cesación, es necesario crear una red de servicios eficaces para

dejar de fumar. Esta red permitiría incrementar la accesibilidad y la satisfacción de usuarios de diversas preferencias.

Para lograr un significativo impacto sanitario en la población se recomienda que la estrategia global de cesación esté centrada en un fuerte compromiso del primer nivel de atención (atención primaria).

El tratamiento de la dependencia al tabaco es clínicamente efectivo y costo-efectivo* en relación a otras prácticas e intervenciones médicas. Por tal razón los sistemas de salud deberían garantizar cobertura de los tratamientos para dejar de fumar y remunerar a los profesionales que trabajan en dicha área como en cualquier otra actividad convencional.

* ver glosario

Referencias Bibliográficas

1. Stead LF and Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
2. 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
3. WestR, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999
4. Kym Orsetti, MD, Shon Dwyer, Sharon Sheldon, MPH, et al. University Michigan Health System. Smoking Cessation Guideline, February 2001
5. 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
6. Raw M, Anderson P, Batra A, et al- WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Recommendations panel Tobacco Control* 2002;11:44-46
7. Stead LF, Lancaster T and Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD002850.
8. Kottke 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.
9. 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
10. Calvo Fernández JR y Lopez Cabaña A. El Tabaquismo. Universidad de Las Palmas Gran Canaria, 2003
11. Abrams DB, Niaura R y Brown RA et al. The Tobacco dependence Treatment Handbook. A guide to Best Practices. The Guilford Press. 2003
12. Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
13. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
14. Sandi Ronckers and Andre Ament. Cost-effectiveness of treatments for tobacco dependence. A systematic Review of the evidence... *Human Nutrition Population (HNP) World Bank*. February 2003
15. 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. (16)
16. Balfour DJ. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 56: 79-83.
17. Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software
18. 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.
19. Guidance on the nicotine replacement Therapy and bupropion for Smoking cessation NICE (National Institute for Clinical Excellence) March 2002
20. Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
21. Lancaster T and Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
22. Lancaster T and Stead LF. Acetato de plata para dejar de fumar (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
23. Stead LF and Hughes JR. Lobelina para dejar de fumar (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
24. White AR, Rampes H and Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
25. 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
26. 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
27. 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.
28. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11(6):538-49.
29. Cummings SR, Rubin SM and Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *Journal of the American Medical Association* 1989;261(1):75-79.
30. Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, et al.. Priorities among recommended clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21(1):1-9
31. Coverage for tobacco cessation 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/