

GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI (GREFA)



**GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI
ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI
(GREFA)**

Comitetul științific al ghidului GREFA:

Conferențiar doctor **Antigona Trofor**- medic primar pneumologie
(*coordonator*)

Profesor doctor **Florin Mihălțan**- medic primar pneumologie

Șef Lucrări doctor **Ștefan Mihăicuță** - medic primar pneumologie

Profesor doctor **Monica Pop** - medic primar pneumologie

Conferențiar doctor **Doina Todea** - medic primar pneumologie

Conferențiar doctor **Florin Anca** –medic primar obstetrica-ginecologie

Doctor **Rodica Tănăsescu** – medic primar medicină de familie

Asistent medical **Victorela Vieriu** - asistent medical principal pediatrie

Psiholog clinician **Mirela Samoilă**

Psiholog clinician **Irina Păvăluc**

Revizori externi:

Profesor doctor **Dan Gaiță** - medic primar cardiolog

Conferențiar doctor: **Daniel Lighezan**

medic primar medicină internă, cardiologie

Profesor doctor **Diana Deleanu**

medic primar medicină internă și alergologie-imunologie

Comitet de pacienți:

Popescu Gabriela

Haraga Milica

Ghilaș Rodion

**GHID DE RENUNȚARE LA FUMAT ȘI
ASISTENȚĂ DE SPECIALITATE A FUMĂTORULUI
(GREFA)**

**- GHIDUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE PNEUMOLOGIE-
(2008)**

**(Ghid elaborat la inițiativa grupului de lucru al Secțiunii
Tabacologie din Societatea Română de Pneumologie)**



 editura
Tehnopress

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE
Secțiunea Tabacologie

Editura TEHNOPRESS

Str.Pinului nr. 1A, 700109 Iași,

Tel./fax: 0232 260092

E-mail: tehnopress@yahoo.com

<http://www.tehnopress.ro>

Editură acreditată CNCSIS

ISBN 978-973-702-601-9

CUPRINS

Introducere	7
Grupul de autori	11
Mulțumiri	20
RECOMANDĂRI SPECIFICE PENTRU ASISTAREA PACIENȚILOR CU DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ	21
A) RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL	21
1. Recomandări de diagnostic	21
1.1. Identificarea pacienților cu tabagism cronic. Diagnosticul dependenței nicotinică	21
1.2. Definierea și formularea diagnosticului de dependență nicotinică. Modalitatea de abordare a pacientului fumător	24
2. Recomandări generale de conduită terapeutică	26
2.1 Intervenția terapeutică este obligatorie pentru toți pacienții diagnosticați cu dependență nicotinică	26
2.2. Intervenția terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunțarea la fumat (Nivelul 1)	28
2.2.1 Acordarea obligatorie a sfatului minimal în vederea renunțării la fumat de către toate cadrele medicale	28
2.2.2. Recomandări privind consilierea antitabagică pentru toate serviciile medicale.	29
2.3. Intervenția terapeutică de consiliere de specialitate în vederea renunțării la fumat (Nivelul 2)	32
2.3.1 Definiții	32
2.3.2. Personalul care furnizează servicii de consiliere de specialitate în vederea renunțării la fumat.	34
2.3.3. Conținutul intervenției de consiliere intensivă de specialitate în vederea renunțării la fumat	35
2.3.4. Etapele consilierii de specialitate în vederea renunțării la fumat	35
2.3.4.1. Consultația inițială a fumătorului	35
2.3.4.2. Consultațiile de control, “follow up” sau monitorizarea sevrajului tabagic	39
2.3.4.3. Consultația finală – atingerea și menținerea abstenenței tabagice	40
2.4. Tratamentul specific al dependenței nicotinică	47
2.4.1 Terapie farmacologică a dependenței nicotinică	47
2.4.1.1. Terapie de substituție nicotinică (TSN)	47
2.4.1.2. Terapie cu bupropion	54
2.4.1.3. Terapie cu vareniclină	57
2.4.1.4 Terapii nerecomandate	59
2.4.2. Terapii nonfarmacologice	59
2.4.2.1. Suportul telefonic și materialele autoajutătoare informative	60
2.4.2.2. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală	60
2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv comportamentale la terapie farmacologică	63
2.4.4. Evaluarea eficacității intervențiilor terapeutice pentru renunțarea la fumat ..	64

2.4.4.1	Aprecierea intensității intervenției medicale pentru renunțare la fumat	64
2.4.4.2	Aprecierea eficacității intervenției pentru renunțare la fumat	65
2.4.5	Recomandări de scheme terapeutice individualizate	67
2.4.5.1	Asocieri de medicamente	67
2.4.5.2	Prelungirea duratei tratamentului	68
2.4.6	Reducerea fumatului ca metodă de renunțare	70
3.	Recomandări de tratament în situații speciale și la grupe de populație cu risc	75
3.1.	Recomandări de tratament la gravide. Fumatul în timpul sarcinii	75
3.2.	Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani	77
3.3.	Recomandări de tratament la grupuri specifice de populație și comorbidități	79
3.4.	Recomandări de tratament pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus	82
3.5.	Recomandări de abordare a creșterii în greutate după oprirea fumatului	83
3.6.	Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați	84
3.7.	Recomandări de tratament pentru prevenirea recidivelor	85
3.8.	Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun	85
3.9.	Recomandări referitoare la dependența de substituenți de nicotină	86
B)	RECOMANDARI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI	94
1.	Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru generațiile viitoare de medici.	94
2.	Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru practicienii aflați deja în activitate.	95
3.	Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru personalul reprezentat de responsabilii din domeniul sanitar.	97
C)	RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV - referitoare la strategiile de dezvoltare a serviciilor medicale destinate renunțării la fumat	101
1.	Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale	101
2.	“Ziua Mondială / Națională fără Fumat”	102
3.	Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a crește adresabilitatea la serviciile antifumat.	102
4.	Înființarea de servicii de renunțare la fumat în toate secțiile județene de pneumologie, deservite de personal propriu	103
5.	Tratamente compensate pentru renunțarea la fumat	103
	NIVELE DE DOVADĂ	106

Introducere

Etapa modernă a asistenței de specialitate în vederea renunțării la fumat, prin formula consiliere cognitiv comportamentală - terapie farmacologică, s-a legitimat în România începând din 2000, o dată cu înființarea primelor centre de profil în clinicile de pneumologie din București, Iași și Timișoara.

Dezvoltarea ulterioară a expertizei românești în acest domeniu nou de activitate medicală, pentru care nu a existat obiect de studiu până în prezent în școlile medicale, apariția de terapii eficiente pe piața farmaceutică autohtonă și existența începând cu 2007 a unui program național de consiliere și tratament gratuit pentru populație sunt imperatiivele care au generat prezentul ghid de practică pentru diagnosticul și tratamentul tabagismului cronic.

Ghidul se dorește un instrument de lucru pentru toate categoriile de medici (atât la nivel de medicină primară cât și de asistență specializată) doritori a se implica în terapia în vederea opririi fumatului. Prin acordarea standardizată a asistenței medicale în vederea renunțării la fumat și înregistrarea de rutină a statusului fumatului ca semn vital în documentele medicale se vor realiza deopotrivă o evaluare sistematică a stării de sănătate a fumătorilor cu posibilitatea intervențiilor repetate pentru sevrarea tabagică, o scădere a morbidității și mortalității cauzate de fumat în România, precum și educația medicilor în domeniul prevenirii și opririi consumului de tutun.

Colectivul de autori este format din cadre universitare de la universitățile de medicină din Iași, București, Timișoara și Cluj, dar și din medici, psihologi, asistente medicale. Pe lângă membri ai comitetului director al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie, personalități cu activitate recunoscută pe plan național și internațional în domeniul controlului tutunului și experiență profesională durabilă în renunțarea la fumat, în colectivul de realizare al ghidului au fost cooptați și profesori universitari și medici din specialitățile obstetrică-ginecologie, medicină de familie, medicină internă, alergologie, cardiologie dar și psihologi clinicieni, asistenți medicali și reprezentanți ai pacienților.

Ghidul parcurge un algoritm de asistență specializată a dependenței nicotinică după o schema clasică: diagnostic clinic, de laborator, indicație terapeutică standard și pentru situații cu risc, urmărire, vindecare, prevenirea recidivelor și totodată formulează recomandări concrete de acțiune. Aceste

recomandări sunt corespunzătoare nivelelor de evidență științifică A, B sau C. Ghidul va fi distribuit împreună cu un supliment introductiv, material ce conține noțiuni elementare de tabacologie, destinat dobândirii de cunoștințe bazale pentru cei care se vor implica în renunțarea la fumat fără a avea o inițiere prealabilă.

Autorii își afirmă angajamentul de a contribui la implementarea în practică a recomandărilor din acest ghid, de a disemina informațiile conținute și de a monitoriza aplicarea acestora. Totodată, ei doresc să revizuiască periodic această primă ediție, prin aducerea la zi a noțiunilor conținute, în acord cu cerințele educației medicale continue și cu progresele științifice viitoare în domeniul managementului dependenței nicotinică.

Sperăm ca ghidul să acopere golul resimțit ani la rând în activitatea medicilor specialiști și să constituie un liant al comunicării cu medicul de familie - verigă esențială în asistarea pacientului în procesul renunțării la fumat.

Autorii

Metodologia de lucru a ghidului

Procesul de elaborare a ghidului a început în noiembrie 2007 prin enunțarea strategiei de lucru și selectarea participanților la acest proiect. Colectivul de experți autori s-a decis în ianuarie 2008, când a avut loc o primă întâlnire de lucru cu scopul de a stabili obiectivele ghidului, tematica abordată, cercetarea surselor și a referințelor folosite, a bazelor de date în domeniu, repartizarea sarcinilor și beneficiarii ghidului. O a doua întâlnire a fost prilejuită de al 20-lea congres național al Societății Române de Pneumologie și a avut loc la Constanța pe 30 mai 2008. Cu această ocazie, participanții au agreat sursele din literatură, nivelele de dovadă, draftul de etapă al ghidului și modalitatea de formulare a recomandărilor, convenind asupra revizorilor externi și metodologiei de lucru în vederea editării materialului. Versiunea completă a ghidului a fost prezentată la a treia întâlnire, spre revizuire, în cadrul celui de-al 47-lea congres național de cardiologie – Sinaia, 22 septembrie 2008 – în workshopul „Renunțarea la fumat-obiective și tratament”

Ca strategie de raționament în elaborarea primului ghid românesc destinat specialistului în renunțare la fumat, s-a pornit de la parcurgerea ghidurilor de calitate, omologe, din alte țări. După ce au fost studiate ghidurile externe ale American College of Chest Physicians (SUA), Health Education Authority din Marea Britanie, Public Health Service (USA), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), ghidul german de referință, ghidul francezesc de practică pentru sevraj tabagic (în Ed. Masson) ș.a., s-au ales ca punct de pornire ghidurile american (coordonator-Michael Fiore) și englezesc (coordonator-Robert West) Aceste ghiduri au fost apreciate de grupul de experți autori ca cele mai apropiate de cerințele actuale ale unei asistențe de calitate a fumătorului în țara noastră. Experiența acestor ghiduri externe a fost translată și adaptată realităților de profil din România, formulându-se recomandări de activitate pentru medicii români în consecință, în baza unui consens care a implicat deopotrivă și revizorii externi ai materialului de față, dar și pacienți- beneficiari direcți asistați pentru sevrarea fumatului.

Curriculum Vitae al autorilor

Antigona Carmen Trofor, MD, Ph.D.

Conferențiar Universitar, Pneumologie

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” Iași

Medic primar pneumolog Clinica Pneumologică Iași

Doctor în medicină

Absolventă a Universității de Medicină “Gr.T.Popa” din Iași, promoția 1986, s-a implicat în activități de control al tutunului pe plan medical și didactic începând din 1999, apoi în studiul clinic al bupropionului în sevrajul tabagic (2000). A absolvit cursuri de formare în domeniu cu experți externi : American Advocacy Institute - Varșovia (2000) și American Cancer Society – București (2002, 2003), pentru ca ulterior să organizeze primul curs român postuniversitar de “*Metode de renunțare la fumat*” (U.M.F. Iași, 2000) și să inițieze cursul interactiv “ *Smoking Cessation*” al European Respiratory Society (E.R.S.) - București, decembrie 2004, curs cotelat ca un eveniment de cotitură, care a contribuit la instruirea a peste 40 de medici români în acest domeniu nou de activitate. A organizat Prima Conferință Națională despre Tabagism, “ *Tutun & Sănătate*”, la Iași în martie 2006, eveniment care a reunit 180 de participanți și a beneficiat de 11 invitați străini de marcă din partea Uniunii Internaționale contra Cancerului, E.R.S., Agenției Internaționale de Cercetare a Cancerului (IARC), O.M.S., a unor universități și organisme internaționale de prestigiu din Anglia, Italia, Belgia, Danemarca, Franța și Suedia. Este autoare a 4 cărți și coautor la 3 manuale didactice, a publicat 130 de lucrări în țara și străinătate *in extenso* și rezumat, dintre care 72 pe tema fumatului. A publicat în domeniu: cartea *Fumatul - de la obicei la boală: 101 întrebări despre fumat*, Antigona Trofor, C. Radu-Loghin apărută în ediția I (2004) la Editura Tehnopress, Iași, reeditată în ediția II -adăugită- cu Sprijinul Agenției Naționale pentru Cercetare Științifică în 2005, precum și un *Ghid practic de renunțare la fumat - pentru pacienți* - Antigona Trofor, Traian Mihăescu, Edit Dan, Iași, 2007. Este și coordonator al unui DVD de training pentru specialiști în domeniu „Consilierea în vederea renunțării la fumat” (2008) A predat numeroase cursuri de formare în renunțarea la fumat pentru medici de familie, medici specialiști între 2001-2008, medicii și psihologii Agenției Naționale Antidrog (București-Nov. 2007)

și a organizat primul workshop cu participare internațională la Facultatea de Medicină Dentară din Iași în martie 2008: *Implementarea modulului “Tehnici de prevenire și renunțare la fumat” în curricula medicilor dentisti*. Este coordonator național din partea Spitalului Clinic de Pneumologie Iași și autorul în România al programului național finanțat de Ministerul Sănătății Român: *Adolescenții renunță la fumat 2007-2008*. A dezvoltat centrul de consiliere în vederea renunțării la fumat, în Clinica Pneumologică Iași (din anul 2000) și participă la programul *Stop fumat* finanțat de Ministerul Sănătății Român, de la debutul acestuia și în prezent, cu activități de consultații medicale pentru renunțare la fumat și cursuri de formare a medicilor în această ramură. Este membru SRP- Secretar al Filialei locale Iași - din 1991, vicepreședintele Departamentului medical-învățământ - al Secțiunii Bronhologie a Societății Române de Pneumologie (oct. 2002 și în prezent), membru al comitetului director al S.R.P.(2008-2010) și fellow al American College of Chest Physicians. Președinte a Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie (2007-2009), face parte din *Tobacco Control Committee* al European Respiratory Society (2006-2010). Inițiativa acestui ghid îi aparține și se înscrie în obiectivele declarate ale secțiunii *Tabacologie* din S.R.P. dedicate dezvoltării curriculei medicale românești de profil.

Florin Dumitru Mihălțan, MD, PhD.

Profesor Universitar, Pneumologie

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davilla” București

Medic primar pneumolog Institutul de Pneumologie

”Marius Nasta” București

Doctor în medicină.

A absolvit Facultatea de Medicină-București în 1979. Cu implicare în activitatea de prevenire și renunțare la fumat din anul 1985, în cadrul Asociației Neguvernamentale “Aer Pur România” (Președinte din 2004) prin numeroase programe naționale și internaționale (*ex: Un cămin sănătos, Spitale fără Fumat, Quit and Win, etc*), organizator a numeroase cursuri postuniversitare despre tabagism și renunțarea la fumat începând din 2001, predă noțiuni de tabacologie pentru studenții la medicină din 1999. Este Președintele Societății Române de Pneumologie - S.R.P.- (2006-2010), membru în comitetul director al secțiunii de Tabacologie a S.R.P. și a numeroase secțiuni și grupuri de lucru ale aceleiași societăți. Membru al American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, European Respiratory Society, Președinte al Rețelei Române de Prevenire a Fumatului –din 2004- membră a ENYPAT, Membru al World Association of Sleep Medicine- 2003, Nominalizat “Who’s Who” al “American Biographical Institute”-iulie 2003 ”Who’s Who” al “International Biographical Centre Cambridge- England”-iulie 2003, și “Who’s Who” România 2004. Autor a 200 lucrări publicate în reviste de specialitate românești și a 20 de

lucrări publicate în străinătate în Revue de Maladie Respiratoire, Pneumologie, Chest etc., autor al multor anchete publicate în domeniul fumatului; autor a 6 cărți publicate în editura Medicală, Albatros, Orizont etc. și a numeroase capitole din monografiile de specialitate. S-a ocupat cu precădere de studierea prevalenței fumatului la toate categoriile de personal sanitar și a elaborat *Ghidul spitalelor fără fumat în România*, 2006 Fl. Mihălțan, Ioana Munteanu. A publicat primele cărți de referință în domeniul tabagismului din România: *Fl. Mihălțan - Ce nu știe fumătorul român* - Ed. Medicală 2001 București, *Fl. Mihălțan, Magdalena Ciobanu - Tabagismul - Consecințe și tratament* -Ed. Medicală 2001, București.

Ștefan Mihăicuță, MD, PhD.

Șef lucrări, Pneumologie

Universitatea de Medicină și Farmacie “V.Babeș” Timișoara,

Medic primar pneumolog la Clinica de Pneumologie de la Spitalul „V. Babeș” Timișoara,

Doctor în medicină

A absolvit Institutul de Medicină din Timișoara în 1990. Cu activitate anti-tabac din 1993, având un program săptămânal la Radio Timișoara. Cursuri pentru studenți în 1994 (“Cum să te lași de fumat în 5 zile”). Din 1997 predă un curs de 2 ore de tabacologie pentru studenți la medicină. Din 1999, implicat în organizarea anuală locală a zilei “31 Mai - Ziua Mondială fără Tutun”. Împreună cu organizația studentescă (AMICUS Timișoara), organizator de programe de prevenție a fumatului în școli și universități, a unei campanii locale pentru interzicerea reclamelor stradale la țigări. Participant la granturi naționale pentru suportul adolescenților în renunțarea la fumat. Membru în comitetul de organizare al unei rețele a organizației neguvernamentale naționale antifumat (AER PUR România). Participant la înființarea Centrului pentru Consiliere și Renunțare la Fumat Timișoara 2004. Membru al European Respiratory Society, American College of Chest Physician, European Sleep Research Society, Societatea Română de Pneumologie – în comitet director- 2008-2010. Coautor al cărții „Fumatul, de la dependență la libertate”, Editura Eurobit Timișoara 1999, autor a 47 de lucrări legate de controlul fumatului, publicate integral sau în rezumat în reviste medicale, la congrese sau conferințe naționale, dintre care 29 la congrese europene sau mondiale.

Carmen Monica Pop, MD, Ph.D.

Profesor Universitar, Pneumologie

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Medic primar pneumolog Spitalul de Pneumoftiziologie ”Leon Daniello” Cluj-Napoca

Doctor în medicină.

A absolvit Facultatea de Medicină - Cluj-Napoca în 1982. Cu implicare în activitatea de prevenire și renunțare la fumat din anul 2001, în cadrul Asociației Neguvernamentale “Aer Pur România” (membru); Investigator în studiul clinic cu Bupropion, 2001; organizator și moderator a numeroase cursuri postuniversitare despre tabagism și renunțarea la fumat începând din 2003 (Săptămâna UMF ”Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, 5-10.12.2005, “Impactul tabagismului cronic asupra organismului”; Congresul Național de Pneumologie, Cluj-Napoca, 4-6.05.2006, ”Tabagismul cronic”). A urmat numeroase cursuri de educație medicală continuă, în domeniul sevrajului tabagic: ERS School Course: “Smoking Cessation”, Bucuresti, 10-12 dec. 2004; “Curs de formare în terapia tabagismului”, Bucuresti, 9-11 feb 2005, “Tehnici cognitiv-comportamentale în terapia tabagismului”. Organizator, lector și moderator la Conferința Națională “Sănătate sau tutun”, Cluj-Napoca, 10-12 mai 2007. Este Președintele Filialei Cluj a Societății Române de Pneumologie (S.R.P.) (2006-2010), membru în comitetul director al secțiunii de Tabacologie a S.R.P. și a numeroase secțiuni și grupuri de lucru ale aceleiași societăți. Membru al European Respiratory Society, al Societății Franceze de Pneumologie. Coordonator local al Programului de sănătate publică III.2 –Stop Fumat 2007 în Cluj-Napoca. Autor a 68 lucrări publicate în reviste de specialitate românești și a două lucrări publicate în străinătate, autor al multor lucrări și anchete publicate în domeniul fumatului; autor a 8 cărți publicate în Editura Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj Napoca; Editura Curtea Veche, București etc. și a numeroase capitole din monografiile de specialitate. S-a ocupat cu precădere de studierea prevalenței fumatului la tineri, la studenții mediciști, în rândul personalului sanitar și de problema fumatului pasiv.

Doina Adina Todea, M.D., Ph.D.

Conferențiar Universitar, Pneumologie.

Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca

Medic primar pneumolog

Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie “ Leon Daniello” Cluj Napoca

Doctor în medicină.

A absolvit Institutul de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca în 1987. Din 1991 a urmat cursuri postuniversitare de tabacologie, fiind implicată din 2006 alături de Centrul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog Cluj în organizarea anuală locală a „Zilei Mondiale fără Tutun- 31 Mai”. A publicat

și comunicat articole și lucrări în reviste de specialitate, referitoare la fumatul în rândul studenților mediciști, la impactul tutunului asupra sănătății organismului. Membru în comitetele de organizare a diferitelor manifestări științifice locale și naționale pe tema tabagismului: Prima Conferință Națională “Tutunul & Sănătatea” (Iași, 9-12 martie 2006), a 2-a Conferință Națională „Sănătate sau Tutun” (Cluj, mai 2007). Este membru în Comitetul Director al Societății Române de Pneumologie (2006-2010) și în Comisia Consultativă de Pneumologie, Alergologie și Imunologie Clinică a Ministerului Sănătății Publice. De asemenea este membră a unor societăți internaționale de specialitate: European Respiratory Society, Société de Pneumologie de Langue Française, American Thoracic Society.

Alexandru Florin Anca, M.D., Ph.D.

Conferențiar Universitar, Obstetrică-Ginecologie

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București

Medic primar obstetrică-ginecologie

Doctor în medicină

A absolvit Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie București, în 1979. Vicepreședinte al Societății de Ginecologie Endocrinologică din România, din 1998, la a cărei înființare a participat activ și membru fondator al Societății Române de Medicină Perinatală din 1997. Coordonator al Compartimentului de Ginecologie Endocrinologică (1998) și al Unității de medicină maternă și fetală cu risc crescut (2008) din Clinica de Obstetrică și Ginecologie a Spitalului Clinic Universitar de Urgență București, s-a preocupat îndeosebi de medicina fetală și perinatală, evaluarea stării fătului *in utero*, disgravidia tardivă, ca și de domeniul ginecologiei endocrinologice, de problematica menopauzei, precum și de chirurgia ginecologică, inclusiv cea laparoscopică. Autor unic al volumelor “Algoritm diagnostic și terapeutic în obstetrică și ginecologie”, apărut la Editura Amaltea în 2002 și „Disgravidia tardivă, strategii diagnostice și terapeutice”, autor al secțiunii de Ginecologie Pediatrică în volumul Urgențe în Pediatrie (două ediții), autor al câtorva capitole într-o monografie de obstetrică, autor prim și coautor la circa 100 lucrări publicate în reviste de specialitate din țară, și internaționale. Autor unic, autor prim sau coautor la circa 50 de rapoarte și comunicări la congrese, conferințe, întruniri științifice atât în țară, cât și peste hotare.

Rodica Narcisa Tănăsescu, M.D., Ph.D.

Medic primar medicină de familie

Cabinet medical individual Tănăsescu Rodica, București

Absolventă a UMF “Carol Davila” în 1982, este instructor formator medicina de familie și are competență în medicina de întreprindere și competența de

echografie generală.. A absolvit cursul de management sanitar – 2001- și cursul de managementul conflictelor- 2005 și este coordonator al Agendei Medicului de Familie. Redactor adjunct al Jurnalului Medicului de Familie, este colaborator al revistelor Pharma Business și Medic.ro Organizator împreună cu boardul AMF-B al Conferințelor Naționale de Medicină de Familie în 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 și al simpoziunilor lunare din cadrul ședințelor AMF-B, este totodată participantă în organizarea, concepția și susținerea cursurilor de alergologie și neurologie pentru medicii de familie în cadrul CN de Perfecționare al Medicilor. În prezent deține următoarele funcții: Președinte al Asociației Medicilor de familie București și Ilfov, Președinte al Comisiei de Medicină de Familie a MSP Membru al Consiliului Municipal al Colegiului Medicilor București, Reprezentantul AMF-B în Senatul Societății Naționale de Medicină de Familie.

Victorela Vieriu

Asistent medical principal – specialitate pediatrie

Asistent șef unitate - Spitalul Clinic de Pneumologie Iași

A absolvit Liceul Sanitar Botoșani în anul 1985, echivalare postliceală în anul 1993, în prezent studentă anul I la Facultatea de Medicină “Gr.T.Popa” Iași – specializare Asistență medicală generală; a absolvit Facultatea de Economie și Administrare a Afacerilor- specializare Contabilitate în anul 2005.

Face parte din colectivul de lucru al centrului de renunțare la fumat din Clinica Pneumologică Iași, coordonator conferențiar universitar doctor Antigona Trofor, a prezentat 4 lucrări în cadrul conferințelor de profil la care a participat, membru în comitetele de organizare la Conferința de Pneumologie cu participare internațională Inspir 2007 și 2008 și Ziua internațională de luptă împotriva tuberculozei în anul 2008–secțiunea asistenți medicali, membră a Societății Române de Pneumologie –secțiunea asistenți medicali.

Mirela Samoilă

Psiholog clinician

Centrul de Consiliere pentru Renunțare la Fumat

Spitalul Clinic de Urgențe “Sf. Ioan” Iași - Clinica Medicală

A absolvit Universitatea “Al I. Cuza” Iași, specializarea Psihopedagogie Specială (forma de învățământ: zi) în 1997 și cursurile postuniversitare din cadrul modulului de studii aprofundate “Analiza și intervenție în câmpul social și organizații” în 1999. În ultimii ani a desfășurat activitate de voluntariat ca psiholog clinician în unele instituții medicale din Iași, a fost cadru didactic la Grupul Preuniversitar “ Prof. Dr. Petre Brânzei” Iași, a participat la numeroase cursuri de educație medicală continuă și a prezentat la Conferința de Pneumologie cu Participare Internațională INSPiR Iași 2008 lucrarea “ Terapia

cognitiv-comportamentală a dependenței nicotinică ”În mai 2008 a urmat cursul “Intervenții cognitive-comportamentale în renunțarea la fumat” organizat de Centrul Național de Consiliere pentru Renunțare la Fumat, Institutul “Marius Nasta” București și Asociația de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale Cluj Napoca. Are de asemenea atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România la propunerea Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie și face parte din echipa de consiliere antifumat a centrului de renunțare la fumat a Spitalului Clinic de Urgențe “Sf. Ioan” Iași - Clinica Medicală din 2007.

Irina Păvăluc,

Psihoterapeut, Psiholog clinician

A absolvit Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea ”Al. I. Cuza” Iași, în 2004. Din 2005 a urmat cursuri postuniversitare de “Hipnoză clinică, relaxare și terapie ericksoniană” (cu Prof. Dr. Ion Dafinoiu, Facultatea de Psihologie, Iași), în 2006 – cursul “Basic elements of cognitive – behavioral psychotherapy” (cu Prof. Dr. Issac Marks- Royal College London, Prof. Dr. Mario di Fiorino- University of Pisa, Prof. Dr. Vasile Chirita, U.M.F. ”Gr. T. Popa”, Iași), în mai 2008 – cursul “Intervenții cognitive-comportamentale în renunțarea la fumat” (cu Dr. Magda Ciobanu și Psih.cl. Bogdana Bursuc, Institutul de Pneumoftiziologie “Marius Nasta”, București). A asigurat consiliere psihologică în renunțarea la fumat, ca voluntar, din 2006, în cadrul Cabinetului de Consiliere Antifumat din Spitalul Clinic de Recuperare Iași, spital inclus, din 2005, în programul european “Spitale fără Fumat”. A publicat și comunicat articole și lucrări, sub coordonarea Conf. Dr. Paraschiva Postolache, referitoare la riscul fumatului asupra stării de sănătate și la intervențiile psihoterapeutice de renunțare la fumat, cu ocazia “Zilelor Spitalului de Recuperare Iași” și a “Zilei Mondiale fără Tutun- 31 Mai”(2006, 2007, 2008). Este membră a Grupului de Lucru de Reabilitare Respiratorie al SRP (din aprilie 2007) și desfășoară activitate în consiliere psihologică în vederea renunțării la fumat în cadrul Centrului de Consiliere pentru Renunțarea la Fumat de la Spitalul de Recuperare Iași (din iulie 2008).

Dan Gaiță, MD, Ph.D., FESC

Profesor Universitar

Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara

Medic primar cardiolog la Institutul de Boli Cardiovasculare, secția clinică de Cardiologie și Recuperare Cardiovasculară, Timișoara

Doctor în medicină

Funcții actuale: Secretar Științific al Senatului Universității de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” din Timișoara, din 2004, coordonator al Comitetului de Educație și Acreditare al Asociației Europene de Prevenție și Recuperare

Cardiovasculară (2005), membru în Comitetul de Educație și Acreditare al Societății Europene de Cardiologie (2006), coordonator național de prevenție cardiovasculară (2007), membru al Steering Committee EuroAspire III.

Realizări profesional-științifice: lector invitat la cursuri internaționale – Societatea Europeană de Cardiologie: Berna, Elvetia – 2004, 2006, 2008; Sankt Petersburg, Rusia - 2006, Nisa – Sophia Antipolis - 2006, 2007, 2008. lector invitat la “Smoking Cessation Educational Course” organizat de Societatea Europeană de Cardiologie, Heart House, Nisa 2008, organizator și lector la prima sesiune antifumat organizată de Societatea Română de Cardiologie în cadrul celui de al 47-lea Congres Național de Cardiologie, Sinaia 20-23 septembrie 2008.

Este coordonatorul a 5 proiecte de cercetare naționale și internaționale câștigate prin competiție, autorul a 10 cărți de specialitate (3 ca prim autor), autorul a 54 lucrări publicate în extenso în reviste de specialitate din țară și străinătate (10 ca prim autor), autorul a 292 lucrări comunicate la conferințe și congrese naționale și internaționale (86 ca prim autor). Membru al comitetului de organizare al EuroPrevent – Atena 2006, Madrid 2007, Paris 2008 și coordonator al conferințelor naționale de Prevenție și Recuperare Cardiovasculară, 1995-2005. Este evaluator național al proiectelor de cercetare CNCSIS, din 2005 și membru al Comitetului Editorial Internațional al „European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation”, din 2004.

Daniel Florin Lighezan, MD, Ph.D., FESC.

Conferențiar Universitar,

Universitatea de Medicină și Farmacie “V. Babeș” Timișoara,

Medic primar medicină internă, cardiologie la Clinica de Cardiologie a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara,

Doctor în medicină

A absolvit Institutul de Medicină din Timișoara în 1989. Lucrează din 1990 la Disciplina de Semiologie Medicală din Clinica de Cardiologie a Spitalului Clinic Municipal Timișoara. Predă cursul de Semiologie Clinică. A fost angajat în diferite manifestări organizate pentru prevenția fumatului în școli și universități împreună cu organizația studențească AMICUS Timișoara. Membru în granturi naționale de cercetare legate de factorii de risc cardiovascular. Este Membru al Societății Române de Cardiologie unde actualmente este președintele Grupului de Lucru „Ateroscleroza și Aterotromboza” și al Societății Române de Tromboză și Hemostază. Totodată este membru și fellow al Societății Europene de Cardiologie și membru al American Heart Association. Este autor și coautor la 5 cărți în domeniul patologiei medicale cât și a peste 40 de lucrări publicate integral sau în rezumat în reviste medicale, la congrese sau conferințe naționale.

Diana Mihaela Deleanu, MD, Ph.D.

Profesor Universitar, Imunologie - Alergologie

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Medic primar medicină internă, alergologie și imunologie clinică

Clinica Medicală 3, Cluj-Napoca

Doctor în medicină

Absolventă a Universității de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca promoția 1983. De la absolvire lucrează la Clinica Medicală 3, și asigură totodată ambulatorul de alergologie și explorări funcționale respiratorii al clinicii. Fiind o nefumătoare convinsă, s-a implicat în activitățile de control-renunțare la fumat pe plan medical și didactic începând din 1993, deoarece a constatat implicațiile negative ale tutunului asupra pacienților respiratori monitorizați în cadrul departamentului de alergologie-imunologie al Clinicii Medicale 3. A efectuat cursuri și stagii de formare în domeniu respirator în străinătate: Brompton Hospital, Londra, UK; Southampton, UK, Bad Lippspringen, Germania, Pamplona, Spania (cu precădere pentru astmul bronșic și alergiile respiratorii). A realizat mai multe prezentări legate de efectele nocive ale fumatului asupra imunității (2005-2008). A predat numeroase cursuri de informare legate de efectele nocive ale fumatului pentru studenții de la medicină, pentru medicii de familie, medicii rezidenți în domeniul alergologie-imunologiei (2000-2008). Din 2006 este președintele Societății Române de Alergologie și Imunologie Clinică (SRAIC), în cadrul căreia a continuat activitatea anti-tabac începută anterior. Este membră a Societății Române de Pneumologie, societate profesională cu care a organizat mai multe acțiuni comune ca președintă a SRAIC. Ca membră a altor societăți internaționale European Academy of Allergy and Clinical Immunology EAACI, American College of Allergy, Asthma, Immunology (ACAAI) participă și la acțiunile acestora dedicate prevenirii și renunțării la fumat.

Mulțumiri

Grupul de autori mulțumește echipei de medici care a colaborat la selectarea referințelor bibliografice, tehnoredactarea și consultanța de specialitate pentru elaborarea acestui material:

dr. Elena-Iuliana Frăsilă, medic rezident medicină internă, Clinica III Medicală, Spitalul Sf. Spiridon Iași, dr. Valentina Eșanu, medic primar pneumologie Ambulatoriul Clinicii Pneumologice Iași, dr. Ramona Miron, medic rezident pneumologie Clinica Pneumologică Iași, dr. Mihaela Sandu, medic specialist pneumologie Clinica Pneumologică Iași.

dr. Ștefan Frent, asistent universitar, Clinica de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, „V. Babeș” Timișoara, dr. Monica Marc, medic specialist pneumologie, Centrul pentru Consiliere și Renunțare la Fumat, Spitalul V. Babeș Timișoara, dr. Stăncilă Daniela Simona, medic rezident medicină internă, dr. Pătrășcanu Daniel Cosmin, medic rezident medicină internă, dr. Diana Raluca Dimitriu, medic rezident pneumologie, prof. Dr. Voicu Tudorache, Clinica de Pneumologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, „V. Babeș” Timișoara,

Conf. dr. Cezar Pop, UMF " Iuliu Hațieganu" Cluj, Catedra de Chirurgie, dr. Ruxandra Răjnoveanu, UMF " Iuliu Hațieganu " Cluj, Catedra de Pneumologie, dr. Alina Mureșan, medic rezident pneumologie, Spitalul Clinic de Urgență "Octavian Fodor" Cluj, medic rezident pneumologie, dr. Ioana Munteanu, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta” București.

RECOMANDĂRI SPECIFICE DE ASISTARE A PACIENȚILOR CU DEPENDENȚĂ NICOTINICĂ

A) RECOMANDĂRI DE ORDIN MEDICAL

1. RECOMANDĂRI DE DIAGNOSTIC

1.1. Identificarea pacienților cu dependență nicotinică.

Diagnosticul dependenței nicotinică

Pentru ca rezultatele terapeutice obținute în renunțarea la fumat să fie optime, în primul rând trebuie identificați sistematic toți fumătorii. Cea mai bună și rentabilă ocazie în acest scop o oferă vizitele medicale, având în vedere că fiecare cetățean român își vizitează medicul de familie cel puțin o dată pe an, frecventează dentistul sau medicul specialist cu diferite motive care țin fie de problemele de sănătate fie de atribute diverse de natură civilă. Pare de la sine înțeles ca medicul, indiferent de calificare, să fructifice aceste prilejuri pentru a identifica fumătorii și a iniția algoritmul de asistență medicală în vederea opririi fumatului. (1)

Orice pacient care se adresează unui serviciu medical (cabinet medic de familie, medic specialist de ambulatoriu, spital, dentist etc.) trebuie chestionat cu privire la consumul de tutun, la fiecare consultație, în măsura timpului disponibil și a profilului consultației respective.(2)

Consumul de tutun se consemnează în documentele medicale (fișă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere etc.) și se declară statusul de fumător al individului respectiv în concordanță cu definițiile ghidurilor standardizate unanim acceptate.

Statusul de fumător-definiții

În funcție de nivelul de calificare în domeniul consilierii pentru renunțare la fumat al medicului care acordă consultația, statusul de fumător poate fi apreciat într-un mod elaborat sau foarte sumar.

Pentru nivelul 1 (medicină primară), respectiv rețeaua medicilor de familie, cabinete medicale ambulatorii, dentiști, servicii de triaj ale spitalelor, orice serviciu medical care asistă fumători la un nivel de bază, recomandăm doar identificarea și înregistrarea statusului fumatului, ca o etichetare sumară, simplă și operativă a pacientului:

1. **Fumător:** persoana care fumează de cel puțin 6 luni

2. **Nefumător:** persoana care nu a fumat mai mult de 100 țigări în cursul vieții (100 de țigări sunt echivalentul a 100 g tutun, în cazul pipei și a unor produse de tutun, altele decât țigara).

3. **Fost fumător:** persoană care nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

Pentru nivelul 2, al specialiștilor în consiliere pentru renunțarea la fumat din rețeaua de centre specializate, se impune o clasificare mai detaliată a statusului fumatului.

Astfel, o discuție (documentată prin completarea unui chestionar) între fumător și specialistul în consilierea antifumat ar trebui să permită încadrarea persoanei intervievate într-una din următoarele categorii, conform definițiilor acceptate de OMS (3):

1) **FUMĂTORI** considerați cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni.

Fumătorii pot fi:

a) **zilnici:** fumează cel puțin o dată pe zi, în fiecare zi. Aici sunt incluși și cei care au obiceiul de a nu fuma în zile de sărbătoare sau de duminică, din motive religioase.

b) **ocazionali:** fumează numai în unele zile, nu zi de zi.

Fumătorii ocazionali sunt, la rândul lor:

- *cu tendință la reducerea consumului de țigarete:* cei care la momentul completării chestionarului sunt fumători ocazionali, dar înainte au fumat zilnic;
- *fumători experimentali:* persoane care fumează rareori, fără a depăși un maximum de 100 de țigări în cursul vieții;
- *fumători ocazionali permanenți:* toată viața au fumat doar în unele zile (ocazii), nu zi de zi, inclusiv la momentul chestionării, dar per total, au fumat mai mult de 100 de țigări în decursul vieții.

2) **FOȘTI FUMĂTORI:** - considerați cei care, la momentul interviuării nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului.

Există două categorii de foști fumători:

a) *fost fumător zilnic*, în prezent nefumător; dar a fumat zi de zi și în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

c) *fost fumător ocazional:* cel care a fumat numai ocazional, dar în prezent nu mai fumează de cel puțin 6 luni.

3) **NEFUMĂTORI** – persoane care nu au fumat niciodată, cel mult au încercat să fumeze, nu au încercat zi de zi și în total nu au încercat mai mult de 100 de țigări vreodată.

Deși această departajare pare complicată, ea este de mare ajutor medicilor din cabinetele specializate în sevraj tabagic în anticiparea profilului de fumător al pacientului, orientându-i spre metoda de renunțare cea mai adecvată. (3)

Prin repetarea întrebărilor despre statusul fumatului la fiecare întâlnire cu pacientul, este responsabilizat medicul în privința consilierii pentru oprirea fumatului, iar pacientul este educat și conștientizat pentru înlăturarea acestui factor de risc de boală din viața sa. Aceste demersuri simple, descriptive, la îndemâna oricărui medic, creează cadrul favorabil acordării sfatului medical pentru renunțare la fumat și cresc rata de succes a intervențiilor în acest scop.

Pentru facilitarea metodologiei de lucru în acest domeniu relativ nou în țara noastră, cu care deocamdată puțini medici sunt familiarizați, sugerăm menționarea statusului fumatului ca un semn vital de rutină în documentația medicală, în plan egal cu alte semne vitale precum pulsul, tensiunea arterială, temperatura, saturația arterială în oxigen sau frecvența respiratorie.

Documentarea statusului fumatului se poate face și separat, pe fișe speciale care evidențiază *profilul fumătorului* (apreciat prin intensitatea consumului de tutun sau numărul de pachete-an, scorul dependenței nicotinică, analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat etc.)

Chestionarul recomandat de acest ghid pentru înregistrarea de rutină a statusului fumatului în medicina primară și în cabinete de specialitate se poate consulta în **Anexa 1**. (v. suplimentul ghidului)

Diagnosticul pozitiv al dependenței nicotinică

Diagnosticul clinic al dependenței nicotinică se stabilește cu ajutorul următorilor parametri:

- ***Statusul fumatului.***
- ***Consumul tabagic***
- ***Scorul de dependență nicotinică***
- ***Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat***

Aceste *simptome* ale tabagismului cronic trebuie identificate pentru managementul optimal al diagnosticului și tratamentului *dependenței nicotinică*. Diagnosticul clinic este validat biochimic prin determinarea de biomarkeri ai expunerii la tutun (v. cap. 3 al suplimentului la ghid)

Statusul fumatului a fost prezentat mai sus în amănunt.

Consumul tabagic

Se definește prin *numărul de pachete-ani (nr. de PA)*.

El reprezintă produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi și numărul de ani de fumat. (ex.: *dacă timp de 15 ani se fumează 15 țigări/zi, acest consum echivalează cu $15 \times 15 / 20 = 11, 2$ PA* Indivizii care au un consum mai mare de 20 PA se numesc “mari fumători” (fumători înrăiți) și reprezintă un grup de pacienți dificil de tratat. Tratamentul prescris de doctor trebuie să țină cont de numărul de pachete-an, dar și de severitatea dependenței de nicotină.

Scorul de dependență nicotinică determinat cu ajutorul testului Fagerstrom (v. **Anexa 2** - în suplimentul ghidului) permite aprecierea severității

dependenței de nicotină, în baza căreia se va elabora o indicație terapeutică corectă. (între: 0 – 3 puncte: dependență ușoară; între 4 – 6 puncte: dependență medie; între 7 – 10 puncte: dependență severă.)

Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat este un element important în stabilirea diagnosticului dependenței de nicotină, dat fiind că ea permite cunoașterea modului cum subiectul va traversa perioada de sevraj, se pot anticipa probleme de complianță la tratament și se pot lua măsuri adecvate din timp.

Identificarea fumătorilor ca persoane cu probleme de sănătate se realizează prin determinarea statusului fumatului și trebuie legitimată ca un act medical de rutină. Stabilirea unui diagnostic de acuratețe al dependenței nicotinică presupune determinarea statusului fumatului, al consumului tabagic, treptei de severitate a dependenței nicotinică și analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat.

Se recomandă identificarea de rutină a fumătorilor la toate nivelele de asistență medicală din România și înregistrarea statusului de fumător ca un semn vital în documentele medicale. Screeningul clinic al fumatului crește rata de succes a intervențiilor pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă A) (4)

Această recomandare se bazează pe metaanaliza a 9 studii randomizate despre impactul screeningului statusului fumatului asupra rezultatelor renunțării la fumat. (4)

1.2. Definirea și formularea diagnosticului de dependență nicotinică.

Modalitatea de abordare a pacientului fumător

Asistența medicală acordată fumătorilor trebuie să înceapă cu definirea corectă a condiției patologice de care suferă.

Așadar, în primul rând, fumatul definit ca și consum cronic de tutun (tabagism cronic, dependență tabagică sau dependență nicotinică) *este o boală* și nu un obicei.

Mai mult, tabagismul cronic, prin dependența cauzată de nicotină (substanță prezentă în orice produs de tutun), reprezintă o condiție patologică cronică, cu caracter recidivant, care solicită intervenții medicale susținute, repetate, precum și urmărire periodică până la vindecare. Vindecarea este definită ca abținerea tabagică pe o perioadă de minimum 6 luni. (2).

Dependența de nicotină sau de tutun prezintă multe trăsături ale unei boli cronice: majoritatea fumătorilor persistă în consumarea tutunului ani mulți sau zeci de ani, recidivează la fumat chiar dacă au reușit să-l oprească pentru intervale mai mult sau mai puțin scurte și necesită terapii specifice și urmărire periodică.

Abordările moderne ale fumatului din zilele noastre reflectă tocmai această natură cronic-recidivantă a dependenței tabagice (modelul unei boli cronice

reunește evoluția îndelungată, cu alternanța episoadelor de recidive și remisiuni). Înțelegerea naturii cronice a bolii presupune o urmărire de durată, nu doar intervenții în fazele acute de boală. Este nevoie atât de terapia farmacologică repetată, cu alternarea mijloacelor existente, dar și de educarea și asigurarea suportului psiho-comportamental al pacientului, având în vedere că riscul de recidivă persistă și fumătorii se pot simți descurajați în fața numeroaselor recăderi. (5)

Deși mulți clinicieni sunt capabili să trateze pacienți cu boli cronice din categoria diabet, hipertensiune, hiperlipidemii etc., ei se simt mai puțin confortabil când trebuie să consilieze un fumător, tocmai pentru că ignoră natura cronică a bolii. (6) Trebuie știut că abordarea fumatului ca o boală cronică accelerează procesul de vindecare și crește rata de succes a terapiei de sevraj, scăzând procentul de recidive. (1) Cu cât această boală va fi percepută mai repede ca o afecțiune cu caracter cronic, recidivant, cu atât specialiștii în renunțare la fumat dar și toate categoriile de personal medical și în primul rând populația de fumători vor avea numai de câștigat. (7)

Sugerăm tuturor medicilor practicieni care acordă îngrijiri persoanelor identificate ca fumători să considere consumul de tutun o boală cronică recidivantă denumită corect – în termeni medicali – dependență nicotinică (entități echivalente: dependență tabagică, dependență de tutun sau tabagism cronic) și să recunoască consumul de țigarete ca simptom principal al bolii. Această boală trebuie abordată la fel ca orice altă boală cronică din categoria astm, hipertensiune, diabet zaharat, hiperlipidemie etc.) (6, 8)

Bibliografie

1. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence. A US Public Health Service Report, JAMA, June 28, 2000—Vol 283, No. 24, p.3244-55.
2. Fiore, MC, Bailey, WC, Cohen, SJ, et al (June 2000) *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (Rockville, MD).
3. World Health Organization - Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic - Geneva, WHO, 1998.
4. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm
5. Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation Jane E. Anderson, MD, MS; Douglas E. Jorenby, PhD; Walter J. Scott, MD, FCCP; and Michael C. Fiore, MD, MPH, an updated clinical practice guideline 2008.
6. Connie L. Kohler, DrPH and William C. Bailey, MD, FCCP (Birmingham, AL Tobacco Dependence A Chronic Disease <http://www.chestjournal.org>
7. Sachs D.P. Tobacco Dependence Treatment Time To Change the Paradigm *Chest*. 2006;129:836-8394.
8. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Ann Intern Med*. 2008 Apr 1;148(7):554-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

2. RECOMANDĂRI GENERALE DE CONDUITĂ TERAPEUTICĂ

2.1 *Intervenția terapeutică este obligatorie pentru toți pacienții diagnosticați cu dependență nicotinică*

Orice fumător identificat prin consult medical trebuie să primească asistență medicală adecvată în scopul opririi fumatului.

În condițiile prezente ale asigurării asistenței medicale pentru fumători din România, cei mai mulți pacienți fac parte din categoria celor care nu au avut anterior nici un dialog cu cadre medicale despre consumul de tutun și nu posedă cunoștințe elementare despre nocivitatea acestuia asupra sănătății. Alteori, este vorba despre pacienți care au primit recomandări verbale sumare de a opri fumatul și doar o minoritate este reprezentată de pacienți avizați, care au primit sfatul minimal sau au consultat cabinete de renunțare la fumat.

Pentru toate aceste categorii de fumători, asistarea de rutină, standardizată la toate nivelele de îngrijire medicală și introducerea pacienților într-un algoritm de asistență cu scopul renunțării la fumat (Fig.1), se va dovedi benefică și eficace. (1)

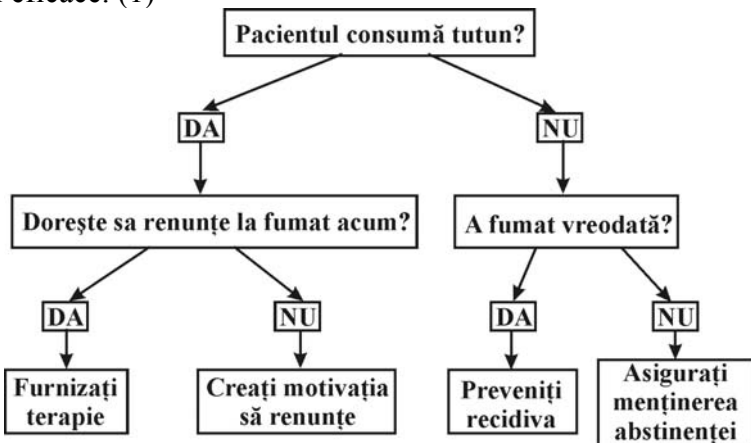


Fig.1 (CHEST / 121 / 3 / martie, 2002, p.934)

În funcție de motivația pacientului de a renunța la fumat, această evaluare inițială a statusului fumatului poate deschide calea spre etapa a doua a algoritmului: o intervenție medicală în vederea opririi fumatului. În Fig.1 este reprezentată simplificat conduita care trebuie adoptată de medic, în concordanță cu statusul fumatului și motivația de a renunța. (1, 2)

Concret, în funcție de toate variabilele descrise mai sus, există următoarele situații mai frecvente, după cum sunt sugerate și în fig.1:

1. *Pacientul este fumător și dorește să renunțe la fumat*- se va prescrie terapie farmacologică eficientă. Aceasta poate fi asociată cu terapie cognitiv-comportamentală sau nu. Este indicată adresarea la un specialist instruit în consiliere pentru renunțarea la fumat. (2, 3)

2. *Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat* - va primi sfatul minimal antifumat. Această intervenție nu va conduce la obținerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțare la fumat. Este indicată aplicarea algoritmului celor 5 R care prevede *relevarea motivației* de a renunța, a *riscurilor posibile* pentru sănătate, a *recompensei* prin sevraj, a *obstacolelor* și a *necesității repetării intervenției* pentru succes (3, 4)

3. *Pacientul a fost fumător și a renunțat la fumat* - va primi intervenții minime de consiliere cognitiv-comportamentală în vederea menținerii abstenenței și prevenirii recidivei fumatului(4). Dacă pacientul semnalează simptome de sevraj sau revenirea apetitului de a fuma, este indicat să primească consiliere într-un cabinet de renunțare la fumat specializat-nivelul 2- iar pentru cei care au renunțat și mențin abstenența fără dificultăți, aceste intervenții sunt suficiente în cabinete de medicină primară-nivelul 1.

4. *Pacientul nu a fumat niciodată* - nu este nevoie decât de reconfirmarea la fiecare vizită a statusului inițial de nefumător însoțită de recomandarea scurtă, prin mesaje sanogene de menținere a abstenenței. Aceste intervenții minore sunt simple și pot fi asigurate doar de nivelul 1 de asistență a fumătorilor. (1, 3, 4)

Elementele de finețe ale acestui algoritm vor fi detaliate în capitolul dedicat consilierii specializate – intervenția de nivel 2 – care se ghidează după aceeași schemă de lucru.

Se recomandă ca identificarea și sfătuirea fumătorilor pentru a renunța la fumat să fie însoțită de evaluarea motivației pacientului de a opri fumatul la momentul respectiv. (Nivel de dovadă - C) (1, 4)

Bibliografie:

1. West R., McNeill A. and Raw M., Smoking cessation guidelines for health professionals: an update *Thorax* 2000;55:987-999

2. <http://thorax.bmj.com/cgi/content/full/55/12/987#BIBL>

3. NICE Public Health Guidance- feb. 2008: (www.nice.org.uk/PHI005)

4. Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation Jane E. Anderson, MD, MS; Douglas E. Jorenby, PhD; Walter J. Scott, MD, FCCP; and Michael C. Fiore, MD, MPH, an updated clinical practice guideline 2008.

2.2. *Intervenția terapeutică primară: sfatul minimal pentru renunțarea la fumat (Nivelul 1)*

2.2.1 Acordarea obligatorie a sfatului minimal în vederea renunțării la fumat de către toate cadrele medicale

Toți medicii ar trebui să recomande fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat. Există dovezi conform cărora sfatul medicului crește semnificativ rata abstenenței la fumat. (Nivel de dovadă A) (1)

Meta-analiza a 7 studii care au evaluat eficiența sfatului medical pentru renunțarea la fumat a observat o durată a intervenției medicului de 3 – 5 minute. Datele demonstrează că un sfat minimal din partea medicului crește rata abstenenței la fumat pe termen lung. (1)

Sfatul pentru renunțarea la fumat oferit de orice furnizor de servicii medicale a crescut semnificativ rata renunțării. Analiza timpului total al contactului cu pacientul în acest scop indică faptul că o consiliere minimă oferită de o mare varietate de clinicieni crește rata abstenenței la fumat pe termen lung. (2) De asemenea, studiile arată că medicii dentiști și tehnicienii dentari pot fi eficienți în evaluarea și consilierea fumătorilor în vederea opririi fumatului(3). Dat fiind numărul mare de fumători care se prezintă la un clinician în fiecare an, sfatul minimal poate avea un impact substanțial asupra sănătății publice.

Plan general valabil de activitate pentru toate categoriile de personal implicate în activitatea de asistare a fumătorilor.

- Evaluarea statutului de fumător, pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală;
- Încurajarea tuturor fumătorilor să renunțe la fumat;
- Oferirea de consiliere celor care sunt interesați de renunțarea la fumat;
- Când este posibil, îndrumarea spre specialistul în consiliere antitabagică;
- Recomandarea fumătorilor care vor să renunțe la fumat să folosească substituenții de nicotină* cu oferirea de informații precise și sfaturi despre utilizarea acestora.

Recomandări pentru medicii de familie

1. Medicii de familie trebuie să sfătuiască fumătorii zilnici să oprească fumatul, în cursul consultațiilor de rutină, cel puțin o dată pe an și să recomande substitute nicotinică sau terapie non nicotinică. Este recomandabil să se consemneze răspunsul pacientului la aceste demersuri în dosarul lui medical și să se programeze la specialist în consiliere de nivel 2, acolo unde este indicat. [Nivel de dovadă A] (1)

2. Medicii de familie și asistentele lor trebuie să fie instruiți în mod suficient teoretic și practic pentru a fi capabili să ofere sfatul minimal antifumat, să asiste o tentativă de renunțare la fumat și să poată face o indicație justă de tratament. [Nivel de dovadă A] (1)

¹ substitutele nicotinică se pot procura fără prescripție medicală.

2.2.2. Recomandări generale privind consilierea antitabagică pentru toate serviciile medicale.

Fundamentul strategiei de consiliere antitabagică include sfaturile despre terapia medicamentoasă și modul de utilizare al acesteia. Aceste intervenții ar trebui să fie integrate în îngrijirea primară și ar trebui să fie utilizate de medici indiferent de specialitate. Fumătorii care nu pot renunța doar prin acțiunea inițială (voință proprie, sfat minimal medical) ar trebui să primească ulterior tratament de specialitate. (4) Această strategie nu este încă răspândită în practica generală, dar un program de consiliere antitabagică ar trebui să fie inițiat în îngrijirea primară și susținut de intervenții într-o clinică specializată (5, 6).

Intervențiile complexe în consilierea antitabagică sunt eficiente (7), tratamentul este extrem de util în menținerea stării de sănătate a populației, mai mult chiar decât multe alte intervenții medicale (8).

Unul din principalele efecte ale sfatului minimal este să le ofere celor care doresc să renunțe la fumat o motivație, ceea ce va crește rata renunțării la fumat. Mulți fumători nu pot renunța la fumat fără un ajutor susținut în acest sens, mai ales mari fumători care prezintă un risc crescut în a dezvolta boli legate de fumat, aceștia fiind fumătorii care au cea mai mare nevoie de ajutor calificat.

Un serviciu de specialitate ar avea cel puțin două funcții esențiale: să ajute fumătorii care nu pot renunța prin acțiunea inițială, și să educe și să susțină alte cadre medicale să ofere intervenții pentru consilierea antitabagică.

Asistența de specialitate prin consilierea antitabagică pentru fumătorii motivați, individual și în grup, este eficientă și este cost-eficientă (9). Poate fi oferită eficient de către specialiști cu experiență și aptitudini în acest sens, indiferent de disciplina lor profesională (3, 10). Tuturor fumătorilor ar trebui să li se ofere sau să fie încurajați să folosească terapia medicamentoasă, atunci când nu există contraindicații (11, 12).

Recomandări pentru toți specialiștii în consilierea antitabagică privind consilierea de grup:

1. Consilierea antitabagică ar trebui să fie efectuată în grupuri mici, în aproximativ 5 ședințe de câte 1 oră timp de o lună, să includă asistență psihologică, să beneficieze de un suport social, și de monitorizare periodică (Nivel de dovadă A).(8)

2. Asistența de specialitate în consilierea antitabagică ar trebui să încurajeze utilizarea terapiei medicamentoase, precum și sfaturi clare și instrucțiuni cu privire la modul de utilizare (nivel de dovadă A).(10, 14)

Restricțiunile impuse de timp și fondurile bănești vor determina calitatea serviciilor oferite (7). Pentru un serviciu de specialitate, terapia în grup are un raport cost-eficiență mai bun. În cadrul unui astfel de serviciu, tratamentul

individual se oferă acelor care din anumite motive nu doresc să fie tratați în grupuri sau sunt incapabili să participe. (8, 13)

Recomandări pentru consilierea pacienților spitalizați

Spitalizarea reprezintă un prilej favorabil de a interveni pentru oprirea fumatului, prin sfatul minimal sau intervenții cu un grad mai ridicat de complexitate efectuate de către personal cu calificare în domeniu, de la caz la caz și în funcție de posibilitățile respectivei instituții. Argumentele specifice ale medicului care pledează pentru renunțarea la fumat se vor referi la: recuperarea după afecțiunea tratată în spital, pregătirea preoperatorie, diagnosticarea în spital a unei afecțiuni datorate fumatului etc.

Este dezirabil ca, în următorii ani, aceste servicii să poată fi asigurate de cât mai multe spitale din România, începând cu spitalele mari, de referință, crescându-se astfel rata de potențiali pacienți ai centrelor de renunțare la fumat și contribuindu-se la promovarea la scară națională a acestei activități.

Sugerăm o abordare elementară, simplă și rapidă, pe prototipul sfatului minimal oferit de medicul de familie, urmat de indicația de adresare la cabinetul unui specialist sau de inițierea curei de terapie farmacologică, dacă pacientul dorește sau nu are posibilitatea accesului la un centru specializat.

Trebuie constituite baze de date cu toți pacienții asistați și transmise aceste date medicului lor de familie, pentru a exista o evidență centralizată a intervențiilor de care beneficiază un fumător.

Totodată, implementarea acestor servicii medicale în activitatea cotidiană a spitalului se va face în paralel cu evaluarea de rutină a statusului de fumător și cu accedarea la statutul de “Spital fără fumat”, condiție care impune o sumă de măsuri și politici pentru sănătatea pacienților și a personalului, făcând mai facilă acordarea de intervenții medicale pentru oprirea fumatului în unitatea respectivă.

Revizuirea datelor din literatură a relevat că un procent de 5% dintre pacienții spitalizați reușesc să oprească fumatul, ca urmare a acestor intervenții (14, 15)

Se recomandă ca personalul medical din spitale să determine obligatoriu statusul fumatului și să acorde sfatul minimal în vederea renunțării la fumat pentru toți pacienții internați, asigurând asistență celor care doresc să oprească fumatul. Totodată recomandăm informarea pacienților cu privire la statutul de spitale fără fumat. (Nivel de dovadă: C) (15). Pentru pacienți spitalizați care sunt fumători curenți, recomandăm acordarea obligatorie de ajutor medical calificat pentru oprirea fumatului (Nivel de dovadă A) (15).

Bibliografie

1. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD000165.
2. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Serv Res* 2006;41:2114-35.
3. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. *Community Dent Health* 2007;24:70-4.
4. American Legacy Foundation. Saving lives, saving money: tobacco-free states spend less on Medicaid. Available at: http://www.americanlegacy.org/Files/Policy_Report_4_Medicaid_Report_Technical_Notes.pdf
5. Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. *Am J Public Health* 2007;97:1878-83.
6. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, et al. The association between patient-reported receipt of tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tob Res* 2005;7 Suppl 1:S29-34.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2003. *MMWR* 2005;54:509-13.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Physician and other health care professional counseling of smokers to quit—United States, 1991. *MMWR* 1993;42:854-7.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs—United States, 1995-1999. *MMWR* 2002;51:300-3.
10. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, et al. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998;279:604-8.
11. Rothemich SF, Woolf, SH, Johnson, RE, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med* 2008;6:60-8.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults—United States, 2006. *MMWR* 2007; 56:1157-61.
13. Stevens VJ, Solberg LI, Quinn VP, et al. Relationship between tobacco control policies and the delivery of smoking cessation services in nonprofit HMOs. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2005:75-80.
14. Hajek P, West R. Treating nicotine dependence: the case for specialist smokers' clinics. *Addiction* 1998;93:637-40.
15. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF Interventions for smoking cessation in hospitalised patients(*Cochrane*) <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001837.html>

2.3. *Intervenția terapeutică de consiliere de specialitate pentru renunțarea la fumat (nivelul 2)*

2.3.1 *Definiții*

Orice fumător care nu reușește să renunțe la fumat prin voință sau în urma sfatului minimal antifumat trebuie să aibă acces la un cabinet de consiliere intensivă pentru renunțarea la fumat unde va putea fi asistat de un specialist instruit în acest domeniu.

Consilierea de specialitate pentru renunțarea la fumat cuprinde mai multe componente: terapie farmacologică, consiliere cognitiv-comportamentală și metode complementare, este asigurată de personal care a absolvit cursuri de formare în domeniu, se bazează pe discuții față în față cu fumătorii, în mai multe (minim 4) sesiuni cu durata de 20-45 minute pe parcursul a 8-12 săptămâni și cuprinde și o perioadă de urmărire fără terapie medicamentoasă, până la confirmarea abstenenței tabagice.

Această intervenție complexă presupune o evaluare inițială a profilului de fumător cu aprecierea indicației de terapie farmacologică sau nonfarmacologică, vizite intermediare în vederea controlului evoluției bolii sub tratament, monitorizarea biomarkerilor expunerii organismului la fum de tutun și evaluarea finală cu aprecierea rezultatelor.

Intervenția este considerată eficientă dacă se atinge abstenența tabagică la finele curei terapeutice și se menține pentru cel puțin 6 luni.

Revizuirea datelor din ghidurile de tratament al dependenței tabagice existente în uz în alte țări a relevat o varietate de intervenții specializate, oferite de personal medical format în tehnici de consiliere de profil. Majoritatea acestora sunt axate pe două modalități de abordare: consiliere individuală față în față și consiliere de grup. Ambele apelează la o echipă de lucru formată din medic, asistentă, și adesea psiholog sau personal nemedical format în tehnici de asistare psihologică.

În cele mai multe ghiduri, consilierea de grup pentru oprirea fumatului este cotate ca un nivel foarte complex de asistare a fumătorilor, corespunzând nivelului 3 de intervenții specifice.

După cum am precizat în introducere, intenția noastră în ghidul de față este de a oferi un instrument de lucru care să răspundă golului existent în sistemul medical românesc în privința asistenței medicale a fumătorului. Din acest motiv, ne vom referi strict la acele elemente de consiliere intensivă care au început să fie disponibile în țara noastră, în rețeaua de centre de renunțare la fumat deservite de specialiști cu precădere pneumologi instruiți în terapia dependenței nicotice, urmând ca într-o ediție viitoare să le inserăm și pe celelalte – și ne referim aici la consilierea de grup – pe măsură ce ele vor fi implementate. (1)

2.3.2. Personalul care furnizează servicii de consiliere de specialitate în vederea renunțării la fumat.

Consilierea specializată este disponibilă în România în câteva centre de renunțare la fumat dezvoltate în clinici, spitale sau ambulatorii de pneumologie – în majoritatea cazurilor. Activitatea centrelor de renunțare la fumat s-a inițiat în funcție de apartenența profesională a medicilor care au obținut calificare în acest domeniu, în principal medici din specialitatea pneumologie, dar și medicină internă, sănătate publică etc.

În funcție de gradul de expertiză al acestora și de solicitările populației din zona respectivă, ele au cunoscut o amploare mai mult sau mai puțin importantă. Primele centre de acest fel au fost create la București, Iași și Timișoara, începând cu anul 2000. În anii următori s-au derulat programe pilot și studii clinice care au permis dezvoltarea de expertiză și în Cluj, Tg.Mureș, Sibiu, pentru ca în 2007-2008 să existe deja o rețea ceva mai numeroasă de medici implicați în această activitate, desfășurată în cadrul unui program național de sănătate finanțat de Ministerul Sănătății și acoperind insuficient la ora actuală, dar proporționat mai multe județe ale țării.

La fel ca în alte țări, și în România deschizători de drumuri au fost pneumologii. Prin natura specialității lor, ei sunt cel mai adesea în contact cu patologia respiratorie cauzată de fumat (principalul grup de condiții patologice atribuite expunerii la tutun) și sunt cei mai în măsură să asiste *tabagismul cronic*, dat fiind că inhalarea este modalitatea prin care pătrunde fumul de tutun în organism, declanșând mecanismul de dependență nicotinică și îmbolnăvirea.

Specialiștii în renunțare la fumat sunt așadar în majoritate pneumologi, dar și profesioniști de medicină internă cu a doua specialitate pneumologia. Cei care lucrează în centrele universitare cu expertiză din București, Iași, Timișoara și Cluj desfășoară și activitate de formare fie în centrele universitare respective, unde sunt organizate anual cursuri de formare în tehnici de sevraj tabagic, fie prilejuit de activitatea de cercetare științifică sau clinică în domeniul dependenței tabagice. În aceste centre, se pot înscrie la cursuri de specializare și pot dobândi calificare pe baza expertizei existente, medicii care doresc să se specializeze în consiliere pentru renunțarea la fumat.

De asemeni, personalul din aceste centre este implicat în proiecte internaționale sau programe naționale de prevenire a fumatului la tineri, de creare de locuri de muncă fără fumat, de educare a populației pentru o viață sănătoasă fără fumat etc. Astfel, medicii integrează activitatea medicală de asistare a fumătorilor cu programele de educație sanitară, intervențiile în media, participarea la evenimente sociale, totul contribuind la măsurile de control al tutunului, un segment important de susținere a politicilor de sănătate dedicate celor expuși la riscurile consumului de tutun.

În actuala formulă de lucru, exceptând medicii și psihologii integrați în programul național *Stop fumat 2007-2008*, nu sunt prevăzute alte categorii de

personal de deservire a acestor centre de renunțare la fumat. Există premise ale creșterii numărului de medici și psihologi implicați în asistarea fumătorilor în țară, cu sprijinul responsabililor în domeniu. Ar trebui luată în considerare asigurarea într-o primă fază a extinderii numărului de centre de renunțare la fumat în cât mai multe județe ale României, astfel încât populația să aibă acces facil pe plan local, în mod egal, fără a se neglija fumătorii din mediul rural, la aceste servicii.

Într-o a doua etapă, este necesară acoperirea tuturor centrelor de renunțare la fumat funcționale cu cadre medicale auxiliare (optăm pentru asistente medicale sau nurse), care să degreveze activitatea medicului de sarcinile administrative (bază de date, evaluari, completarea fișelor, formularelor, programări, furnizarea și explicarea datelor sau materialelor informative pentru pacienți etc.).

În fine, într-o a treia etapă este benefică creșterea gradului de complexitate a asistenței fumătorilor prin asigurarea tuturor serviciilor de profil cu asistență psihologică specifică sevrajului tabagic.

După cum s-a mai menționat, asistarea fumătorilor trebuie atinsă și generalizată prioritar în România la un nivel de bază (nivelul 1 - medicină primară, medic de familie, servicii primare) și totodată la un nivel avansat (nivelul 2- cel al consilierii intensive de specialitate asigurate majoritar de serviciile de pneumologie).

În stadiul prezent al asistenței tabagismului cronic din țara noastră, până când rețeaua primară și de medicină de familie va deveni operativă în toate regiunile țării, efortul principal în perspectiva imediată rămâne în sarcina cabinetelor specializate de renunțare la fumat existente și în dezvoltare, urmând ca pe măsură ce nivelul bazal se implementează, acestora să le revină efectiv doar consilierea intensivă, rezervată cazurilor selectate prin sfat minimal sau cazurilor dificile.

Deocamdată cabinetele de renunțare la fumat se află în etapa în care asistă deopotrivă fumători adresați direct, de medici de familie sau de medici cu diverse specialități, dar și cazuri recidivante, cu probleme diverse, în egală măsură cu cazurile aflate la intervenții inaugurale. Marea majoritate a pacienților cu tabagism cronic care solicită consiliere specializată nu au primit sfatul minimal antifumat. Iată de ce, este practic imposibil de standardizat intervenția specializată în prezent, deseori medicii fiind nevoiți să alterneze sfatul minimal cu consilierea intensivă, chiar dacă activează într-un centru de specialitate cu expertiză avansată.

Este recomandabilă asistarea obligatorie a tuturor categoriilor de fumători adresați cabinetelor de consiliere specializată intensivă, potrivit cu profilul, statusul și antecedentele fumatului.

2.3.3. Conținutul intervenției de consiliere intensivă de specialitate în vederea renunțării la fumat

Parcurgerea datelor din literatură a relevat ca un numitor comun al tuturor ghidurilor de terapie a dependenței tabagice, strategia în 5 trepte, schematizată ca strategia celor “5 A”-engl. (în rom *ISAAP*).

Întreabă (pacientul dacă consumă tutun)

Sfătuiește (pacientul să oprească fumatul)

Apreciază (motivația pacientului pentru oprirea fumatului)

Asistă (pacientul pe durata tratamentului dependenței nicotinică)

Programează (pacientul la control-vizite de monitorizare pe parcursul tratamentului).

Această strategie se aplică atât sfatului minimal și intervențiilor de bază de nivel 1 în varianta rapidă 3-5 minute, dar și consilierii de specialitate, în varianta intensivă (elaborată).

2.3.4. Etapele consilierii de specialitate în vederea renunțării la fumat

Actul medical complex al consilierii intensive în vederea opririi definitive a fumatului presupune practic următoarele etape:

2.3.4.1. Consultația inițială a fumătorului – cuprinde evaluarea fumătorului și stabilirea unei indicații terapeutice.

Evaluarea fumătorului se referă la profilul fumatului și motivația de a renunța.

În stadiul prezent de dezvoltare a serviciilor de asistență a fumătorilor în România, recomandăm ca această evaluare să se facă prin consiliere individuală, respectiv discuția față în față medic-pacient.

Trebuie cerute fumătorului informații despre: anamneza fumatului, motivația de renunțare la fumat, tentativele anterioare de sevraj. Acestea definesc profilul său de fumător.

În vederea unei evaluări inițiale cât mai complete, sunt absolut necesare consemnarea vârstei, a sexului, a antecedentelor personale fiziologice la femei, a antecedentelor personale patologice și a consumurilor medicamentoase curente în eventualitatea unor efecte adverse, contraindicații sau interacțiuni medicamentoase posibile ale terapiei farmacologice.

Toate detaliile utile legate de motivația pacientului pentru a opri fumatul se obțin cu ajutorul interviului motivațional, redat în **Anexa 3** (v. suplimentul ghidului).

Este bine de luat în considerare solicitarea unei adeverințe medicale din partea medicului de familie cu evidența bolilor cronice, bolilor grave, a

afecțiunilor psihiatrice și a medicamentelor cu administrare curent – concomitentă. De asemeni recomandăm certificarea de rutină a absenței sarcinii la femeile de vârstă activă sexual, la vizita de consult inițială a fumătoarei, în situația în care se prescrie terapie farmacologică.

Redăm în **Anexa 4** (v. suplimentul ghidului) o propunere de fișă de vizită inițială a fumătorului, care reunește elemente aflate deja în uz în unele centre de renunțare la fumat din România cu elemente consemnate în evaluarea inițială a fumătorilor în alte centre de profil din lume.(2)

Selectarea tipului de intervenție medicală adecvat în funcție de rezultatul evaluării inițiale.

Metoda de renunțare la fumat potrivită fiecărui pacient trebuie indicată pe baza datelor obținute la evaluarea inițială și al gradului de motivare pentru a opri fumatul la momentul respectiv al individului care solicită consultația.

Întrebarea cheie care permite cunatificarea motivației de sevraj este: “*Sunteți pregătit să opriți fumatul acum?*”

Dacă răspunsul este afirmativ, medicul va opta de primă intenție pentru terapia farmacologică, dat fiind că este cea mai eficientă și este actualmente disponibilă în România.

Medicul va prezenta medicamentele indicate pacientului, îl va informa despre contraindicații și efecte secundare și vor alege de comun acord varianta optimă. Totodată îl va informa despre simptomele de sevraj care se pot instala în primele săptămâni de la oprirea fumatului și va programa o primă vizită de control în preajma datei fixate pentru sevrarea fumatului.

Consultația inaugurală trebuie să prilejuiască și o evaluare a șansei de reușită a sevrajului precum și a riscurilor de recidivă.

Factorii psihologici și comportamentali care definesc personalitatea, factorii care țin de mediu, habitat sau anturaj au impact asupra succesului sevrajului fumatului.

Astfel de factori se pot anticipa din evaluarea propriu-zisă obținută prin fișa de observație, unele chestionare standardizate, dar sunt totodată identificabili prin discuția specialist-pacient, singura care poate releva subtilități de percepție a profilului psiho-comportamental al fumătorului respectiv.

Impactul pozitiv asupra renunțării la fumat este sugerat de un loc de muncă fără fumat, locuință fără fumat, anturaj care nu fumează în prezența pacientului pe parcursul tentativei de sevraj.

Riscul de recidivare la fumat (v. tabelul nr. 1) după sau pe parcursul tentativei de sevraj tabagic, se apreciază prin evaluare cognitiv-comportamentală și psihologică sau se cuantifică obiectiv prin: determinări

biologice specifice de biomarkeri ai expunerii la fum de tutun (monoxid de carbon în aerul expirat, cotinina urinară) sau evaluare psihiatrică.

Factorul cu impact negativ asupra sevrajului	Identificarea factorului contra sevraj
Dependența nicotinică severă	Mare fumător (fumează > 20 țigări/zi) și scor de dependență: 7-10
Istoric de afecțiune psihiatrică, personalitate depresivă sau consum de medicamente psihotrope	Alcoolism, status depresiv, labil, comorbidități psihiatrice.
Stress	Circumstanțe care creează condiții de stress și constituie stimuli negativi asupra fumătorului: traume psihice, lipsuri, frustrări, divorț, șomaj etc.)
Fumat pasiv	Expunerea la fumat pasiv acasă, la serviciu, în cercul de prieteni.

Tabelul nr. 1 Factori care influențează negativ rata de abținere tabagică (sursa: Treating tobacco use and cessation-U.S. Department of Health and Human Services, Mai 2008)

De multe ori, dacă subiectul dorește cu tot dinadinsul să renunțe la fumat, existența unor astfel de circumstanțe nefavorabile (stres, fumat pasiv etc.) nu constituie un obstacol în calea atingerii abținerei tabagice dacă se apelează la terapia farmacologică eficientă, însă, per ansamblu, acești factori stau la originea unor rate mai modeste de reușită în oprirea fumatului, față de indivizii care nu au asemenea elemente de risc de recidivă.

Pornind de la conceptul că stadiile schimbării descrise în suplimentul ghidului influențează decizia terapeutică în vederea renunțării la fumat și respectând ideea logică despre inutilitatea aplicării unei intervenții agresive asupra unui pacient care nu dorește să oprească fumatul, în acord cu alte ghiduri internaționale (3, 4,) propunem următoarele strategii de consiliere specializată, aplicabile și în condițiile desfășurării activității de profil din țara noastră :

a) Pentru cei ce doresc și sunt motivați să renunțe la fumat este indicată o intervenție intensivă completă reunind terapia farmacologică, consilierea cognitiv-comportamentală, susținerea ajutoare prin intermediul liniilor telefonice de suport și alte metode dacă sunt disponibile (consiliere psihologică, terapie de grup, participare la programe pe internet sau proiecte comunitare, materiale informative autoajutoare pentru pacienți etc.)

Toate aceste posibilități de renunțare la fumat sunt detaliate separat, în capitolul 2.4., unde se fac referiri punctuale la toate metodele de tratament ale dependenței tabagice, separate în două grupe distincte: terapia farmacologică și terapiile nonfarmacologice.

Se recomandă - dat fiind potențialul cronic recidivant al dependenței nicotinică - prescrierea terapiei farmacologice în toate cazurile apreciate de către specialist ca eligibile, cu precădere la marii fumători cu dependență severă de nicotină. La pacienții la care nu este posibilă administrarea de medicamente se recomandă tratamentul nonfarmacologic, astfel încât orice fumător să primească suport terapeutic, dat fiind că terapia dependenței tabagice este dovedită ca eficientă (Nivel de dovadă A) (3).

b) Pentru cei ce nu doresc și nu sunt motivați să renunțe la fumat – această primă adresare la cabinetul specializat de renunțare la fumat este decisivă și constituie o oportunitate ideală de a influența stadiul schimbării în care se află pacientul.

De cele mai multe ori este vorba despre pacienți care nu au primit niciodată informații despre fumat de la vreun cadru medical, de pacienți lipsiți de cunoștințe elementare cu privire la riscurile fumatului, sau de pacienți care solicită consiliere la presiunea familiei, a anturajului, a unor medici curanți datorită potențialului nociv inerent al unei boli aflată în evoluție sau a unui risc potențial atribuibil fumatului.

Astfel de persoane fie nu sunt conștiente de pericolul expunerii organismului la fumul de tutun, fie sunt incapabile de a estima corect riscul personal în lumina propriei stări de sănătate, eventual riscul secundar pentru cei din familie, loc de muncă etc. pe care îi expun pasiv la fumat. Alteori, ei sunt indivizi deja demoralizați de eșecul unor tentative anterioare de sevraj, temători de posibilul nou eșec sau în fine sunt persoane lipsite de o minimă voință pentru a tenta renunțarea, chiar și cu ajutor medical și suport terapeutic eficient. Aceștia din urmă sunt în majoritate mari fumători, cu dependență severă de nicotină, adesea cu statut social, educațional și material precar, dar astfel de cazuri se pot selecta și din rândul fumătorilor care au primit intervenții pro sevraj tabagic inadecvate, efectuate de personal medical fără calificare sau expertiză de specialitate.

În cazul pacienților nemotivați recomandăm un algoritm de sevraj tabagic constând din 5 trepte de construire a mesajului motivațional, cei “5R”-engl. (RRROR-rom.) (3, 5):

1. *Relevarea* motivației de a renunța (pacientul nu posedă suficiente cunoștințe care să îl motiveze să oprească fumatul – acestea pot fi oferite ferm și concis: expunerea pasivă a copiilor la fumat în locuință, riscul de BPOC, accident vascular cerebral etc.);

2. *Riscuri posibile* pentru sănătate (sunt evaluate concret în funcție de antecedentele, alți factori individuali, de mediu, ereditari ai fumătorului);

3. *Recompensa* (identificarea împreună cu pacientul a beneficiilor opririi fumatului);

4. *Obstacolele posibile* (în calea reușitei sevrajului tabagic sunt identificate concret împreună cu fumătorul);

5. *Repetarea intervenției de motivare pentru renunțarea la fumat* (se reia la fiecare nouă vizită această schemă de discuție cu pacientul pentru a crea convingerea justificatoare pentru obținerea motivației).

2.3.4.2. *Consultațiile de control, “follow up” sau monitorizarea sevrajului tabagic.*

Pe parcursul perioadei de tratament al dependenței tabagice, indiferent de schema terapeutică indicată, se recomandă supravegherea (urmărirea sau *follow-up, engl.*) pacienților prin vizite de control (cel puțin două) cu scopul de a ne asigura că pacientul urmează tratamentul corect, în dozele standard în cazul terapiei farmacologice, că nu are dificultăți psiho-comportamentale sau simptome insurmontabile datorate sindromului de sevraj, că nu are efecte adverse medicamentoase.

Totodată vizitele de control permit: actualizarea statusului fumatului, monitorizarea biomarkerilor fumului de tutun și prevenirea eșecurilor. Acestea oferă prilejul unui suport susținut din partea medicului, care poate interveni în timp util în cazul în care fumătorul este demoralizat sau experimentează revenirea la fumat după o scurtă abținerea temporară. Propunem un model de fișă de vizită de control în **Anexa 5** (v. suplimentul ghidului)

Menținerea unei legături permanente cu fumătorul aflat în perioada de terapie pentru renunțarea la fumat este crucială.

Această legătură poate fi materializată în vizite de control cu discuții față în față cu specialistul în consiliere intensivă dintr-un centru de renunțare la fumat, apelarea unei linii telefonice gratuite, a unui telefon de serviciu dintr-un cabinet medical, corespondență electronică (E-mail) sau follow up realizat de personal auxiliar – asistente medicale, psihologi, alți colegi medici, medici de familie – persoane cu care pacientul poate veni în contact în mod mai accesibil decât cu specialistul în renunțare la fumat.

Este mai puțin importantă respectarea riguroasă a unui număr obligatoriu de vizite la cabinetul medical sau completarea unei documentații foarte laborioase. Ceea ce are importanță este o bună comunicare între fumător și personalul care îl asistă în procesul de renunțare la fumat astfel încât pacientul să se simtă susținut în permanență și ajutat, să știe că orice problema s-ar ivi pe durata terapiei de sevraj are un acces rapid la consiliere și va găsi o soluție.

Pe de altă parte, mai ales în condițiile deficitului de personal calificat din țara noastră, timpul medicilor – deocamdată singura categorie de furnizori calificați de servicii de profil – este extrem de disputat și orice modalitate ingenioasă de a păstra legătura cu pacienții este binevenită.

În experiența noastră, perioada de follow-up poate fi jugulată cu succes prin 2-3 vizite fizice la cabinetul de consiliere antifumat și punerea la dispoziția celor asistați a unei căi de acces telefonic sau via internet prin care să poată comunica prompt cu medicul lor în eventualitatea unor evenimente adverse,

situații neprevăzute legate de tratament, programarea vizitelor de control sau afecțiuni intercurente.

Cea mai importantă este prima vizită de control – stabilită în general în decursul săptămânii 2 sau 3 de tratament, în imediata apropiere a preconizatei date la care pacientul își fixează data renunțării la fumat.

Majoritatea specialiștilor recomandă fixarea zilei de renunțare la fumat în cursul săptămânii a doua de terapie. Cu toate acestea dorim să semnalăm că în măsura experienței de care dispune și în acord cu profilul fumătorului, specialistul poate recomanda și o dată mai îndepărtată pentru fixarea zilei opririi fumatului, de exemplu: în cursul săptămânilor 3-6, în situații speciale din categoria: pacienți mari fumători, cu dependență nicotinică severă, cu factori de risc pentru recidiva fumatului, pacienți cu multiple cure nereușite de tratament al dependenței tabagice în antecedente.

Sugerăm supravegherea perioadei de terapie a dependenței nicotinică prin minimum 2-4 vizite de control, asigurarea unui contact telefonic accesibil pacientului și monitorizarea biomarkerilor expunerii la fum de tutun.

2.3.4.3. Consultația finală – atingerea și menținerea abstinentei tabagice.

Obiectivul principal al unei intervenții medicale reușite este succesul sevrajului tabagic. Desigur, acest lucru nu este întotdeauna posibil, rata de succes descrisă în literatură fiind sub 40%, dar scopul medicului curant este de a se asigura că a încercat toate metodele pentru a ajuta fumătorul să renunțe definitiv la tutun. (6, 7) Pentru a confirma succesul tentativei de sevraj tabagic pacientul trebuie să atingă abstința tabagică și apoi să reușească menținerea ei.

1. Definirea abstinentei tabagice

Obținerea abstinentei tabagice la finele tratamentului La finele perioadei de tratament se va face evaluarea finală a statusului fumatului și se va obiectiva abstința.

Aceasta trebuie demonstrată cu ajutorul biomarkerilor prezenței fumului de tutun în organism și documentată în dosarul medical al pacientului.

Propunem o fișă de evaluare la vizita finală de încheiere a tratamentului, cu toate informațiile pe care le considerăm utile pentru a putea consolida reușita curei terapeutice în **Anexa 6**.(v. suplimentul ghidului).

În această fișă se vor nota obligatoriu: obiectivarea abstinentei, data renunțării la fumat, efectele adverse ale medicației, beneficii ale opririi fumatului, starea sindromului de sevraj la finele tratamentului și opțional la câte zile de la începerea tratamentului a avut loc renunțarea la fumat. Dacă pacientul nu a reușit să renunțe, dar a redus fumatul – se va nota câte țigări pe zi fumează în etapa de reducere a fumatului, ce beneficii fizice și comportamentale-psihologice ale reducerii consumului de tutun a câștigat.

Certificarea abstinentei tabagice este un punct delicat, nu întotdeauna realizat pe baza unor criterii standardizate, uniform valabile în interpretarea

rezultatelor studiilor clinice și programelor de renunțare la fumat. Menționăm doar absența validării biochimice a statusului fumatului în unele protocoale clinice sau lipsa menționării distincției între *abstinența la un moment dat* (subiectul a fost găsit nefumător la momentul vizitei de control) și *abstinența continuă* (subiectul este găsit nefumător pe toată perioada de follow-up).

Cercetarea datelor din literatură referitoare la acest aspect, ne-a determinat să optăm pentru criteriile Russell, propuse și publicate în 2005 de către grupul de lucru condus de profesorul Robert West. (8) S-a intenționat de fapt stabilirea unui set de 6 criterii standard, pentru o mai riguroasă interpretare a rezultatelor studiilor clinice despre tratamentul dependenței nicotinic. Ele au fost intitulate criteriile Russell, în onoarea lui M.A.H. Russell, personalitate care a avut contribuții majore în acest câmp de cercetare.

Le redăm mai jos, cu speranța că pot constitui un instrument de lucru valoros în activitatea centrelor de renunțare la fumat, atât în activitatea de asistare medicală curentă a pacienților care doresc să renunțe la fumat cât și în activitatea de cercetare clinică în domeniul terapiei dependenței tabagice.

Criteriile Russell de definire a abstinenței tabagice (9)

1. Durata abstinenței

Se apreciază ca un criteriu de afirmare a abstinenței o perioadă de minimum 6 luni de la data fixată pentru și realizarea efectivă a sevrăjului fumatului. Cu alte cuvinte dacă fumătorul a fixat o zi de oprire a fumatului, fie ea ca prima tentativă sau ulterioară, și a reușit să oprească fumatul, de la acea zi se calculează 6 luni, iar dacă la finele celor 6 luni el este tot nefumător, se poate afirma abstinența.

Desigur apar interpretări de genul: cele 6 luni se măsoară de la ziua efectivă a opririi fumatului sau de la ultima zi de terapie (știut fiind că unele cure durează 3-6 luni sau chiar mai mult). De aici și unele indicații de a considera perioada standard de confirmare a abstinenței de 12 luni.

Certificarea abstinenței se realizează prin vizita de control la 6 luni de la data renunțării la fumat.

2. Definirea abstinenței

Raportarea de către pacient a unui consum între 0-5 țigări/ zi în cursul perioadei de 6 luni de la oprirea fumatului, împreună cu rezultatul negativ al testului biochimic de evidențiere a biomarkerilor fumului de tutun definesc abstinența tabagică la vizita finală a tratamentului.

Se va face distincția între *abstinența de moment (de vârf)* determinată la momentul vizitei în cabinet și *abstinența continuă*.

Abstinența continuă se va aprecia prin vizite seriate pe parcursul celor 6 luni de atestare a abstinenței tabagice. La aceste vizite, pacientul răspunde la

chestionarul despre statusul fumatului și totodată se efectuează și validarea biochimică a acestuia.

Aceste vizite sunt lunare sau mai dese – în funcție de profilul de fumător al pacientului. Absența neanunțată de la o singură vizită urmată de abandonul pacientului în perioada de follow-up pe perioada celor 6 luni de la oprirea fumatului justifică declararea eșecului terapiei de sevraj.

3. Validarea biochimică a abstenenței este obligatorie. (10)

Este recomandabil să se realizeze la toate vizitele și este obligatorie la vizita finală. Determinarea concentrației monoxidului de carbon (CO) este metoda de preferat, având în vedere că demonstrează prezența CO, biomarker care nu poate proveni decât din fumul de tutun.

Valori mai mici de 10 ppm CO în aer expirat permit declararea pacientului ca nefumător. Metoda este simplă, ieftină pe termen lung și disponibilă în România.

Măsurarea cotininei ca biomarker-metabolit al nicotinei – în sânge, salivă, urină are specificitate și sensitivitate mai ridicată față de CO, dar trebuie să se țină cont de faptul că nicotina se găsește și în tutun dar și în preparatele farmaceutice pe bază de nicotină, prin urmare la un fumător care consumă gumă sau alt preparat medicinal cu nicotină și fumează, nu vom putea interpreta exact rezultatul de laborator al cotininuriei, cotininei sanguine sau salivare. O ajustare cu 50 ng/ml pentru testul urinar la aceste cazuri ar fi indicată. (11)

În condițiile concrete în care produsele de substituție nicotinică se pot procura în România fără prescripție medicală, recomandăm chestionarea pacienților dacă și-au administrat din proprie inițiativă astfel de medicamente, pentru o interpretare cât mai fidelă a rezultatului cotininuriei.

Totodată este recomandabilă confirmarea validării statusului de fumător printr-un test al monoxidului de carbon în aerul expirat.

Validarea biochimică a abstenenței tabagice se indică în primul rând prin concentrația monoxidului de carbon în aerul expirat.(10)

4. Definirea intenției de a urma tratamentul corect

Determinarea ratei de abstenență se face luând în calcul toți subiecții care au primit tratament, au urmat cura completă și au fost prezenți la vizitele de follow-up.

Cei pierduți în perioada de supraveghere (schimbare adresă, telefon etc.) vor fi considerați ca rămași fumători, fiind păstrați în baza de date a centrului.

Abstenența tabagică se confirmă numai la acei pacienți care întrunesc condițiile enumerate de criteriile 1-3.

5. Definirea tratamentului corect

Se certifică abstenența conform criteriilor 1-4 numai la acei subiecți care au urmat tratamentul corect, în doze standard, nu au adăugat la schema terapeutică medicații sau alte terapii din proprie inițiativă și au fost prezenți la

toate vizitele de monitorizare cu respectarea graficului validării biochimice a statusului fumatului.

6. *Colectarea datelor (chestionare, evaluarea sd. de sevraj etc.) să se facă prin metode dublu-orb, atunci când este posibil.*

Obținerea informațiilor necesare validării abstenenței poate părea laborioasă, cronofagă multora dintre fumători, care pot acuza lipsa de timp pentru a participa la toate aceste etape din programul de renunțare la fumat.

Colaborarea medicului specialist cu personal ajutător de preferat asistentă medicală sau psiholog se poate dovedi benefică din acest punct de vedere, scăzând numărul de pacienți care abandonează tratamentul pe parcurs.

În plus, pacientul are șansa unei a doua opinii, a unui suport psihologic iar medicul este degrevat de activități minuțioase care îi solicită timp suplimentar.

2. Managementul abstenenței tabagice.

Perioada de 6-12 luni următoare opririi consumului de tutun este critică pentru orice fumător, oricât de eficientă ar fi metoda de renunțare la fumat și oricât de motivat să renunțe ar fi pacientul respectiv. Specialistul va trebui să mențină un contact periodic cu proaspătul fost fumător în acest interval și să-l asiste la nevoie, dacă reapar simptomele de sevraj.

Chiar de la prima consultație, trebuie subliniată natura cronic-recidivantă a consumului de tutun și riscul reluării fumatului atât în cursul perioadei de terapie și imediat după (situația cea mai frecventă), dar și la distanță, după luni sau ani buni de la declararea abstenenței tabagice. Astfel, pacientul va trata problema opririi fumatului cu responsabilitate și nu vom întâmpina rezistență în reluarea intervenției medicale, în cazurile care necesită prevenirea recidivei.

Practic, clinicianul poate preveni recidivele intervenind constant încă de la vizita inițială și apoi, la vizitele de follow-up prin: încurajarea permanentă a deciziei de a opri fumatul, sublinierea beneficiilor sevrajului și rezolvarea “din mers” a problemelor apărute pe parcurs. Această comunicare continuă cu pacientul trebuie completată și telefonic sau prin alte mijloace, pentru a da rezultate.

Se va lua în considerare faptul că riscul de recidivă a fumatului poate fi controlat cel mai bine prin strategii terapeutice care îmbină folosirea de terapii farmacologice dovedite eficiente cu un nivel ridicat de educație medicală a pacientului și cu terapia comportamentală, livrate printr-un program intensiv susținut pe parcursul a minimum 4 sesiuni de vizite medicale, cu durata de cel puțin 15 minute. (Nivel de dovadă C) (3)

În cazul în care pacientul reia fumatul, el va fi reintrodus în algoritmul intervenției de sevraj, dacă își exprimă dorința de a face o nouă încercare de renunțare la fumat, iar dacă nu mai dorește să încerce din nou imediat, se

recomandă programarea unei ședințe scurte de consiliere menite să crească gradul de motivare pro sevraj.

Trebuie analizați toți factorii pozitivi și negativi predictorii ai recidivei pe termen scurt sau ai recidivelor la distanță pentru ca astfel, clinicianul să poată aprecia ca oportună o a doua intervenție pentru sevraj.

La această a doua cură, se recomandă fie intensificarea intervenției – cu follow-up mai consistent, adăugarea componentei de psihoterapie, alte metode complementare (terapie de grup etc.), repetarea primei cure de terapie sau folosirea de terapii farmacologice în combinații care nu s-au folosit la curele anterioare. (12)

Pentru această categorie de pacienți vulnerabili sub raportul riscului de revenire la fumat, propunem două algoritmuri specifice de asistare, schematizate mai jos. (13, 14)

Algoritm pentru pacienți care au renunțat recent la fumat

În general, discuția cu pacienții care au oprit de curând fumatul (câteva săptămâni - 6 luni) se va axa pe sublinierea aspectelor pozitive legate de reușita sevrajului. Orice aspect bun relevat de discuția cu pacientul pe baza chestionarului de mai jos, va fi “premiat” și se va construi un mesaj pozitiv de reușită pentru pacient, de autostimă a acestuia pentru atingerea abstenenței.

Interviul va urmări răspunsuri la următoarele întrebări:

1. Beneficiile pe care le resimte în urma renunțării la fumat.
2. Aspectele pozitive, percepute ca realizări personale: perioada mare de abstenență, depășirea dificultăților legate de sindromul de abstenență la nicotină etc.
3. Evaluarea riscurilor posibile sau înregistrate pe parcursul procesului de renunțare: creștere ponderală, stări depresive, factori de risc pentru recidiva fumatului.
4. Modul în care a urmat/tolerat tratamentul medicamentos.

Algoritm de asistare pentru foști fumători care experimentează probleme la distanță. (Tabelul 2)

Problema întâlnită	Soluția
<i>1.Lipsa de suport pentru sevraj</i>	<i>Programare la specialist-asistare, linii telefonice de suport, sprijin suplimentar-familie, anturaj, medic de familie, psiholog.</i>
<i>2.Modificări de dispoziție sau de stare psihică – depresie etc.</i>	<i>Consiliere, psihoterapie, medicație.</i>
<i>3.Sindrom de sevraj prelungit</i>	<i>Prelungirea duratei tratamentului medicamentos, scheme terapeutice cu combinații de medicamente, simptomatice.</i>
<i>4.Creștere în greutate</i>	<i>Program de exerciții fizice, dietă echilibrată, consilier nutriționist, sublinierea beneficiului pentru sănătate al sevrajului în balanță cu creșterea ponderală moderată care este inerentă inițial dar se corectează în timp, folosirea medicației de sevraj tabagic care întârzie surplusul ponderal.</i>
<i>5. Persistența/Revenirea apetitului de a fuma</i>	<i>Încurajarea folosirii prelungite a medicației de sevraj, încurajarea unei noi tentative de a opri fumatul, sublinierea naturii cronice a bolii cu multiple posibile recăderi, adresarea la cabinete specializate de renunțare la fumat.</i>

Tabelul nr. 2 Factori care influențează negativ rata de abținere tabagică (sursa: Treating tobacco use and cessation-U.S. Department of Health and Human Services, Mai 2008)

Bibliografie

1. Borgne A; Aubin HJ; Berlin I. Current therapeutic strategies in smoking cessation, Rev Prat. 2004; 54(17):1883-93
2. www.chestnet.org.
3. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update U.S. Department of Health and Human Services, May 2008,
4. National Health Service Executive (NHSE) guidelines *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, Part 1): S13–S15.

5. Nerina, A. Crucelaeguib, A. Masb and D. Guillénb, Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic *Arch Bronconeumol* 2003;39(7):298-302
6. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Getting evidence into practice. *Eff Health Care*. 1999;5:1-16.
7. Solberg LI. Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. *Jt Comm J Qual Improv*. 2000;26:525-537.
8. West R., Hajek P., Stead L., Stapleton J., Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for common standard, *Addiction*, 100, 299-303.
9. Visvesvaran, C. & Schmidt, F.L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-561.
10. United States Department of Health and Human Services (USDHHS) (2000), *Treating Tobacco Use and Dependence*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality.
11. Jarvis, M.J., Primatesta, P., Erens, B., Feyerabend, C. & Bryant, A. (2003). Measuring nicotine intake in population surveys: compatibility of saliva cotinine and plasma cotinine estimates. *Nicotine and Tobacco Research*, 5, 349-355.
12. Shiffman S, Paty JA, Gnys M, et al. First lapses to smoking: within-subjects analysis of real-time reports. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 366-379.
13. Niaura R, Abrams DB, Shadel WG, Rohsenow DJ, Monti PM, Sirota AD: Cue exposure treatment for smoking relapse prevention: a controlled clinical trial. *Addiction* 1999, 94:685-695
14. Law M, Tang JL: An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995, 155:1933-1941

2.4. Tratamentul specific al dependenței nicotinică

O trecere în revistă succintă, dar completă a tuturor opțiunilor terapeutice a fost făcută în suplimentul la ghid.

În cele ce urmează vom formula recomandări referitoare numai la terapiile farmacologice și nefarmacologice disponibile în România, la data publicării prezentului ghid, bazate pe revizuirea datelor din literatură și pe rezultatele puțin consistente deocamdată acumulate de specialiști români în scurtul interval de timp de practică în domeniu.

2.4.1 Terapia farmacologică a dependenței nicotinică

2.4.1.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)

O apariție recentă în peisajul farmaceutic din țara noastră (vara anului 2007), substitutele nicotinică se găsesc în alte țări sub mai multe forme de administrare, dar pentru moment, dintre toate acestea, preparatele disponibile în România sunt *Gumă de mestecat cu nicotină de 2 mg*, *Gumă de mestecat cu nicotină de 4 mg* și *Plasturi cu nicotină de 15 mg*. În conformitate cu legislația în vigoare, aceste preparate medicinale cu nicotină se pot procura direct din farmacii, fără prescripție din partea medicului.

Pornind de la principiul pe care se bazează terapia de substituție, cel al eliberării de nicotină în organism care să înlocuiască nicotina provenită din țigări sau alte produse din tutun, această soluție este eficientă dat fiind că este logică, este cel mai îndelungat practică peste tot în lume și dispune de o paletă largă de modalități de administrare. Furnizarea de nicotină pură, de uz medicinal, pe de altă parte, permite atenuarea simptomatologiei determinate de sindromul de abținere și ajută pacientul fumător aflat în plin proces de sevraj tabagic să depășească mai ușor necesitatea de a primi nicotină, atunci când încearcă să nu fumeze.(1)

Nivelele sanguine de nicotină cresc la 5-10 minute după administrarea de spray nazal cu nicotină, la 20 de minute după ce pacientul a început să mestecă guma sau să utilizeze inhalerul și abia la 2-4 ore de la aplicarea plasturei. (2)

Guma cu nicotină

Din punct de vedere istoric, guma cu nicotină este primul produs din linia de preparate de substituție nicotinică, apărând în Europa la începutul anilor '80 și în SUA în 1984. Ea este vândută în cele două concentrații 2 și 4 mg, eliberând în organism nivele nicotinică de 0, 3-0, 8 și respectiv 0, 6-1, 2 ori față de nivelele plasmatice realizate în cursul fumatului. (3) Pe piața mondială se cunosc variante de gumă nicotinică cu gust de portocale, mentă etc.

Guma cu nicotină este un medicament dovedit eficient în tratamentul dependenței nicotinică. Recomandăm folosirea gumei cu nicotină pentru renunțarea la fumat tuturor pacienților care optează pentru acest medicament. (Nivel de dovadă: A) (4)

Mod de administrare a gumei cu nicotină Modalitatea de utilizare corectă a gumei presupune mestecarea lentă de 10-15 ori urmată de ”*parcarea*” și apoi schimbarea poziției gumei în cavitatea bucală și repetarea manevrei, după un timp scurt, astfel ca gustul gumei să se resimtă între gingii și suprafața interioară jugală, asigurându-se absorbția eficientă a nicotinei la nivelul mucoasei bucale și evitând înghițirea unei cantități prea mari de nicotină. (3)

Timpul optim de consumare a unei gume cu nicotină nu trebuie să fie mai puțin de 30 de minute. Dacă guma este administrată corect, respectând toate aceste mici amănunte și durata standard a curei terapeutice, ea este extrem de eficientă.

Se mai impun precauții în cazul consumului de băuturi acide, dovedite a interfera absorbția nicotinei (5), motiv pentru care se indică evitarea ingestiei de sifon, apă minerală, sucuri acidulate, cola, cafea, bere, timp de aproximativ 15 minute înainte și apoi în timpul cât se mestecă guma cu nicotină.(6)

Indicații de utilizare pentru guma cu nicotină

Guma este o opțiune simplă și comodă, preferată de cei care doresc să resimtă aceleași senzații orale ca și cum ar consuma nicotina din țigări, dar fără a mai fuma. Ea poate fi ușor procurată și autoadministrată, ținută la îndemână în buzunar sau în poșetă, servietă etc. la fel ca un pachet de țigări, pregătită la nevoie. Acest lucru și ritmul periodic de administrare (în medie o gumă pe oră) creează o rutină care se aseamănă cu fumatul. Totodată, fumătorul poate decide în voie când să consume nicotină – apelând la gumă în cazul senzației imperioase de a aprinde o țigară și poate modula nivelele plasmatiche ale nicotinei, menținându-le la un nivel mai mic decât cel realizat dacă ar inhala fum de tutun.

În general, acest preparat se indică persoanelor în vârstă de peste 18 ani, care fumează cel puțin 10 țigarete/ zi, totalizând un scor ≥ 4 la testul de dependență nicotinică Fagerstrom, persoane motivate să oprească fumatul, capabile să-și admistreze corect medicamentul și fără condiții medicale coexistente din categoria: diabet insulino-dependent, afecțiuni coronariene, ulcer peptic, hipertensiune arterială, boli ale articulației temporo-maxilare, sarcină, alăptare, afecțiuni dentare care se pot agrava datorită mestecării gumei. De asemeni, în timpul curei terapeutice se interzice abuzul de alcool, apelarea la medicație psihotropă sau de altă natură, fără a consulta medicul.(7)

Elementul de demarcație care permite selectarea cazurilor care vor primi gumă cu concentrația 2 mg față de 4 mg este severitatea dependenței tabagice.

Doza unanim recomandată este de 8-12 gume mestecate/ zi, dar de multe ori doza zilnică este mai mare la început – putând ajunge chiar la un număr egal cu numărul de țigarete pe care le consuma pacientul zilnic, pentru ca în câteva zile-săptămâni cifra să se stabilizeze la o medie de 6-9 gume administrate/ zi.

Practic, se indică utilizarea unei gume odată la 1-2 ore, în primele 6 săptămâni, apoi reducerea dozei la 1 gumă la fiecare 2-4 ore în următoarele 3 săptămâni, în total, durata recomandată a tratamentului cu gumă cu nicotină este de 14 săptămâni. (8)

Pentru fumătorii a mai puțin de 25 țigarete zilnic se indică guma de 2 mg, iar pentru cei ce fumează mai mult și/ sau au dependență severă nicotinică cu scorul testului Fagerstrom superior valorii de 7 se indică varianta de 4 mg. (9)

Se recomandă administrarea de gumă cu nicotină de 2 mg fumătorilor cu scorul dependenței nicotinică ≥ 4 iar guma de 4 mg fumătorilor cu un scor de dependență nicotinică ≥ 7 (Nivel de dovadă B) (10, 11)

Limitele terapiei cu gumă nicotinică

Aproximativ 50% din nicotina furnizată de gumă se absoarbe prin mucoasa bucală. (12) Deci, la un consum de 10 gume/ zi, fumătorul primește aproximativ 10-20 mg de nicotină în organism, în funcție de concentrația gumei folosite. Astfel, datele din literatură sugerează ca o posibilă cauză a ratelor mici de succes ale terapiei cu guma nicotinică, faptul că nu se atinge nivelul de nicotină anterior stabilit în organism în cursul fumatului de țigarete. Mai mult, absorbția relativ mai lentă a nicotinei provenită din gumă comparativ cu absorbția acesteia prin inhalare via fum de țigară determină nivele arteriale mai mici de nicotină. Cu toate acestea, guma realizează o amendare considerabilă a apetitului de a fuma, obiectivată la circa 15-20 de minute de la administrare, aportul ei pozitiv fiind pus și pe seama efectului de suplinire a stereotipului comportamental al fumatului. (13)

Efecte adverse ale gumei nicotinică

Mestecarea de gumă nicotinică poate cauza dureri maxilare, care se pot ameliora, chiar reduce prin tehnica de mestecare “mestecă și parchează” prin care fumătorul mestecă guma să elibereze nicotina, apoi mută guma în cavitatea bucală între fața internă a obrazului și gingie păstrând-o acolo pentru circa un minut. Utilizarea gumei poate cauza sughiț și senzații de arsură în cavitatea orală și la nivelul gâtului. Se pare că unii pacienți găsesc greu de tolerat acest simptom, ceea ce le scade complianța la tratament. O complianță redusă au și persoanele care nu doresc să fie văzute mestecând în public și cele cu prozeze dentare. (12, 13)

Furnizarea tuturor acestor informații simple și utile pacienților care urmează tratament cu gumă nicotinică poate fi făcută de către medicul sau farmacistul curant, în vederea unei administrări corecte.

Plasturii cu nicotină (PN) – generalități

Aplicați pe pielea curată, plasturii nicotinică eliberează nicotina, realizând un nivel constant al acesteia pe parcursul zilei. Pe piața farmaceutică mondială se găsesc plasturi de diverse concentrații (5, 10, 15 mg sau 7, 14, 21 mg) și durate de aplicare de 16 sau 24 de ore. În iulie 2008, în România se

găsesc doar *plasturi cu nicotină de 15 mg*, ceea ce reprezintă formula cea mai concentrată dintre variantele posibile ale acestui produs, în varianta cu aplicare pentru 16 ore.

Potrivit indicațiilor uniform valabile în ghidurile terapeutice, terapia cu plasturi nicotinici se indică în majoritatea cazurilor pentru aproximativ 3 luni, se începe cu doza maximă timp de o lună, apoi se continuă cu doza medie următoarea lună și ultima lună se administrează plasturi cu concentrația minimă. După această schemă, ar trebui ca pacientul să folosească plasturi nicotinici de 15 mg prima lună, de 10 mg a doua lună și de 5 mg în cea de-a treia. În general, plasturii mai concentrați se recomandă fumătorilor cu dependență nicotinică mai mare, iar cei cu conținut mai slab de nicotină se aplică în cazurile de dependență slabă de nicotină. Totodată, pentru pacienții care fumează puțin în cursul dimineții se recomandă plasturi cu conținut mai mic de nicotină, iar pentru cei ce fumează mult dimineața se aleg plasturi mai concentrați. (3)

Dacă plasturii pentru 24 ore au avantajul că ușurează simptomele de sevraj matinal (nevoia accentuată de a fuma la trezire), ei au și neajunsuri - fiind incriminați în producerea tulburărilor de somn, fie prin aportul de nicotină pe timpul somnului de noapte, fie prin dozarea inadecvată a nicotinei noapte-zi. Este logic așadar să nu se recomande plasturi de 24 de ore pacienților cu insomnii cronice sau alte tulburări de somn. La aceștia, plasturii se îndepărtează la culcare. (3)

Nu vom insista în acest capitol asupra avantajelor sau inconvenientelor tipurilor de plasturi care nu sunt încă disponibile în România, urmând să le prezentăm în ediții viitoare ale ghidului, pe măsură ce se vor găsi în farmacii. Le-am amintit doar pentru a fi la dispoziția medicilor beneficiari ai ghidului cu cât mai multe date utile, în perspectiva solicitărilor de consulturi de la pacienți care pot procura astfel de plasturi din străinătate sau când aceștia vor deveni disponibili și în țara noastră.

Deoarece, la data elaborării acestui material, nu se găsesc în farmaciile românești decât plasturii cu nicotină de 15 mg, recomandăm administrarea acestora pe o perioadă standard de 3 luni.

Indicații de utilizare a plasturilor nicotinici

Sunt medicamente de linia întâi în terapia dependenței nicotinice, indicați tuturor fumătorilor motivați să oprească fumatul, care nu prezintă contraindicații. Mai concret, pasturele cu nicotină se adresează optim subiecților motivați să renunțe la fumat, adulți peste 18 ani, fără contraindicații la terapia de substituție nicotinică, preferabil fumători de nu mai mult de 10-15 țigări/zi, cu dependență moderată la nicotină. (3)

De menționat câteva sugestii practice utile desprinse din trialuri despre tratamentul cu plasturi nicotinici: rata de succes a terapiei este mai bună la pacienți tineri: 25-49 ani față de cei în vârstă de peste 50-65 ani, precum și la

cei cu dependență nicotinică moderată față de cei sever dependenți dar este modestă la cei cu dependență joasă la nicotină. De asemenea, plasturii sunt mai eficienți asupra pacienților care fumează mult (aprox. 20-30 țigări/zi) comparativ cu pacienții care au un consum mic de țigări (< 5 -10 țigări/zi), iar administrarea lor este dovedită a ajuta mult pacientul în depășirea dificultăților în primele zile de la oprirea fumatului. (14)

Avantajele terapiei cu plasturi nicotinici

Terapia cu PN are o complianță ridicată – cea mai ridicată dintre produsele de substituție nicotinică, mulți pacienți preferând această modalitate terapeutică, comodă, care nu necesită decât lipirea plasturelului dimineața și îndepărtarea la culcare, în timp ce tratamentul acționează, fără a mai presupune păstrarea, administrarea repetată, cu anumite precauții ca în cazul gumei cu nicotină.

Limite ale utilizării TSN în formulă unică. Argumente pentru combinarea PN cu guma nicotinică.

Este important de înțeles mecanismul de acțiune al plasturilor pentru a putea explica pacienților cum să folosească în mod optim acest mijloc terapeutic: eliberarea nicotinei se face lent, dar nivelele plasmatică ale nicotinei pot crește pe parcursul zilei atingând valori mai mari decât cele obținute prin folosirea gumei cu nicotină.(15) De aceea, se recomandă asocierea de gumă nicotinică, ca produs cu acțiune acută, numită și medicație de criză, pentru a întări efectul terapeutic al plasturilor și a împiedica revenirea la fumat. Administrarea de gumă remite rapid apetitul pentru fumat în situații de incitare la fumat, precum: ședințe tensionate, stress, trafic de vârf, context social pro-fumat etc.

Un alt aspect care trebuie subliniat este faptul că nu întotdeauna plasturii cu nicotină realizează o bună protecție a fumătorului în fața simptomelor de sevraj. În studii de laborator s-a demonstrat că, și dacă plasturii transdermici reduc considerabil dorința de a fuma comparativ cu placebo, fumătorii activi aflați în tratament cu PN descriu simptome acute de sevraj la provocare prin stimuli care declanșează apetitul de a fuma.(16) În majoritatea cazurilor, aceștia sunt stimuli situaționali de tip: persoane care fumează în anturaj, așteptarea sunetului telefonului, stimuli situaționali diverși. La cei care acuză sindrom sever de sevraj care nu este controlat cu plasturi nicotinici, se recomandă combinații terapeutice de plasturi și gumă.

În fine, problema se poate pune și invers, este greșit a utiliza doar guma nicotinică la fumători dependenți cu sindrom de sevraj important. Este drept că guma remite rapid aceste simptome, dar după o oră-două de la consumarea ei, ele reapar, și atunci, pentru a traversa mai ușor perioada de sevraj simptomatic, este nevoie de substitute nicotinică care să prevină constant reapariția semnelor de abțință în decursul zilei. Așadar, practic, când se folosește doar guma cu

nicotină, dacă aceasta nu reușește să creeze un confort acceptabil pacientului, se va tenta asocierea cu plasturi. (16)

Principalele greșeli care nu trebuie făcute când medicii indică TSN sunt: subestimarea acestor medicamente, abandonarea prea devreme a tratamentului, administrarea lor incorectă.

Precauții. Efecte adverse ale plasturilor cu nicotină

Este de dorit ca gravidele să fie consiliate în sensul renunțării la fumat fără tratament medicamentos. Nu sunt dovezi clare la ora actuală asupra eficacității plasturilor la această categorie de pacienți și nici nu s-a studiat impactul terapiei cu plasturi la fumătoarele care alăptează. (8, 16)

Siguranța produselor de substituție nicotinică

Este bine de știut că, deși efectele hemodinamice ale nicotinei sunt presupuse a crește travaliul cardiac, TSN este lipsită de riscuri la pacienți cu afecțiuni cardio-vasculare, inclusiv angina stabilă. (3) Siguranța TSN nu a fost studiată aprofundat în cazul administrării la pacienți cu angină instabilă, precum și la cei cu infarct miocardic recent în limita a două săptămâni, dar se pornește de la premiza că și în aceste situații riscurile nicotinei medicinale vor fi mai mici decât ale continuării fumatului. E suficient să ne gândim că substitutele nicotinică scutesc organismul de creșterea coagulabilității, expunerea la monoxid de carbon sau lezarea oxidativă endotelială puse pe seama fumului de tutun și să încurajăm utilizarea acestor medicamente pentru sevraj tabagic în cazurile de fumători cu patologie cardio-vasculară severă, la care continuarea fumatului le-ar pune în pericol viața. (17)

Interacțiuni medicamentoase

Trebuie avute în vedere posibilele procese de inducție enzimatică atribuite tutunului, capabil de a diminua concentrațiile sanguine ale unor medicamente consumate de fumători, precum cafeina și teofilina, antidepressive imipraminice. Oprirea fumatului va determina creșterea concentrațiilor acestora, necesitând ajustarea dozelor, pentru a evita efectele adverse. Și nicotina, implicit, are capacitatea farmacologică de a crește concentrațiile de cortizon și catecolamine, administrarea de produse pe baza de nicotină impunând ajustarea posologiei nifedipinei, a beta-blocantelor, a insulinei, a estroprogestativelor, a diureticelor și a antihistaminicelor H2.

Terapia de substituție la pacienți cu afecțiuni cardio-vasculare

Există evidențe care denotă absența asocierii efectelor acute cardio-vasculare cu folosirea plasturilor cu nicotină, chiar și la pacienții care continuă fumatul în timp ce folosesc plasturii. Un studiu a ridicat semne de întrebare în privința oportunității folosirii de plasturi cu nicotină în cursul spitalizării în unități de reanimare. (17, 18)

Pacienții trebuie informați asupra aspectelor de mai sus, înainte de a le prescrie terapie de substituție nicotinică cu plasturi.

Plasturii trebuie administrați cu precauții persoanelor cu infarct miocardic recent, angină instabilă sau aritmii severe, deși nu se consideră ca factor de risc independent în toate aceste condiții.

Majoritatea efectelor adverse ale plasturilor cu nicotină se referă la reacțiile cutanate locale (aproximativ 50%): iritații ale pielii la locul de aplicare al plasturelui, adesea auto-limitante și nesemnificative clinic. Schimbarea periodică a locului de aplicare al plasturelui și folosirea de unguente de tip triamcinolon pot ameliora vizibil situația. Se mai descriu cefalee, vertij, vise anormale, grețuri, palpitații, care pot fi și în relație cu supradozarea sau sindromul de abstenență nicotinică însuși. (18, 19)

Mod de administrare

Plasturii cu durata de 16 ore se aplică dimineața la trezire pe pielea curată, uscată și fără pilozitate și se îndepărtează seara la culcare.

La data elaborării acestui ghid, conform reglementărilor internaționale-FDA- și legislației românești, plasturii nicotinici sunt terapii disponibile fără prescripție medicală.

Este de așteptat ca acest lucru să îmbunătățească accesibilitatea lor terapeutică și să crească gradul de implicare al farmaciștilor în procesul de renunțare la fumat, dar nu trebuie ignorată responsabilitatea medicului specialist în renunțare la fumat. Acesta are datoria să verifice corectitudinea indicației terapeutice cu plasturi, administrarea lor corectă, evitarea contraindicațiilor specifice, să consilieze și să încurajeze atingerea abstenenței tabagice definitive, asigurând asistență medicală specializată pe parcursul tentativelor de sevraj tabagic cu plasturi, exact la fel ca și pentru alte terapii farmacologice. (4, 19)

Se recomandă folosirea plasturilor cu nicotină ca metodă eficientă de tratament în renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă =A), bazat pe metaanaliza a 25 de studii randomizate care atestă eficacitatea plasturilor nicotinice în renunțarea la fumat, în doze uzuale: 15 mg/zi, la o durată standard a tratamentului de 6-14 săptămâni. Folosirea de doze mari: > 25mg, pe timp îndelungat: > 14 săptămâni a dovedit dublarea ratei de succes a terapiei cu plasturi nicotinici comparativ cu placebo.(19, 20, 21)

Eficiența generală a terapiei de substituție se dovedește prin dublarea ratei de succes în renunțarea la fumat față de grupul tratat cu placebo de la 5 la 10% în serviciile de asistare de nivel 1 și respectiv de la 10 la 20% în serviciile de consiliere intensivă-nivelul 2.(20)

Se recomandă utilizarea de substitute nicotinice la toate nivelele de asistare a fumătorilor, întrucât această soluție terapeutică este dovedită ca eficientă și cu nivel ridicat de siguranță, atunci când este administrată în mod corect. (Nivel de dovadă A)(19)

Tot personalul (medici, farmaciști, asistente etc.) implicat în asistarea fumătorilor care utilizează substitute nicotinică are datoria să furnizeze informații precise pacienților în acest scop.

În **Anexa 7** (v. suplimentul ghidului) propunem un algoritm simplu de tratament cu substitute nicotinică.

2.4.1.2 Terapia cu bupropion

Primul medicament cu mecanism de acțiune diferit de substitutele nicotinică dovedit eficient în tratarea dependenței nicotinică, Bupropion SR este cunoscut în lume din 1997 și în România din anul 2000, eliberându-se numai pe bază de rețetă medicală. Mecanismul lui de acțiune se bazează pe blocarea eliberării neuronale de dopamină și norepinefrină și blocarea receptorilor nicotinică acetilcolinergici. Revizuirea datelor publicate în literatura de specialitate a relevat un număr de 24 de studii randomizate care susțin eficacitatea bupropionului în tratamentul dependenței nicotinică și faptul că bupropionul dublează rata de succes la distanță a sevrajului comparativ cu placebo. (21) Primit cu o publicitate mai mult decât favorabilă la lansarea sa în Europa-Marea Britanie-în anul 2000, a avut parte mai târziu în 2001 de rapoarte de presă îngrijorătoare care semnalau efecte adverse redutabile din categoria moarte subită, ceea ce a antrenat o reticență față de utilizarea lui în perioada următoare. Date de farmacovigilență obținute post-marketing au arătat ulterior că aceste decese nu puteau fi asociate sub nici o formă cu administrarea de bupropion și norii care au planat asupra acestui remediu farmacologic eficace s-au destrămat.(21) Bupropion a fost folosit ca antidepresiv în SUA încă din 1989 și profilul său advers-farmacologic este foarte bine documentat cu date despre siguranța produsului. (22) Ca orice antidepresiv, efectele secundare comune sunt gura uscată, insomnia și cefaleea, care trebuiesc aduse la cunoștința potențialilor utilizatori ai medicamentului. (23)

Disponibil în România încă din 2000, bupropionul este practic singurul medicament pentru terapia dependenței nicotinică cu care cabinetele de renunțare la fumat din România au acumulat o experiență de lucru de circa 8 ani. Deși grevat de numeroase contraindicații, efecte adverse și interacțiuni medicamentoase, medicamentul a fost folosit cu succes pe piața românească, poate și datorită avantajului de a fi fost singura opțiune disponibilă de tratament farmacologic pentru sevrajul tabagic între 2001-2007. Consultarea datelor publicate până în prezent de autorii români din acest domeniu a relevat (24) o rată de succes a sevrajului tabagic cu bupropion de 28%.

Bupropionul acționează prin amendarea unora dintre simptomele sindromului de abstenență nicotinică, între care depresia în mod special, reducând per ansamblu severitatea sindromului de sevraj, ceea ce îl recomandă ca pe un ajutor de necontestat în procesul de renunțare la fumat. Este un

medicament care ajută pacientul, scăzând apetitul pentru fumat. Administrarea de bupropion la fumători cu dependență severă a redus considerabil simptomele depresive asociate sevrajului (25). Bupropionul dublează rata de sevraj comparativ cu placebo, și are efect similar la ambele sexe. (26)

Indicații

Bupropion este un medicament de linia I dovedit eficient în terapia dependenței nicotinică. El se recomandă numai pe bază de prescripție medicală tuturor pacienților motivați să renunțe la fumat, care nu au contraindicații de administrare. Totodată el este o alternativă eficientă la pacienții care nu tolerează sau au încercat TSN fără succes sau la acei pacienți care optează pentru terapii nonnicotinică. Într-un studiu randomizat, dublu-orb, placebo-controlat, (27) 27% dintre pacienți tratați cu Bupropion au fost găsiți abștinenți după 6 luni, față de 16% care au primit placebo. De asemenea, rata de abștinență pe termen lung a pacienților tratați cu bupropion se dublează dacă se adaugă terapia comportamentală, comparativ cu placebo. (26, 28)

Doze recomandate. Mod de administrare.

Bupropionul se comercializează în farmaciile din România în cutii de 28 de comprimate de 150 mg. Primele 3 zile se administrează câte un comprimat de 150 mg bupropion per os, apoi 150 mg x 2 /zi (la cel puțin 8 ore interval) pentru restul curei, în total cu o durată de 7-9 sau 12 săptămâni. Prolungirea duratei curei inițiale antrenează un sevraj tabagic mai durabil. (29)

Pacientul își va fixa o dată preconizată de renunțare la fumat în cursul săptămânii a 2-a de tratament și poate începe cura deși încă fumează. După 1-2 săptămâni de tratament, se consideră că nivelul seric de bupropion a atins o stare constantă și se tentează oprirea fumatului. Continuarea fumatului s-a dovedit că nu afectează semnificativ farmacoterapia bupropionului. (30) Din experiența noastră, în situațiile în care pacientul nu a reușit să oprească fumatul la data inițială fixată, recomandăm decalarea acesteia în decursul săptămânilor 3-9 de tratament până la atingerea abștinenței. (24, 31)

Contraindicații: vârsta sub 18 ani, sarcina, alăptarea, hipersensibilizare la bupropion sau excipienți, tulburări convulsive prezente sau antercedente, tumori ale SNC, accidente vasculare cerebrale sau condiții favorizante ale acestora, tulburări bipolare, anorexie sau bulimie nervoasă, sevraj alcoolic, insuficiență hepatică severă, antercedente de consum de benzodiazepine sau de inhibitori de mono-aminoxidaza (MAO).

Efecte adverse. Precauții

Principalele efecte adverse întâlnite sunt: insomnia, cefaleea, gura uscată. Pentru contracararea uscăciunii gurii și a cefaleei, se recomandă ingestia fracționată a unei cantități de 2-3 litri de lichide /zi, iar pentru a evita insomniile recomandăm administrarea primei tablete de bupropion cât mai devreme dimineața, pentru a o putea ingera pe a doua devreme, în cursul după amiezii. Se mai descriu vertij, creșteri tensionale, dureri toracice, sindrom anxios-

depresiv, tulburări de concentrare, tulburări vizuale și rareori crize convulsive. În cazul subiecților în vârstă se indică ajustarea (diminuarea) dozei la jumătate-150 mg Bupropion/zi, ca și în cazurile care asociază insuficiențe renale sau hepatice severe. Conducătorii de autovehicule sau cei care manevrează utilaje care necesită vigilență sunt sfătuiți să verifice efectele bupropionului înainte de a exercita aceste activități, dat fiind că pot experimenta dificultăți legate de vertij, capacitate de concentrare și atenție. (29)

Înainte de a prescrie Bupropion, este bine ca medicul să verifice la consultația inițială a pacientului și următoarele aspecte care impun precauții de administrare: (29)

- consumul de substanțe care scad pragul convulsivant: antipsihotice, antidepressive antipaludice, tramadolum, teofilină, steroizi sistemici, antihistaminice, sedative, chinolone, substanțe psiho-stimulante sau anorexigene;
- istoricul de alcoolism;
- antecedente de diabet zaharat, traumatism cranio-cerebral.

Se mai recomandă atenție sporită în cazul administrării concomitente de medicamente care prezintă interacțiuni medicamentoase cu Bupropionul:

- prudență la consumul simultan de medicamente care induc sau inhibă isoenzima 2D6 sau citocromul P450;
- se recomandă măsurarea săptămânală a tensiunii arteriale în cazul asocierii cu plasturi transdermici pe bază de nicotină;
- concentrațiile sanguine ale teofilinei, tacrinei, clozapinei, eventual a imipraminei, fluvoxaminei și pentazocinei cresc în administrarea concomitentă cu bupropionul;
- administrarea concomitentă de bupropion determină creșterea titrului sanguin al unor medicamente ca: *antidepressive* (imipramina, paroxetina, desipramina), antipsihotice, (risperidone, thioridazine), beta-blocante de tipul metoprololului, antiaritmice de tipul propofenonei;
- prudență la administrarea simultană cu bupropionul de ciclofosamidă și carbamazepină, valproate, levo-dopa și amantadină. (28, 29)

Indicații de întrerupere a terapiei cu bupropion

- convulsii;
- simptome de maladie a serului: artralgie, mialgie, febră;
- reacții anafilactice sau de hipersensibilizare: urticarie, prurit, erupții cutanate, dureri toracice, dispnee, edeme.

O sinteză a acestor informații se găsește în **Anexa 8**. (v. suplimentul ghidului)

Recomandăm administrarea de Bupropion SR ca tratament dovedit eficient pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă = A)- (21, 32)

2.4.1.3. Terapia cu vareniclină

Medicamentul, cel mai nou apărut pe piață dintre terapiile farmacologice destinate sevrajului tabagic disponibile în țara noastră, a intrat în uz cu aprobarea FDA în 2006. Se poate procura numai pe bază de prescripție medicală și nu se recomandă administrarea lui în combinație cu substitutele nicotinică, date fiind proprietățile de antagonist al receptorilor nicotinică. Vareniclină este un medicament relativ nou, care a devenit accesibil în România din vara lui 2007, așadar considerăm utilă citarea referințelor importante despre efectul ei terapeutic, dat fiind că expertiza cu Vareniclină este de dată recentă, până la data scrierii ghidului fiind tratați deja aproximativ 6 000 000 de pacienți în lume.

Mecanismul de acțiune al Vareniclinei presupune activitate de agonist parțial precum și antagonist al receptorilor nicotinică din creier. Jorenby și colab. (33), și Gonzales și colab. (34) publică primele rezultate ale celor 2 studii randomizate despre eficacitatea vareniclinei vs. placebo, vs. Bupropion SR în tratarea dependenței nicotinică, în iulie 2006. Ei concluzionează ca vareniclină este un medicament sigur, bine tolerat, cu rezultate remarcabile în privința ratei de abținere continuă și a abținerei tabagice pe termen lung. Vareniclină are eficacitate superioară față de placebo și bupropion SR în ceea ce privește abținerea la fumat în săptămânile 9-12 (43, 9% pentru Vareniclină, vs. 17, 6% pentru placebo și 29, 8% pentru bupropion și în săptămânile 9-24 (29, 7% pentru Vareniclină, vs. 13, 2-placebo, vs. 20, 2% bupropion – Jorenby și colab.). Raportul se menține pentru săptămânile 9-52 (23% pentru Vareniclină vs. 10, 3% – placebo vs. 14, 6% – bupropion (33).

Revizuirea studiilor randomizate referitoare la eficacitatea vareniclinei în renunțarea la fumat a relevat o dublare a ratei de succes a sevrajului tabagic în cazul folosirii a 1 mg zilnic de vareniclină și o triplare a acesteia la doze de 2 mg vareniclină/ zi, comparativ cu efectul placebo (32). De asemenea, există dovezi că medicamentul este bine tolerat pe o perioadă mai lungă de 3-6 luni și că prelungirea duratei tratamentului previne recidiva fumatului. (32, 33, 34)

Doze. Mod de administrare

Vareniclină se administrează pe cale orală, indiferent de ingestia de alimente (poate fi administrată și înainte și după mesele principale) în două etape (3, 29):

- **inițială:** cutii cu comprimate dozate pentru primele 2 săptămâni, care se prescriu astfel: 1 cp de 0, 5 mg/ zi, primele 3 zile de tratament, apoi câte 1 cp de 0, 5 mg x 2/zi zilele 4-7 de tratament, iar în zilele 8-14 câte 1 cp de 1mg x 2/zi.
- **de continuare:** cutii cu 28 de comprimate de 1 mg, se indică 1 comprimat de 1mg x 2/ zi, zilnic, între săptămânile 3-12.

Pacientul începe tratamentul, apoi în cursul primelor 2 săptămâni de tratament, preferabil între zilele 8-14, se fixează o dată în care se tentează

oprirea fumatului. Dacă nu reușește, cura continuă și decalează data fixată a renunțării la fumat până la reușită.

Contraindicații

- hipersensibilitate la substanța activă sau excipienți;
- vârsta sub 18 ani;
- sarcină și alăptare.

Precauții

La pacienți cu insuficiență renală, doza se ajustează astfel: în formele ușoare (clearance creatinină 50-80 ml/min) doza este cea uzuală, în formele moderate (clearance creatinină 30-50 ml/min) - doza uzuală sau redusă la 1mg/zi, iar în formele severe (clearance creatinină \leq 30 ml/min) se recomandă doza maximă de 1 mg/zi. (32)

Este bine de știut, atunci când prescriem vareniclină.

Este prudent a întreba conducătorii de vehicule auto sau de altă natură dacă activitatea lor curentă este influențată de consumul de vareniclină. Vareniclina poate avea o influență minoră sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Ea poate determina amețeli și somnolență și de aceea poate influența capacitatea de a conduce sau folosi utilaje. Pacienții trebuie sfătuiți să nu conducă, să nu manevreze utilaje sau să se implice în alte activități potențial riscante până când se va ști dacă medicamentul afectează capacitatea de a efectua aceste activități. (29)

Nu trebuie asociată vareniclina cu terapia de substituție nicotinică (gumă sau plasturi), pentru că există riscul intensificării unor reacții adverse de tip greață, vertij, cefalee, vărsături, sindrom dispeptic, astenie.

Nu se cunosc interacțiuni medicamentoase ale vareniclinei cu alte medicamente. Se pot observa însă fenomene determinate de interacțiuni medicamentoase datorate opririi consumului de tutun, ca efect terapeutic al vareniclinei. Astfel, se știe că oprirea fumatului, prin inducții enzimatice ce implică CYP1A2, impune ajustarea dozelor de teofilină, warfarină, insulină etc.(35)

La sfârșitul tratamentului, oprirea administrării vareniclinei poate determina o creștere a iritabilității, a apetitului de a fuma, insomnii și stări depresive la un procent redus de subiecți-cca 3 % (29) – este bine să avertizăm pacienții asupra acestui aspect, pentru a nu compromite succesul abstenenței tabagice.

În februarie 2008, FDA a adăugat un avertisment cu privire la utilizarea vareniclinei, legat de raporturi înregistrate izolat despre agitație, schimbări de dispoziție psihică, stări depresive, idei suicidare și tentative de suicid, apărute la pacienți aflați în tratament cu vareniclină. FDA recomandă (32) ca pacienții să fie interogați la vizita inițială asupra oricărui element din istoricul medical revelator pentru o afecțiune psihiatrică înainte de prescrierea de vareniclină, și de asemeni, recomandă clinicienilor să monitorizeze modificările în

comportament și starea psihică a pacienților care urmează tratament cu vareniclină. (32)

Efecte adverse

- digestive: greață (cca 30% din cazuri, este mai frecventă la debutul tratamentului, se atenuează pe parcurs, astfel că doar 3% dintre subiecți întrerup terapia datorită grețurilor), dureri abdominale, constipație, balonări;
- neuro-psihice: insomnii, cefalee, vise anormale (29, 36).

Sugerăm oportunitatea ajustării temporare a dozei, la 1 sau chiar 0, 5 mg vareniclina zilnic, în caz de efecte secundare greu tolerabile, până la amendarea lor, cu scopul bine intenționat de a nu abandona tratamentul, atunci când pacientul este motivat să renunțe la fumat, dorește continuarea curei și clinicianul apreciază că există premise ale succesului tentativei de sevraj.

Recomandăm administrarea de Vareniclină ca tratament dovedit eficient pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă = A) (33, 34)

Informații concise despre utilizarea clinică de vareniclină se găsesc în **Anexa 9** (v. suplimentul ghidului)

2.4.1.4 Terapii nerecomandate

Nu se recomandă în tratamentul farmacologic al dependenței nicotinică utilizarea de antidepresive altele decât bupropion SR și nortriptilină, de naltrexonă, antagoniști de opiacee, benzodiazepine, anxiolitice, mecamlamină, acetat de argint. (37)

2.4.2. Terapii nonfarmacologice

Tratamentul dependenței tabagice include și o serie de metode de tipul: terapiei cognitiv-comportamentale, psihoterapiei, liniilor telefonice gratuite de suport, intervențiilor computerizate prin intermediul site-urilor internet, materialelor scrise sau audio-vizuale informative autoeducative.

Acestea au fost trecute în revistă deja în suplimentul ghidului. În capitolul de față ne vom rezuma la formularea de recomandări referitoare la acestea și vom prezenta mai detaliat aspecte practice despre consilierea cognitiv-comportamentală și suportul telefonic, elemente aflate în uz, chiar dacă la început, în țara noastră.

Recomandăm abordarea terapiei dependenței nicotinică în mod complex, prin asocierea medicației specifice cu metode diferite de tip consilierea cognitiv-comportamentală individuală, suportul telefonic, eventual consilierea de grup, metode care sunt dovedite eficiente. Astfel de strategii cresc rata de succes a abstenenței tabagice. (Nivel de dovadă-A). (21)
Folosirea de materiale educative autoajutătoare sau a resurselor de informare accesibile prin internet îmbunătățește succesul sevrajului tabagic. (Nivel de dovadă B) (21)

2.4.2.1. Suportul telefonic și materialele autoajutătoare informative

Revizuirea datelor publicate recent de ghiduri similare bazat pe trecerea în revistă a 58 de studii randomizate (38) a relevat că apelarea la consiliere telefonică proactivă se asociază cu o rată de abținere de 13, 1%, iar la materiale informative autoajutătoare cu o rată de 12, 3% (38) sau 15, 1% (39) comparativ cu 10, 8%, dacă nu se intervine asupra pacientului.

În România este disponibilă linia verde TEL VERDE 0800-878673, unde fumătorii pot telefona și primesc informații despre accesul la cabinetele teritoriale de renunțare la fumat și modalitatea de a fi incluși în programul național *Stop Fumat*, program implementat în 2007 și aflat în derulare în 2008.

2.4.2.2. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală - metodă care s-a dezvoltat în ultimii 3 ani și în cabinetele de specialitate din România constituie suportul prescrierii și urmării terapiei farmacologice pentru renunțare la fumat.

Schematic, terapia cognitiv-comportamentală vizează modificarea comportamentelor inadapabile ale indivizilor, deconșionarea și trecerea la comportamente adaptate. Aplicarea acestei tehnici în cabinetele de consiliere antifumat ajută fumătorul să învețe să își observe comportamentul față de fumat și să se autoevalueze, dat fiind că fumatul este totuși un comportament dobândit și menținut ulterior printr-o dependență întreținută constant de către stimulii din mediul înconjurător. (40)

Oprirea fumatului va antrena modificarea deprinderilor asociate consumului de tutun, prin urmare, pacientul are nevoie de ajutor din partea terapeutului pentru a învăța cum să managerieze schimbarea. Acest ajutor acordat sub forma unei susțineri psihologice se bazează pe câteva principii simple:

- stabilirea unei relații de colaborare și simpatie între medic și pacient
- evitarea confruntărilor;
- ascultare activă, care se referă la reformularea celor spuse de pacient;
- punerea în valoare a realizărilor personale de progresie pentru sevraj ale fumătorului;
- punctarea balansului între dorința de a fuma cu riscurile aferente și motivația de a renunța la fumat;
- crearea abilității de apreciere pozitivă a beneficiilor sevrajului.

Recomandăm terapia cognitiv – comportamentală (TCC) ca metodă dovedită eficientă, care contribuie la creșterea ratei de succes în renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă B). Această metodă trebuie inclusă în planul tuturor tipurilor de intervenții medicale pentru oprirea fumatului. (4)

Concret, prin TCC, fumătorul beneficiază de :

1) *Însușirea unor tehnici practice de rezolvare a situațiilor incitante la fumat.* În urma discuției cu specialistul, pacientul capătă abilități de a identifica și învăța să rezolve problemele ivite pe parcursul tentativei de sevraj și ulterior în etapa de menținere a abstenenței. (3, 37)

Asemenea situații se vor releva în cursul ședinței de consiliere, când specialistul va chestiona subiectul asupra modalității, conjuncturii, motivațiilor pro fumat și îl va antrena pentru a le face față.

2) *Support psihologic și comportamental cu încurajarea fumătorului de a opri definitiv fumatul.*

Anticiparea situațiilor dificile și alegerea de comun acord a unor strategii viabile va oferi pacientului soluții pentru problemele legate de dificultatea de a rezista tentației de a fuma. Această componentă a tratamentului se bazează pe rolul activ, suportiv psihologic al terapeutului, care va constitui un punct de sprijin, încurajând constant sevrajul tabagic și felicitând permanent fumătorul pentru progresele obținute.

Experiența acumulată ne îndreptățește să afirmăm că nu există o rețetă miraculoasă pentru aceste probleme sau șabloane universal valabile - fiecare pacient poate ridica probleme variate, el se va sfătui cu și va învăța de la specialist ce are de făcut, după cum chiar și un specialist experimentat poate întâlni situații cu care nu s-a mai confruntat și va avea de înfruntat provocări noi.

Mai mult, evidențele consultate de noi au arătat că rareori se poate aplica aceeași consiliere standard tuturor pacienților, că unele modele de terapie cognitiv-comportamentală sunt asociate unei anumite strategii terapeutice, că în majoritatea studiilor de profil lipsește corelarea cu grupurile de control și în fine, că studiile despre rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale au targetat cu precădere grupuri specifice de populație care aveau anumite particularități sau dificultăți specifice de renunțare la fumat. (4, 32, 37, 38)

De aceea nu vom putea descrie aceste metode în mod exact, ca un algoritm matematic.

Putem da totuși câteva exemple de sfaturi practice des uzitate:

Trebuie să știi să refuzi prima țigară !

Aruncă "trusa" de fumător : brichete, chibrituri, pachete de țigări;

Schimbă rutina zilnică;

Evită consumul de cafea, cola, ceai;

Când simți nevoia de a fuma, bea un pahar mare de apă sau suc natural de fructe;

3-5 mese/zi;

Mic dejun: sucuri naturale, lactate, eventual carne, ouă; atenție la obiceiul cafea-țigară !

Dejun și cină: de preferat cruditățile, legumele verzi, fructele;

Înainte de culcare – un pahar de apă sau ceai;

De evitat: să mâncați între mese, evitați dulciurile: produsele de patiserie, bomboanele, ciocolata;

Nu ezitați a bea mai mult de 2 litri de apă/zi;

Exerciții fizice, plimbări în aer liber, învățați exerciții de relaxare;

Începeți să practicați un sport nou;

Evitați să intrați în contact cu fumătorii sau cu situațiile în care ați fi tentați să fumați;

Economisiți banii cheltuiți pe țigări, cumpărați-vă un cadou!

Etapele în care consilierea cognitiv-comportamentală se dovedește utilă și contribuie la creșterea ratei de succes a abstenenței sunt (29):

1. Evaluarea motivației pentru renunțare la fumat

Se apreciază în urma unei discuții deschise care va trebui să releve medicului dacă pacientul este conștient de riscurile asumate prin fumat pentru sănătate, să permită încadrarea pacientului în stadiul corespunzător al schimbării și definirea exactă a motivului de renunțare la fumat.(29) Toate aceste informații se obțin prin interviul motivațional. (**Anexa 3**, v. suplimentul ghidului)

2. Dialogul medic-pacient- care trebuie să se bazeze pe stimă și înțelegere din partea medicului. Acesta trebuie să știe să asculte pacientul și nu să îi facă morală nici să-l culpabilizeze, aplicând principiul enunțat că tabagismul cronic este o boală și nu un viciu și fumătorul este un om bolnav iar boala lui se numește dependență nicotinică.

Acest dialog trebuie condus de medic astfel încât actorul principal să fie pacientul, cea mai mare parte a timpului fiind alocată pentru ceea ce are el de spus despre fumat. Totodată, specialistul trebuie să intervină oportun punctând elementele care pot ajuta pacientul: argumente pentru punerea în balanță a riscurilor și beneficiilor fumatului, stabilirea unor obiective clare în privința sevrajului și a unor termene de realizare a acestora, furnizarea de sfaturi practice și trucuri de jugulare a situațiilor critice anticipate.

Desigur, discuția trebuie adaptată de la caz la caz și în consens cu gradul de motivare pro-sevraj: pacientul care se înscrie pe curba renunțării la fumat are o cu totul altă abordare față de cel nemotivat, care nu dorește încă să oprească fumatul.

În final, dialogul poate fi considerat reușit dacă la plecarea de la consultație pacientul are certitudinea că este privit cu simpatie, dacă angajamentul său de renunțare la fumat este mutual cu medicul său și dacă a primit informații precise asupra datelor de contact ale medicului pentru a putea dialoga cu el și în afara consultațiilor față în față, în caz că va avea nevoie de sprijin. (37, 39)

3. Evaluarea dependenței nicotinică (analiza apetitului pentru fumat, explicarea conceptului de dependență tabagică) (41)

Experiența în consiliere antifumat ne-a relevat următorul aspect: cea mai mare parte a fumătorilor nu dețin cunoștințe exacte cu privire la ceea ce li se întâmplă la nivel cerebral atunci când fumează și motivul pentru care le este greu să renunțe la fumat, chiar dacă sunt profund motivați. De aceea o discuție cu un specialist despre efectele nicotinei la nivelul creierului și modul de instalare a dependenței nicotinică poate crește spectaculos inițiativa pacientului de a renunța la fumat.

Trebuie revelat pacientului rolul de stimulent psiho-activ și intelectual al nicotinei, obișnuința creată, așa zisele țigarete rituale - cele mai greu de îndepărtat, rolul pro-fumat al anumitor contexte sociale și de mediu, adică toate conotațiile dependenței fizice, psihice și comportamentale de nicotină regăsite în tot atâtea motive de a fuma sau relua fumatul: antistress, antidepresiv, de plăcere, automatisme.

4. Analiza amănunțită a neliniștilor și temerilor legate de procesul de renunțare la fumat

Subiectul trebuie avizat și înarmat cu soluții despre posibilitatea eșecului renunțării la fumat, despre dificultățile fizice și psihice inerente sindromului de abținere. Unii fumători mai invocă: teama de a-și pierde prietenii, anturajul, tabieturile, ”micile plăceri”, teama că nu vor putea gestiona situațiile stresante, momentele deprimante, iar alții susțin că se tem să consume medicamente pentru tratamentul dependenței nicotinică sau în fine că pur și simplu fumând se simt tineri, supli sau în diverse alte moduri.

Arta cu care medicul specialist în consilierea antifumat va ști să contracareze toate aceste spaime ale fumătorilor și să îi convingă cu argumente obiective că singura opțiune sănătoasă este oprirea fumatului va asigura succesul terapeutic. Iar pentru aceasta nu trebuie decât să se înarmeze cu informațiile despre fumat prezentate în suplimentul acestui ghid și să le transfere pacientului cât mai convingător.

5. Alegerea de comun acord cu pacientul a unei strategii terapeutice adecvate

După ce au discutat, stabilit reperatele și anticipat dificultățile potențiale, medicul și pacientul, aflat acum în posesia tuturor informațiilor necesare, decid împreună ce metodă terapeutică aleg pentru oprirea fumatului, nu înainte ca medicul să prezinte fumătorului toate aspectele legate de contraindicațiile, precauțiile și efectele adverse ale acesteia. Această ultimă etapă va decurge firesc, o dată puntea de comunicare cu pacientul creată prin terapia cognitiv-comportamentală.

2.4.3. Asocierea consilierii cognitiv-comportamentale la terapia farmacologică

Recomandare: Asocierea celor două metode crește eficacitatea terapiei dependenței nicotinică, față de aplicarea lor separată. Ori de câte ori

este posibil, recomandăm administrarea terapiei medicamentoase împreună cu consilierea cognitiv-comportamentală la pacienții care încearcă să renunțe la fumat. (Nivel de dovadă = A) (21)

Revizuirea a 18 studii care au evaluat eficacitatea comparativă a acestor terapii a relevat creșterea considerabilă a eficienței în formula combinată. Mai mult, randamentul a crescut direct proporțional cu intensitatea consilierii, rezultate maxime înregistrându-se la un număr de 8 sesiuni de consiliere, acestea fiind efectuate atât față-în-față cât și telefonic.(4, 32, 42, 43)

2.4.4. Evaluarea eficacității intervențiilor terapeutice pentru renunțare la fumat

2.4.4.1 Aprecierea intensității intervenției medicale pentru renunțare la fumat

În funcție de durata perioadei de consiliere, durata administrării și tipul de terapie farmacologică indicată, de numărul și lungimea sesiunilor de consiliere, apelarea la modalități ajutătoare: contacte telefonice, materiale informative etc., dar și de alte variabile, există intervenții medicale mai mult sau mai puțin laborioase, cu eficiență corespunzătoare.(42)

După cum reiese și din datele publicate în literatură (43), intervențiile intensive efectuate în centre de renunțare la fumat cu dotare și personal instruit în domeniu sunt incontestabil mai eficiente și au o rată de succes mai ridicată, în comparație cu intervențiile bazale, de nivel 1, de genul sfatului minimal.

În România, această problemă se tranșează destul de simplu, dat fiind că majoritatea consultațiilor sunt disponibile în 2008 la nivelul 2 - al cabinetelor specializate în rețeaua de medici instruiți în domeniu.

Și totuși, pentru a contribui la creșterea eficacității asistenței medicale a fumătorului și a acoperi în cât mai scurt timp deficitul de specialiști din cele mai multe zone ale țării, opinăm pentru folosirea la maximum, în actualul *status quo* al resurselor profesionale existente. Astfel, orice medic care a absolvit un modul de curs de bază în terapia dependenței nicotinică și care dorește să asigure activitate de asistență a fumătorilor poate fi cooptat pentru asigurarea intervențiilor de consiliere de medicină primară (nivel 1). (37)

Recomandarea nu este singulară, în formularea ei ne-am bazat pe strategia propusă de ghidul de tratament al dependenței nicotinică al ACCP 2008 (4), conform căreia medicii, care acordă consultații de asistare a fumătorilor nu trebuie să fie certificați sau acreditați de anumite organisme unicat sau afiliați unui singur for tutelar, ci ei trebuie să posede cunoștințele necesare, expertiză și să fi absolvit cursuri de formare în domeniu cu specialiști din centre de profil de referință.

Aici, pe lângă activitatea curentă, au prilejul să se implice în perioada de formare și în programe mai ample de control al tutunului, în studii clinice asupra dependenței nicotinică și în elaborarea de publicații sau materiale

educaționale, venind astfel în contact cu toate aspectele caracteristice abordării de vârf a problematicei consumului de tutun.

O intervenție medicală în vederea renunțării la fumat are o intensitate ridicată dacă:

- evaluarea inițială a fumătorului permite aprecierea motivației exacte pentru renunțare, a factorilor de risc de recidivă și prezice șansa de reușită;
- abordează multicomponențial pacientul, prin: medicul care transmite recomandarea de renunțare la fumat și informații despre riscuri și beneficii pentru sănătate, terapii farmacologice și intervenții adiționale de tip consiliere cognitiv comportamentală și psihologică, linii telefonice de suport etc.;
- raportul doză-intensitate referitor la numărul de sesiuni de consiliere și durata unei sesiuni este crescut: se consideră optimal minimum 15 minute lungimea unei sesiuni și cel puțin 4 sesiuni pentru fiecare caz de dependență nicotinică tratat;
- structura intervenției respectă un format standard cu evaluare completă inițială, vizite de follow-up și aplicarea criteriilor standard de confirmare a abstenenței tabagice;
- apelează la terapie farmacologică la toți pacienții cu dependență nicotinică, cu excepția contraindicațiilor;
- combină terapia farmacologică cu consilierea specializată, pentru a crește rata de succes a sevrajului tabagic;
- se adresează unui grup populațional numeros, în cadrul unor programe de sănătate publică. (37)

Recomandăm medicilor să ofere sesiuni multiple de consiliere pacienților la care se administrează medicație. (Nivel de dovadă A) (16, 21)

2.4.4.2. Aprecierea eficacității intervenției pentru renunțarea la fumat

Intervențiile rezervate doar specialiștilor din centrele de consiliere antifumat sunt dovedite ca eficiente și datorită faptului că sunt intensive, conform criteriilor de intensitate enumerate mai sus.

Revizuirea sistematică a datelor din literatură (37, 42, 43, 44) asupra tuturor metodelor de sevraj publicate de studii randomizate a relevat eficacitatea corespunzătoare a fiecărei modalități terapeutice în parte.

Criteriile de eficacitate a consilierii de specialitate pentru renunțare la fumat (intervențiile de nivel 2) sunt:

- integrarea acestui tip de serviciu medical în activitatea medicală curentă;
- calificarea corespunzătoare și angajarea de personal propriu care acordă doar asistență medicală fumătorilor, fără a mai intercala această activitate printre obligațiile curente de serviciu. Specificul asistenței medicale pentru fumători reclamă specialiști cu abilități de comunicare,

la zi cu noutățile în domeniu prin traininguri periodice, la intervale regulate, în contact cu organisme educaționale și dezirabil cu apartenență la colectivele de cercetare;

- rata de succes a tentativelor de sevraj;
- adresabilitatea ridicată;
- adăgarea de rutină la terapia farmacologică a suportului comportamental, specific dependenței nicotinic.

Se recomandă acele programe de suport pentru fumători care implică contacte multiple pe o perioadă scurtă de 4-12 săptămâni cu specialiști în renunțare la fumat formați în acest scop. Conform datelor din literatură, acestea se soldează în medie cu succesul a 1 din 20 de tentative de sevraj nicotinic, pentru minimum 6 luni, la persoane care nu ar fi reușit altfel acest lucru. (37, 45) (Nivel de dovadă A)

Criteriile pentru eficacitatea sfatului minimal (intervențiile de nivel 1) sunt:

- acordarea de rutină a sfatului antifumat tuturor pacienților îngrijiți în centrul medical respectiv;
- indicarea terapiei farmacologice fumătorilor care întrunesc criteriile de tratament.

Se recomandă acordarea sfatului minimal de către un medic specialist angajat special în acest scop, dacă există posibilitatea, iar dacă nu, este recomandabil ca măcar într-un spațiu amenajat special să existe un punct de informare unde personalul spitalului să ofere informații și materiale educative pentru pacienți, într-un anumit orar. (Nivel de dovadă A) (37, 42)

Criteriile pentru eficacitatea tuturor intervențiilor pentru renunțare la fumat (intervențiile de nivel 1 și 2) sunt:

a) Recomandarea pentru terapie farmacologică este obligatorie. Nivel de dovadă A (37, 45, 46)

b) Crearea condițiilor de acces la servicii specializate de renunțare la fumat pentru toți fumătorii, în măsura posibilităților: (37, 45, 46, 47, 48)

- crearea accesului larg la serviciile specializate prin amplasarea centrală a centrului de renunțare la fumat, cu acces ușor la transportul public. Dacă nu este realizabil acest lucru, centrul poate asigura traininguri periodice ale personalului din localitățile arondate. Nivel de dovadă A (45, 46)
- suportarea de către organismele guvernamentale, case de asigurări etc. a costului terapiei de sevraj. Nivel de dovadă A (37)
- adaptarea strategiei de consiliere antifumat la circumstanțele asistenței medicale locale cu valorificarea elementelor cele mai importante ca nivel de evidență științifică care să conducă la eficientizarea intervențiilor.

Ca exemple putem menționa: eficacitatea sfatului minimal dat de medicii de familie, consilierea la specialist, aportul terapiei farmacologice (Nivel de dovadă A) (46, 47, 48).

- standardizarea cu caracter de unicitate curriculară a intervențiilor la nivel național prin formarea continuă de personal calificat în domeniu atât pentru consilierea antifumat intensivă, de nivelul 2 cât și pentru cel de bază al asistării fumătorilor. (Nivel de dovadă C) (37, 47, 48)
- suportarea costurilor trainingurilor specialiștilor care nu sunt plătiți pentru consiliere și care doresc să se formeze în domeniul tehnicilor de sevraj nicotinic crește eficacitatea intervențiilor furnizate de aceștia și accelerează implementarea lor în rutina de lucru. (Nivel de dovadă A) (46, 47)

2.4.5. Recomandări de scheme terapeutice individualizate

2.4.5.1. Asocieri de medicamente.

Combi-națiile de medicamente dovedite eficiente în literatura de specialitate sunt: plasturii cu nicotină asociați gumei și sprayului cu nicotină, pe o durată mai mare de 14 săptămâni, plasturii asociați cu inhalerul cu nicotină, bupropion SR asociat cu plasturi nicotinic. (49, 50)

Practic, având în vedere spectrul terapiilor disponibile în România în 2008, se pot prescrie următoarele terapii combinate, pentru cazurile la care abstenența tabagică nu poate fi realizată prin monoterapie.

a) Plasturi cu nicotină și gumă de mestecat cu nicotină – plasturii de 15 mg se administrează zilnic așa cum s-a indicat la capitolul 2.4.1.1., iar în asociere se poate folosi guma de mestecat cu nicotină, ca medicație de criză, atunci când apetitul de a fuma este imperios, pentru a evita consumul de tutun.

Guma se poate administra zilnic sau intermitent, de la caz la caz, sub supravegherea specialistului. Combinarea plasturilor cu altă formă de substitute nicotinic are eficacitate superioară (51) administrării unei singure terapii pe bază de nicotină. Strategia folosită în combinarea medicației pentru a crește eficacitatea tratamentului, se bazează pe asocierea de medicamente care permit eliberarea pasivă de nicotină (ex: plasturi nicotinic) cu medicație care eliberează acut nicotina (guma, inhalerul) cu scopul de a asigura un nivel constant de nicotină, care permite o amendare mai eficace a simptomatologiei acute de sevraj. Astfel se poate vorbi de medicația de fond-plasturii, la care se adaugă una de criză-guma. Studiile clinice certifică eficacitatea mărită a combinației guma & plasturi, față de monoterapie. (51, 52)

Într-un studiu dublu-orb, placebo controlat publicat în 1996, Konitzer și col. raportează că adăugarea de gumă nicotinică la terapia cu plasturi a dus la o rată de abstenență tabagică la 34% față de numai 24% la 12 săptămâni și respectiv de 28% față de 15% la 24 de săptămâni. (53)

Terapia de combinație cu gumă și plasturi nicotinici cu o durată de 3-6 luni ar trebui luată în considerare la pacienți cu sindrom de sevraj nicotinic sever și/sau prelungit, la care nu se indică alte soluții terapeutice. (4, 52)

b) Plasturi cu nicotină și Bupropion: Folosirea combinației de bupropion SR asociat cu plasturi nicotinici în doze și durată standard este dovedită eficientă în direcția atingerii abstenenței pe termen lung. (Nivel de dovadă A) (4)

Într-un studiu dublu-orb, placebo controlat care a comparat eficacitatea mono cu biterapia cu aceste două produse, s-a constatat că rata abstenenței la 12 luni a fost de 35, 5 % pentru terapia combinată (plasture și bupropion), față de 30.3% pentru bupropion, 16.4% pentru plasturele cu nicotină, și 15.6% pentru placebo. De remarcat că diferența între grupul tratat cu bupropion și cel cu plasturi și bupropion nu a fost semnificativă. La pacienți fără contraindicații ale celor două medicamente, se recomandă terapia combinată astfel: se începe cu bupropion în dozele standard primele două săptămâni și plasturii cu nicotină se adaugă din ziua fixată pentru oprirea fumatului. Bupropion se va administra în total 7-12 săptămâni. Durata optimă a tratamentului cu plasturi în această formulă combinată este de 3-6 luni. (31)

Bupropion în combinație cu plasturi nicotinici este mai eficient decât plasturii singuri, poate și pentru că au mecanisme de acțiune diferite. (5)

Alegerea tipului și modului de combinare a medicamentelor ține de mai mulți factori, între care caracteristicile personale și preferințele fumătorului, costuri, intensitatea sindromului de sevraj etc. S-a constatat că folosirea de asocieri de medicamente poate jugula mai bine simptomele de sevraj decât monoterapia. (54)

2.4.5.2. Prelungirea duratei tratamentului

Experiența în domeniul tratării dependenței nicotinice a relevat faptul că cele mai multe eșecuri ale terapiei se datorează unor scheme rigide de tratament, absenței sau unui deficit al tehnicilor de consiliere și unui sindrom de sevraj sever.

Tratamentul optim al dependenței nicotinice nu se poate baza așadar pe un set prestabilit de reguli, el trebuie individualizat și adaptat pe măsură ce este aplicat.

De aceea, ajustarea dozelor, alcătuirea de combinații terapeutice și prelungirea duratei tratamentului sau reluarea acestuia se însoțesc de diminuarea riscului de recidivă a fumatului.

Este bine de știut

Nu sunt justificate temerile legate de posibila dependență creată de terapia de substituție nicotinică, în cazul curelor prelungite cu aceste produse.

Punând în balanță alternativa consumului de tutun cu continuarea administrării de nicotină medicinală, care nu este livrată organismului împreună

cu substanțele toxice și cancerigene din fumul de tutun și nu realizează nivele sanguine ridicate care să precipite adicția, cu siguranță prelungirea duratei de administrare a produselor pe bază de nicotină este oportună sănătății. (29, 47)

De asemenea, trebuie știut că recăderile survenite în perioada imediat următoare încheierii tratamentului nu se datorează prelungirii duratei acestuia, ci sunt un element caracteristic condiției cronice care este dependența tabagică. Ele se descriu după orice tratament standard al dependenței nicotinică și se abordează așa cum s-a arătat în capitolul de prevenire a recidivelor fumatului. (16)

Pentru unii pacienți, este oportună prelungirea duratei de tratament pentru un interval mai mare decât cel recomandat uzual. Analiza studiilor asupra acestui aspect a relevat o rată mai bună de abținere la folosirea pe termen lung a gumei cu nicotină comparativ cu o cură scurtă și un procent de 15-20 % dintre abștinenții la fumat care folosesc guma nicotinică pentru perioade \geq de 12 luni. (4, 55) Rezultatele *Lung Health Study* au evidențiat că aproximativ o treime din pacienții cu BPOC incluși în acest studiu care au rămas abștinenți pe termen lung au folosit gumă cu nicotină până la 12 luni, unii chiar 5 ani, fără efecte adverse serioase. (56) Rezultate remarcabile ale cotei abștinenței de durată s-au înregistrat prin asocierea de plasture nicotinic cu gumă de mestecat cu nicotină ad-libitum pe o durată îndelungată. (4, 55)

a) Tratamentul prelungit cu produse de substituție

Terapia de substituție nicotinică cu gumă și plasturi se poate administra un timp mai îndelungat-mai mult de 6 luni, cu rezultate bune mai ales la cei care raportează sindrom de sevraj prelungit. Terapia de substituție administrată pe o perioadă mai lungă de 6 luni a fost aprobată de FDA și certificată ca lipsită de riscuri în această formulă.(4)

Efecte suplimentare ale tratamentului de substituție nicotinică.

Există studii care au demonstrat că utilizarea gumei cu nicotină asigură un control al greutatei corporale post întrerupere a fumatului. Mai mult decât atât, se pare că există o corelație între doza de nicotină utilizată și creșterea în greutate (cu cât este mai mare, cu atât creșterea în greutate este mai mică). (57)

Puține persoane devin dependente de substitutele nicotinică. Unii foști fumători continuă să le consume până la de 1 an sau chiar mai mult, din motive de teamă de a relua fumatul. Acesta este singurul și cel mai important obiectiv pe care specialistul trebuie să-l aibă în vedere când tratează astfel de fumători.

Substitutele nicotinică au un profil de siguranță verificat și pot fi administrate în doze și cu durată suficiente, atât cât este nevoie pentru a optimiza rata de abștinere tabagică. (4, 58, 59).

b) Tratamentul prelungit cu vareniclină

Este sigur și bine tolerat și asigură creșterea ratei de abținere la distanță, reducând considerabil rata recidivei fumatului.

S. Tonstad și col., într-un studiu randomizat controlat care a urmărit efectul terapiei de menținere cu vareniclină asupra ratei de renunțare la fumat găsesc 70, 6% abțineri între săptămânile 13-24 printre subiecții tratați cu vareniclină vs. 49, 8% - cei care au primit placebo, respectiv 44% față de 37, 1% abțineri între săptămânile 13-52.

Vareniclina poate fi administrată pe o durată de 24 de săptămâni, cu toleranță bună, ca medicație eficientă pentru dependența nicotinică, mai ales la acei pacienți la care după primele 12 săptămâni de tratament revine apetitul de a fuma. Vareniclina este primul medicament din seria terapierilor farmacologice pentru renunțare la fumat care a demonstrat un efect semnificativ antirecidivă a fumatului pe termen lung. (60).

2.4.6. Reducerea fumatului ca metodă de renunțare

Reducerea fumatului a fost definită ca o reducere a consumului zilnic de tutun, dar fără abținere totală. În cele mai multe studii, reducerea a fost definită ca mai puțin de 50% din consumul de tutun inițial. Puțini dintre cei care fumează zilnic reduc în mod spontan numărul de țigări fumate. Recidivele după renunțare sunt asociate cu reducerea numărului de țigări, însă nu e clar dacă mențin în timp această reducere. Substituenții de nicotină (și probabil terapiile comportamentale) pot induce fumătorilor care nu sunt interesați să renunțe realizarea unei reduceri semnificative a fumatului și menținerea ei în timp. Fumatul compensator poate să apară ca efect secundar al reducerii sale, dar există totuși o scădere semnificativă a expunerii la efectele nocive ale fumului de țigară. Reducerea fumatului ar putea fi fezabilă dacă este susținută prin tratament. Promovarea reducerii fumatului va depinde de efectele sale asupra stării de sănătate și a facilitării unei viitoare renunțări. (61)

Mai multe studii au analizat efectul reducerii fumatului pe sistemul cardio-vascular, căile aeriene, efectele carcinogene, defectele ADN-ului și cancerul de plămâni, asupra greutateii la naștere și a stării de sănătate. Date limitate (studii mici, pe populații selectate și pe perioade scurte de urmărire) sugerează că o reducere substanțială a fumatului ar amenda mai mulți factori de risc cardio-vasculari și ar ameliora simptomele respiratorii. În plus, reducerea fumatului se asociază cu o scădere cu 25% a markerilor biologici și a incidenței cancerului pulmonar și cu o creștere mică, aproape nesemnificativă, a greutateii la naștere. Nu par să existe efecte benefice substanțiale pe funcția pulmonară. (62)

Reducerea fumatului ar putea fi o alternativă de tratament pentru fumătorii care nu sunt pregătiți să renunțe complet. Rata renunțării la fumat în

grupul care a primit gumă cu nicotină a fost dublă față de placebo la 3 luni și triplă la 12 luni. Folosirea concomitentă a gumei cu nicotină și continuarea fumatului în varianta reducerii au fost bine tolerate, cu scăderea semnificativă a nivelului de monoxid de carbon. Guma cu nicotină poate fi o alternativă eficientă și mai puțin ‘dureroasă’ pentru fumătorii care nu sunt pregătiți să renunțe la fumat și ar putea promova încetarea fumatului, care este scopul ultim al tratamentului împotriva dependenței de tutun. (63)

Studiul ROSCAP despre reducerea fumatului la pacienții cardiaci este un trial randomizat controlat care a testat eficiența strategiei de reducere a fumatului în scăderea efectelor negative ale tutunului, promovarea renunțării la fumat și îmbunătățirea indicatorilor clinici și biochimici ai expunerii la toxine printre pacienții cu boală cardiacă. Cei care au redus fumatul au fost mai ales bărbați, cu fumat mai intens decât cei din grupul control. Sexul, vârsta, antecedentele de BPOC și numărul de diagnostice de boală cardiacă au fost predictorii apariției reducerii spontane a fumatului și a gradului de reducere. Reducerea spontană este mai frecventă printre fumătorii care sunt bolnavi. Antecedentele de boală cardiacă sunt un predictor puternic al unei reduceri ulterioare. (64)

Reducerea fumatului crește probabilitatea unei renunțări viitoare. (63)

Bibliografie

1. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T Nicotine replacement therapy for smoking cessation (COCHRANE)-abstract <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000146.html>
2. Schneider NG, Terrace S, Koury MA, Patel S, Vaghaiwalla B, Pendergrass R, Olmstead RE, Cortner C. Comparison of three nicotine treatments: initial reactions and preferences with guided use. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Nov;182(4):545-50.
3. Nardini S., Education and smoking cessation, *Eur Respir Mon*, 2000, 13, 41-57.
4. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm
5. Jack E. Henningfield, PhD, Reginald V. Fant, PhD, August R. Buchhalter, PhD and Maxine L. Stitzer, PhD Pharmacotherapy for Nicotine Dependence *CA Cancer J Clin* 2005; 55:281-299
6. Ann Arbor (MI) University of Michigan Health System. Smoking cessation.: 2006 Aug. 12p. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=9800&nbr=5247
7. Robert F. Leeman^{1,*}, Christopher J. Huffman² and Stephanie S. O'Malley¹ Alcohol history and smoking cessation in nicotine replacement therapy, bupropion sustained release and varenicline trials: a review *Alcohol and Alcoholism* 2007 42(3):196-206;
8. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G., Nicotine replacement therapy for smoking cessation Comment in: *Evid Based Nurs*. 2005 Jan;8(1):13. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):1002. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):1003. Update of: *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4):CD000146.
9. Schneider NG, Cortner C, Justice M, Gould JL, Amor C, Hartman N, Kleinman L, Olmstead RE Preferences among five nicotine treatments based on information versus sampling: *Nicotine Tob Res*. 2008 Jan;10(1):179-86.
10. Antolin-Partidas, Ramon Rolando and Karl Olov Fagerström Natasha Herrera, Roberto Franco, Lorenzo Herrera, Nicotine Gum, 2 and 4 mg, for Nicotine Dependence A Double-blind

- Placebo-controlled Trial Within Behavior Modification Support Program : A Double-blind
Chest 1995;108;447-451
11. Hughes JR, Gust SW, Keenan RM, et al. Nicotine vs placebo gum in general practice. *JAMA* 1989; 261:1300-05
 12. West R, Hajek P, Nilsson F, Foulds J, May S, Meadows A. Individual differences in preferences for and responses to four nicotine replacement products, *Psychopharmacology (Berl)*. 2001 Jan 1;153(2):225-30
 13. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1003-1009
 14. Yudkin P.L., Jones L., Lancaster T. Fowler G.H. Which smokers are helped to give up smoking using transdermal nicotine patches? Results from a randomized, double-blind, placebocontrolled trial *British Journal of General Practice*, 1996, 46, 145-148.
 15. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691
 16. Rigotti N.A., Treatment of Tobacco Use and Dependence
<http://content.nejm.org/cgi/content/full/346/7/506>
 17. Jan Paul Ottervanger, Jeroen M. Festen, Arie G. de Vries and Bruno H.C. Stricker, Acute Myocardial Infarction While Using the Nicotine Patch, *Chest* 1995;107;1765-1766
 18. Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335:1792-1798
 19. J. Taylor Hays, MD, Ivana T Croghan, PhD, Darrell R. Schroeder MS, Kenneth P. Offord, MS, Richard D. Hurt, MD, Troy D. Wolter, MS, Mitchell A. Nides, PhD, and Michael Davidson, MDOver-the-Counter Nicotine Patch Therapy for Smoking Cessation: Results From Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, and Open Label Trials, *Arnerican Journal of Public Health*, Nov.1999, vol.89, nr.11, p.1701-7.
 20. Fiore M.C., Kenford S.L., Jorenby DE, Wetter DW, Smith SS, Baker TB, Two studies of the clinical effectiveness of the treatments nicotine patch with different counseling, *Chest* 1994;105;524-533
 21. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
 22. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997;337:1195-1202
 23. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340:685-691
 24. Trofor A., Mihaescu T., Esanu V., Grigoras C. Smoking cessation with bupropion - is it successful enough?, *The European Respiratory Journal*, vol. 26, supliment 49(XV th ERS Annual Congress), sept.2005, pg. 388s
 25. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in non-depressed smokers. *J Addict Dis*. 1994;13: 249.
 26. Wilkes, S, Evans, A, Henderson, M, Gibson, J (2005). Pragmatic, observational study of bupropion treatment for smoking cessation in general practice. *Postgrad. Med. J.* 81: 719-722
 27. Roddy, E. (2004). Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 328: 509-511
 28. Swan, G. E., McAfee, T., Curry, S. J., Jack, L. M., Javitz, H., Dacey, S., Bergman, K. (2003). Effectiveness of Bupropion Sustained Release for Smoking Cessation in a Health Care Setting: A Randomized Trial. *Arch Intern Med* 163: 2337-2344
 29. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependance au tabac, Guide Pratique.*

30. Hurt, R. D., Krook, J. E., Croghan, I. T., Loprinzi, C. L., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Kardinal, C. G., Knost, J. A., Tirona, M. T., Addo, F., Morton, R. F., Michalak, J. C., Schaefer, P. L., Porter, P. A., Stella, P. J. (2003). Nicotine Patch Therapy Based on Smoking Rate Followed by Bupropion for Prevention of Relapse to Smoking. *JCO* 21: 914-920
31. Kolawole S. Okuyemi, MD, MPH; Jasjit S. Ahluwalia, MD, MPH, MS; Kari J. Harris, PhD, MPH Pharmacotherapy of Smoking Cessation *Arch Fam Med*. 2000;9:270-281
32. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr>
33. Jorenby E.D., PhD, Hays T.J., MD, Rigotti N.A., MD, Azoulay S., MD, Watsky E.J., MD, Williams E.K., PhD, Billing C.B., MS, Gong J., MD, Reeves K.R., MD, Efficacy of Varenicline, an α 4 β 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006.
34. Gonzales D., PhD, Rennard I.S., MD, Nides M., PhD, Oncken C., MD, Azoulay S., MD, Billing C.B., MS, Watsky E.J., MD, Gong J., MD, Williams K.E., PhD, Reeves K.R., MD, Varenicline, an α 4 β 2 Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Sustained-Release Bupropion and Placebo for Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006.
35. Nides, M., Oncken, C., Gonzales, D., Rennard, S., Watsky, E. J., Anziano, R., Reeves, K. R., for the Varenicline Study Group, (2006). Smoking Cessation With Varenicline, a Selective α 4 β 2 Nicotinic Receptor Partial Agonist: Results From a 7-Week, Randomized, Placebo- and Bupropion-Controlled Trial With 1-Year Follow-up.. *Arch Intern Med* 166: 1561-1568
36. Gonzales, D., Rennard, S. I., Nides, M., Oncken, C., Azoulay, S., Billing, C. B., Watsky, E. J., Gong, J., Williams, K. E., Reeves, K. R., for the Varenicline Phase 3 Study Group, (2006). Varenicline, an α 4 β 2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial.. *JAMA* 296: 47-55
37. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000;55:987-999.
38. Le Foll, B. MD PhD, George, T. P. MD (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ* 177: 1373-1380
39. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation guidelines for health professionals: a guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax* 1998;53:Suppl 5:S1-S19
40. Zhu SH, Melcer T, Sun J, Rosbrook B, Pierce JP. Smoking cessation with and without assistance: a population-based analysis. *Am J Prev Med* 2000;18:305-311.
41. Henningfield JE, Nemeth-Coslett R. Nicotine dependence. Interface between tobacco and tobacco-related disease *Chest* 1988;93;37-55
42. NICE advice on the best way to quit smoking-February 2008-*National Institute for Clinical and Health Excellence*, www.nice.org.uk
43. Anderson JE, Jorenby E.D, Scott WS, , and Fiore MG, Treating Tobacco Use and Dependence* An Evidence-Based Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation, *CHEST* 2002; 121:932-941
44. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counseling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2: CD001292.
45. Anzack, J. D., Nogler, R. A. II (2003). Tobacco Cessation in Primary Care: Maximizing Intervention Strategies. *Clin Med Res* 1: 201-216
46. Goldstein MG, DePue JD, Monroe AD, et al. A population-based survey of physician smoking cessation counseling practices. *Prev Med*. 1998;27(5 Pt 1):720-729
47. Ping Wu, Wilson K., Dimoulas P, Mills J, Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis, *Arch Fam Med*. 2000;9(3):267-269.
48. Smith, WR (2000) Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behavior. *Chest* 118, 8S-17S, 3.

49. Blöndal, T, Gudmundsson, LJ, Olafsdottir, I, et al Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six-year follow up. *BMJ* 1999;318, 285-289
50. Bohadana, AB, Nilsson, F, Rasmussen, T, et al Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2000;160, 3128-3134.
51. Puska, P, Korhonen, HJ, Vartiainen, E, et al Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation: a clinical trial in North Karelia. *Tob Control* 1995;4, 231-235
52. DeGraff, A. C. Jr (2002). Pharmacologic Therapy for Nicotine Addiction. *Chest* 122: 392-394
53. Kornitzer, M, Boutsen, M, Dramaix, M, et al Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo- controlled clinical trial. *Prev Med* 1995;24, 41-47
54. Ranney, L., Melvin, C., Lux, L., McClain, E., Lohr, K. N. (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *ANN INTERN MED* 145: 845-85657.
55. West R, Zhou X. Is nicotine replacement therapy for smoking cessation effective in the “real world”? Findings from a prospective multinational cohort study. *Thorax* 2007; 62:998-1002
56. Morgan, M D L, Britton, J R (2003). Chronic obstructive pulmonary disease * 8: Non-pharmacological management of COPD. *Thorax* 58: 453-457
57. Leischow SJ, Sachs DPL, Bostrom AG, Hansen MD. Effects of differing nicotine-replacement doses on weight gain after smoking cessation. *Arch Fam Med* 1992;1:233-237
58. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1003-1009
59. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1940-1947
60. Tonstad S., MD, PhD, Tonnesen P., MD, PhD, Hajek P., Phd, Williams K.E., Phd, Billing C.B., MS, Reeves R.K., MD, Effect of Maintenance Therapy With Varenicline on Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006.
61. Hughes JR; Carpenter MJ, The feasibility of smoking reduction: an update *Addiction*. 2005; 100(8):1074-89 (ISSN: 0965-2140)
62. Pisinger C; Godtfredsen NS Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2007; 9(6):631-46 (ISSN: 1462-2203)
63. Batra A; Klingler K; Landfeldt B; Friederich HM; Westin A; Danielsson T Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther*. 2005; 78(6):689-96 (ISSN: 0009-9236)
64. Joseph AM; Bliss RL; Zhao F; Lando H Predictors of smoking reduction without formal intervention. *Nicotine Tob Res*. 2005; 7(2):277-82 (ISSN: 1462-2203)

3. RECOMANDĂRI DE TRATAMENT ÎN SITUAȚII SPECIALE ȘI LA GRUPE DE POPULAȚIE CU RISC

3.1. Recomandari de tratament la gravide. Fumatul în timpul sarcinii

Se recomandă gravidelor să primească consiliere psiho-socială individuală pentru renunțarea la fumat, nu numai sfat minimal. (Nivel de dovadă A)

Renunțarea precoce e cea mai avantajoasă pentru mamă și făt și aduce beneficii în orice moment al sarcinii. Ajutorul trebuie oferit la prima vizită pre-natală și pe parcursul sarcinii. (Nivel de dovadă B)

Intervențiile de consiliere antitabagică din timpul sarcinii sunt eficiente și ar trebui folosite în mod curent. Există dovezi ale eficienței intervenției la gravide prin sfat minimal, cursuri structurate de consiliere antitabagică și broșuri de auto-ajutor. (1) Ședințele de consiliere cu durată peste 10 minute și prin materiale tipărite au crescut renunțarea la fumat de la 8% (fără intervenție sau îngrijirea uzuală) la 15%. (2)

Renunțarea la fumat trebuie să fie bruscă, cu participarea obstetricianului și a soțului. (3)

Unele cadre medicale au tendința de a recomanda în primul rând reducerea treptată a numărului de țigări decât renunțarea bruscă la fumat, ceea ce nu este o soluție potrivită. (4)

Beneficiul substituenților de nicotină depășește riscurile fumatului pentru femeile însărcinate fumătoare, cu indicația de utilizare doar dacă gravidele nu pot renunța fără terapie. (5) Însă în acest moment, pentru femeile însărcinate fumătoare, substituția nicotinică este contraindicată în multe țări. Comitetul Științific asupra Fumatului și Stării de Sănătate (6) recomandă continuarea studierii eficienței și siguranței utilizării înlocuitorilor de nicotină pentru femeile însărcinate fumătoare.

Intervenții psiho-sociale. Studiile au analizat două perioade: abținerea înainte de naștere (> 24 săptămâni de sarcină) și o abțință mai mare de 5 luni postpartum. (7)

O consiliere la femeile însărcinate constă în recomandarea de a opri fumatul, suplimentată prin punerea la dispoziție a materialelor scrise și a programelor de renunțare la fumat. Intervențiile psihosociale sunt mult mai de folos dacă consilierea are loc în timpul sarcinii. (8) Rezultatele referitoare la consilierea postpartum sunt pozitive.

Fumatul în timpul sarcinii expune mama riscului de avort spontan, deces subit al fătului, naștere de feți morți sau cu greutate mică și poate da tulburări de comportament și emoționale în copilărie. (9) Multe femei sunt motivate să renunțe la fumat în timpul sarcinii, iar cei care lucrează în domeniul sanitar pot profita de acest moment prin a arăta că renunțarea va reduce riscul asupra

fătului, cu efecte benefice și postpartum pentru mamă și copil. (10) Evaluarea statusului de fumător e importantă, mai ales la ex-fumătoare, pentru riscul de recădere. (11) Renunțarea la fumat încă de la începutul sarcinii e benefică, dar beneficii pentru sănătate sunt observate chiar dacă renunțarea are loc mai târziu. (12)

Se estimează că pînă la 20 % din nașterile cu feți cu greutate mică pot fi evitate prin renunțarea la fumat în timpul sarcinii. (13) De aceea, o femeie gravidă care fumează trebuie să primească suport în a renunța la fumat pe toată perioada sarcinii. Femeile trebuie să știe și că fumatul poate să le scadă fertilitatea. (14)

Femeile care au renunțat la fumat după luna 6 de sarcină au avut o rată mai mare de recidivă în perioada postpartum. (15) Recăderile postpartum pot fi reduse prin discuții cu mamele și explicarea consecințelor fumatului asupra copiilor (infecții respiratorii, astm). (16) Rezultatul meta-analizelor arată eficiența materialelor de suport pentru renunțare, comparată cu neacordarea unei asistențe în timpul sarcinii (17)

Eficiența medicației la gravide. Datele despre eficiența substituenților de nicotină la femeile însărcinate includ 3 studii controlate, randomizate. Nu s-au observat diferențe semnificative la rata de renunțare, numărul de țigări fumate, greutatea la naștere sau nașterile premature. (18) Femeile din grupul cu terapie comportamentală și substituenți de nicotină au renunțat în procent mai mare la fumat la 7 săptămâni după randomizare (29 % vs 10 %) și la săptămâna 38 de sarcină (22 % vs 10 %), dar studiul a fost oprit înainte de termen din motive de siguranță. (19) Datorită acestor rezultate, nu s-au făcut recomandări privind siguranța medicației în timpul sarcinii.

Siguranța medicației la gravide. Fumatul în timpul sarcinii este factorul de morbiditate și mortalitate care poate fi modificat cel mai simplu. (20) Efectele adverse ale fumatului în timpul sarcinii includ riscul de avort spontan, naștere prematură, dezlipire de placentă, întârziere în creșterea fătului, și alte riscuri privind sănătatea mamei și fătului. (21)

Nivelul crescut de monoxid de carbon are efecte neuro-teratogene. (22) Stresul oxidativ contribuie la creșterea riscului de complicații trombotice, prin scăderea oxidului nitric, contribuind la vasoconstricție placentară și naștere prematură. (23) Nicotina produce insuficiență utero-placentară prin vasoconstricție, neurotoxicitate cu dezvoltarea întârziată a creierului.

Expunerea mamei la nicotina din plasturi sau gumă a arătat puține efecte hemodinamice asupra mamei și fătului, mult mai mici decît dacă ar fuma. (24) Studiul Wisborg a inclus 250 de femei randomizate cărora li s-au administrat plasturi cu nicotină (15 mg) sau placebo pentru 11 săptămâni, fără efecte adverse severe ale nicotinei. (25) Greutatea la naștere a fost semnificativ mai mare la cei din grupul de studiu, posibil datorită reducerii consumului de țigări. Studiul Pollack (19) a randomizat 181 femei cu psihoterapie și psihoterapie cu

înlocuitori de nicotină (plasturi, gumă sau pastile). Mai mult din jumătate dintre femei au ales plasturii cu nicotină, cu doza ajustabilă în funcție de numărul de țigări fumate înainte de intrarea în studiu și au avut rate semnificativ mai mari de renunțare. Studiul a fost însă întrerupt de Data Safety Monitoring Board datorită incidenței mai mari (30% vs 17%) a efectelor adverse, cel mai frecvent efect fiind nașterea înainte de termen (autorii concluzionând că studiul nu poate fi publicat). Un studiu retrospectiv, cu deficiențe de metodologie ce fac dificilă interpretarea, a arătat că folosirea substituenților de nicotină la gravide în primele 12 săptămâni de sarcină a fost asociat cu creșterea redusă dar marginal semnificativă a malformațiilor congenitale, comparativ cu mamele care au fumat în primul trimestru de sarcină. (26) Deasemenea, există îngrijorarea că pot interveni avorturi spontane nedescoperite la femeile însărcinate ce continuă să fumeze. Majoritatea femeilor folosesc substituenți de nicotină în trimestrele 2 și 3 de sarcină, fără să fie raportate efecte adverse. (24)

Un medicament este sigur dacă beneficiile depășesc riscurile. Nicotina are efecte adverse asupra fătului, iar utilizarea substituenților de nicotină expune gravidele unui risc încă insuficient evaluat.

3.2. Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani.

Se recomandă medicilor să întrebe adolescenții și copiii despre consumul de tutun și să transmită un mesaj clar despre importanța renunțării totale la țigări sau produse de tutun. (Nivel de dovadă = C) (33)

Se recomandă consilierea adolescenților fumători pentru a-i ajuta să renunțe la fumat. (Nivel de dovadă = B)(37)

Se poate lua în considerare, pentru a proteja copiii de fumatul pasiv, indicația către clinicieni de a întreba părinții dacă fumează, oferindu-le sfaturi pentru a-i ajuta să renunțe. Consilierea în clinicile pediatrice este eficientă, cu creșterea numărului de părinți care au oprit fumatul. (Nivel de dovadă = B)(33, 38)

În Statele Unite, în fiecare zi aproximativ 4000 de copii și adolescenți sub vârsta de 18 ani încep să fumeze și se estimează că 1200 dintre aceștia devin fumători zilnici. (27) Tinerii încep să folosească tutunul cu regularitate din motive sociale și parentale, datorită reclamelor și filmelor, pentru controlul greutateii și din curiozitate. (28, 29, 30) Dependența de nicotină apare rapid, chiar și la adolescenți. (31) Datorită importanței prevenției primare, clinicienii trebuie să ofere informații adolescenților și părinților. Deoarece consumul de tutun începe adesea în pre-adolescență, medicii trebuie să intervină la această grupă de vârstă (32). Revizuirile recente ale studiilor privind prevenirea fumatului la adolescenți, arată eficiența limitată a acestora.(33) O analiză națională a programelor de renunțare la fumat din 2007, arată lipsa acestora în

comunitățile care au nevoie, și de aceea prevalența fumatului la tineri e în creștere.(34) Strategiile de prevenție utile în cele mai multe cazuri pot fi găsite în Raportul Institutului de Medicină “Growing Up Tobacco Free” (35) și în “2000 Surgeon General’s Report Reducing Tobacco Use”. (36)

Tinerii subestimează dependența de nicotină.

Adolescenții fumători ocazional sau zilnic cred că se pot lăsa oricând de fumat.(37) În realitate, numai aproximativ 4% dintre fumătorii cu vâsta 12 -19 ani reușesc să renunțe la fumat în fiecare an, cu o rată de eșec mai mare decât la fumătorii adulți. (38) Însă adolescenții sunt foarte interesați să renunțe: 82% din cei cu vârsta 11 - 19 ani se gândesc să renunțe, iar 77% au avut în ultimul an serioase încercări de a renunța. (39) Încercările adolescenților sunt rareori planificate, alegând să renunțe fără ajutor, însă tinerii care participă la programele de renunțare la fumat au șanse duble de a reuși. (40)

Tratamentele folosite la copii și adolescenți

Consilierea

O analiză din 2008 a șapte studii a arătat că utilizarea consilierii dublează abstinența pe termen lung în comparație cu îngrijirea obișnuită sau fără tratament.

Consilierea a inclus sfat minimal, materiale scrise și trimiterea la un specialist. (41)

Puținele studii despre tehnicile de consiliere prezintă intervenții ce variază în intensitate, formă și conținut. Principalul scop al acestor intervenții constă în a îmbunătăți motivația, a stabili scopuri și a preveni recidiva. (42) Rezultate favorabile există la grupurile bazate pe terapie socială și cognitivă, comparativ cu grupurile care participă la scurte expuneri de 10-20 minute.(43) Intervențiile trebuie să fie pe măsura nivelului de înțelegere a fiecărei categorii de vârstă (diferit pentru 12 ani și 18 ani). Consilierea suplimentară este recomandată pentru cei cu vârsta 18 - 24 ani. (44)

Studiile recente arată că 33-35% dintre fumătorii tineri sunt identificați și sfătuiți să renunțe de către medici și 20 % de stomatologi. (45) Acceptarea asistenței pentru a renunța a fost raportată în 42 % din cazuri și revenirea la medic doar în 16 % din cazuri. Medicii trebuie să utilizeze strategii motivaționale adaptate pentru adolescenți. (46) Este important pentru medic să respecte confidențialitatea, adică să discute în absența părinților.

Consilierea oferită părinților la vizita la medic.

Consilierea oferită părinților în cursul spitalizării copiilor în clinicile de pediatrie crește interesul părinților de a renunța la fumat (47), crește numărul încercărilor de a renunța și numărul de părinți care renunță la fumat.

Medicația

Substituienții de nicotină, Vareniclina și Bupropionul SR, cu toate că prezintă un nivel de siguranță bun, nu sunt recomandate ca tratament la copii și adolescenți, existând puține dovezi care să arate eficiență pe termen lung (48, 49).

Deși experiența românească în privința consilierii pentru renunțarea la fumat este incipientă, menționăm derularea începând din 2007 a programului național *“Adolescenții renunță la fumat”* finanțat de Ministerul Sănătății Publice din România. Acesta se adresează renunțării la fumat în rândul adolescenților de liceu, prin tehnici interactive de consiliere și educare, stimulente și premiile celor care dovedesc abținerea la finele a 6 sesiuni de lucru. Programul este coordonat de Spitalul de Pneumologie Iași (autorii programului în România sunt Rețeaua pentru Prevenirea Fumatului din România prin Asociația Aer Pur România și conf. dr. Antigona Trofor de la Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa” din Iași). Un alt mod de a asista elevii de vârstă gimnazială în problematica tentației de a fuma debutează în 2008, printr-un program de asemeni finanțat de Ministerul Sănătății Publice, care dezvoltă abilități de refuz al consumului de tutun, prin metode atractive : video-lecții și premii la final. (50) Autorii programului în România sunt Asociația Aer Pur România și dr. Lucia Lotrean de la Universitatea de Medicină și Farmacie «Iuliu Hațieganu» din Cluj.

3.3. Recomandări de tratament la grupuri specifice de populație și comorbidități

Mulți factori pot influența acceptabilitatea, uzul și eficiența tratamentelor împotriva dependenței de tutun. Intervențiile ar trebui adaptate după caracteristicile personale sau context: gen, rasă/etnie, vârstă, comorbidități, internări în spital.

Se poate considera că intervențiile terapeutice sunt eficiente la o varietate de populații consumatoare de tutun, cu excepția cazurilor în care medicația este contraindicată sau a grupurilor specifice la care medicația s-a dovedit a fi ineficientă (femei însărcinate, consumatorii de tutun nefumători, fumătorii moderați, adolescenții) (Nivel de dovadă B) (1)

Tratamente eficiente pentru grupuri specifice de populație

Recomandările se aplică majorității fumătorilor: HIV pozitivi, spitalizați, minorități sexuale, nivel socio-economic scăzut/educație redusă, fumătorii cu comorbidități, vârstnici, tulburări psihiatrice, consumatori de droguri, minorități rasiale și etnice, femei fumătoare. Nu se aplică adolescenților, fumătoarelor însărcinate, fumătorilor moderați și consumatorilor de tutun nefumători. Trialurile randomizate care au generat recomandările terapeutice au cuprins categorii diverse de fumători, pe grupuri omogene de populații specifice. Intervențiile eficiente pe un grup populațional tind să fie eficiente și pe alte grupe de populație, cu siguranța relativă a tratamentelor față de riscurile continuării consumului de tutun.

Infectați HIV.

Nici un trial clinic randomizat de lungă durată nu a analizat eficacitatea intervențiilor la această grupă de pacienți. E nevoie de studii suplimentare. Un studiu cu monitorizare timp de 3 luni a indicat rezultate favorabile după consilierea prin telefon. (51) Datele existente arată eficiența medicației pentru renunțarea la fumat. (52)

Pacienți spitalizați

Intervențiile intensive la pacienții internați și urmăriți cel puțin 1 lună au fost asociate cu o rată de renunțare semnificativ mai crescută față de grupul de control (baza de date Cochrane 2007, 17 trialuri). (53)

Urmărirea după externare este o componentă cheie a intervențiilor eficiente. Substituenții de nicotină și bupropionul sunt eficienți, fără efecte secundare semnificative.

Intervențiile sunt utile, iar comorbiditățile nu au afectat probabilitatea renunțării la fumat.

Tipurile de intervenții eficiente sunt: consilierea psiho-socială, autoeducația prin broșuri și materiale audio/video, medicația, (54) diagrame care să amintească practicianului să sfătuiască pacientul pentru renunțarea la fumat, consiliere în spital și telefonică după externare. (55) Înlocuitorii de nicotină nu sunt indicați la pacienții din terapie intensivă. (56)

Co-morbidități

Fumătorii care prezintă comorbidități cum ar fi cancerul, bolile cardiace, BPOC, diabetul zaharat și astmul bronșic constituie ținte importante pentru intervenții specifice pentru renunțarea la fumat, dat fiind rolul pe care îl are fumatul în exacerbarea acestor afecțiuni. Clinicienii ai căror pacienți sunt fumătorii cu aceste afecțiuni tratează de fapt o boală care poate fi cauzată sau exacerbată de fumat și care poate fi ameliorată doar de oprirea fumatului și nu de reducerea numărului de țigări. Integrarea intervențiilor pentru dependența tabagică în cadrul programelor de management al bolilor cronice ar putea fi o cale eficientă de a răspândi aceste programe în cadrul populației.

Tratamentul este eficient pentru fumătorii cu o mare varietate de comorbidități.

Boala cardiovasculară: sunt utilizate consilierea psiho-socială (57), exercițiul fizic (58), vareniclina, bupropion SR (59), nicotina sub formă de patch-uri, gumă sau inhalator.(60) Diferite studii au documentat până în prezent lipsa unei asocieri între platurii cu nicotină și evenimentele acute cardiovasculare, chiar și la pacienții care au continuat să fumeze în timp ce utilizau acești plasturi (60). Este bine de urmat recomandarea producătorului de precauție în utilizarea înlocuitorilor de nicotină la pacienții cu afecțiuni cardiovasculare acute.

BPOC: se recurge la consiliere intensivă pentru renunțarea la tutun (61), psihoterapie comportamentală pentru prevenția recăderilor, combinată cu vareniclina, substituenți de nicotină (62), bupropion SR (63), nortriptilina (64), nicotina patch sau inhalatorie.(65)

Cancer: consiliere și medicație (66), consiliere motivațională.(67)

Fumători vârstnici. Este eficientă strategia în 4 etape: ‘evaluare’, ‘sfătuire’, ‘asistență’, ‘supraveghere’ la cei de peste 50 de ani (68), consilierea (69), sfatul minimal (70), materialele auto-didactice adaptate vârstei (71), consilierea prin telefon (72), medicație. (73) Prin renunțarea la fumat se reduce riscul de mortalitate prin boală coronariană, BPOC și cancer pulmonar și scade riscul de osteoporoză.

Afecțiuni psihiatrice, consumatori de droguri

Afecțiunile psihiatrice sunt mai frecvente la fumători comparativ cu restul populației. Fumatul este mai frecvent la consumatorii de alcool și droguri. Aceste grupuri apelează mai rar la tratamente pentru renunțarea la fumat. Tratarea pacienților psihiatrici pentru dependența la tutun este complexă în contextul multiplelor diagnostice și multitudinii de medicamente de uz psihiatric. Rezultatele meta-analizelor pe studii publicate până în 2008 au arătat că antidepresivele, în mod specific bupropion SR și nortriptilina, sunt eficiente în creșterea pe termen lung a ratei de renunțare la țigări la fumătorii cu antecedente de depresie. Medicația a fost însoțită de consiliere intensivă.

Deși acești pacienți au un risc crescut de recădere, medicația pentru dependența tabagică este eficientă. (74) Bupropion SR și nortriptilina sunt utile în schizofrenie, cu ameliorarea simptomelor bolii și ale depresiei asociate. (75) Pacienții în tratament cu antipsihotice atipice ar putea răspunde mai bine la terapia cu bupropion SR decât cei cu antipsihotice standard. (75) Dovezile actuale sunt insuficiente pentru a afirma că fumătorii cu tulburări psihice beneficiază mai mult din tratamentele împotriva consumului de tutun, adaptate la simptomele psihiatrice, decât din tratamentele standard. (76)

Consilierea și medicația sunt eficiente în tratarea fumătorilor care primesc tratament împotriva dependenței de droguri (77), cu puține dovezi care să arate interferențe cu recuperarea din aceste dependențe. (77) Un singur studiu

sugerează că aplicarea concomitentă a intervențiilor pentru renunțarea la fumat și pentru dependența de alcool ar putea compromite rezultatul abstenenței la alcool, fără diferențe în rata abstenenței tabagice. (78)

Nu există experiență clinică cu Vareniclină la pacienții cu epilepsie.

Fără a fi contraindicată la această categorie de pacienți, folosirea vareniclinei a fost asociată la câteva cazuri cu modificări psiho-comportamentale. FDA recomandă monitorizarea de către clinician a tuturor schimbărilor de comportament sau de afectivitate în timpul terapiei de sevraj tabagic cu vareniclină. (68) (v. **Anexa 9** a suplimentului la ghid)

3.4. Recomandări de tratament pentru fumători cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus

Indivizii cu nivel socio-economic scăzut, cu nivel de educație redus și oamenii străzii constituie categorii de populație neglijate. (79)

Aceștia au șanse mai mari să fumeze (80), au acces limitat la tratament eficient (81, 82), sunt neinformați în legătură cu medicația pentru renunțarea la fumat (83), trăiesc într-un mediu înconjurător și muncesc în arii permissive din punct de vedere al politicilor fără fumat și sunt o țintă ușor de atins de companiile producătoare de tutun (84).

Sunt indivizi cu o probabilitate mică să primească asistență pentru renunțarea la fumat (82) și de cele mai multe ori, nu sunt asigurați sau au asigurări limitate de sănătate. În țările vestice, numai 25 % din această categorie au declarat că au beneficiat de asistență practică pentru renunțarea la fumat. Totuși, aceste categorii și-au exprimat un interes semnificativ crescut pentru abandonarea fumatului (85), cu beneficii importante de pe urma tratamentului (86). Datorită prevalenței crescute a fumatului la această populație, este importantă implicarea clinicienilor, cu intervenții, în special materiale scrise, care să fie elaborate într-o manieră abordabilă de către pacient. (87)

La data elaborării acestui ghid, se aplică în România programul național *Stop fumat*, care asigură consultația și tratamentul gratuit cu Vareniclină, Bupropion sau plasturi nicotiniци pentru pacienți fumători incluși în program.

Pentru situații în care medicația nu poate fi procurată din programe naționale gratuite (lipsa de acces la servicii specializate, discontinuități ale programului etc.), sugerăm asigurarea de către stat a unui sistem de suportare a costurilor asistenței specializate în acest domeniu. Acest sistem trebuie să fie destinat prioritar persoanelor cu venituri mici, și în măsura posibilităților tuturor categoriilor de fumători și să constea din gratuitatea costurilor tratamentului medicamentos și gratuitatea consultațiilor

3.5. Recomandări de abordare a creșterii în greutate după oprirea fumatului

Se poate lua în considerare, pentru fumătorii preocupați de creșterea în greutate după renunțarea la fumat, prescrierea sau recomandarea vareniclinei, a bupropionului sau terapei de substituție cu nicotină (în special guma cu nicotină), care s-au demonstrat că întârzie creșterea în greutate după oprirea fumatului (Nivel de dovadă B).(90, 91, 93)

Majoritatea fumătorilor care renunță la fumat câștigă variabil în greutate, în general mai puțin de 5 kilograme, dar 10 % cresc ponderal peste 15 kilograme. (88) Cu toate acestea, excesul ponderal consecutiv opririi fumatului este o amenințare minoră asupra sănătății, comparativ cu riscurile continuării fumatului. (89)

Tendința de a crește mai mult în greutate este mai mare la femei decât la bărbați (90), și la cei din rasa neagră, indiferent de gen, cu vârsta sub 55 ani, mari fumători (peste 25 țigări/zi). (91)

Preocuparea exagerată și teama de creșterea ponderală sunt factori motivaționali pentru inițierea sau continuarea fumatului la unii indivizi, mai ales la femei. (92, 93)

Adolescenții preocupați de greutatea corporală încep să fumeze mai frecvent. (94)

Nu există nici o dovadă destul de convingătoare că intervențiile de consiliere pentru diminuarea creșterii în greutate în timpul tentativelor de renunțare la fumat au avut ca rezultat reducerea reală a excesului ponderal (95), fără să dăuneze însă procesului de renunțare la fumat. (96)

Substituția nicotinică este eficientă în întârzierea procesului de creștere în greutate după renunțarea la fumat (97). Bupropionul SR este eficient în întârzierea creșterii în greutate. (98) Odată ce este oprită terapia cu bupropion sau guma cu nicotină, fumătorul va crește în medie în greutate ca și cum nu ar fi utilizat de loc aceste medicații. (99) În două studii comparative cu bupropion și placebo, câștigul ponderal cu vareniclină pe parcursul a 12 săptămâni de tratament a fost mai mic și s-a situat sub 3 kg. (99, 100).

Creșterea ponderală se produce prin creșterea aportului caloric și prin scăderea ratei metabolismului. Implicarea mecanismelor metabolice sugerează faptul că fumătorii vor crește în greutate chiar dacă nu măresc aportul caloric. (100)

Preocuparea pentru creșterea în greutate reprezintă un obstacol în abținerea tabagică, în special la femei.

Pacientul trebuie informat și pregătit în legătură cu posibilitatea creșterii în greutate, pentru că în mod uzual aceasta este moderată. De asemenea clinicianul trebuie să informeze pacientul că fumatul reprezintă un risc mult mai mare pentru sănătate decât riscul aproape neglijabil pe care îl reprezintă creșterea moderată în greutate. În timpul încercării de renunțare la fumat,

pacientul trebuie sprijinit pentru managementul kilogramelor în plus, după renunțarea cu succes la fumat. Acesta trebuie încurajat să adopte un stil de viață sănătos, prin practicarea mișcării fizice moderate, alimentația bogată în fructe și legume, somn suficient și limitarea consumului de alcool. (101)

Exercițiul fizic

Intervențiile pentru creșterea efortului fizic măresc în mod real rata abstenenței la fumat. (102) Un program de exerciții de câte 45 minute de 3 ori pe săptămână crește abstenența la fumat pe termen lung în cazul femeilor și întârzie creșterea în greutate atunci când este combinat cu un program cognitiv-comportamental. (103) Creșterea în greutate este redusă dacă abstenența la fumat este acompaniată de o creștere a activității fizice. (104) Nu sunt recomandate programe de exerciții fizice foarte intense fără un consult medical amănunțit în prealabil. Fumătorii ar trebui încurajați să includă exercițiul fizic moderat în modul zilnic de viață.

3.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați

Se recomandă ca fumătorii moderați să fie identificați, sfătuiți să renunțe rapid la fumat și să li se ofere acces la intervenții pentru abandonarea fumatului (Nivel de dovadă B). (105)

În domeniul dependenței de tutun, nu s-a ajuns la un consens referitor la definiția fumatului moderat. În acest moment, un fumător moderat este o persoană care fumează mai puțin de 10 țigări/zi, sau care nu fumează zilnic. Noțiunea de fumător moderat nu se referă la fumatul unor țigări cu conținut scăzut de gudron sau nicotină. Acest grup nu este inclus în studiile controlate și randomizate care constituie baza unor recomandări specifice de tratament. (105)

Chiar dacă fumează mai puține țigări, fumătorii moderați prezintă risc important de a dezvolta boli datorate fumatului. (106)

Un studiu longitudinal, desfășurat în Norvegia, ce a inclus un număr de 42722 de subiecți, a demonstrat o creștere a riscului de deces prin boală cardiacă ischemică dar și prin alte afecțiuni date de fumat la bărbați și femei care au fumat 1-4 țigări/zi. (107) La bărbați fumători ocazionali, s-a observat o creștere a mortalității și morbidității cardiovasculare. (108)

Fumatul moderat este în creștere, probabil prin limitarea spațiilor în care mai este permis acest obicei și datorită creșterii prețului la țigări. (109) Aproximativ 25% din adulții fumători din Statele Unite fumează mai puțin de 10 țigări /zi, iar 11, 6% fumează sub 5 țigări/zi. (110) Cei mai mulți doresc să renunțe la fumat, dar întâmpină serioase dificultăți, cu rată redusă de succes. (105) Acest lucru este concordant cu dovezile conform cărora mulți dintre fumătorii moderați prezintă dependență, deși fumează relativ puțin. (105) Aceștia au șanse mai puține să primească tratament adecvat renunțării la fumat decât cei care sunt mari fumători. (111)

Fumătorii moderați trebuie să beneficieze de tratament prin consiliere, pentru că acesta s-a demonstrat a fi eficient. Informarea sistematică pare a fi mai eficientă decât întâlnirile motivaționale la acești fumători. (112)

3.7. Sugestii posibile de tratament pentru prevenirea recidivelor

Intervențiile pentru prevenirea recidivelor nu au avut efect la gravide foste fumătoare (113, 114), la femei postpartum (115, 116), la pacienții care nu au fumat în spital (117), la militari. (118)

Intervențiile comportamentale au fost ineficiente în prevenția recăderilor la cei care au renunțat cu ajutor de specialitate (119) sau din proprie inițiativă (120).

Efect modest în favoarea reducerii recăderilor a existat la cei care au folosit guma cu nicotină (121), dar nu și la bupropion (122). Intervențiile specifice individuale sau în grup nu au prevenit recăderile (123), indiferent de durată și de timpul de contact (124), și nici după 8 săptămâni de consilieri telefonică (125).

Meta-analizele și studiile randomizate nu au identificat intervenții eficiente de prevenție a recidivelor la cei cu tentative reușite de renunțare la fumat, cu excepția unui efect modest al gumei cu nicotină. Intervențiile au fost de intensitate moderată: scurte discuții personale, materiale scrise, scrisori, contacte telefonice. Nu există dovezi care să arate că alte intervenții mai intensive ar fi eficiente pentru prevenirea recidivelor. (121, 123).

3.8. Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun

Se recomandă identificarea consumatorilor de alte forme de tutun. Ei trebuie îndemnați insistent să renunțe și să li se asigure consiliere cu privire la întreruperea consumului. (Nivel de dovadă – A) (130, 131, 136,)

Se vor lua în considerare următoarele:

a) Clinicienii care asigură servicii de sănătate dentară ar trebui să acorde sfat minimal tuturor consumatorilor de tutun nefumători. (Nivel de dovadă - A) (131)

b) Cei care folosesc trabuc, pipe și orice alte forme de tutun ar trebui identificați, sfătuiți să renunțe și să li se acorde aceleași sfaturi ca și fumătorilor de țigarete. (Nivel de dovadă - C) (130)

Folosirea tabacului, a altor forme de tutun precum tutunul de mestecat sau prizat (uscat sau umed) produce dependență de nicotină cu consecințe grave asupra sănătății. (126) Prevalența acestor forme de consum tabagic era de 5% la bărbați și sub 1% la femei în 2005. (127) Consecințele asupra sănătății sunt: alterarea calității danturii, afecțiuni ale gingiilor, pierderea de os periodontal, leucoplakia și cancerul oral sau pancreatic. (128) Aceasta formă de utilizare a

tabacului nu este o alternativă la fumatul de țigări clasice (129) și nu există vreo dovadă care să sugereze că ar fi de ajutor la întreruperea fumatului clasic.

Există dovezi care susțin că sfatul minimal poate fi eficient la consumatorii de tutun nefumători (cei care consumă acele produse de tutun fără a inhala fum de tutun). (130) Marea majoritate a celor ce folosesc tutun de prizat umed au leziuni orale care pot fi identificate iar sublinierea acestei informații în timpul unui examen al cavității bucale ar putea fi motivatoare pentru tentativa de sevraj. Stomatologii care acordă sfaturi minimale cu privire la încetarea consumului de tutun pentru igiena orală, au succes în creșterea ratei abstenenței. (131) Fumătorii de trabuc prezintă risc crescut pentru boala coronariană, BPOC, periodontită, cancer bucal, esofagian, laringian, pulmonar, cu dovezi asupra corelației doză - efect. (132)

Cu toate că vânzările de țigări au scăzut în ultima decadă, cele la trabucuri au crescut cu 15% în Statele Unite, în 2005. (133) Fumătorii de trabucuri minimalizează efectele acestora asupra sănătății, considerându-le mai puțin dăunătoare. (134) Folosirea trabucurilor și a pipelor se asociază cu cancerul pulmonar, gastric, bucal, laringian și esofagian. (135) Nu sunt dovezi clare dacă acești utilizatori de tabac renunță mai greu decât fumătorii clasici. (136)

Dovezile existente sunt insuficiente pentru a susține că folosirea medicamentelor pentru sevrajul tabagic ar crește abstenența pe termen lung printre consumatorii de alte forme de tutun. (137)

3.9. Se poate lua în considerare dependența de substituenți de nicotină

La introducerea lor în terapia dependenței nicotinică, substituenții de nicotină au fost utilizați numai la recomandarea medicului și eliberați numai cu rețetă. Ulterior, eliberarea fără prescripție a deschis calea abuzului, cu posibilitatea ca utilizatorii să devină dependenți de nicotina din aceste preparate. Analiza studiilor arată însă că numai o fracțiune mică (0, 4-17%) din utilizatorii de substituenți de nicotină folosesc aceste produse peste perioada recomandată (138). La acești pacienți nu există simptomele specifice dependenței: plăcerea sau satisfacția asociate utilizării acestor produse, senzația subiectivă de dependență, dificultatea în a renunța la folosirea ulterioară, apariția simptomelor de sevraj la întreruperea administrării (139).

Dependența de substituenți de nicotină apare foarte rar. Numeroase studii au demonstrat eficiența utilizării îndelungate a acestor produse, mai ales la marii fumători. Folosirea prelungită a unui singur produs nu produce riscuri sau efecte adverse severe, cum se întâmplă la folosirea concomitentă a două de astfel de produse sau în situația utilizării substituenților de nicotină în paralel cu continuarea fumatului. (140)

Bibliografie

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, *et al.* *Smoking cessation*. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
2. Health Education Authority. *Smoking and pregnancy. Guidance for purchasers and providers*. London: Health Education Authority, 1994.
3. Owen L, Scott P. Barriers to good practice in smoking cessation work among pregnant women. *J Inst Health Educ* 1995;**33**:110–2.
4. Trevett N, ed. *Smoking and pregnancy, a growing problem*. London: Health Education Authority, 1997.
5. Benowitz N. Nicotine replacement therapy during pregnancy. *JAMA* 1991;**22**:3174–7.
6. Poswillo D. *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. London: Stationery Office, 1998.
7. Campbell E, Sanson-Fisher R, Walsh R. Smoking status in pregnant women assessment of self-report against carbon monoxide (CO). *Addict Behav* 2001;**26**:1-9.
8. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, *et al.* Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD001055.
9. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
10. Solomon L, Quinn V. Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004;**6** Suppl 2:S203-16.
11. England LJ, Grauman A, Qian C, *et al.* Misclassification of maternal smoking status and its effects on an epidemiologic study of pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res* 2007;**9**:1005-13.
12. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control* 2000;**9** Suppl 3:III16-21.
13. 788. U.S. Department of Health and Human Services. Women and smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.
14. Smoking and infertility. *Fertil Steril* 2006;**86**:S172-7.
15. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *Am J Prev Med* 2003;**24**:29-35.
16. Billaud N. [What are the other long-term consequences of maternal smoking during pregnancy?]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;**34** Spec No 1:3S234-40.
17. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, *et al.* Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *Am J Obstet Gynecol* 2000;**182**:68-75.
18. Kapur B, Hackman R, Selby P, *et al.* Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Curr Ther Res Clin Exp* 2001;**62**:274-8.
19. Pollack KI, Oncken C, Lipkus IM, *et al.* Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. 2007 Oct;**33**(4):297-305.
20. Armour BS, Campbell VA, Crews JE, *et al.* State-level prevalence of cigarette smoking and treatment advice, by disability status, United States, 2004. *Prev Chronic Dis* 2007;**4**:A86.
21. 813. Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. *Swiss Med Wkly* 2005;**135**:525-30.
22. 815. Woody RC, Brewster MA. Telencephalic dysgenesis associated with presumptive maternal carbon monoxide intoxication in the first trimester of pregnancy. *J Toxicol Clin Toxicol* 1990;**28**:467-75.

23. 817. Molinari C, Grossini E, Mary DA, et al. The role of nitric oxide in the peripheral vasoconstriction caused by human placental lactogen in anaesthetized pigs. *Exp Physiol* 2006;91:603-10.
24. Oncken CA, Kranzler HR. Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. *Drug Alcohol Rev* 2003;22:191-202.
25. Wisborg K, Henriksen TB, Jespersen LB, et al. Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 2000;96:967-71.
26. Morales-Suarez-Varela MM, Bille C, Christensen K, et al. Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations. *Obstet Gynecol* 2006;107:51
27. Centers for Disease Control and Prevention. Youth and tobacco use: current estimates. 2006. www.cdc.gov/tobacco/youth/index.htm
28. Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Ann Rev Psychol* 2004;55:463-91.
- 29 Jackson C, Brown JD, L'Engle KL. R-rated movies, bedroom televisions, and initiation of smoking by white and black adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:260-8.
30. Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, et al. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health* 2005;37:202-10.
31. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K, et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youth-2 study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:704-10.
32. Kaufman NJ, Castrucci BC, Mowery PD, et al. Predictors of change on the smoking uptake continuum among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:581-8.
33. Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, et al. Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:363-7.
34. Christakis DA, Garrison MM, Ebel BE, et al. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *Am J Prev Med* 2003;25:358-62.
35. Institute of Medicine. Growing up tobacco free: preventing nicotine addiction in children and youth. Available at: <http://www.nap.edu/catalog.php>
36. Albert DA, Severson HH, Andrews JA. Tobacco use by adolescents: the role of the oral health professional in evidence-based cessation programs. *Pediatr Dent* 2006;28:177-87.
37. Al-Delaimy WK, White MM, Pierce JP. Adolescents' perceptions about quitting and nicotine replacement therapy: findings from the California Tobacco Survey. *J Adolesc Health* 2006;38:465-8.
38. Engels RC, Knibbe RA, de Vries H, et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Prev Med* 1998;27:348-57.
39. Hollis JF, Polen MR, Lichtenstein E, et al. Tobacco use patterns and attitudes among teens being seen for routine primary care. *Am J Health Promot* 2003;17:231-9.
40. McCuller WJ, Sussman S, Wapner M, et al. Motivation to quit as a mediator of tobacco cessation among at-risk youth. *Addict Behav* 2006;31:880-8.
41. Grimshaw GM, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD003289.
42. Colby SM, Monti PM, O'Leary Tevyaw T, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav* 2005;30:865-74.
43. Dino G, Horn K, Abdulkadri A, et al. Cost-effectiveness analysis of the Not On Tobacco Program for adolescent smoking cessation. *Prev Sci* 2008;9:38-46.
44. Husten CG. Smoking cessation in young adults. *Am J Public Health* 2007;97:1354-6.
45. Sims TH, Meurer JR, Sims M, et al. Factors associated with physician interventions to address adolescent smoking. *Health Serv Res* 2004;39:571-86.
46. Alfano CM, Zbikowski SM, Robinson LA, et al. Adolescent reports of physician counseling for smoking. *Pediatrics* 2002;109:e47.

47. Kelly AB, Lapworth K. The HYP program-targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Prev Med* 2006;43:466-71.
48. Hanson K, Allen S, Jensen S, et al. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine Tob Res* 2003;5:515-26.
49. Muramoto ML, Leischow SJ, Sherrill D, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:1068-74
50. Trofor A., Mihaltan F., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people Romanian expertise.- articol sub tipar în revista *Tabaccologia*, www.tabaccologia.org
51. Vidrine DJ, Arduino RC, Gritz ER. Impact of a cell phone intervention on mediating mechanisms of smoking cessation in individuals living with HIV/AIDS. *Nicotine Tob Res* 2006;8 Suppl 1:S103-8.
52. Elzi L, Spoerl D, Voggensperger J, et al. A smoking cessation programme in HIV-infected individuals: a pilot study. *Antivir Ther* 2006;11:787-95.
53. Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
54. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, et al. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med* 2003;114:555-62.
55. Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, et al. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial. *Arch Intern Med* 1997;157:409-15.
56. Lee AH, Afessa B. The association of nicotine replacement therapy with mortality in a medical intensive care unit. *Crit Care Med* 2007;35:1517-21.
57. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, et al. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med* 2000;30:261-8.
58. Fowler B, Jamrozik K, Norman P, et al. Improving maximum walking distance in early peripheral arterial disease: randomised controlled trial. *Aust J Physiother* 2002;48:269-75.
59. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J* 2003;24:946-55.
60. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2005;149:565-72.
61. Christenhusz L, Pieterse M, Seydel E, et al. Prospective determinants of smoking cessation in COPD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. *Patient Educ Couns* 2007;66:162-6.
62. Wagena EJ, van der Meer RM, Ostelo RJ, et al. The efficacy of smoking cessation strategies in people with chronic obstructive pulmonary disease: results from a systematic review. *Respir Med* 2004;98:805-15.
63. Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357:1571-5.
64. Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-92.
65. Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. *Eur Respir J* 2000;16:717-22.
66. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, et al. A tailored smoking, alcohol, and depression intervention for head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2203-8.

67. McClure JB, Westbrook E, Curry SJ, et al. Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counseling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine Tob Res* 2005;7:881-9.
68. Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007;102:148-55.
69. Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1990;19:164-8.
70. Morgan GD, Noll EL, Orleans CT, et al. Reaching midlife and older smokers: tailored interventions for routine medical care. *Prev Med* 1996;25:346-54.
71. Rimer BK, Orleans CT. Tailoring smoking cessation for older adults. *Cancer* 1994;74:2051-4
72. Miller N, Frieden TR, Liu SY, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet* 2005;365:1849-54.
73. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29:1067-83.
74. George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
75. Orleans CT, Hutchinson D. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *J Subst Abuse Treat* 1993;10:197-208.
76. Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, et al. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18:867-72.
77. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:1144-56.
78. Joseph AM, Willenbring ML, Nugent SM, et al. A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *J Stud Alcohol* 2004;65:681-91.
79. Schroeder SA. Shattuck Lecture. We can do better—improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007;357:1221-8.
80. Butler J, Okuyemi KS, Jean S, et al. Smoking characteristics of a homeless population. *Subst Abus* 2002;23:223-31.
81. 563. Connor SE, Cook RL, Herbert MI, et al. Smoking cessation in a homeless population: there is a will, but is there a way? *J Gen Intern Med* 2002;17:369-72.
82. Murphy JM, Mahoney MC, Hyland AJ, et al. Disparity in the use of smoking cessation pharmacotherapy among Medicaid and general population smokers. *J Public Health Manag Pract* 2005;11:341-5.
83. 565. Cummings KM, Hyland A, Giovino GA, et al. Are smokers adequately informed about the health risks of smoking and medicinal nicotine? *Nicotine Tob Res* 2004;6 Suppl 3:S333-40.
84. Apollonio DE, Malone RE. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tob Control* 2005;14:409-15.
85. Wadland WC, Soffelmayr B, Ives K. Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *J Fam Prac* 2001;50:138-44.
86. Dermer A. Smoking, tobacco exposure through breast milk, and SIDS. *JAMA* 1995;274:214-5.
87. Jaen CR, Cummings KM, Shah D, et al. Patterns of use of a free nicotine patch program for Medicaid and uninsured patients. *J Natl Med Assoc* 1997;89:325-8.
88. O'Hara P, Connett JE, Lee WW, et al. Early and late weight gain following smoking cessation in the Lung Health Study. *Am J Epidemiol* 1998;148:821-30.
89. Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2006;41:2255-66.

90. Williamson DF, Madans J, Anda RF, et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med* 1991;324:739-45.
91. 826. Klesges RC, Winders SE, Meyers AW, et al. How much weight gain occurs following smoking cessation? A comparison of weight gain using both continuous and point prevalence abstinence. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:286-91.
92. Borrelli B, Spring B, Niaura R, et al. Influences of gender and weight gain on short-term relapse to smoking in a cessation trial. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:511-5.
93. Plotnikoff RC, Bercovitz K, Rhodes RE, et al. Testing a conceptual model related to weight perceptions, physical activity and smoking in adolescents. *Health Educ Res* 2007;22:192-202.
94. Vidrine JI, Anderson CB, Pollak KI, et al. Gender differences in adolescent smoking: mediator and moderator effects of self-generated expected smoking outcomes. *Am J Health Promot* 2006;20:383-7.
95. Cooper TV, Klesges RC, Debon MW, et al. A placebo controlled randomized trial of the effects of phenylpropanolamine and nicotine gum on cessation rates and postcessation weight gain in women. *Addict Behav* 2005;30:61-75.
96. Ussher M, West R, McEwen A, et al. Efficacy of exercise counseling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Addiction* 2003;98:523-32.
97. Allen SS, Hatsukami D, Brintnell DM, et al. Effect of nicotine replacement therapy on post-cessation weight gain and nutrient intake: a randomized controlled trial of postmenopausal female smokers. *Addict Behav* 2005;30:1273-80.
98. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002;62 Suppl 2:25-35.
99. Nides M, Rand C, Dolce J, et al. Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. *Health Psychol* 1994;13:354-61.
100. Munafo MR, Murphy MF, Johnstone EC. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 -521 genotype. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2006;141:398-402.
101. Marcus BH, Lewis BA, Hogan J, et al. The efficacy of moderate-intensity exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2005;7:871-80.
102. Ussher M: Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD002295.
103. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction* 2007; 102:534-43.
104. Centers for Disease Control and Prevention. Physical activity and health. 2005. Available at: <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/chap1.htm>. Bibliografie
105. Okuyemi KS, Harris KJ, Scheibmeir M, et al. Light smokers: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 2:S103-12.
106. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2355-8.
107. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315-20.
108. Luoto R, Uutela A, Puska P. Occasional smoking increases total and cardiovascular mortality among men. *Nicotine Tob Res* 2000;2:133-9.
109. Bitton A, Fichtenberg C, Glantz S. *msJAMA*: reducing smoking prevalence to 10% in five years. *JAMA* 2001;286:2733-4.
110. Kandel DB, Chen K. Extent of smoking and nicotine dependence in the United States: 1991-1993. *Nicotine Tob Res* 2000;2:263-74.

111. Okuyemi KS, Pulvers KM, Cox LS, et al. Nicotine dependence among African American light smokers: a comparison of three scales. *Addict Behav* 2007;32:1989-2002.
112. Tong EK, Ong MK, Vittinghoff E, et al. Nondaily smokers should be asked and advised to quit. *Am J Prev Med* 2006;30:23-30.
113. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical trial of a selfhelp intervention. *Am J Prev Med*. 1995;11: 178-184.
114. Hajek P, West R, Lee A, et al. Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction*. 2001;96:485-494.
115. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addict Behav*. 2000;25:81-92.
116. Van't Hof SM, Wall MA, Dowler DW, Stark MJ. Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tob Control*. 2000; 9(suppl 3):III64-III66.
117. Hajek P, Taylor TZ, Mills P. Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002; 324:87-89.
118. Conway TL, Woodruff SI, Edwards CC, Elder JP, Hurtado SL, Hervig LK. Operation Stay Quit: evaluation of two smoking relapse prevention strategies for women after involuntary cessation during US Navy recruit training. *Mil Med*. 2004; 169:236-242.
119. Razavi D, Vandecasteele H, Primo C, et al. Maintaining abstinence from cigarette smoking: effectiveness of group counselling and factors predicting outcome. *Eur J Cancer*. 1999;35:1238-1247.
120. Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction*. 2004;99:369-377.
121. Fortmann SP, Killen JD. Nicotine gum and selfhelp behavioral treatment for smoking relapse prevention: results from a trial using populationbased recruitment. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63:460-468.
122. Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, et al. Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2001;135:423-433.
123. Becona E, Vazquez FL. The course of relapse across 36 months for smokers from a smoking-cessation program. *Psychol Rep*. 1998;82:143-146.
124. Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict*. 1997;6:93-98.
125. Lando HA, Pirie PL, Roski J, McGovern PG, Schmid LA. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: the effect of telephone support. *Am J Public Health*. 1996;86:1786-1790
126. National Cancer Institute. Smokeless tobacco or health. Smoking, tobacco control monograph No. 2. Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, NIH Publication No. 92-3461, 1992.
127. Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless tobacco fact sheet. 2007. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/Factsheets/smokeless_tobacco.htm.
128. Hatsukami DK, Lemmonds C, Tomar SL. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? *Prev Med* 2004;38:309-17.
129. Henley SJ, Connell CJ, Richter P, et al. Tobacco-related disease mortality among men who switched from cigarettes to spit tobacco. *Tob Control* 2007;16:22-8
130. Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, et al. Self-help cessation programs for smokeless tobacco users: long-term follow-up of a randomized trial. *Nicotine Tob Res* 2007;9:281-9.

131. Ebbert JO, Rowland LC, Montori V, et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD004306.
132. Baker F, Ainsworth SR, Dye JT, et al. Health risks associated with cigar smoking. *JAMA* 2000;284:735-40.
133. Maxwell JC. Cigar industry in 2005. Richmond, VA, The Maxwell Report, 2006,
134. Nyman AL, Taylor TM, Biener L. Trends in cigar smoking and perceptions of health risks among Massachusetts adults. *Tob Control* 2002;11 Suppl 2:ii25-8.
135. International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004.
136. Wetter DW, McClure JB, de Moor C, et al. Concomitant use of cigarettes and smokeless tobacco: prevalence, correlates, and predictors of tobacco cessation. *Prev Med* 2002;34:638-48.
137. Ebbert JO, Dale LC, Severson H, et al. Nicotine lozenges for the treatment of smokeless tobacco use. *Nicotine Tob Res* 2007;9:233-40.
138. Mooney ME, Leventhal AM, Hatsukami DK, *Nicotine Tob Res*, 2006;8:435–66.
139. *Przegl Lek.* 2006; 63(10):1119-22 (ISSN: 0033-2240)
140. Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al., *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;3:CD000146

B) RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI

Ar trebui ca noțiunile despre renunțarea la fumat să reprezinte un capitol obligatoriu în curricula medicală. Sugerăm a se lua în considerare instruirea personalului medical în domeniul renunțării la fumat prin cursuri de formare susținute cu experți autorizați în domeniu. Există dovezi despre eficacitatea superioară a renunțării la fumat la pacienții tratați de medici care au absolvit cursuri de formare în domeniul tratamentului dependenței nicotinică. Medicii trebuie antrenati pentru a putea practica acest tip de intervenții medicale. Trainingul sporește motivația medicilor de a asista fumătorii și trebuie să fie gratuit, suportat din fonduri de stat sau bugetat prioritar. (Nivel de dovadă B) (1, 2, 3, 4, 5)

1. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru generațiile viitoare de medici.

Curricula universitară

Absolvenții facultăților de medicină trebuie să fie capabili de a recunoaște dependența nicotinică ca boală cronic recidivantă și de a acorda sfatul minimal antifumat, ca o intervenție corespunzătoare nivelului elementar (nivelul 1) de asistență de profil (medic de familie, medic rezident, medic practician de diverse specialități, medic dentist).

Concret, în baremul de licență al facultăților medicale *determinarea statusului fumătorului* trebuie să ocupe un loc egal alături de determinarea altor semne ale statusului vital: tensiunea arterială, frecvență cardiacă, temperatura etc. iar *acordarea sfatului minimal în vederea renunțării la fumat* trebuie însoțită la fel ca orice alt gest medical elementar. (1)

Curricula postuniversitară

Consilierea de specialitate în vederea renunțării la fumat (nivelul complex - nivelul 2) de asistență de profil trebuie asigurată de specialiști formați în acest domeniu, prin cursuri susținute cu experți recunoscuți, cursuri în urma cărora să dobândească cunoștințe teoretice și practice despre metodele de renunțare la fumat, modalitatea de abordare a pacientului cu dependență nicotinică și managementul cazurilor cu probleme, comorbidități.

Cursurile trebuie urmate de practicarea noii subspecializări iar specialiștii trebuie să beneficieze de instrumente de lucru precum ghiduri de practică de specialitate, să aibă acces la schimburi de experiență și surse de informare, eventual traininguri periodice pentru aducerea la zi a noutăților în domeniu. (1).

2. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru practicienii aflați deja în activitate.

Deoarece generațiile de medici români aflați deja în activitate nu au dobândit cunoștințe standardizate în domeniul renunțării la fumat în facultate și nici postuniversitar, cu excepția puținelor cursuri postuniversitare organizate sporadic de universitățile de medicină din unele orașe din țară sau a modulelor de training cu contribuția Societății Române de Pneumologie, a Ministerului Sănătății, asociațiilor neguvernamentale etc. în perioada 2001-2008, sugerăm acestora două nivele de pregătire. (2)

Curricula de bază – va sigura un nivel elementar de instruire, echivalent al viitoarei curricule universitare. Beneficiarii acestui modul de curs vor fi apți să acorde sfatul minimal pentru renunțare la fumat. Sunt avuți în vedere medicii de familie, medici de diverse specialități clinice cu activitate în ambulatorii, cabinete individuale și spitale.

Totodată curricula de bază va trebui să acopere lacunele de pregătire în domeniu, prin instruirea pe cât posibil a tuturor absolvenților actuali de medicină în scopul dobândirii de aptitudini pentru a înregistra statusul fumatului ca semn vital în documentele medicale.

Curricula avansată – este destinată primordial medicilor care desfășoară activitate în cabinetele deja existente de renunțare la fumat și celor care se vor adăuga pe viitor, pe măsură ce rețeaua de centre de renunțare la fumat se va extinde în toate județele țării.

Aceasta trebuie să confere absolventului capacitatea de a indica corect, urmări și evalua rezultatele terapiei dependenței nicotinică și de a gestiona competent situațiile dificile, de tipul comorbidităților, recăderilor, efectelor adverse ale terapiei, cazurilor care au contraindicații de terapie farmacologică, gravidelor, adolescenților etc.

3. Sugestii de instruire în domeniul renunțării la fumat pentru personalul reprezentat de responsabilii din domeniul sanitar.

Ca o mențiune specială, dată fiind noutatea acestui domeniu de activitate medicală, recomandăm oportunitatea instruirii specifice, cu accent pe componenta de politici sanitare fără fumat a responsabililor din sănătate în atribuțiile cărora intră coordonarea programelor de instruire și asistență medicală pentru terapia dependenței nicotinică. Aceeași recomandare și pentru personalul din serviciile de promovare a sănătății sau serviciile managerial-administrative ale diverselor unități medicale și organisme coordonatoare.

Curricula recomandată acestei categorii de personal sanitar are în vedere următoarele teme: statutul de spitale (unități sanitare) fără fumat, programe de educație pentru prevenirea fumatului, noțiuni elementare despre epidemiologia tabagismului, tratamentul și consilierea pacienților cu dependență nicotinică. (2)

Concluzionând, participarea specialiștilor la un singur modul de formare nu este suficientă și nu asigură expertiza calificată pe termen lung. Ea trebuie urmată de practicarea noțiunilor teoretice dobândite și cursantului trebuie să i se asigure condiții optime de aplicare a acestora: integrarea într-un centru de renunțare la fumat, posibilitatea de a prescrie terapia farmacologică, adresabilitatea pacienților. (5)

Bibliografie

1. Trofor A., Asistența medicală a fumătorilor – un imperativ în curricula universitară, *INSPIR* 2007, 4 – 7 octombrie 2007, Iași.
2. Trofor A., Frasila E.-I., Mihaescu T., Renunțarea la fumat în România - între speranțe și certitudini, *BMJ, ed. Lb.romana*, vol.13, nr.10, 2007, pg. 458-61
3. Curry SJ, Orleans CT, Keller P, Fiore MC. Promoting smoking cessation in the health care environment: Ten years later. *American J Prev Med* 2006; 31:269 –72.
4. Maciosek MV, Edwards NM, Coffield AB, et al. Priorities among effective clinical preventive services methods. *Am J Prev Med* 2006;31:90–6.
5. Fiore M.C., MD, Keller P.A., Curry S.J., Health System Changes to Facilitate the Delivery of Tobacco-Dependence Treatment, *American Journal of Preventive Medicine*, 2007;33(6S):S349–S356 31:269 –72.

C) RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV – referitoare la strategiile de dezvoltare a serviciilor medicale destinate renunțării la fumat –

Orice politică de renunțare la fumat reprezintă o combinație eficientă de educație și promovare a sănătății cu măsuri legislative și de mediu, iar terapia aduce o scădere a morbidității și mortalității legate de fumat.

Medicii au fost pionierii luptei antitutun. Clinicienii englezi au comunicat în primele decenii ale secolului trecut riscurile fumatului zilnic la bărbați, precum și ratele crescute de cancer pulmonar la aceeași grupă de risc (1) (Richard Doll și A. B. Hill). Un alt moment important a fost Raportul Royal College of Physicians din Londra, 1967, cu privire la rolul dăunător al fumatului.

Toate aceste acțiuni au avut ca rezultat mobilizarea medicilor, care s-au constituit în organizații profesionale, cu scopul de a proteja populația de efectele consumului de tutun.

Ulterior au apărut reacții din partea companiilor de țigări, nemulțumite de îngrădirea libertății lor comerciale, astfel încât doar statutul de persoane respectabile în societate, care pot să furnizeze informații despre sănătate, atribuit medicilor nu mai este suficient în lupta antitutun.

Există cel puțin două argumente în acest sens : (2)

- Un studiu efectuat în SUA a arătat că aproximativ 1/3 din fumătorii care-și consultă medicul nu au fost întrebați despre obiceiul fumatului și nici nu au fost îndrumați în procesul de renunțare la fumat.
- Casele de asigurări de sănătate se implică tot mai mult în compensarea costurilor legate de serviciile de sănătate prestate de personalul sanitar.

În aceste condiții, în lupta antitabac trebuie realizată o cooperare între personalul sanitar, managerii unităților sanitare, casele de asigurări de sănătate și angajatori.

Conform CDC factorii care cresc costurile, raportați la calitatea de fumător a angajaților sunt (3):

- absenteismul;
- asigurările de sănătate și viața mai scumpe;
- accidente și incendiile;
- alterarea proprietății;
- expunerea nefumătorilor și costuri suplimentare de tratament a bolilor acestora;
- reangajări în condiții de deces sau pensionare premature;
- penalități determinate de nerespectarea ordonanțelor și legilor în vigoare.

Pentru a preveni toate aceste neajunsuri, angajatorii ar trebui să aibă în vedere următoarele trei obiective pentru angajații lor (tabel 3):

Obiectiv	Metode
Promovarea sănătății	Asigurarea gratuității tratamentului Consiliere specializată (personal sanitar) Programe de promovare a sănătății la nivel de comunitate sau prin internet Plata consilierii pentru personalul sanitar implicat Credite mai flexibile pentru angajații incluși în programe de renunțare la fumat
Politici împotriva fumatului	Interzicerea fumatului Fumatul permis doar în anumite zone ventilate Alte restricții vis-a-vis de fumat în zonele comune
Informații privind beneficiile renunțării la fumat	Note informative privind beneficiile renunțării la fumat (tipărite/internet) Riscurile pentru sănătate induse de fumatul la locul de muncă Implicarea în evenimente cu această temă Consiliere via internet, linii telefonice.

Tabel 3

Rezultatele acestui tip de inițiative se vor măsura în efecte benefice pentru personal: reducerea numărului de zile de concediu medical și a pensionării premature, beneficii materiale, iar pentru angajator, reducerea pericolului de incendiu, de deteriorare a clădirii și a aparaturii, deteriorare indusă de fumat.(4)

Managerii de unități sanitare, în colaborare cu casele de asigurări de sănătate trebuie să asigure medicilor condițiile necesare realizării unei consilieri antitabac eficiente.

Se pot lua în considerare următoarele măsuri (3):

- Implementarea unui sistem standardizat de identificare a statutului de fumător pentru toți pacienții adresați unității sanitare respective.
- Desemnarea de personal sanitar care să prescrie tratament și să urmărească pacientul în sevrăj.
- Să anunțe că spitalul este susținătorul unei politici fără fumat atât în spital cât și la nivelul comunității.
- Să asigure gratuitatea tratamentului atât pe perioada spitalizării, cât și pacienților ambulatori prin compensarea acestuia de către societățile de asigurări.

- Să asigure plata serviciilor efectuate de personalul sanitar implicat. Acestea pot fi implementate prin (3):
- Foaia de observație specifică unității sanitare trebuie să conțină o rubrică în care să fie notat statutul de fumător al pacientului iar personalul trebuie informat de importanța completării acestei rubrici, alături de celelalte informații legate de istoricul pacientului.
- Asigurarea unor cursuri de training pentru personalul sanitar implicat în consilierea antifumat (Nivel de dovadă B).(1, 2)
 - Personalul sanitar trebuie instruit asupra consilierii antitabac, atât personalul în curs de pregătire cât și cel practicant.
 - Cursurile de pregătire trebuie reluate periodic cu prezentarea ultimelor noutăți în domeniu.
 - Cursurile trebuie încheiate cu examene finale, în urma cărora participanții să primească competența de a asigura consilierea antitabac rambursată de casa de asigurări.
 - Cursuri cu un nivel mai ridicat de informații trebuie realizate pentru viitorii formatori pentru a asigura diseminarea informațiilor, întregului personal sanitar.
- Unitatea sanitară trebuie să dispună de tot arsenalul terapeutic util sevrajului, pentru a putea oferi pacienților cea mai eficientă terapie, adaptată specificului acestuia și care să îi asigure continuitate și după externare. Aprovizionarea trebuie să fie constantă pentru a evita apariția fenomenelor de sevraj.
 - Începerea consilierii antifumat la pacienții internați s-a dovedit a fi eficace (Nivel de dovadă B). O metaanaliză a șase studii care a analizat acest aspect (tabel 4), a precizat că sevrajul nicotinic în timpul spitalizării poate îmbunătăți recuperarea pacientului. Rezultatele sunt mult mai bune dacă pe lângă informațiile oferite de personalul sanitar și terapie sunt înmânate broșuri, proiectate filme video, iar după externare există un serviciu de consiliere și monitorizare telefonică a pacientului (1).

Pacienți spitalizați	Numărul de studii	Rata de abținere
Îngrijire obișnuită	4	19, 2%
Îngrijire obișnuită + consiliere	6	23, 3%

Tabel nr. 4

- Informarea întregului personal, pacienților, vizitatorilor și comunității despre politica fără fumat a unității sanitare.
- Implicarea caselor de asigurări în plata serviciilor și a tratamentului.

- Oferirea terapiei antitabac (consiliere și tratament) ca serviciu compensat de casa de asigurări are efecte benefice determinând creșterea numărului de tentative de sevraj, utilizare a tratamentului și reușite ale acestuia. (Nivel de dovadă A) (2)
- O metaanaliză a 3 studii (tabel 5) a arătat o rată de abținere de 18.9% la cazurile la care tratamentul a fost compensat (5).

Tratamentul	Numărul de studii	Rata de abținere estimată(%)
Necompensat	3	8, 9
Compensat	3	18, 9

Tabel nr. 5

- Clinicienii îndeplinesc și rolul de model pentru pacienții lor (Nivel de dovadă B).(6)
 - După cum s-a observat în ultimii 20 ani, prevalența fumatului în rândul personalului sanitar a scăzut semnificativ comparativ cu populația generală. Astfel în SUA au mai rămas fumători 5.5% dintre medici, 7, 4 % dintre stomatologi și 22% dintre asistente. În România, un studiu realizat în 2005 relevă o prevalență a fumatului la medici de 10, 6% iar la asistente de 38, 4% (6, 7).

Cum pot fi susținute aceste măsuri?

Programe de renunțare la fumat

Programele de renunțare la fumat sunt vitale pentru prevenirea apariției bolilor datorate fumatului, la fumătorii actuali și viitori. Succesul unor astfel de programe depinde de existența unui suport social adecvat, a abilităților de training și rezolvare a problemelor, a mijloacelor de educație și a terapiei medicamentoase și comportamentale.

Următoarele activități sunt recomandate de OMS în acest sens (3).

- campanii naționale mediatizate (implicarea guvernului și asociațiilor medicale);
- campanii la nivel de comunitate (implicarea autorităților locale, a asociațiilor medicale, comunitate, ONG)
- promovare în media (ONG și organizații profesionale)
- locuri de muncă fără fumat (consiliere + tratament), (organizații locale și angajatori)
- spații publice fără fumat (guvern și ONG)

- campanii de promovare a sănătății (guvern, organizații medicale)
- distribuirea de materiale informative (guvern și ONG)
- linii telefonice (guvern și ONG)
- servicii specifice de consiliere (organizații sanitare, autorități, guvern)

Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale

Se recomandă interzicerea fumatului în toate unitățile de îngrijire a sănătății și în spațiile învecinate. Nivel de dovadă: C (7)

Pacienții și personalul angajat trebuie informați în mod clar, cu afișarea consecințelor nerespectării acestei politici. (8) Excepțiile ar trebui să fie rare, referindu-se la spitalele de psihiatrie și în serviciile pentru pacienți în stadiu terminal. Implementarea acestei strategii cere timp. Personalul medical care dorește să renunțe la fumat trebuie ajutat. Cadrele medicale nefumătoare sunt modele pozitive pentru pacienții spitalelor. (9)

România are legi care interzic fumatul în toate instituțiile medicale, respectarea acestora la nivel național fiind dificil de evaluat.

“Ziua Mondială / Națională fără Fumat”.

Statele membre ale OMS au creat în 1987, Ziua Mondială fără Fumat – 31 mai, cu scopul de a atenționa populația asupra creșterii numărului de fumători de pe glob și a consecințelor nefaste ale fumatului asupra sănătății. În fiecare an, OMS propune o anumită temă pentru data respectivă iar instrumentele de lucru recomandate sunt:

- Campanii naționale sau locale de informare a opiniei publice, de exemplu conferințe de presă, emisiuni TV privind prevalența fumatului și efectele sale asupra sănătății.
- Interviuri, mărturii ale fumătorilor care au renunțat și ce anume i-a ajutat să aibă succes.
- Prezentarea atitudinii personalului sanitar, campanii de renunțare la fumat în rândul acestora.
- Implicarea personalului sanitar – sevrajul nicotinic să devină o rutină în practica medicală
- Implicarea oficialităților – înființarea de cabinete de renunțare la fumat, cu dotare corespunzătoare; lansarea de programe de renunțare la fumat etc.
- Formarea de alianțe cu companiile farmaceutice pentru promovarea metodelor terapeutice de sevraj.

“Ziua Națională fără Fumat” este o campanie publică cu impact național și local, care urmărește să conștientizeze publicul larg prin mass-media, cu intenția de a-i ajuta pe cei care doresc să renunțe la fumat. La o astfel de campanie în Marea Britanie, s-a estimat o participare de 1 milion de persoane,

din care 40 000 s-au lăsat de fumat. (10) Inițiativele locale și naționale stimulează fumătorii să ia în considerare ideea de a renunța la fumat.

Și în România se celebrează o astfel de zi începând din 2003, în cea de-a treia săptămâna a lunii noiembrie, declarată Ziua Națională Fără Fumat.

Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a crește adresabilitatea la serviciile antifumat.

Realizarea de servicii telefonice de renunțare la fumat necesită susținere financiară importantă. Acestea trebuie să ajungă la fumător prin campanii de promovare în mass media, necesită personal calificat în acest tip de consiliere și program prelungit.

Orice gen de astfel de serviciu trebuie să fie gratuit. Este bazat în special pe terapie motivațională și se adresează fumătorilor în stadiul de contemplare, care doresc să renunțe la fumat. De aceea trebuie susținut de o listă de cabinete de consiliere antitabac unde să se poată oferi și terapie medicamentoasă doritorilor.

O linie telefonică gratuită ar trebui să ofere non-stop informații și ajutor oricui este interesat. Eficiența acestei metode este demonstrată de o meta-analiză a puținelor studii existente, (11) deși ar fi necesare trialuri randomizate pentru a determina nivelul de dovadă al eficacității metodei. Există dovezi modeste dar semnificative ale eficienței și în favoarea materialelor pe care un fumător le poate accesa de pe un site specializat. (9)

Există în Web site-uri pe care să ruleze programe de renunțare la fumat, atât informații privind metodele de sevraj cât mai ales metode de prevenire a recidivei. Necesită susținere financiară și facilitatori antrenați în acest domeniu.

Un site active în limba română este www.fumat.ro (de ce și cum să renunți la fumat, planuri practice și cursuri de renunțare, suport medical). Numărul gratuit din România: TEL VERDE 0800-878673 (numai din RomTelecom). Informații pe internet se găsesc și la www.stopfumat.eu

Consilierea prin telefon poate fi de două feluri: reactivă, când fumătorii apelează numărul pentru a primi ajutor/consiliere și proactivă, când fumătorii sunt apelați de către terapeut conform unui program prestabilit.

Consilierea proactivă este eficientă pentru renunțarea la fumat, chiar dacă trialurile controlate sunt puține. (12)

Consilierea reactivă telefonică poate fi un ajutor eficient, cu toate că este dificil de evaluat în trialuri randomizate. Rata de abstenență auto-raportată este crescută după această intervenție. (13)

Înființarea de servicii de renunțare la fumat în toate serviciile județene de pneumologie, deservite de personal propriu

Se recomandă următoarele:

a) *Fumătorii trebuie să aibă acces la clinici specializate pentru renunțarea la fumat, organizate și susținute de autoritățile guvernamentale.*

Nivel de dovadă: A (8, 17)

b) *Centrele specializate ar trebui să fie deservite de personal specializat, angajați cu normă întreagă pentru asistarea celor care vor să renunțe la fumat.*

Nivel de dovadă: A (8, 17, 18)

c) *Instituțiile specializate trebuie să ofere suport individual și în grup.*

Nivel de dovadă: A (14, 15, 16)

d) *Autoritățile sanitare trebuie să se implice în educarea personalului medical primar pentru oferirea sfatului minimal și să organizeze servicii de specialitate pentru tratament intensiv pentru acei fumători care nu reușesc să renunțe.*

Nivel de dovadă: A (15, 16, 18)

Tratamente compensate pentru renunțarea la fumat

Se recomandă compensarea prin asigurări de sănătate a tratamentului dependenței tabagice (medicație și consiliere). Astfel, crește procentul de fumători care folosesc medicația antitabac, care încearcă să renunțe și care reușesc să devină nefumători. Nivel de dovadă – A (17, 18, 19)

Mai multe studii au demonstrat impactul pozitiv al contribuției asigurărilor medicale asupra utilizării medicației și a ratei de success în renunțarea la fumat. (16-19) O analiză din baza de date Cochrane (2005) arată că sistemele medicale care oferă acoperire financiară completă pentru tratamentul dependenței tabagice asigură creșterea ratei și duratei abstenenței auto-raportate, la un preț relativ scăzut, comparativ cu beneficiile parțiale sau absente ale necompensării. (20) Existența de medicație gratuită (compensată în avans) sau cu reduceri de preț, a crescut numărul de prescripții medicale și rata abstenenței. (21) Îndepărtarea tuturor barierelor legate de prețul tratamentului a dus la o rată maximă de folosire a medicației. (22)

Câteva studii au analizat frecvența aprovizionării cu medicație, tentativele de renunțare la fumat, rata renunțării. În prezența compensării, pacienții au probabilitate mai mare de a primi tratament, de a avea tentative de renunțare și de a se abține de la fumat. (23)

Este interesul companiilor de asigurări, a serviciilor medicale, a departamentelor guvernamentale și a furnizorilor de medicamente să colaboreze pentru a se asigura de compensarea intervențiilor pentru dependența tabagică și de a informa fumătorii de această strategie. (23)

Începând din 2007 se finanțează în România programul național de acordare a medicației și consilierii pentru renunțare la fumat “*StopFumat*”.

Adresabilitatea mare de care se bucură programul Ministerului Sănătății și modul profesionist în care s-a desfășurat încă de la implementare, în ciuda a numeroase dificultăți (insuficiente cabinete de renunțare la fumat în toate orașele țării, deficitul de personal calificat, medicamente puține comparativ cu cererea din partea populației, noutatea și lipsa de experiență în România cu astfel de programe etc.) ne determină să recomandăm ca acest proiect să devină o permanentă.

Sugerăm extinderea spectrului de gratuitate asigurată prin program național la toate categoriile de medicamente existente pe piața românească, adică și guma de mestecat cu nicotină de 2 mg și respectiv 4 mg să poată fi procurate gratuit în cadrul programului *Stop Fumat* (având în vedere eficacitatea dovedită a terapiei combinate cu plasturi și gumă nicotinică față de monoterapie). Această afirmație se bazează pe expertiza membrilor colectivului de autori ai ghidului de față conferită de implicarea în acest program în 2007-2008.

Bibliografie

1. www.who.int/tobacco
2. Treating tobacco use and dependence – *clinical practice guideline 2008*
3. Employers smoking cessation guide – second edition
4. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248(12):1465-77.
5. Fiore M.C., Keller P.A., Curry S.J. Health System Changes to Facilitate the Delivery of Tobacco-Dependence Treatment, *Am J Prev Med* 2007;33(6S)
6. Mihaltan F., Munteanu I.- Prevalența fumatului la personalul sanitar din unitatile de pneumologie din Romania, Interventii pentru un mediu fara fumat in Romania, Sibiu, august 2005
7. Mihaltan F., Munteanu I. Ghidul spitalelor fara fumat in Romania – 2006
8. Health Education Authority/Department of Health. Creating effective smoking policies in the NHS. London: Health Education Authority, 1992.
9. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
10. Hillhouse A. Coughing up. What smokers want to help them quit and who they think should pay. London: No Smoking Day, 1998.
11. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HE, et al. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and metaanalytic review of evidence. *Health Education Research* 1996; 11:243-57.
12. Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:202-1
13. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9:148-54
14. McNeill AD. The development of dependence on smoking in children. *Br J Addiction* 1991;86:589-92.
15. *Thorax* 1998;53 (Suppl 5, Part S16 1):S16-S17)

16. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, et al. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998;339:673-9.
17. Doescher MP, Whinston MA, Goo A, et al. Pilot study of enhanced tobacco-cessation services coverage for low-income smokers. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 1:S19-24.
18. Schauffler HH, McMennamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tob Control* 2001;10:175-80.
19. Kaper J, Wagena EJ, Willemsen MC, et al. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate: results of a randomized trial. *Addiction* 2005;100:1012-20.
20. Harris JR, Schauffler HH, Milstein A, et al. Expanding health insurance coverage for smoking cessation treatments: experience of the Pacific Business Group on Health. *Am J Health Promot* 2001;15:350-6.
21. Hughes JR, Wadland WC, Fenwick JW, et al. Effect of cost on the self-administration and efficacy of nicotine gum: a preliminary study. *Prev Med* 1991;20:486-96.
22. An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM, et al. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. *Tob Control* 2006;15:286-93.
23. Meta-analysis 2008: www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm

NIVELE DE DOVADĂ

Ghidul stratifică dovezile în 3 categorii, după tipul, calitatea și numărul studiilor.

Descrierea Nivelurilor de Dovadă		
Categoria de dovadă	Sursele de dovadă	Definiție
A	Trialuri controlate și randomizate. Largă bază de date	Un număr mare de studii care implică un număr substanțial de participanți.
B	Trialuri controlate și randomizate. Bază restrânsă de date	Studiile includ un număr limitat de pacienți, analize posthoc sau ale subgrupurilor de RCTs, sau meta-analiza de RCTs. Trialurile randomizate sunt mici, pe grupuri diferite de populație, cu rezultate inconsistente
C	Trialuri nerandomizate. Studii observaționale. Consensuri ale experților	Dovezi din trialuri necontrolate și nerandomizate sau din studiile observaționale

REFERINȚE

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692: 1996.
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996;153:Supplement.
3. Office of Population Censuses and Surveys. General Household Survey 1994. London: Stationery Office, 1996.

Declarație de interes

Membrii comitetului științific al Ghidului de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumătorului (GREFA), elaborat din inițiativa grupului de lucru al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie declară că au avut colaborări în anii 2007-2008 cu următoarele companii farmaceutice: GlaxoSmithKline, Pfizer, Johnson&Johnson.

Elaborarea acestui ghid s-a făcut fără a exista vreo influență din partea vreunei companii farmaceutice asupra metodologiei de elaborare și a conținutului ghidului.

Ghid susținut de:

Societatea Română de Alergologie și Imunologie Clinică

Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov

Societatea Română de Medicină Internă

Societatea Română de Cardiologie

Colegiul Medicilor din România

Ghid publicat cu sprijinul companiilor farmaceutice
(în ordine alfabetică)



GlaxoSmithKline

Johnson & Johnson d.o.o.

