

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

Comitetul științific al ediției a 2-a a 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 obstetrică-ginecologie
Sef lucrări doctor **Ovidiu Petriș** – medic primar medicină internă, medic primar pneumologie
Doctor **Rodica Tănăsescu** – medic primar medicină de familie
Asistent medical **Victorela Vieriu** - asistent medical principal pediatrie
Psiholog clinician **Mirela Samoilă**

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
Conferențiar doctor **Paraschiva Postolache** - medic primar medicină internă, medic primar pneumologie

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

**- Ediția a 2-a revizuită și adăugită -
(2010)**



 editura
Tehnopress

SOCIETATEA ROMÂNĂ DE PNEUMOLOGIE

Editura TEHNOPRESS

Str. Pinului nr. 1A

700109 Iași

Tel./fax: 0232 260092

E-mail: tehnopress@yahoo.com

<http://www.tehnopress.ro>

Editură acreditată CNCSIS, poz. 39, cod CNCSIS 89

ISBN 978-973-702-768-9

CUPRINS

Cuvânt înainte.....	7
Mulțumiri	9
I. RECOMANDĂRI MEDICALE PENTRU ASISTAREA PACIENȚILOR FUMĂTORI...	9
1. Recomandări de abordare și diagnostic	9
1.1. Fumatul este o condiție medicală	9
1.2. Definiții, clasificări, termeni și explicații de specialitate.....	10
1.3. Fumatul este o boală cronică recidivantă.....	13
1.4. Evaluarea fumătorilor.....	13
1.4.1. Diagnosticul clinic al dependenței nicotinică	13
1.4.2. Diagnosticul de laborator al dependenței nicotinică.....	17
1.5. Identificarea de rutină a fumătorilor este obligatorie.....	18
2. Recomandări de tratament	20
2.1. Principii generale de tratament.....	20
2.2. Intervenția terapeutică pentru renunțarea la fumat este obligatorie	26
2.3. Tipuri de intervenții terapeutice: clasificare, indicații.....	28
2.4. Sfatul minimal pentru renunțarea la fumat	31
2.5. Intervenția specializată în vederea renunțării la fumat.....	32
2.5.1. Terapia farmacologică a dependenței nicotinică: generalități, clasificare	35
2.5.1.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)	38
2.5.1.2. Terapia cu bupropion	46
2.5.1.3. Terapia cu vareniclină	49
2.5.2. Terapia nonfarmacologică a dependenței nicotinică.....	53
2.5.2.1. Suportul telefonic și materialele auto-ajutătoare informative	53
2.5.2.2. Consilierea cognitiv-comportamentală	54
2.5.2.3. Suportul psihologic în vederea renunțării la fumat.....	55
2.5.2.4. Asocierea unor metode ajutătoare: hipnoza, acupunctura.....	61
2.5.3. Recomandări de scheme terapeutice individualizate	63
2.5.3.1. Asocieri de medicamente	63
2.5.3.2. Prelungirea duratei tratamentului	63
2.5.3.3. Recomandări privind reducerea fumatului	65
2.5.4. Recomandări de tratament în situații speciale și la grupe de populație cu risc	66
2.5.4.1. Recomandări de tratament la gravide.....	66
2.5.4.2. Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani	68
2.5.4.3. Recomandări de tratament la fumătorii cu comorbidități respiratorii, cardio-vasculare, psihiatrice, neoplazice etc.....	71
2.5.4.4. Recomandări de tratament pentru fumătorii cu nivel socio-economic scăzut/nivel de educație redus	72
2.5.4.5. Recomandări de abordare a creșterii în greutate după oprirea fumatului.....	72
2.5.4.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați	73
2.5.4.7. Recomandări de tratament pentru prevenirea recidivelor	73
2.5.4.8. Recomandări de tratament pentru consumatorii de alte forme de tutun	74
2.5.4.9. Recomandări referitoare la dependența de substituenți de nicotină.....	75
2.5.5. Întrebări frecvente.....	75

II. RECOMANDĂRI DE FORMARE A PERSONALULUI CARE ASISTĂ FUMĂTORI	77
III. RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV	79
III. 1. Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale	81
III. 2. „Ziua Mondială / Națională fără Fumat”	81
III. 3. Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a crește adresabilitatea la serviciile de asistare a fumătorilor.....	82
III. 4. Înființarea de servicii de renunțare la fumat.....	82
III. 5. Recomandări de rambursare/compensare a terapiei de renunțare la fumat	83
NIVELE DE DOVADĂ	84

Cuvânt înainte

Această a doua ediție a ghidului GREFA al Societății Române de Pneumologie reprezintă o versiune revizuită și actualizată a ediției originale din 2008. Dacă la prima ediție am considerat necesare o serie de date teoretice de amănunt materializate în suplimentul introductiv al ghidului ca și în ghidul propriu-zis, având în vedere că ne aflăm în fața primului ghid românesc de practică pentru specialiștii în renunțare la fumat, cu cea de-a doua apariție ne dorim un instrument de lucru mai dinamic și deopotrivă complet, unitar pentru toate categoriile de personal medical implicat. Pentru acei specialiști în formare care vor dori totuși să consulte și prima ediție – mai largită – a volumelor GREFA, acestea sunt în continuare disponibile pe website-ul Societății Române de Pneumologie - la Secțiunea de Tabacologie.

În prezentul ghid, noțiunile de bază sunt prezentate concentrat, urmărindu-se în același timp îmbogățirea materialului cu studiile cele mai recente de specialitate publicate în ultimii doi ani.

În formularea recomandărilor din această nouă ediție, ghidul GREFA 2008 a constituit un reper important, la care s-au raportat noile date devenite disponibile în intervalul 2008-2010.

Ca element de noutate, am adăugat câteva seturi de întrebări frecvente, pornind de la circumstanțele considerate problematice conform celui mai recent ghid de profil al serviciilor de sănătate publică americane, întrebări ale căror răspunsuri pot fi de folos beneficiarilor ghidului aflați în criză de timp sau în situația în care nu sunt încă suficient de experimentați în ceea ce privește asistența în vederea renunțării la fumat.

Autorii își reafirmă angajamentul de a contribui la implementarea în practică a recomandărilor din acest ghid, de a disemina informațiile conținute și de a monitoriza aplicarea acestora și în perioada imediat următoare. Onorându-ne astfel promisiunea făcută în urmă cu doi ani de a revizui periodic materialul, dorim să strângem alianțele profesionale create deja cu societățile partenere ale GREFA și să deschidem noi parteneriate prin continuarea aplicării în practică a ghidului atât în rândul specialiștilor din centrele de renunțare la fumat dar și al cât mai multor categorii de medici implicați în asistarea fumătorilor.

Autorii

Mulțumiri,

Grupul de autori mulțumește echipei de medici rezidenți pneumologie care a colaborat la selectarea referințelor bibliografice și tehnoredactare pentru elaborarea acestui material: dr. Ramona Miron, dr. Mihaela Gabriela Ciobanu, dr. Ștefan Frent, dr. Carmen Ardelean, dr. Diana Dimitriu, dr. Marius Balint.

I. RECOMANDĂRI MEDICALE PENTRU ASISTAREA PACIENȚILOR FUMĂTORI

1. *Recomandări de abordare și diagnostic*

În acest capitol sunt redate noțiuni elementare despre abordarea fumătorilor din perspectivă medicală. Acestea sunt utile medicilor și altor categorii de personal din sănătate - beneficiari ai ghidului GREFA, atât pentru a se familiariza cu acest domeniu al asistenței medicale, cât și pentru consilierea efectivă a fumătorilor, adaptând informația medicală într-un limbaj simplu, pe înțelesul pacientului.

1.1. Fumatul este o condiție medicală

Fumatul este o cauză majoră de îmbolnăvire și moarte pe glob, știut fiind că speranța de viață a unui fumător este cu 5 - dacă nu dezvoltă o afecțiune cauzată de fumat, până la 15-20 de ani mai mică - dacă se îmbolnăvește datorită fumatului. Este de la sine înțeles că în fața unei asemenea amenințări pentru sănătate orice profesionist din medicină are datoria să intervină cu recomandarea de întrerupere cât mai grabnică a fumatului.

De la bun început, se impun câteva precizări referitoare la încadrarea corectă a condiției de care ne ocupăm: fumatul.

Un prim aspect îl reprezintă adoptarea unor noțiuni și a unui limbaj corect medical cu privire la individul care consumă tutun (fumătorul). Astfel, orice medic și lucrător în sănătate trebuie să considere că *fumatul reprezintă o condiție medicală*, și nu un obicei, viciu, plăcere, stil de viață, etc.

Fumatul este o boală, care trebuie tratată de către medic.

Factorul etiologic al acestei boli este nicotina, un drog conținut în tutun, care determină dependență la cei care consumă cronic produse din tutun.

Orice gest de a fuma este dăunător sănătății. Chiar dacă, în funcție de intensitatea, durata consumului și de tipul de produs de tutun administrat, nu toți consumatorii de tutun vor urma aceeași traiectorie de risc, atitudinea corpului medico-sanitar în fața fumatului trebuie să fie una singură: să recomande ferm oprirea fumatului, cu precădere a fumatului de țigarete, cele mai nocive produse din tutun.

Așadar, fumatul se definește ca "*boala de a consuma timp îndelungat și într-un ritm zilnic produse pe bază de tutun (țigări, pipă, trabuc, bidis, narghilea, tutun mestecat, etc) fără capacitatea de a putea opri fumatul oricând, atunci când se dorește acest lucru*". În termeni medicali fumatul se definește ca: "*dependență tabagică*" sau "*dependență nicotinică*".

Perceput corect ca și boală, fumatul impune acordarea obligatorie a unei asistențe medicale în vederea opririi lui prin tratarea dependenței de nicotină. Această asistență medicală constă în diagnosticul consumului cronic de tutun și al dependenței de nicotină, urmată de tratament adecvat, exact la fel ca orice altă boală.

Totodată, este un adevăr probat științific faptul că expunerea îndelungată la tutun, în special la țigarete, are efecte nocive asupra aproape fiecărui organ din corpul omenesc, influențază negativ sarcina și dezvoltarea intrauterină a fătului, dar și sănătatea nefumătorilor expuși pasiv la fumat. Toate acestea se întâmplă pentru că fumul de tutun conține peste 4000 de componente chimice toxice, 60 dintre ei fiind carcinogeni recunoscuți. Odată livrați zi de zi, vreme de ani la rândul în organism, acești toxicanți vor acționa nociv la nivelul diferitelor aparate și sisteme, producând numeroase boli (cancere, boli obstructive pulmonare, boli cardio-vasculare, moarte subită, cataractă, infecții respiratorii, ulcer gastric, etc.) și nu de puține ori decese la vârste tinere (1).

În concluzie, prin consumul voluntar de tutun, individul se expune pe de o parte la introducerea de nicotină în organism și implicit la dezvoltarea unei boli psihice numită *dependență nicotinică*, iar pe de altă parte aportul de constituenți toxici proveniți din tutun creează risc pentru numeroase boli grave, multe dintre ele mortale. Cu cât dependența de nicotină va fi tratată mai precoce, cu atât aceste riscuri vor fi evitate, în beneficiul cert al pacientului.

1.2. Definiții, clasificări, termeni și explicații de specialitate

Dependența nicotinică/tabagică

Principalul motiv pentru care o persoană care consumă zilnic tutun de cel puțin 6 luni va deveni bolnav prin simpla sa calitate de fumător, este apariția unei *addicții la nicotina conținută în tutun*. Cunoscută ca drog capabil să inducă o dependență cel puțin la fel de puternică precum heroina sau cocaina (1), nicotina, substanță cu proprietăți psihoactive, este cea care îl determină pe fumător să dorească țigara, trabucul, pipa, etc. zi de zi, să nu poată opri fumatul la fel de ușor precum l-a inițiat și să aibă simptome fizice și psihice la întreruperea fumatului.

Ajunsă rapid în circulația sanguină prin plămâni și mucoasa bucală, nicotina se fixează la nivelul receptorilor acetilcolinici $\alpha 4 \beta 2$ de la nivelul sistemului nervos central. Se produce o creștere a concentrației de noradrenalină în nucleul accumbens și locus coeruleus, provocând senzații de stimulare psiho-intelectuală, pe care individul le resimte ca agreabile (2). Simultan, este declanșat un mecanism adaptativ care determină celulele țintă să devină mai puțin sensibile la această stimulare, pe măsură ce consumul se cronicizează (2). În consecință, cu timpul, consumatorul de tutun va trebui să-și crească doza de nicotină, respectiv cantitatea de tutun administrată, pentru a simți din nou la fel de intens, aceleași senzații agreabile de stimulare psiho-activă ca la începuturile consumului. În paralel, dacă fumătorul oprește consumul uzual de tutun, se pot instala simptome de sevraj.

După perioada de adaptare inițială, fumătorul are așadar nevoie de doza sa individuală de nicotină pentru a se simți într-o stare neutră. Această adaptare morfologică survenită în sistemul nervos central corespunde dezvoltării unei dependențe fizice (2). În plus, pe lângă dependența fizică, consumul reiterat de produse din tutun poate deveni o obișnuință. Contactele sociale, situațiile asociate cu o anumită rutină cotidiană, pot favoriza obiceiul de a consuma tutun. După un anumit timp, acest obicei se ancorează deplin în tabloul zilnic. Când, din variate motive, nu este posibil a se satisface obișnuința de a fuma, survin simptome de lipsă a nicotinei, de tipul nervozității, agitației, chiar agresivitate. Astfel de reacții sunt consecința unei dependențe fizice, dar și a uneia psihice prin urmare.

Dependența nicotinică are două componente: dependența fizică și dependența psihică. Sevrajul tabagic trebuie să se sprijine pe terapia medicamentoasă care va înlătura simptomele fizice și pe terapia comportamentală destinată a schimba atitudinile față de consumul substanței.

Un individ este *dependent de nicotină* în situația în care prezintă istoric de administrare îndelungată a substanței cu următoarele caracteristici: consum abuziv, continuă consumul în ciuda efectelor negative resimțite, toleranță crescută față de substanță (simte nevoia să crească doza de drog pentru a obține aceleași efecte) și acuză simptome de sevraj la încercarea de a opri consumul (3). O revizuire recentă a utilizării curente în cercetare clinică a criteriilor de definire a dependenței nicotinică a demonstrat validitatea acestora, în schimb acuratețea lor în stabilirea unui diagnostic clinic este încă disputată, în opinia autorilor (4).

Dependența nicotinică are o determinare multifactorială în care rolul principal îl ocupă dorința de a trăi efectele farmacologice ale nicotinei și de a evita eventualele fenomene de sevraj și asocieri condiționate fie de tip pozitiv (nicotina produce stimulare psihoactivă) fie de tip negativ (lipsa nicotinei produce disconfort) (5,6).

După criteriile adoptate de OMS în clasificarea internațională a bolilor, *dependența de tutun (tabagică)* se încadrează la: „Tulburări mentale și comportamentale datorate consumului de tutun” și se codifică cu codul de boală F.17.

Sindroamele de dependență reunesc un grup de fenomene fizice, psihice, comportamentale și cognitive în care consumul substanței (în cazul de față tutunul) devine prioritar pentru individul în cauză, în defavoarea altor comportamente care aveau valoare mai mare pentru individul respectiv, în trecut.

Diagnosticul definit (7) de *dependență nicotinică sau tabagică* este valabil doar atunci când cel puțin 3 din următoarele condiții sunt întrunite simultan la un moment dat în decursul anului precedent examinării pacientului:

- dorință puternică, compulsivă de a consuma tutun, care este mai evidentă la tentativa de a opri sau controla consumul.
- dificultate în a controla comportamentul vis-a-vis de consumul de tutun în termeni de inițiere, stopare, nivel de consum,
- stare de sevraj simptomatic la reducerea sau oprirea consumului de tutun; pentru a ușura/elimina aceste simptome, subiectul trebuie să reia fumatul.
- semne de toleranță: sunt necesare doze din ce în ce mai mari de tutun pentru a obține efectul original care era atins la doze mici la începuturile consumului.
- neglijarea progresivă a consumurilor/plăcerilor/intereselor alternative, ca urmare a abuzului de substanță psihoactivă, timpului alocat procurării substanței sau refacerii după efectele sale negative.
- persistența consumului în ciuda efectului dăunător certificat.

Abstinența nicotinică/tabagică (renunțarea la fumat)

Se apreciază ca *abstinență tabagică* o perioadă de minimum 6 luni de la data fixată pentru și realizarea efectivă a opririi fumatului. Cu alte cuvinte, dacă fumătorul a fixat o zi de renunțare când a reușit să oprească complet fumatul, din acea zi se calculează 6 luni, iar dacă la finele celor 6 luni el este tot nefumător și menține acest statut fără a mai reveni la fumat, doar în aceste cazuri se poate afirma *abstinența/renunțarea la fumat*.

Este incorect a aprecia ca renunțare la fumat afirmații ca: “nu mai fumez de 3 săptămâni/2 luni/orice alt interval mai mic de 6 luni”, chiar dacă în aceste scurte perioade pacientul nu a consumat deloc tutun.

Sindromul de abstinență la nicotină (sindromul de sevraj tabagic)

Dacă introducerea nicotinei în organism dezvoltă *dependență nicotinică*, absența ei provoacă o serie de tulburări cunoscute sub denumirea de *sindrom de sevraj sau sindrom de abstinență la nicotină*.

Sevrajul reprezintă procesul de renunțare progresivă la un drog sau la altă substanță consumată abuziv.

Sevrajul nicotinic constă în totalitatea simptomelor care apar la oprirea bruscă a aportului de nicotină, respectiv oprirea consumului de tutun. Mai ales în cazul utilizării pe timp îndelungat a nicotinei *via* consum de tutun, datorită acțiunii exercitate de acest drog la nivelul creierului în sensul dezvoltării unei dependențe fizice și psihice, oprirea bruscă a administrării lui duce la manifestări multiple, diferite de la caz la caz.

Sevrajul nicotinic este perceput ca o vulnerabilitate fizică a organismului față de nicotină, care se poate manifesta chiar din primele 4-12 ore de la renunțarea la fumat, prin simptome ca:

- nevoia acută de a fuma (*craving*-engl.*),
- iritabilitate,
- senzații de neliniște, mânie, anxietate,

- oboseală,
- apetit crescut, mai ales pentru alimente dulci, creștere în greutate,
- probleme de concentrare,
- depresie,
- insomnii,
- cefalee,
- amețeli (1).

Această simptomatologie variază în funcție de persoană, unii fumători resimțind mai pregnant sevrajul decât alții. Oricum, toate aceste manifestări sunt trecătoare, atingând un maxim de intensitate în primele 24-72 ore, urmând a diminua în următoarele 3-4 săptămâni. Simptomele de sevraj nicotinic/tabagic reprezintă totalitatea stărilor cauzate de renunțarea la consumul de tutun, pe o perioadă dificilă de circa 2-6 săptămâni și necesită ajutor medical calificat și suport psihologic.

Din acest motiv, cea mai bună strategie recomandată de ghidurile de asistare a fumătorilor constă în combinarea terapiei medicamentoase a dependenței nicotinică cu terapia psiho-comportamentală (8).

Statusul fumatului: clasificarea indivizilor în funcție de atitudinea față de fumat

Câteva dintre întrebările standard (1) cu ajutorul cărora se determină statusul fumatului sunt redată mai jos:

1. Ați fumat vreodată?
2. Cam câte țigări ați fumat în decursul vieții? Să fi fost mai mult sau mai puțin de 100*? (*100 de țigări echivalează cu 100 de grame de tutun)
3. Obișnuiți să fumați în fiecare zi/în anumite zile/la anumite ocazii? Care sunt acelea?
4. De câți ani fumați?
5. Câte țigări (alte produse din tutun: pipe, trabuce, etc.) fumați pe zi?
6. De câți ani, câte luni nu mai fumați?

O etichetare sumară, simplă și operativă a pacientului, recomandată pentru nivelul 1 de asistență primară (medici de familie, ambulatorii, dentiști, etc.) este redată mai jos:

- 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, conform definițiilor adoptate de OMS (1) se descriu următoarele categorii:

1) FUMĂTORI: cei care sunt efectiv fumători, în momentul când sunt chestionați și care practică fumatul de cel puțin 6 luni. Ei pot fi:

- a) fumător zilnic:** fumează cel puțin o dată pe zi, în fiecare zi. Aici se includ și cei care au obiceiul de a nu fuma în zile de sărbătoare sau de duminică, din motive religioase.
- b) fumător ocazional:** la momentul chestionării fumează numai în unele zile, nu zi de zi, chiar dacă înainte a fumat zilnic sau nu.

2) FOȘTI FUMĂTORI: la momentul interviului nu fumează deloc de cel puțin 6 luni de la oprirea definitivă a fumatului. Și aici există două subcategorii:

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

1.3. Fumatul este o boală cronică recidivantă

După cum s-a afirmat deja mai sus, fumatul sub forma consumului cronic de tutun (termeni echivalenți: tabagism cronic, dependență tabagică sau dependență nicotinică) *este o boală* și nu un obicei.

Mai mult, dependența de nicotină reprezintă o condiție patologică cronică, cu caracter recidivant, care solicită intervenții terapeutice susținute, repetate, precum și urmărirea periodică până la vindecare. Vindecarea este definită ca abținerea tabagică pe o perioadă de minimum 6 luni de la oprirea fumatului (8).

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 urmărirea 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 urmărirea de durată, nu doar intervenții în fazele acute de boală. Este nevoie atât de cure repetate de terapie farmacologică, cu alternarea medicamentelor 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 (8).

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 (8). 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 (8).

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.) (8).

Recomandare:

Dependența tabagică este o condiție medicală cronic-recidivantă, care necesită adesea intervenții terapeutice repetate. Tratamentul dependenței tabagice este dovedit eficace în obținerea abținentei tabagice definitive sau pe termen lung și trebuie furnizat chiar dacă serviciile specializate de asistență pentru renunțare la fumat nu sunt disponibile sau în uz curent. (Nivel de dovadă A) (9).

1.4. Evaluarea fumătorilor

Evaluarea complexă a fumătorilor în scopul opririi fumatului are în vedere un diagnostic clinic și biologic (biomarkerii expunerii la fum de tutun) al dependenței nicotinică, precum și o evaluare a profilului psiho-comportamental al acestora.

1.4.1. Diagnosticul clinic al dependenței nicotinică

Diagnosticul clinic al dependenței nicotinică/tabagice se stabilește în funcție de :
- **Statusul fumatului** – așa cum a fost prezentat în capitolul 1.2. este esențial în stabilirea strategiei optime de abordare a pacientului.

- **Tipul de produs din tutun consumat** – permite aprecierea orientativă a gradului de adicție, dat fiind că dependența de nicotină este mai severă la consumatorii de țigarete, comparativ cu cei de trabuc, respectiv pipă și narghilea (ne referim doar la acele produse din tutun consumate în principal în țara noastră). Produse specifice unor anumite regiuni ale globului, de tipul bidis (India), tutun mestecat (Suedia), etc., sunt rar disponibile în România și la abordarea consumului regulat al unor astfel de preparate de tutun se face referire în capitolul 2.5.4.8.
- **Consumul tabagic** definit 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.
- **Dependența de nicotină** justificată în prezența a cel puțin 3 din cele 7 criterii OMS care o definesc, dacă au fost prezente la un moment dat în ultimele 12 luni: dorință puternică de a fuma, dificultate în a controla cantitativ fumatul, simptome de sevraj la reducerea sau întreruperea consumului, continuarea consumului în ciuda instalării consecințelor nocive, prioritate asupra altor activități, toleranță crescută, simptome fizice de sevraj tabagic (7).
- **Scorul de dependență nicotinică** – se determină cu ajutorul testului de dependență Fagerstrom. (v. Fig.1). Acesta permite aprecierea exactă a severității *dependenței de nicotină*, calculată printr-un scor de dependență, în baza căruia se va elabora o indicație terapeutică corectă (scor 0 – 3: dependență ușoară; scor 4 – 6: dependență medie; scor 7 – 10: dependență severă). Informațiile relevante se obțin prin discuția cu pacientul sau prin completarea directă a chestionarului (un set de 6 întrebări) de către acesta. Întrebările cheie se referă la numărul de țigarete fumate zilnic, momentul primei țigări de dimineața, fumatul nocturn. Dependența de nicotină este cu atât mai mare, cu cât scorul obținut este mai mare. Un scor mare indică necesitatea administrării terapiei farmacologice și prezice un sindrom de sevraj mai sever (10).

1. Cât de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?	
Sub 5 minute	(3)
6-30 minute	(2)
31-60 minute	(1)
După 60 minute	(0)
2. Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locuri unde acesta este interzis (de ex. Biserică, cinematograful, tren, restaurant etc)?	
Da	(1)
Nu	(0)
3. La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?	
La prima țigară de dimineață	(1)
La toate celelalte	(0)
4. Câte țigări/zi fumați?	
10 sau mai puțin	(0)
11-20	(1)
21-30	(2)
31 sau mai mult	(3)
5. Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?	
Da	(1)
Nu	(0)
6. Fumați și dacă sunteți atât de bolnav încât sunteți imobilizat la pat în mare parte a zilei?	
Da	(1)
Nu	(0)

Fig. 1. Testul de dependență FAGERSTROM (după ghidul GREFA 2008) (8)

- *Evaluarea de finețe a sindromului de dependență nicotinică* este importantă pentru a surprinde cât mai exact toate fațetele dependenței de fumat și mecanismele mai discrete ale motivației pro adicție, precum: toleranța, condiționarea pozitivă și negativă, procesul de oponentă, efectul de recompensare, deprinderile sociale. Ea este posibilă cu ajutorul unor instrumente de lucru mai noi, și anume *Scala Sindromului de Dependență Nicotinică* (SSDN) și *Inventarul Wisconsin al Motivelor de Dependență Tabagică* (IWMDT). Aceste măsurători multidimensionale, folosite predominant în cercetare permit evaluarea mecanismelor specifice și diferitelor dimensiuni ale dependenței. Astfel, se poate înțelege mai bine natura motivației fumătorului - de tip obișnuință/automatism/afect pozitiv/afect negativ, indulgent/reducerea tensiunii/manipulare sedativă, addictivă, stimulativă, psihosocială, sensorial-motorie. De asemeni, se pot caracteriza unele fenotipuri legate de anumite particularități genetice, de exemplu relația dintre haplotipul sensibilității gustative și măsurători ale dependenței tabagice focusate pe motivația gustativă (11).

Chiar dacă inițial produse cu scop de cercetare, aceste măsurători multifactoriale pot avea și aplicabilitate clinică, putând anticipa cu o mai mare precizie decât măsurătorile tradiționale gen Testul de Dependență Fagerstrom, severitatea sindromului de sevraj sau apariția recidivelor.

▪ *Scala Sindromului de Dependență Nicotinică* (SSDN) (12) este o măsurătoare auto-raportată ce cuprinde 19 itemuri referitoare la diverse aspecte legate de fumat (priorizare, regularitate, scăderea sensibilității la consecințele negative, stimuli sociali, depășirea stărilor emoționale, etc.). Acestea sunt cuantificate pe o scală de la 1 (deloc adevărat) la 5 (extrem de adevărat), calculându-se un scor prin multiplicarea răspunsului pacientului la fiecare întrebare cu un factor specific și sumarizarea acestor răspunsuri ajustate factorial.

▪ *Inventarul Wisconsin al Motivelor de Dependență Tabagică* (IWMDT) conține 68 de itemuri menite să evalueze 13 domenii motivaționale derivate teoretic din categoria motivațiilor stereotipe, prioritare, automate, atașării afiliative, toleranței, continuității, etc. Se folosește o scală de la 1 (total neadevărat în cazul meu) la 7 (perfect adevărat în cazul meu). Fiecare subscală se introduce într-un scor obținut din media răspunsurilor relevante pentru respectiva subscală (13).

▪ *Tabloul Dependenței Tabagice* (TDT) este o altă auto-măsurătoare desemnată să caracterizeze criteriile APA–DSM IV* ale dependenței tabagice (14). Conform acestui tablou, 0 semnifică lipsa simptomelor iar 1 certifică prezența criteriului de dependență.

- ***Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat*** presupune o serie de întrebări despre: numărul tentativelor, cea mai lungă perioadă de abținere la fumat, dacă și ce tratament a primit pacientul, simptome de sevraj, de ce a reluat fumatul, ce a fost pozitiv cât a oprit fumatul. Acest aspect este un element important în evaluare, 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.

- ***Motivația de a renunța la fumat*** poate fi evaluată de către orice medic care asistă fumători, în cel mai simplu mod, prin întrebări directe, precum: „Doriți să renunțați la fumat (acum)?”, „Dacă v-ați hotărât să renunțați credeți că ați reuși?/ Ce șansă de a reuși vă acordați?”, „Care este motivul pentru care doriți să renunțați la fumat?”, „Cât de important este pentru dv. să renunțați la fumat?”

Modelul clasic după care se cuantifică motivația aparține lui J.O. Prochaska și C.C. DiClemente (15). Conform acestui tipar, procesul de renunțare la fumat parcurge mai multe etape:

* APA–DSM IV : Psychiatric Association - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

- *pre-contemplarea* (comportamentul față de fumat satisface pe deplin pacientul și el nu simte nevoia vreunei schimbări);
- *contemplarea* (pacientul sesizează necesitatea unei schimbări, dar aceasta nu este suficient de puternică pentru a declanșa vreo acțiune în acest sens și subiectul nu-și face încă nici un plan de acțiune);
- *pregătirea* (pacientul s-a decis să încerce o schimbare vis-a-vis de comportamentul său de a fuma, și e pregătit pentru această schimbare în viitorul apropiat);
- *acțiunea* (pacientul începe efectiv tentativa de renunțare la fumat).

Nu există un instrument de măsurare exactă a motivației, dar medicul poate apela la o scală de la 1 la 10, pe care pacientul să se autoaprecieze exact unde se află pe baza propriilor răspunsuri la întrebările despre motivația sa de a stopa fumatul. Nivelul 1 ar corespunde unui eșec sigur și nivelul 10 unei certitudini de reușită. Cei care se cotează cu valori de cel puțin 4 - 5 la aceste întrebări vor avea șanse de succes.

Motivația este un punct cheie în evaluarea fumătorului. Nu se poate vorbi despre terapie și vindecarea dependenței tabagice, în absența sau împotriva voinței pacientului. De aceea discuția medic-pacient pe această temă este crucială și poate influența bunul mers al tentativei de renunțare. Mulți pacienți nu sunt suficient de motivați inițial, în mare parte și datorită lipsei unui bagaj de cunoștințe minimal despre efectul dăunător al fumatului; în acest caz, medicul va suplini acest gol, oferind argumente pro sevrăj.

De la caz la caz și în funcție de posibilități, evaluarea clinică a fumătorului poate fi completată cu o evaluare psihologică și un interviu motivațional (8), instrumente de lucru care vor aduce elemente în plus despre profilul psiho-comportamental al pacientului, crescând șansele de succes în direcția renunțării la fumat.

- ***Istoricul medical al pacientului*** este relevant pentru alegerea opțiunii terapeutice, cu respectarea eventualelor contraindicații și precauții impuse de unele comorbidități. Cele mai frecvente condiții patologice întâlnite la marii fumători sunt depresiile și sindroamele anxioase. Ele pun cele mai numeroase probleme în privința precauțiilor și efectelor adverse ale medicației pentru renunțarea la fumat (16, 17).

Pentru o cât mai bună abordare terapeutică a fumătorilor cu depresie, medicul poate cuantifica gradul de depresie și disforie. Există mai multe modalități în acest sens, una dintre acestea este o etichetare simplificată pe baza a 2 întrebări:

- „V-ați simțit trist, deprimat, disperat în decursul ultimei luni de zile?” și
- „Ați avut senzația că faceți lucrurile fără plăcere, fără nici un interes, în ultima lună?,”

Răspunsul cert pozitiv la ambele întrebări se poate interpreta ca un semn puternic de depresie (18).

O altă modalitate, mai rapidă, poate folosi o singură întrebare: „V-ati simțit trist în majoritatea zilelor din ultimele 2 săptămâni?, situație care s-a descris mai ales la pacienți fumători cu accidente vasculare cerebrale în antecedente (19).

Se cunosc și teste mai elaborate de apreciere a gradului de depresie, precum „Scala Anxietății și a Depresiei” (*The Anxiety and Depression Scale-engl.*) (20), „Subscala Hamilton a Depresiei” (*Hamilton Depression Subscale-engl.*) (21), „Evaluarea în asistența primară a Tulburărilor Mentale și Inventarul Beck al Depresiei” (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders and Beck Depression Inventory-engl.*) (22).

Și alte afecțiuni (cardiovasculare, traumatice, dermatologice, infecțioase, etc.) pot impune contraindicații și menajamente de administrare a terapiei farmacologice, motiv pentru care este necesară consemnarea lor în fișa de consultație a fumătorului.

Foarte importantă la acest capitol este precizarea statusului fiziologic la femei (sarcină, alăptare, metodă contraceptivă, etc.), deoarece terapia medicamentoasă a dependenței nicotinică este interzisă la femeile însărcinate, atât în România cât și în majoritatea țărilor de pe glob.

1.4.2. Diagnosticul de laborator al dependenței nicotinică

Statusul fumatului stabilit pe criteriile clinice de mai sus se confirmă prin teste biochimice de determinare a biomarkerilor expunerii organismului la fum de tutun. Aceștia sunt *monoxidul de carbon* din aerul expirat și *cotina* (un metabolit al nicotinei) (1).

1. **Monoxidul de carbon (CO)** poate fi monitorizat cel mai ușor și reprezintă un indicator cert al consumului de tutun. Concentrația de CO din organismul unui fumător poate fi determinată dacă pacientul expiră într-un analizor al monoxidului de carbon. Unitatea de măsură a CO este reprezentată de ppm (părți per milion), parametru ce poate fi ușor convertit în echivalent de carboxihemoglobină, cu aparatele aflate în uz în prezent. (v. Fig.2)



Fig. 2. –Micro Smokerlyzer

În condiții normale de mediu, la un nefumător, valoarea CO în aerul expirat nu trebuie să depășească 4 ppm. Determinarea CO în aerul exhalat de un fumător va evidenția valori mai mari, de 10-20 ppm (care echivalează cu 2-5 % carboxihemoglobină). Prin urmare, dacă pacientul aflat în tratament pentru renunțare la fumat afirmă la vizita de control că nu a mai fumat, dar testul indică o concentrație de CO mai mare de 1-3 ppm, acest lucru atestă expunerea recentă la fum de tutun și astfel se poate stabili dacă pacientul spune sau nu adevărul la vizitele de control ale tratamentului.

Trebuie știut însă că timpul de înjumătățire al monoxidului de carbon este de aproximativ 4 ore; totodată CO este oarecum influențat de efortul fizic. Mai mult, în 24 de ore de la ultima țigară fumată, CO va atinge valori normale în aerul expirat (1). Așa se explică de ce măsurătorile CO în cursul dimineții, (după un număr de ore de somn când nu s-a fumat) indică în general valori mai mici ale monoxidului de carbon. De aceea este recomandabilă determinarea acestui parametru după amiaza, când CO se va dovedi un marker mai fidel al expunerii la tutun (1).

În practica clinică, valorile crescute ale CO vor fi explicate pacientului ca o dovadă a impactului fumatului asupra funcției cardiovasculare, în timp ce valorile normalizate ale CO vor fi dovada că organismul fumătorului se purifică de acest toxic. Revenirea rapidă a CO la valori normale este stimulativă pentru fumătorul aflat sub supraveghere și astfel demonstrarea valorilor mici ale CO la fiecare vizită de monitorizare va conferi un bun suport tentativei de sevrare.

Pe de altă parte, există și situații când CO poate înregistra o valoare mai mare decât ne-am aștepta, așa cum este cazul fumătorilor cu BPOC. La aceștia, fie este vorba despre producția de monoxid de carbon rezultată din procesele inflamatorii din maladia obstructivă,

fie pur și simplu este vorba de fumatul mai intens care se descrie la această categorie de pacienți. Se pare că de cele mai multe ori, ei au tendința de a fuma mai mult cantitativ, și au un mod particular de a inhala, ceea ce conduce la nivele crescute de CO în aerul expirat (23).

2. Cotinina este principalul metabolit al nicotinei. Urmărirea concentrației ei în organism permite de asemeni stabilirea gradului de expunere al individului la fumat. Măsurătorile biochimice ale nicotinei și metabolitului său major cotinina se utilizează și ca indicatori ai dependenței (24). Nicotina are un timp de înjumătățire de aproximativ 2 ore, astfel încât concentrația de nicotină găsită variază, depinzând de momentul din zi când a fost fumată ultima țigară. (25)

La rândul ei, cotinina are un timp de înjumătățire de 15-20 de ore. Ea poate fi determinată din sânge, păr, salivă și urină. O concentrație a cotininei plasmatice < 15 ng/ml este considerată doveditoare a unui nivel de nefumător. Nivelul de cotinină la fumători este în jur de 200 ng/ml, dar poate să ajungă la valori de până la 1000 ng/ml, în funcție de intensitatea fumatului (1).

Încercarea de a utiliza monitorizarea acestor biomarkeri și în alte situații, precum reducerea fumatului, impune niște remarci. Astfel, analiza a 13 trialuri în care s-a urmărit reducerea numărului de țigări fumate pe zi, utilizând în majoritatea cazurilor terapia de substituție nicotinică, a observat că nivelul de monoxid de carbon și cotinină din organism nu se diminuează proporțional cu numărul de țigări reduse/zi. Această concluzie pretează la o dublă judecată: reducerea fumatului nu se poate monitoriza coerent prin CO și cotinină, iar în cazul folosirii de substitute nicotinică, interpretarea valorilor cotininei în procesul de monitorizare a sevrajului fumatului este ambiguă, având în vedere aportul adițional de nicotină de uz medicinal *via* substituenții nicotinici (1).

1.5. Identificarea de rutină a fumătorilor este obligatorie în practica medicală.

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 (8). 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. Evaluarea va fi mai mult sau mai puțin elaborată, în măsura timpului disponibil și a profilului consultației respective (8).

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 recomandările ghidului de asistență de specialitate a fumătorului. Identificarea fumătorilor ca persoane cu probleme de sănătate se realizează prin determinarea statusului fumatului și trebuie legitimată ca un act medical de rutină. Mai departe, stabilirea unui diagnostic de acuratețe al dependenței nicotinică în vederea unei intervenții terapeutice presupune o evaluare completă a fumătorului, așa cum s-a arătat în capitolul 1.4.

Recomandare:

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) (8).

Această recomandare se bazează pe metaanaliza a 9 studii randomizate despre impactul screeningului statusului fumatului asupra rezultatelor renunțării la fumat (8). De asemeni, într-un studiu publicat în 2009, Mc Cullough și colaboratorii au arătat că rata pacienților care primesc consiliere înregistrată în documentele medicale este mai mare atunci când medicii chestionează sistematic statusul fumatului și consecutiv propun un plan de renunțare la fumat (26).

Bibliografie

1. Noțiuni generale de tabacologie – supliment al ghidului GREFA, Tehnopress Iași, 2008, www.srp.ro
2. Cornuz J., Humair J.-P., Zellweger J.-P., Desaccoutumance au tabac, Schwiz Med Forum, 2004; 4:334-339
3. Trofor A., Radu-Loghin C., Fumatul de la obicei la boala-101 întrebări despre fumat –ediția a 2-a revăzută și adăugită, Editura Tehnopress 2005
4. Difranza J., Ursprung WW., Lauzon B., Bancej C., Wellman RJ., Ziedonis D., Kim SS., Gervais A., Meltzer B., McKay CE., O'Loughlin J., Okoli CT., Fortuna LR., Tremblay M., A systematic review of the Diagnostic and Statistical Manual diagnostic criteria for nicotine dependence, Epub 2009, Dec 21, *Addict Behav.* 2010 May;35(5) 373-82)
5. Benowitz N.L., Brunetta P.G.-Smoking Hazard and Cessation- in Murray & Nadel's-Textbook of Respiratory Medicine-Mason Broaddus Murray, Nadel, 2005
6. Mihălțan F., Ciobanu M. -Tabagismul -Consecințe și tratament -Ed.Medicală 2001,București
7. Sartorius, N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the field trials of the clinical guidelines accompanying the WHO Classification of Mental and Behavioural Disorders in ICD-10. *Archives of general psychiatry*, 1993, 50:115-124
8. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D. si col.Ghidul Societății Române de Pneumologie: Ghid de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumătorului (GREFA), Tehnopress Iași, 2008 www.srp.ro
9. 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
10. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159–182
11. Cannon D.S., Baker T.B., Piper M.E., Scholand M.B., Lawrence D.L., Drayna D.T., McMahon W.M., Villegas G.M., Caton T.C., Coon H., Leppert M.F., Association between phenylthiocarbamide gene polymorphisms and cigarette smoking, *Nicotine Tob.Res.*, 2005 Dec., 7(6), 853-8
12. Shiffman S., Waters A., Hickcox A., The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence, *Nicotine Tob.Res.*, 2004, Apr., 6(2), 327-48
13. Piper M.E., McCarthy D.E., Bolt D.M., Smith S.S., Lerman C., Benowitz N., Fiore M.C., Baker T.B., Assessing dimensions of nicotine dependence An evaluation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM) *Nicotine & Tobacco Research*, 2008, 10(6), 1009-1020)
14. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S, Shimizu H. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addictive Behaviors.* 1999;24:155–166
15. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behaviour change. *Am J Health Promot* 1997; 12: 38–48
16. Hughes JR. Comorbidity and smoking. *Nicotine Tob Res* 1999; 1: S149–S152
17. Wagena E, Kant I, Huibersd MJ, et al. Psychological distress and depressed mood in employees with asthma, chronic bronchitis or emphysema: a population-based observational study on prevalence and the relationship with smoking cigarettes. *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 147–153
18. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144–1146
19. Watkins C, Daniels L, Jack C, Dickinson H, van der Broek M. Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: comparative study. *BMJ* 2001; 323: 1159.
20. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, et al. Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. [Anxiety and Depression Short Scale: norms for its use in rehabilitation.]. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66: 255–263
21. Stage KB, Middelboe T, Pisinger C. Measurement of depression in patients with chronic obstructive disease. *Nord J Psychiatry* 2003, 57: 297–301
22. Kunik ME, Azzam PN, Ouchek J, et al. A practical screening tool for anxiety and depression in patients with chronic breathing disorders. *Psychosomatics* 2007; 48: 16–21
23. Javors MA, Hatch JP, Lamb R. Cut-off levels for breath carbon monoxide as a marker for

cigarette smoking. *Addiction* 2005; 100: 159–167

24. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Saliva cotinine levels in smokers and non-smokers. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 251–258

25. Fagerstrom K.O., Assessment of the patient, in *Smoking Cessation European Respiratory Monograph*, 2008, 42, 44-50, ISSN 1025-448x

26. Mc Cullough a., Fischer M., Goldstein A., Kramer K., Ripley-Moffitt C., Smoking As a Vital Sign: Prompts to Ask and Assess Increase Cessation Counseling, *The Journal of the American Board of Family Medicine* 22 (6): 625-632, 2009)

2. Recomandări de tratament

2.1. Principii generale în tratamentul pentru renunțarea la fumat

O revizuire recentă a ghidurilor de renunțare la fumat disponibile (1) a arătat că acestea recomandă medicilor, în consens, să identifice fumătorii în mod regulat la vizitele medicale. Totodată, medicii trebuie să își motiveze pacienții să oprească fumatul și să îi asiste pe parcursul tentativelor de renunțare prin terapie farmacologică, consiliere și urmărire periodică.

Potrivit ghidurilor curente, orice medic trebuie să evalueze și să înregistreze în fișa medicală a pacientului statusul fumatului, ca procedură de rutină, la orice vizită medicală. Apoi, medicul trebuie să sfătuiască pacientul să renunțe la fumat, să aprecieze dacă pacientul este pregătit să renunțe și să-l asiste în acest scop fie el însuși fie adresându-l unui specialist în renunțare la fumat.

Acești pași simpli, cunoscuți ca strategia celor 5 „A” („*ask, advise, assess, assist, arrange follow-up*” – *engl.*), respectiv „întrebă, sfătuieste, evaluează, asistă, programează” reprezintă o schemă practică de acțiune, fundament al unei abordări eficiente în scopul opririi fumatului. Metodologia „5A” se utilizează în toate tipurile de intervenție pentru renunțarea la fumat, atât în cele elementare de tip sfat minimal, cât și în cele elaborate din categoria intervențiilor specializate.

Recomandare:

Intervențiile minimale cu o durată de mai puțin de 3 minute cresc rata generală a abinenței tabagice. Fiecare consumator de tutun ar trebui să primească obligatoriu măcar o astfel de intervenție minimală, indiferent dacă ulterior va fi adresat sau nu mai departe pentru o intervenție intensivă. (Nivel de dovadă A) (2).

În funcție de statusul fumatului și de motivarea pro sevraj, există 4 situații mai frecvent întâlnite în practică. Pentru fiecare dintre acestea, există o soluție adecvată.

Astfel:

1. *Pentru pacienții fumători care **doresc** să renunțe la fumat la momentul evaluării se recomandă furnizarea imediată a farmacoterapiei împreună cu câteva ședințe seriate de consiliere cognitiv-comportamentală.*

2. *Pentru pacienții care **nu doresc** să renunțe la fumat la momentul evaluării se recomandă folosirea strategiilor de tip interviu motivațional pentru a încuraja renunțarea/promova motivarea pro renunțare la fumat/precipita decizia de renunțare cât mai curând în viitorul apropiat.*

La această categorie de pacienți sunt oportune intervenții special concepute pentru a dezvolta/întări motivația de renunțare la fumat. Astfel de intervenții vor conține obligatoriu elemente de strategie având la bază cei „5 R” (“*Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition*” - *engl.*). Practic, medicul va rafina răspunsurile pacientului la întrebările cuprinse

în chestionar, adăugând acele noțiuni care lipsesc din bagajul de cunoștințe al fumătorului - ceea ce îl împiedică practic să realizeze pe moment importanța gestului de a renunța la fumat.

Ce presupun practic acești „5 R” în consilierea fumătorului care nu este hotărât să oprească fumatul chiar atunci?

-**Relevanța (Relevance-engl.):** în discuția cu pacientul, medicul va căuta să găsească explicații la întrebarea: „de ce renunțarea la fumat este relevantă în plan personal pentru individul respectiv. Poate fi vorba despre o anumită boală/factor de risc pe care pacientul le are deja și asupra cărora continuarea fumatului va avea un impact negativ pe viitor, o anumită situație familială sau socială, o viitoare decizie de a avea copii, anumite temeri legate de sănătate, vârstă, sex, etc.

-**Riscuri (Risks-engl.):** medicul va încerca să identifice potențialele riscuri de sănătate ale fumătorului, în plan general, să stratifice riscul acut (exacerbări ale unui astm/bronșite, recurența episoadelor infecțioase respiratorii, riscul gestațional, etc.) și riscul pe termen lung (boli cardio-vasculare, impotența, infertilitatea, cancer, BPOC, osteoporoză, etc.), să sublinieze că nu există produs din tutun lipsit de risc (inclusiv țigările *light*, *tutunul mestecat*, *pipa*, etc.).

- **Recompensele (Rewards-engl.):** medicul va invita pacientul să identifice beneficiile renunțării la fumat în plan personal. Dacă pacientul nu posedă suficiente cunoștințe, beneficii de genul unei sănătăți mai bune, al ameliorării acuității gustative și olfactive, al economisirii banilor, al înlăturării mirosului neplăcut al hainelor și părului, creșterii performanței la efort, etc. vor fi sugerate chiar de către medic, în scopul creării unei motivații realiste de a opri fumatul.

- **Obstacolele (Roadblocks-engl.):** medicul va cere pacientului să identifice acele bariere sau impedimente care stau în calea succesului sevrajului tabagic. Împreună, vor identifica soluții la aceste probleme. În majoritatea cazurilor, astfel de obstacole sunt considerate: teama de eșec, simptomele de sevraj, creșterea în greutate după oprirea fumatului, depresia, plăcerea de a fuma, anturajul de fumători, insuficiente cunoștințe despre opțiunile terapeutice.

- **Repetarea (Repetition –engl.):** intervenția terapeutică de renunțare la fumat trebuie repetată de fiecare dată când medicul consultă pacientul insuficient motivat de a renunța. Acestor pacienți medicul le va spune că de cele mai multe ori este nevoie de mai multe tentative până la atingerea abstenenței definitive, mai ales dacă este vorba despre pacienți cu tentative anterioare nereușite de renunțare. Ei vor fi asigurați de suportul intensiv al medicului dacă se hotărăsc din nou să renunțe.

Intervențiile care au în vedere creșterea gradului de motivație pro sevraj (3) recurg în general la principiile de interviu motivațional:

Exprimarea empatiei prin:

- întrebări deschise care explorează atitudinea față de fumat, de genul: *Cât de importantă credeți că este renunțarea la fumat pentru dv. personal?*
- folosirea ascultării reflexive/încercarea de a înțelege unele puncte de vedere: „Așadar credeți că fumatul vă ajută să vă mențineți greutatea?”
- sprijinirea autonomiei pacientului și a dreptului sau la respingerea schimbării: „Înteleg că nu sunteți pregătit să renunțați la fumat acum. Eu sunt aici să vă ajut atunci când veți dori să încercați”.

Dezvoltarea discrepanțelor prin:

- sublinierea discrepanțelor între comportamentul prezent al pacientului și valorile/scopurile personale exprimate ale acestuia: „Spuneți că familia contează foarte mult pentru dv. Cum credeți că fumatul îi afectează pe soția și copiii dv.?”
- schimbarea tacticii de discuție și folosirea limbajului angajat: ”Așadar vă dați seama că fumatul vă afectează respirația și vă va fi tot mai greu să țineți pasul cu copiii dv.?”

- construirea și întărirea angajamentului pentru schimbare: “Noi vă vom ajuta să evitați un infarct, așa cum a avut tatăl dv.”, “Există numeroase tratamente care vă vor ușura efortul de a renunța la fumat.”

Trecerea peste rezistența pacientului:

- prin reflecții pe marginea rezistenței exprimate de pacient: “S-ar părea că resimțiți o presiune datorită fumatului?”
- atitudine empatică: “Vă îngrijorează eventualele simptome de sevraj?”
- se va cere permisiunea de a furniza informații: “Ați fi de acord să vă învățăm câteva strategii comportamentale pentru a face față situațiilor incitante la fumat?”

Încurajarea propriilor reușite ale pacientului:

- identificarea și fructificarea succeselor anterioare: “Deci aproape ați reușit să renunțați data trecută?”
- oferirea unor soluții simple, ca pași mici care pot ajuta pe drumul renunțării la fumat: un număr de telefon – TelVerde, pliante despre beneficiile opririi fumatului, schimbarea obiceiurilor vis-à-vis de fumat, găsirea de soluții pentru țigara de la cafea/alte situații când fumatul este greu de evitat, etc.

În cazul pacienților care nu doresc să renunțe la fumat, poate fi nevoie de mai multe intervenții motivaționale de tipul celor descrise mai sus pentru a-i determina să tenteze renunțarea la fumat. Medicul va fi tenace, reluând intervenția la fiecare nouă vizită la cabinet, stimulând astfel procesul decizional spre tentativa de renunțare.

Recomandări:

1. 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) (2).
2. Intervențiile care fac apel la tehnici motivaționale sunt considerate eficiente în determinarea pacientului de a face o tentativă de oprire a fumatului în viitor. Clinicienii ar trebui să utilizeze tehnicile motivaționale pentru a încuraja fumătorii care nu doresc pe moment să renunțe, să tenteze renunțarea la fumat pe viitor. (Nivel de dovadă B) (2).

Pacienții care au renunțat recent la fumat

Aceștia sunt încă vulnerabili, mai ales în primele săptămâni/luni de la finalizarea curei terapeutice. De aceea, este indicat ca medicul să-i întrebe sistematic, la orice vizită, dacă mai fumează și să le evalueze potențialul de recidivă la fumat. Acesta este maxim la 2 săptămâni de la data fixată a renunțării la fumat și descrește pe măsura trecerii timpului.

Foarte importante în acest sens sunt întrebările: “Mai simțiți nevoia de a fuma?” „Cât de greu vă este să va abțineți de la fumat?”.

Acei pacienți care au factori majori de risc de recidivă (anturaj de fumători, sindrom prelungit de sevraj, etc.) vor fi asistați pentru a nu relua fumatul, inclusiv prin recomandarea de a urma o nouă cură de terapie.

Pentru acei abștinenți de dată recentă care reușesc să depășească cu bine aceste dificultăți se recomandă încurajarea menținerii abștinenței, felicitarea fiecărui mic succes în această direcție și o monitorizare atentă pentru a nu eșua. În discuția cu acești pacienți sunt relevante întrebările de tip deschis, care permit aflarea opiniei acestora despre diferitele aspecte ale sevrajului precum: beneficiul pentru sănătate, prezența simptomelor de sevraj, durata abștinenței, problemele ivite (efecte adverse, depresia, asocierea cu consumul de alcool, diverși factori de stress), verificarea complianței și posologiei medicației.

Toți pacienții care au renunțat recent la fumat, fie că întâmpină sau nu dificultăți de menținere a abstenenței, trebuie să primească supraveghere periodică cu suport pentru a rămâne nefumători.

Există dovezi științifice despre eficacitatea renunțării la fumat în funcție de metoda de tratament folosită. În principal, se poate vorbi despre două atitudini ale pacienților: cei care consideră că pot opri fumatul doar bazându-se pe propria lor voință și cei care apelează la ajutor medical calificat.

În ceea ce privește renunțarea bazată numai pe voință, rezultatele sunt foarte modeste: chiar dacă o majoritate de 80-90% a fumătorilor dorește să oprească fumatul (4, 5) doar 30 % raportează o tentativă serioasă de a opri consumul de tutun în ultimele 12 luni, iar aceste tentative sunt reușite la numai 5 % din cazuri dacă nu sunt asistate. Această situație are la bază date de literatură conforme unui nivel de dovadă A (6). Dacă ne referim la renunțarea la fumat asistată, cele două componente dovedite eficiente în tratarea dependenței tabagice sunt: consilierea și farmacoterapia. În privința terapiei farmacologice specifice, putem afirma că există numeroase medicații recomandate în prezent care pot fi administrate, evident respectând contraindicațiile și precauțiile fiecăreia. Atunci când consilierea este însoțită de tratament farmacologic, rata de succes a renunțării la fumat crește (7).

Eficiența consilierii crește direct proporțional cu durata și frecvența sesiunilor de consiliere (8,9).

Recomandări:

1. Există o puternică relație doză-răspuns între durata sesiunilor de tip contact față în față și succesul terapiei de renunțare la fumat. Intervențiile intensive sunt mai eficiente decât cele mai puțin intensive și ar trebui folosite ori de câte ori este posibil. (Nivel de dovadă A) (2).
2. Clinicienii ar trebui să furnizeze tuturor pacienților care doresc să renunțe la fumat tratamentul într-un format de minim 4 sesiuni de consiliere de tip față în față. Acesta este dovedit eficace în creșterea ratei de abstenență. (Nivel de dovadă A) (2).
3. 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 eficace (Nivel de dovadă A) (10).
4. Clinicienii ar trebui să încurajeze toți pacienții care doresc să renunțe la fumat să folosească medicație eficientă în tratarea dependenței nicotinică (evident cu excepția acelor categorii de populație la care medicația este contraindicată: gravide, adolescenți, etc.) (Nivel de dovadă A) (2).
5. Combinarea consilierii cu terapia farmacologică a dependenței nicotinică este mai eficientă pentru renunțarea la fumat decât fiecare din cele două metode luate separat. De aceea se recomandă asocierea celor două metode de tratament ori de câte ori acest lucru este posibil. (Nivel de dovadă A) (2).

Sistemele sanitare din toată lumea iau în considerare, în funcție de posibilitățile și resursele locale existente, asigurarea unor condiții minime de asistență în vederea renunțării la fumat: identificarea fumătorilor, recomandarea de a opri fumatul, asigurarea accesului la terapie. Există țări avansate în acest domeniu, așa ca Marea Britanie - care dispune de servicii de renunțare la fumat foarte funcționale, dar și zone sărace ale globului unde renunțarea la fumat este considerată „un lux” în condițiile sărăciei și epidemiilor care domină tabloul social.

Din acest punct de vedere, România se situează relativ bine, cu cele peste 50 de centre specializate în terapie pentru renunțarea la fumat aflate în activitate în 2010. Chiar dacă expertiza românească în acest domeniu este de dată recentă (debutul a fost făcut în 2000-2006), faptul că în ultimii 3 ani a existat un program național care a asigurat integral costurile terapiei antifumat, fie și în condiții insuficiente și cu numeroase piedici birocratice, constituie fără îndoială un câștig pentru pacienți.

Datele din literatură arată că gratuitatea consultațiilor și a medicamentelor pentru renunțarea la fumat contribuie la succesul tentativelor de sevraj a fumatului (11).

Pentru a asista eficient și sistematic toți fumătorii, medicii trebuie să posede cunoștințe minimale despre consilierea acestora, dobândite prin traininguri cu specialiștii în domeniu, dat fiind că fumatul este o boală din categoria dependențelor, condiție ce ține de aria psihiatriei, cu care mulți dintre practicieni nu sunt familiari în practica de zi cu zi. În acest mod, medicii vor căpăta abilități de evaluare psihologică a profilului fumătorului, sub raportul motivației de renunțarea la fumat, al dificultăților psiho-comportamentale pe care le resimte pacientul la întreruperea fumatului, etc.

Gradul de motivație pentru oprirea fumatului este crucial în stabilirea conduitei terapeutice.

Atunci când pacientul se află în stadii incipiente ale schimbării (pre-contemplare/contemplare), înainte de a se indica efectiv terapie, se recomandă consilierea pentru a crește gradul de motivație și trecerea la un stadiu avansat pro-schimbarea comportamentului față de fumat, ceea ce va crește șansa de succes a tentativei de renunțarea. Referitor la acest aspect, părerile sunt încă împărțite: dacă în mare parte specialiștii consideră că este de dorit să se furnizeze terapie unui pacient motivat, există și voci care susțin oportunitatea stopării bruște, fără preambul sau în baza așa-zisei „teorii a catastrofei”. Astfel de teorii aparțin lui Larabie (12), precum și lui West & Sohal (13), care găsesc o rată mai bună de succes a stopării fumatului în încercări neplanificate de renunțarea comparativ cu cele planificate din timp. Acești autori susțin că, mai ales în cazul pacienților consultați sau spitalizați pentru afecțiuni respiratorii, se poate vorbi de o acumulare tensională în cadrul căreia un eveniment advers chiar și minor poate precipita schimbarea către decizia de a stopa fumatul (12, 13).

Cu alte cuvinte, nu există o rețetă miraculoasă a renunțării la fumat. Orice metodă este binevenită dacă rezultatul final este abstenența tabagică și implicit beneficiul sanogen. De la caz la caz, medicul poate apela la o strategie clasică, bazată pe evaluarea motivațională și stadiile schimbării, sau la strategii alternative, fructificând istoricul medical și profilul psiho-emoțional al pacientului. Aici intervin și calitățile umane și de comunicare proprii ale medicului. Chiar dacă acestea nu sunt dintre cele mai bune, este de reținut că medicul are un mare atu în fața acestei categorii de pacienți - fumătorii: el are autoritate și prestigiu profesional, furnizează tratamentul care îl va ajuta pe fumător să renunțe mai ușor decât prin tentative neasistate, și cel mai important, pacientul simte nevoia să vorbească cu un medic despre modul cum fumatul îi afectează viața și sănătatea.

În acest sens, modul cum comunicăm cu un pacient care solicită să renunțe la fumat este foarte important. Medicul trebuie să țină cont de faptul că de cele mai multe ori, fumătorul venit la centrul de renunțarea la fumat, mai ales în ambulatoriu, nu se consideră un om bolnav, nici măcar nu realizează că suferă de o adicție și că are nevoie de tratament medicamentos pentru ceea ce el consideră că este mai mult “o slăbiciune, o lipsă de voință, obicei prost”, etc. Alteori, pacienții vin mai mult la presiunea familiei, a anturajului, sau la o indicație formală a unor confracți, fără a fi beneficiat de sfatul minimal sau de o informare sumară despre ce îl așteaptă dacă renunță la fumat.

În toate aceste situații și cu orice pacient, mai ales la prima consultație, se recomandă alocarea unui spațiu în care să se poată purta o discuție destinsă, într-o ambianță plăcută,

stimulând fumătorul să vorbească, fără a-l culpabiliza și încercând să se stabilească o relație de colaborare, încredere reciprocă, în timp ce se pun la dispoziția pacientului toate informațiile și mijloacele necesare pentru succesul sevrajului (14).

Se consideră că un tratament pentru renunțare la fumat a reușit atunci când se atinge abținerea tabagică. Aceasta este definită pe baza unor criterii științifice (cele 6 criterii Russell de certificare a abținentei tabagice) (7):

1. Durata abținentei

Se apreciază ca un criteriu de afirmare a abținentei o perioadă de minimum 6 luni de la data fixată pentru și realizarea efectivă a sevrajului fumatului.

2. Definirea abținentei

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 abținerea tabagică la vizita finală a tratamentului.

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

Abținerea continuă se va aprecia prin vizite seriate pe parcursul perioadei de 6-12 luni de urmărire în scopul atestării abținentei tabagice. La aceste vizite, statusul fumatului este evaluat atât prin chestionar cât și prin validare biochimică. Absența neanunțată de la o singură vizită urmată de abandonul pacientului în perioada de follow-up de 6 luni de la oprirea fumatului justifică declararea eșecului terapiei de sevraj.

3. Validarea biochimică a abținentei este obligatorie.

Este recomandabilă determinarea concentrației monoxidului de carbon (CO) în aerul expirat la toate vizitele de control a terapiei și obligatoriu la vizita finală.

4. Definirea intenției de a urma tratamentul corect

Determinarea ratei de abținere 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 de renunțare la fumat.

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

5. Definirea tratamentului corect

Se certifică abținerea 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 sdr. de sevraj etc.) să se facă prin metode dublu-orb, atunci când este posibil.

Obținerea informațiilor necesare validării abținentei poate părea laborioasă, cronofagă multora dintre fumători, care pot acuza lipsa de timp pentru a participa la toate aceste etape din programul de stopare a fumatului. În egală măsură, ea poate apare cronofagă și medicilor care se ocupă 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.

Recomandare:

Toți pacienții care primesc intervenții pentru tratarea dependenței tabagice vor fi evaluați din punct de vedere al abținentei atât la finele curei terapeutice cât și în cursul

vizitelor ulterioare. La pacienții abștinenți se recomandă certificarea abștinenței și asistarea pe perioada imediată renunțării când pot întâmpina dificultăți, iar la cei care recidivează la fumat se recomandă o nouă evaluare cu aprecierea motivației pentru o nouă tentativă de sevraj (Nivel de dovadă C) (2).

Tratamentul dependenței tabagice trebuie să ia în considerare și potențialul crescut de a recidiva la fumat al acestei condiții medicale.

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 folosită 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, sau dacă reapar simptomele de sevraj.

Chiar de la prima consultație, trebuie subliniată natura cronic-recidivantă a tabagismului cronic datorită nicotinei conținute în 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 abștinenței tabagice. Astfel, pacientul va trata problema opririi fumatului cu responsabilitate și nu vom întâmpina rezistență la reluarea intervenției medicale.

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.

De mare ajutor în acest sens sunt metodele ajutătoare intercalate unui program de renunțare la fumat: broșuri, pliante informative auto-ajutătoare, materiale audio-video, website-uri internet, linii de suport telefonic gratuite cu direcționarea spre centre specializate de asistare a fumătorilor, etc.

În țara noastră astfel de mijloace sunt deocamdată limitate. Menționăm totuși linia telefonică gratuită 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 derulat în 2008-2009. De asemeni, informații în domeniu se mai pot obține de pe website-ul Societății Române de Pneumologie (www.srp.ro). Au fost elaborate și câteva materiale educaționale pe DVD în acest scop: “DVD de training pentru specialiștii în domeniul renunțării la fumat” - autor secțiunea Tabacologie a Societății Române de Pneumologie și “Renunțarea la fumat-material educativ DVD pentru pacienți”/“Smoking cessation - DVD educational material for patients” (versiunea în limba engleză) - autor Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie Iași în colaborare cu asociația Aer Pur România.

2.2 Intervenția terapeutică de renunțare la fumat este obligatorie

Este obligatoriu ca orice fumător identificat prin consult medical să primească asistență de specialitate în scopul opririi fumatului.

În condițiile prezente ale asigurării asistării fumătorilor în România, cei mai mulți pacienți care solicită consiliere în centrele de specialitate nu au beneficiat anterior de intervenția minimală pentru renunțarea la fumat sau cel mult sunt pacienți care au primit recomandări verbale sumare de a opri fumatul. Doar o minoritate dintre cei adresați centrelor de renunțare la fumat este reprezentată de pacienți avizați, care au primit sfatul minimal, au mai consultat în trecut cabinete de renunțare la fumat, sau au urmat cure de terapie a dependenței nicotineice.

Asistarea de rutină, la toate nivelele de îngrijire medicală a fumătorilor presupune introducerea pacienților într-un algoritm standardizat de asistență (v. Fig.3) în scopul renunțării la fumat.

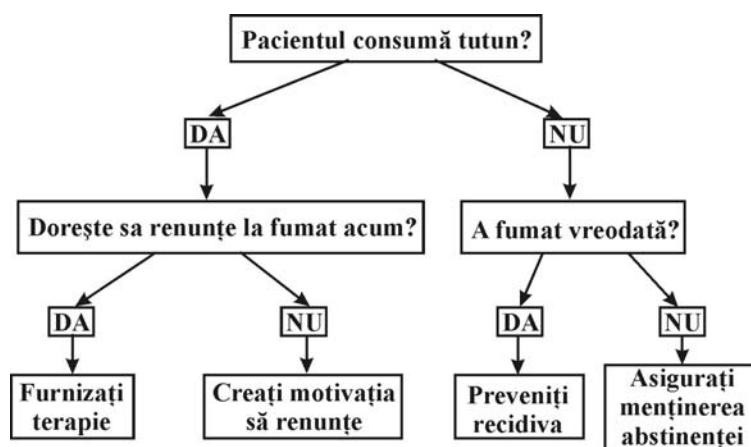


Fig. 3 (7)

În Fig. 3 este reprezentată simplificat conduita care trebuie adoptată de medic, în concordanță cu statusul fumatului și motivația de a renunța.

Concret, se pot întâlni următoarele situații:

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. *Pacientul este fumător și nu dorește să renunțe la fumat* - va primi sfatul minimal antifumat și va fi evaluat în privința “celor 5R”, după cum s-a arătat în capitolul 2.1. Această intervenție nu va conduce la obținerea sevrajului tabagic, dar va contribui la crearea unei motivații viitoare pentru renunțarea la fumat.

3. *Pacientul a fost fumător și a renunțat la fumat* - va primi intervenții minime de consiliere cognitiv-comportamentală în vederea menținerii abstinentei 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 abinența 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 abstinentei tabagice. Aceste intervenții minore sunt simple și pot fi asigurate de orice medic, fie că este sau nu specializat în renunțarea la fumat.

Recomandări:

1. Toți medicii ar trebui să recomande fiecărui pacient fumător să renunțe la fumat. Există dovezi conform cărora sfatul medicului crește semnificativ rata abstinentei la fumat. (Nivel de dovadă A) (7).
2. În cursul consultațiilor curente, medicii de familie au obligația de a-și sfătui pacienții fumători să întrerupă definitiv fumatul, să le prescrie tratament pentru dependența nicotinică/să-i adreseze unui cabinet specializat de renunțare la fumat, cel puțin o dată pe an. Acest fapt trebuie înregistrat în dosarul medical al pacientului. (Nivel de dovadă A) (7).
3. Ori de câte ori este posibil, fumătorii curenți care sunt spitalizați trebuie să primească de la un clinician specializat în domeniu aceleași intervenții

recomandate și medicilor de familie: sfat minimal/consiliere, prescrierea terapiei farmacologice a dependenței nicotinică sau adresarea la un cabinet de specialitate în acest scop. (Nivel de dovadă A) (7).

2.3. Tipuri de intervenții terapeutice de renunțare la fumat: clasificare, definiții, indicații

Intervențiile terapeutice pentru renunțarea la fumat sunt fundamentate astăzi pe binomul consiliere cognitiv- comportamentală și terapie medicamentoasă.

În practică, există trei tipuri principale de intervenții medicale:

a) Sfatul antifumat minimal: durează maxim 3-5 minute (intervenție pentru nivelul 1-recomandată în medicina primară, respectiv medici de familie, specialiști de toate categoriile atât în servicii de ambulator cât și spitalicești, dentiști);

Acesta reprezintă „o sumă de indicații verbale de a opri fumatul, la care se pot adăuga informații despre efectele dăunătoare ale fumatului oferite de orice doctor sau reprezentant de personal medical căruia i se adresează un pacient fumător”.

Sfatul antifumat este una din cele mai ieftine intervenții medicale. Aplicat izolat are un randament redus: doar 1 din 40 de fumători ajung să renunțe la fumat (15). Administrat însă în mod coerent tuturor pacienților, ca intervenție bazală, sistematică, urmată de adresarea la un centru specializat de renunțare la fumat, el constituie o piesă principală în arsenalul terapeutic de profil.

Sfatul minimal antifumat este indicat tuturor categoriilor de fumători, foști fumători, precum și celor care nu au fumat niciodată.

b) Intervenția specializată de renunțare la fumat - de tip individual (intervenție pentru nivelul 2, recomandată în centrele de renunțare la fumat care dispun de un medic și o asistentă formați în acest domeniu);

Specialiștii utilizează termenul de *consiliere* pentru asistența acordată pacienților care urmează tratamentele de renunțare la fumat. Aceste tratamente sunt compuse din medicamente dovedite eficiente în tratarea dependenței nicotinică și/sau câteva ședințe de consiliere cognitiv-comportamentală livrate în format individual. Aceste sesiuni de consiliere au scopul de a înarma fumătorul cu cunoștințe referitoare la procesul stopării fumatului și cu soluții de depășire a obstacolelor ivite pe parcursul tentativei de renunțare. Acordată în general de echipe mixte de medici, asistente și opțional psihologi cu o prealabilă pregătire în domeniu, consultația specializată presupune asistarea unui pacient avizat care a primit sfatul minimal antifumat și solicită ajutor calificat pentru a renunța la fumat. Rolul central îi revine medicului, care are responsabilitatea indicației și supravegherii terapiei farmacologice, în vreme ce asistenta medicală ajută la completarea documentației, a bazei de date, la efectuarea testelor de laborator, etc. și chiar poate acorda sfatul minimal antifumat. Psihologul vine să completeze prestația medicală, adăugând elemente de suport psiho-comportamental.

În varianta optimă, strategia individuală pentru oprirea fumatului combină sfatul (recomandarea de renunțare la fumat) cu tratamente medicamentoase (Vareniclină, Bupropion, gumă, plasturi cu nicotină etc.) și terapia comportamentală. De asemenea, se vor dovedi utile pliante, postere, punerea la dispoziție de materiale scrise, broșuri, accesul la liniile telefonice de tip „help-line” sau simpla păstrare a unui contact telefonic cu pacientul.

Materialele ajutoare scrise pentru renunțarea la fumat, liniile telefonice, etc. îi pot permite unei persoane motivate să capete informații suficiente (7) pentru a opri fumatul chiar și fără ajutorul unui specialist în consiliere antifumat. Ele sunt utile și pentru că ajută medicul să economisească timp. Totuși, acestea sunt o modalitate inferioară ca impact terapeutic sfatului antifumat obținut de la un medic.

Esențială este și urmărirea în timp a pacientului cu monitorizarea procesului de sevraj și a efectelor secundare ale terapiei farmacologice. Statusul fumatului se urmărește la fiecare

vizită de control și se obiectivează prin determinarea concentrației monoxidului de carbon în aerul expirat. Dozarea cotininei în urină, sânge, salivă sau păr aduce informații asupra expunerii organismului la tutun, mai puțin fidele însă în cazul fumătorilor care urmează cure cu substituenți nicotiniici (v. Cap. 1.4.2.) (28).

Cele mai multe recidive ale fumatului se petrec în primele 2-3 zile de abținere (circa 50%) și în primele 3 luni, prin urmare în acest interval critic pacienții trebuie să țină o legătură strânsă cu cabinetele de consiliere antifumat.

Intervenția specializată de renunțare la fumat de tip individual este metoda indicată de elecție pentru tratamentul dependenței nicotinică.

c) *Intervenția specializată de renunțare la fumat- de tip consiliere de grup*

Numeroase programe de sevraj tabagic au în vedere strategii de grup bazate pe metode educaționale interactive, un acces mai bun la terapie și sprijin psihologic. În unele țări, au apărut și linii telefonice de suport pro-active, mijloace utile care se pot asocia programelor de grup.

La metodele de consiliere în grup nu se va apela de la primele ședințe, când este greu de câștigat un auditoriu nevizitat, nepregătit pentru o astfel de întâlnire, mai ales dacă nu a primit un minim de informații (broșuri, pliante, clipuri video, audio) în prealabil.

Consilierea pentru renunțare la fumat oferită fumătorilor structurați în grupuri trebuie să apeleze la un consilier specializat, fiecare participant putând să-și exprime dificultățile de sevraj și să învețe câte ceva de la colegii de grup. Ea se poate aplica și sub forma unor sesiuni săptămânale, cu persoane antrenate pentru a ajuta fumătorii să renunțe (psihologi, nurse, etc) (16). Este bine ca pacienții să fie abordați cât mai mult individual, într-o ambianță caldă, discretă, în care aceștia să simtă apropierea și înțelegerea specialiștilor și să poată împărtăși toate temerile și preocupările relativ la starea de fumător. Odată acest cadru psihologic creat, „bătălia este pe jumătate câștigată”.

Intervenția specializată de tip consiliere de grup se recomandă ca un eșalon superior adăugit intervențiilor clasice în format individual, pentru acele cazuri în care comunicarea cu pacientul-fumător este facilitată de abordarea dependenței nicotinică în contextul consilierii colectiv-interactive.

În sinteză, modalitățile de a interveni pentru asistarea pacientului în vederea renunțării la fumat sunt reprezentate în Fig. 4 .

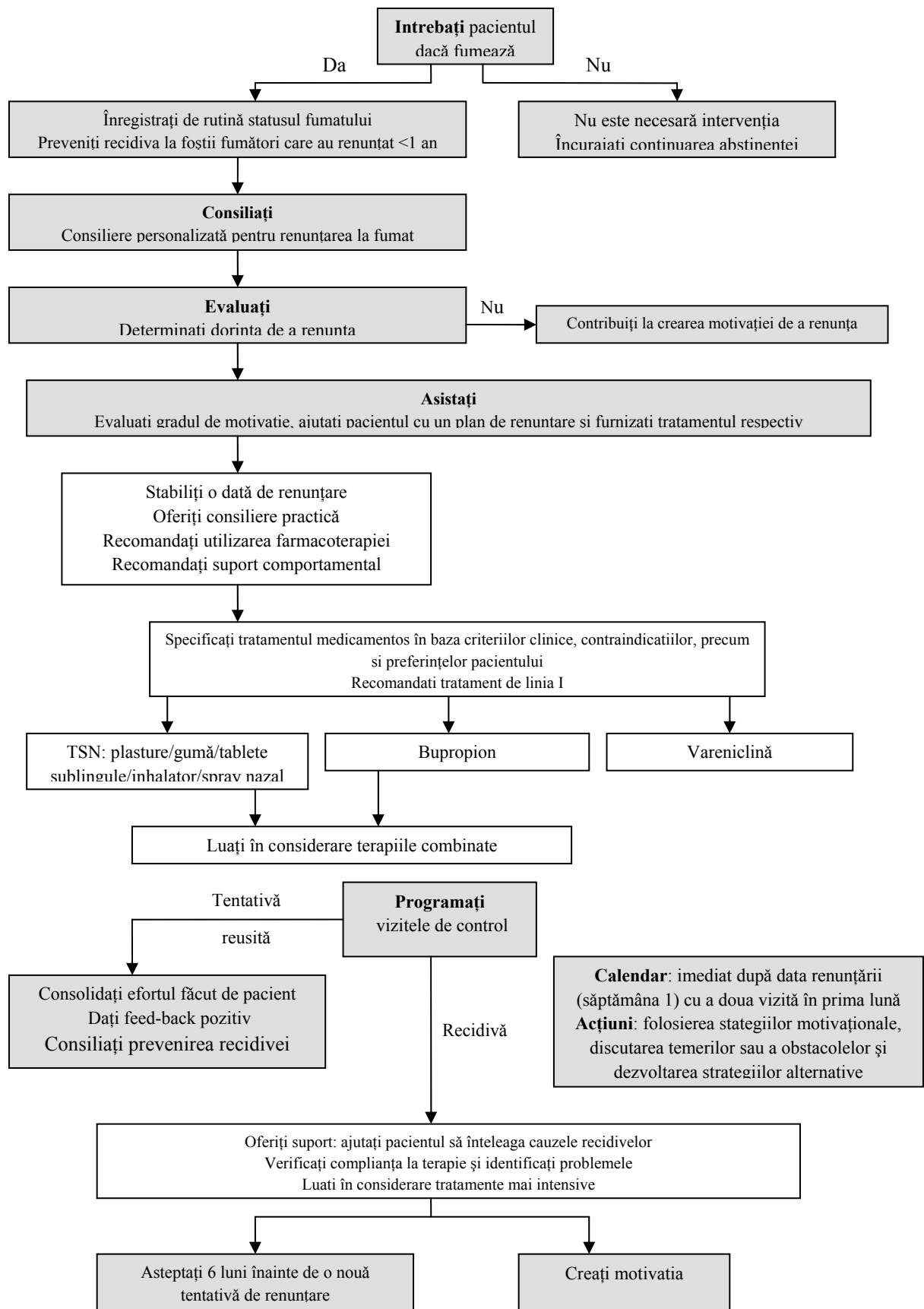


Fig. 4 – Pașii recomandați în consilierea privind renunțarea la fumat și intervențiile de primă linie, după C.Gratziou, Eur.Resp.Mon., 2008, 42, 35-43.

2.4. Sfatul minimal pentru renunțarea la fumat (Intervenție terapeutică primară - Nivelul 1)

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

Recomandare:

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) (4).

Eficiența optimă a sfatului minimal se obține la o durată a intervenției medicului de 3 – 5 minute. Aceasta crește rata abstenenței la fumat pe termen lung (4).

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 (17). Medicii dentiști și tehnicienii dentari pot fi eficienți în evaluarea și consilierea fumătorilor în vederea opririi fumatului (18). Datorită numărului mare de fumători care se prezintă la un clinician în fiecare an, sfatul minimal are un impact substanțial asupra sănătății publice.

Plan de intervenție pentru personalul medical implicat în asistarea fumătorilor.

- Evaluarea statutului de fumător, pentru fiecare pacient, la fiecare vizită medicală;
- Încurajarea tuturor fumătorilor să renunțe la fumat;
- Oferirea de consiliere celor 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 (aceștia fiind disponibili în România fără prescripție medicală) cu oferirea de informații precise și sfaturi despre utilizarea acestora.

Recomandări pentru medicii de familie

1. Medicii de familie trebuie să sfătuiască de rutină fumătorii să oprească fumatul și să recomande substitute nicotinică sau terapie non nicotinică. Este recomandabil să se consemneze răspunsul pacientului în dosarul medical și să se programeze pacientul la un specialist în consiliere de nivel 2. (Nivel de dovadă A) (4).

2. Medicii de familie și asistentele trebuie să aibe pregătire teoretică și practică pentru a oferi sfatul minimal antifumat, pentru a asista o tentativă de renunțare la fumat și pentru a indica tratamentul adecvat. (Nivel de dovadă A) (4).

Fumătorii care nu pot renunța doar prin acțiunea inițială (voință proprie, sfat minimal medical) ar trebui să primească ulterior tratament de specialitate (19). 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 (20, 21).

Sfatul minimal oferă fumătorilor o motivație, atunci când aceasta nu există încă și totodată 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.

Recomandare:

Se recomandă ca personalul medical din spitale să evalueze statusul fumatului și să acorde sfatul minimal în vederea renunțării la fumat pentru toți pacienții internați. Pacienții trebuie informați cu privire la statutul de spitale fără fumat (Nivel de dovadă C) (22). Pentru pacienți spitalizați care sunt fumători curenți, recomandăm acordarea obligatorie de ajutor medical calificat pentru oprirea fumatului (Nivel de dovadă A) (22).

Bibliografie

1. Gratiou C., Review of current smoking cessation guidelines, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 35-43.
2. Fiore M.C. and col. Quick Reference Guide for Clinicians- 2008 Update: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S.Department of Health and Human Services, Public Health Service
3. Fagerstrom K.O., Assesment of the patient, in Smoking Cessation European Respiratory Monograph, 2008, 42, 44-50, ISSN 1025-448x
4. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD000165.
5. Center disease control: Cigarette smoking among adults—United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46: 1217–20.
6. Andreas S.,Hering T., Muhlig S., Nowak D., Raupach T., Worth H.,Smoking Cessation in Chronic Obstructive Disease- an Effective Medical Intervention, *Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(16): 276–82
7. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D., si colaboratorii, Ghidul Societății Romane de Pneumologie: Ghid de renunțare la fumat și asistență de specialitate a fumătorului (GREFA) – Trofor A. Tehnopress Iași, 2008, www.srp.ro
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al., Clinical Practice Guideline. Treating Tobacco Use and Dependence. Rockville, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
9. Tønnesen P, Carrozzi L, Fagerstro`m KO, et al. Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. *Eur Respir J* 2007; 29: 390–417
10. Borgne A; Aubin HJ; Berlin I. Current therapeutic strategies in smoking cessation, *Rev Prat.* 2004; 54(17):1883-93
11. 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
12. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? *Tob Control* 2005; 14: 425–428.
13. West R, Sohal T. “Catastrophic” pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ* 2006; 332: 458–460.
14. Fagerstrom K.O., How to communicate with the smoking patient, *Eur.Respir.Mon.*,2008, 42, 57-60
15. Noțiuni elementare de tabacologie – supliment al ghidului GREFA, Tehnopress Iași, 2008, www.srp.ro
16. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 2: CD001007
17. 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.
18. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. A systematic review. *Community Dent Health* 2007;24:70-4.
19. 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
20. 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.
21. 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.
22. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF Interventions for smoking cessation in hospitalised patients(Cochrane) <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001837.html>

2.5. Intervenția specializată în vederea renunțării la fumat

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 specializată pentru renunțare la fumat unde să poată fi asistat de un specialist instruit în acest domeniu.

Intervenția (consilierea) de specialitate în vederea renunțării la fumat cuprinde mai multe componente: terapie farmacologică, consiliere cognitiv-comportamentală și metode complementare; este furnizată de personal care a absolvit cursuri de formare în domeniu și 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 de tratament. Intervenția presupune și o perioadă de urmărire fără terapie medicamentoasă, în medie 6 -12 luni (considerate critice sub raportul riscului de recidivare la fumat) de la data efectivă a opririi fumatului. Urmărirea la distanță se recomandă în scopul confirmării menținerii abstenenței tabagice și după cele 2-3 luni de farmacoterapie.

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. Prin evaluare finală se înțelege atât la finele curei terapeutice (2-3 luni) cât și la 6-12 luni de la data opririi fumatului.

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

Consultația inițială – cuprinde evaluarea clinico-biologică a fumătorului și stabilirea unei indicații terapeutice.

Astfel, programul de renunțare la fumat va începe cu informarea și pregătirea pacientului. Acesta va primi din partea medicului informații simple, pe înțelesul lui, despre: efectul dăunător al fumatului (cu referiri concrete la impactul asupra propriei stări de sănătate), terapiile eficiente, graficul consultațiilor de control pe toată durata tratamentului, perioada critică – cele 2-3 săptămâni de la debutul tratamentului când pot surveni simptomele de sevraj - și beneficiile renunțării la fumat pentru sănătate.

La prima consultație, se va evalua gradul de dependență nicotinică a pacientului, atât clinic cât și prin teste de laborator. Apoi se va cuantifica gradul de motivație pentru oprirea fumatului, cu ajutorul tehnicilor de interviu motivațional.

Pacienților motivați să renunțe la fumat li se vor prezenta succint metodele disponibile de sevraj, cu avantajele și efectele secundare corespunzătoare tuturor opțiunilor terapeutice, alegându-se de comun acord soluția cea mai adecvată, potrivit stadiilor schimbării în care se găsește pacientul.

Cu experiența de care dispune, medicul va alege pentru fiecare pacient în parte, în urma unei ședințe de consiliere inițială care să cuprindă toate aceste informații, metoda cea mai potrivită de oprire a fumatului. În lume, există o ofertă generoasă de astfel de metode: *medicamente* - substitute de nicotină, pilule care scad pofta de a fuma, antidepresive, anxiolitice, *terapia comportamentală*, *psihoterapia*, *metode complementare* - acupunctura, hipnoza, etc. În ultimii ani s-au înregistrat progrese simțitoare în domeniu prin apariția de medicație îmbunătățită de tipul *vareniclină*, dar și printr-o mai bună utilizare a medicației existente: combinații de diferite produse din categoria substitutelor nicotinică, prelungirea utilizării acestora - dacă e necesar, sau folosirea lor ajutătoare în paralel cu reducerea numărului de țigări zilnice.

Toate aceste medicamente trebuie utilizate numai cu acceptul pacientului, după consilierea medicală oferită de un specialist și cu respectarea tuturor contraindicațiilor medicamentoase. În acest sens, 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. 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 terapia farmacologică.

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 un impact important asupra succesului sevrajului fumatului.

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

Impactul pozitiv asupra renunțării la fumat este sugerat de elemente precum: un loc de muncă unde se respectă interdicția fumatului, o locuință în care nu se fumează, pacientul are un anturaj de nefumători. Dimpotrivă, un impact negativ asupra încercării de stopare a fumatului rezultă datorită unor factori din categoria: dependenței nicotinic severe, unui istoric medical de afecțiuni psihiatrice/depresie/consum de medicamente psihotrope, unei personalități anxios-depresive, stress-ului cotidian, expunerii îndelungate la fumat pasiv (1).

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 abstenenței 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.

Recomandare:

Se recomandă - dat fiind potențialul cronic recidivant al dependenței nicotinic - 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) (1).

Consultațiile de control (“follow up”- engl.)

În perioada de 2-3 luni de tratament, indiferent de schema terapeutică indicată, se recomandă supravegherea/urmărirea (*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 și că nu are efecte adverse medicamentoase.

Vizitele de control permit actualizarea statusului fumatului, monitorizarea biomarkerilor fumului de tutun și prevenirea eșecurilor terapiei. Aceste vizite 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 abstenență temporară.

Menținerea unei legături permanente cu fumătorul aflat în tratament este crucială.

Această legătură poate fi materializată în vizite fizice de control cu discuții față în față cu specialistul dintr-un centru de renunțare la fumat, sau în mod indirect prin apelarea unei linii telefonice gratuite/a unui telefon de serviciu dintr-un cabinet medical/corespondență electronică (e-mail). Urmărirea poate fi realizată și de către personalul ajutător din centrul de renunțare la fumat – asistente medicale, psihologi, de către alți colegi medici sau de medicul de familie – adică acele persoane cu care pacientul poate veni în contact mai accesibil decât cu medicul specialist în renunțare la fumat, dacă acesta este foarte ocupat.

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 pacientul se va simți susținut în permanență și ajutat, va ști că orice problemă ar întâmpina pe durata terapiei de sevraj, el are un acces rapid la consiliere și personalul care îl asistă va găsi o soluție la acea problemă.

Pe de altă parte, mai ales în condițiile deficitului de personal calificat din țara noastră, timpul medicilor 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, reprogramarea vizitelor de control sau afecțiuni intercurrente.

Cea mai importantă este prima vizită de control – recomandat a fi stabilită în imediata apropiere (la câteva zile) după data preconizată de pacient ca data la care va încerca să renunțe 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 de la caz la caz, și o dată mai îndepărtată pentru fixarea zilei opririi fumatului, de exemplu în cursul săptămânii 3-6. Acest fapt este valabil mai ales 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 în antecedente.

Consultația finală

Aceasta consultație se desfășoară la finalul curei terapeutice, în general la 2-3 luni de la consultația inițială și scopul ei principal este evaluarea abstinentei tabagice ca rezultat al tratamentului.

La consultația de final de tratament se va evalua din nou clinic și biologic statusul fumatului, se va cerceta apetitul de a fuma, modul cum subiectul face față situațiilor incitante la fumat, se va face inventarul simptomelor de sevraj și al efectelor secundare ale farmacoterapiei. Totodată, pacientul care a oprit fumatul va primi consiliere cu scopul menținerii abstinentei și prevenirii recidivelor fumatului, iar cel care nu a reușit să renunțe la fumat va fi reevaluat în perspectiva repetării tentativei de renunțare.

2.5.1 Terapia farmacologică a dependenței nicotinică: generalități, clasificare

Fiind o boală cronică, fumatul impune o intervenție terapeutică multicomponențială, în cadrul căreia tratamentul farmacologic reprezintă un element vital. Farmacoterapia dependenței nicotinică cuprinde o ofertă generoasă de medicamente, de la substituenți nicotinicici în diferite forme de administrare (gumă, plasturi, spray nazal, inhaler, tablete sublinguale), la antidepressive, antagoniști ai receptorilor nicotinicici, etc. Se cunosc două categorii de medicamente indicate în renunțarea la fumat: medicamente de linia întâi și medicamente de linia a doua.

Medicamente de linia întâi sunt considerate acelea care au fost dovedite ca eficiente în tratarea dependenței de tutun, au un nivel de siguranță bun și au aprobarea FDA* pentru a fi

* FDA = Food and Drug Administration

utilizate, exceptând contraindicațiile cunoscute sau uzul lor la acele populații specifice la care nu există suficiente dovezi asupra profilului de eficiență și siguranță (gravide, copii, fumători moderați, etc.). Medicația de linia întâi trebuie să reprezinte prima opțiune a clinicienilor în tratarea dependenței de nicotină.

Ca medicamente de linia a doua recomandate în renunțarea la fumat se consideră acele medicații pentru care există dovezi de eficacitate, însă într-o măsură mai limitată decât pentru medicația de linia întâi, fie deoarece FDA nu a aprobat indicarea acestora în tratarea dependenței de tutun, fie deoarece există suspiciuni de efecte adverse mai mari decât cele cunoscute la medicamentele de linia întâi. În general, ele se recomandă de la caz la caz, în situațiile în care din diverse rațiuni (lipsa de eficacitate, contraindicații, etc.) nu se pot folosi medicații de primă linie.

Pe măsură ce experiența acumulată în ultimii ani de specialiștii în domeniu s-a îmbogățit, s-au înregistrat și progrese simțitoare în privința randamentului medicamentelor întrebunțate pentru stoparea fumatului. Astfel, pe lângă monoterapie, se poate recurge și la combinarea diferitelor terapii farmacologice, prelungirea duratei terapiei, ajustarea dozelor pentru jugularea efectelor adverse, asocierea cu metode adjuvante (hipnoza, acupunctura, etc.), în scopul unei utilizări cât mai judicioase a terapiilor medicamentoase existente.

Enumerăm mai jos principalele medicamente folosite în lume în practica renunțării la fumat:

Medicamente de linia întâi

1. ***Terapia de substituție nicotinică (TSN)*** reprezintă o clasă de medicamente care eliberează nicotină în scopul substituirii parțiale a nicotinei provenite din produsele din tutun precum și pentru reducerea intensității simptomelor de sevraj nicotinic.

Se cunosc următoarele forme de administrare a TSN:

a) ***Guma cu nicotină***, în varianta de 2 și 4 mg, este un tratament considerat eficace la un nivel de dovadă A (2).

b) ***Plasturele cu nicotină***, produs disponibil în diverse concentrații și durate de administrare, este de asemenea eficace – nivel de dovadă A – în tratarea dependenței tabagice.

c) ***Inhalatorul cu nicotină*** este un dispozitiv care permite pulverizarea de nicotină farmaceutică. Aceasta se absoarbe la nivelul mucoasei oro-faringiene ca o medicație eficace pentru dependența tabagică, de nivel de dovadă A. Medicamentul este contraindicat la gravide și tineri sub 18 ani și trebuie utilizat cu precauții la pacienții cardiaci, cu deosebire cei care au avut infarct miocardic în ultimele 2-3 săptămâni, ca și la cei care au aritmii severe sau angină pectorală instabilă. Acest produs nu este deocamdată disponibil în România, iar în țările unde se găsește poate fi obținut numai pe baza prescripției medicului. La fiecare utilizare a inhalerului se aplică un puff sau o inhalație. Dozajul este de 6-16 cartușe/zi, în condițiile în care un cartuș poate livra 4 mg de nicotină pe parcursul a 80 de inhalații. Durata recomandată a terapiei este de 6 luni, cu mențiunea că în ultimele 3 luni este bine să se modereze doza de medicație. Ca efecte adverse se citează iritația la locul administrării (gât și cavitate orală), tuse iritativă, rinită. Eficacitatea inhalerului cu nicotină în renunțarea la fumat este dublă vs. placebo, după cum a arătat metaanaliza a 6 studii randomizate (3).

d) ***Tableta orală cu nicotină (lozenge-engl.)*** este disponibilă în variante de 1, 2 și 4 mg, eliberând nicotina la nivelul mucoasei bucale, odată cu dizolvarea tabletei. Se realizează concentrații plasmatică cu 8-10% mai mari decât în cazul gumei nicotinică. Tableta nu se mestecă și nici nu se înghite. Demonstrată într-un singur studiu randomizat ca având o eficacitate dublă față de placebo la fumătorii cu dependență moderată, respectiv triplă la cei sever dependenți, tableta cu nicotină se situează între terapiile dependenței nicotinică cu o eficiență de nivel de dovadă B (3). Studiul a situat eficacitatea tabletei orale la 15% abinență la 1 an cu tableta de 4 mg vs. 6% placebo, respectiv la 18% cu tableta de 2 mg vs. 10% placebo (4).

Dozele terapeutice se stabilesc în funcție de severitatea dependenței nicotinic (tabletele de 2 mg la cei cu dependență redusă și de 4 mg la cei cu dependență ridicată) și de consumul zilnic de țigări. Dozajul acceptat este de minim 9 tablete/zi în primele 6 săptămâni, în total cura durează 12 săptămâni și nu se recomandă mai mult de 20 de tablete zilnic, administrându-se în general 1-2 tb la fiecare 1-2 ore, primele 9 zile, apoi doza se reduce progresiv, pe parcursul următoarelor 8-10 săptămâni. La fumătorii a peste 20 țigări zilnic, ca și la cei care aprind prima țigară înainte de 30 de minute de la trezire, este indicată din ziua 1 de tratament tableta de 4 mg. Dacă pacientul fumează între 11-20 țigări/zi și/sau prima țigară este aprinsă după 30 de minute de la trezire, se va opta inițial pentru tableta de 2 mg, iar la un consum sub 10 țigări/zi, se va administra de primă intenție tableta de 1 mg. Trebuie știut că nu este bine să se consume simultan alimente, lichide, sucuri sau alte băuturi acidulate. Acestea pot interfera absorbția nicotinei, de aceea cel mai bine este ca timp de 15 minute înainte și în timpul dizolvării tabletei să nu se ingere nimic în afară de apă (3).

Cel mai frecvent efect advers întâlnit este greața, alături de care se mai descriu dureri bucale și de gât. Principala contraindicație sunt infecțiile oro-faringiene. Avantaje față de gumă: nu trebuie mestecate, eliberează o cantitate de nicotină cu cca 25% mai mare față de gumă.

Tableta cu nicotină este și ea încadrată ca o medicație eficace contra fumatului, dar contraindicată copiilor și gravidelor și impune aceleași precauții cardio-vasculare ca și inhalerul nicotinic.

e) **Tableta sublinguală cu nicotină** conține 2 mg nicotină. Această tabletă se introduce sublingual, unde se dizolvă în aproximativ 15-20 de minute. Dozele se stabilesc în raport de consumul zilnic de țigarete:

- la peste 16 țigări/zi, se recomandă 1-2 tb/oră, între 10-40 tb sublinguale/zi
- la 10-15 țigări/zi, se recomandă 1tb/oră, în limita a 6-30 tb sublinguale/zi
- la 6-9 țigări/zi, se va administra tot 1 tb/oră, nu mai mult de 3-10 tb sublinguale zilnic.

Durata totală a tratamentului trebuie să fie ≥ 12 săptămâni, cu reducerea progresivă ulterioară, după caz. Ca efecte adverse menționăm dureri buco-faringiene, iar contraindicația principală sunt infecțiile cu aceeași localizare (5).

f) **Spray-ul nazal cu nicotină** este un tratament eficient pentru oprirea fumatului, cu un nivel de evidență A, el dublând rata abstenenței la distanță în comparație cu placebo. La rândul său, nici acest substitut nicotinic nu este permis la gravide și tineri sub 18 ani, impunând aceleași precauții cardio-vasculare ca și tableta/inhalerul cu nicotină. Circa 94% dintre utilizatori au raportat iritație nazală în primele 2 zile de la începerea tratamentului și procentul celor care descriu acest efect secundar se menține ridicat la 81% și după 3 săptămâni de terapie. Alte efecte adverse observate au fost congestia nazală, modificările tranzitorii de gust și miros. Spray-ul nu se recomandă pacienților cu hiperreactivitate bronșică. Totodată, este bine ca pacientul să nu strănute, înghită sau inhaleze propriile secreții în timpul cât își administrează acest spray, pentru a evita efectul iritativ local crescut (cel mai bine este ca pacientul să-și aplice spray-ul cu capul ușor în hiperextensie).

Dat fiind aportul crescut de nicotină via spray-ul nazal nicotinic, aproximativ 15-20 % dintre utilizatori sunt susceptibili de a deveni dependenți de acest produs, utilizând spray-ul pe o durată mai lungă decât cura terapeutică recomandată de medic. Doza uzuală este de 0,5 mg/narină, inițial 1-2 doze/oră, cu posibilitatea creșterii dozajului atât cât este necesar pentru îndepărtarea simptomelor de sevraj. Limitele între care se situează dozarea zilnică sunt 8-40 doze/zi, în total durata terapiei este de 3-6 luni. Un recipient de spray cu nicotină conține câte 100 de doze (3).

2. **Bupropion SR** este o medicație non-nicotinică ce acționează prin blocarea receptorilor nicotinici acetilcolinergici. Bupropionul este un tratament eficace pentru abandonul fumatului, cu nivelul de evidență A (2).

3. **Vareniclina** este un medicament din clasa produselor non-nicotinice, care acționează deopotrivă ca agonist parțial și antagonist al receptorilor nicotinici din creier. Acest efect regulator recomandă vareniclina ca medicamentul cu cea mai mare eficacitate la ora actuală, cotate cu nivelul de evidență A (2).

Medicamente de linia a doua:

Sunt puține opțiunile incluse în această categorie de tratamente, și anume:

1. **Clonidina**, medicament eficace în sevrul fumatului, recomandat în acest scop ca medicație de a doua linie, numai sub supravegherea unui specialist (Nivel de dovadă A). Datele despre utilizarea clonidinei în renunțarea la fumat provin din analiza a 3 studii randomizate cu administrare de clonidină zilnic de 0,15 - 0,75 mg în forma orală și 0,10 - 0,20 mg în cea transdermică. În general medicamentul se acordă numai prin prescripția medicului și este indicată începerea terapiei cu aproximativ 3 zile înaintea datei fixate pentru oprirea fumatului. Se începe cu doza inițială de 0,10 mg b.i.d. în forma orală sau cu cea de 0,10 mg/zi transdermic, crescându-se ulterior cu 0,10 mg/zi per săptămână, în funcție de necesitate. Durata totală a curei terapeutice variază în literatură de la 3-10 săptămâni (3).

S-a constatat dublarea ratei de sevrăj cu ajutorul clonidinei comparativ cu placebo (2).

De altfel, clonidina este folosită în principal ca medicație antihipertensivă. Ea nu a fost aprobată de FDA în tratarea dependenței de tutun. De aceea, experții recomandă utilizarea ei cu precauții în sevrul fumatului, numai ca alternativă unică la alte medicații de linia întâi și cu precauții în privința posibilelor efecte adverse.

Clonidina este contraindicată la gravide și copii iar administrarea ei impune precauții la pacienții care manipulează mașini/utilaje sau la conducătorii auto, datorită efectului sedativ. Printre efectele adverse ale medicamentului se numără uscăciunea gurii, amețelile, sedarea, constipația și somnolență. De reținut că la întreruperea tratamentului, există riscul creșterilor tensionale, al agitației însoțite de tremor sau confuzie.

2. **Nortriptilina** este eficace în renunțarea la fumat, ca medicație de linia a doua, cu nivel de dovadă A. Administrarea ei cu acest scop este recomandată numai sub supravegherea unui specialist, contraindicată copiilor și gravidelor și eliberată numai pe bază de rețetă. Cele mai frecvente efecte secundare sunt sedarea, gura uscată, retenția urinară, tremurături ale mâinilor, pierderi ale echilibrului, vedere încețoșată. Sunt necesare precauții la pacienții cu afecțiuni cardiace, la cei care mănuiesc aparatură sau mașini de precizie, conduc autovehicule, consumă medicamente din categoria inhibitorilor MAO. De aceea, dat fiind că Asociația Psihiatrilor Americani recomandă monitorizarea nivelelor plasmatiche ale nortriptilinei administrate ca antidepresiv și că nu se cunosc practic nivelele sanguine terapeutice ale medicamentului în sevrul fumatului, sugerăm urmărirea concentrațiilor sanguine de nortriptilină, acolo unde este posibil (3).

Cunoscută în primul rând ca antidepresiv, nortriptilina nu a fost aprobată de FDA în terapia dependenței nicotinică.

Patru studii randomizate recomandă nortriptilina ca medicație eficace în sevrul tabagic, de administrat sub supraveghere medicală, la un dozaj inițial de 25 mg/zi, crescut progresiv până la doza țintă de 75 - 100 mg/zi, cu o durată medie a curei de 12 săptămâni, până la maxim 6 luni (6). Tratamentul se va începe cu 10-28 de zile înainte de data preconizată pentru oprirea fumatului, permițând astfel atingerea unui status stabil de acțiune, la atingerea dozei țintă.

În subcapitolele următoare, vom prezenta pe larg doar acele terapii farmacologice disponibile la ora actuală în țara noastră.

2.5.1.1. Terapia de substituție nicotinică (TSN)

Medicamente de apariție relativ recentă în țara noastră (vara anului 2007), substitutele nicotinică se găsesc în alte țări sub mai multe forme de administrare, dar deocamdată, în România sunt disponibile doar câteva: guma de mestecat cu nicotină de 2 mg și cea de 4 mg, plasturii cu nicotină de 5, 10 și 15 mg. În conformitate cu legislația românească în vigoare, aceste preparate medicinale cu nicotină se pot procura direct din farmacii, fără prescripția medicului.

Terapia de substituție nicotinică se bazează pe principiul eliberării de nicotină medicinală în organism în scopul înlocuirii nicotinei provenite din țigări sau alte produse din tutun. Această soluție terapeutică este eficientă dat fiind că este simplă, logică, ușor de acceptat de către pacient. A fost prima terapie farmacologică de renunțare la fumat, folosită pe larg în lume în ultimele trei decenii și dispune de o paletă bogată de modalități de administrare (gumă de mestecat, plasturi, spray nazal, inhaler, tablete sublinguale/orale). Furnizarea de nicotină pură, de uz medicinal permite atenuarea simptomatologiei determinate de sindromul de abinență 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 (5). 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 platurii (5).

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 (7). 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 (3).

Interacțiuni medicamentoase ale TSN

Trebuie avute în vedere posibilele procese de inducție enzimatică atribuite tutunului. Acesta este capabil de a diminua concentrațiile sanguine ale unor medicamente consumate de fumători, precum cafeina și teofilina, antidepresivele imipraminice.

Oprirea fumatului va determina creșterea concentrațiilor acestor medicații, 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 estrogenelor, a diureticilor și a antihistaminicilor H₂.

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 a fumătorilor de nivel 1 și respectiv de la 10 la 20% în serviciile de consiliere intensivă - nivelul 2 (8).

Substitutele nicotinică reprezintă o soluție accesibilă multor categorii de pacienți atât datorită multitudinii de modalități de administrare, cât și datorită faptului că oferă posibilitatea abordării treptate a sevrajului, prin reducerea până la oprirea fumatului. O astfel de abordare s-a dovedit utilă îndeosebi fumătorilor care nu reușesc să oprească fumatul dintr-odată. Astfel, o revizuire sistematică apărută în BMJ în 2009 a sintetizat rezultatele terapeutice ale TSN citate de 7 studii randomizate, placebo controlate, la un număr total de 2767 fumători, care au

primit intervenții complexe, incluzând și tehnici motivațional-comportamentale/consiliere. Datele sunt unanime în favoarea TSN ca intervenție eficace în renunțarea la fumat (rata abinenței cu TSN a fost dublă față de placebo), cu realizarea unei abinențe susținute la 6 luni la acei indivizi care nu au intenția sau nu sunt capabili de a avea tentative de renunțare bruscă (9). Nu în ultimul rând, trebuie amintit că TSN rămâne singura opțiune de tratament farmacologic pentru acele gravide și acei adolescenți care doresc să oprească fumatul în condițiile în care au eșuat anterior și experimentează un sindrom de sevraj sever (10). TSN ar trebui prescrisă inițial ca monoterapie, ulterior, dacă aceasta se dovedește fără succes, recurgându-se la combinații terapeutice între diverse tipuri de substitute de nicotină. Din această perspectivă, întrucât TSN cuprinde două grupuri de medicație: cu durată scurtă de acțiune (gumă, tablete, spray nazal, inhaler) și cu durată lungă de acțiune (plasturii), în general se preferă combinarea plasturilor cu unul din produsele cu efect rapid. Acestea din urmă vor acționa optim în direcția managementului apetitului de a fuma și al simptomelor de sevraj (11).

Odds ratio (OR) al abinenței datorat oricărui produs de substituție nicotinică este de 1,58 raportat la grupurile control. Separat, pentru fiecare dintre substitute, acesta variază de la 1.43 (CI 1.33–1.53) pentru guma cu nicotină și 1.66 (CI 1.53–1.81) pentru plasture, la 1.90 (CI 1.36–2.67) pentru inhaler și 2.00 (CI 1.63–2.45) pentru tablete orale. Așadar, produsele de substituție nicotinică cresc probabilitatea de succes a renunțării la fumat cu 50%–70%, în funcție de tipul de produs administrat (8).

O abordare ideală a utilizării terapeutice a substituenților nicotinic ar trebui să țină cont de nivelul de expunere la nicotină a fumătorului. O dată determinat gradul de expunere, se poate prescrie o doză corectă de TSN, aproximând doza de nicotină primită de individ prin fumat. Prin utilizarea conceptului de monitorizare medicamentoasă terapeutică, se urmăresc concentrațiile urinare ale cotininei și se ajustează corespunzător doza TSN la valori care să se poată substitui aportului de nicotină inhalată via fumat. În acest fel, prin atingerea valorilor corecte ale concentrației sanguine țintă de nicotină, se poate optimiza farmacoterapia la pacienții înalt dependenți (10).

Pe lângă cotinină, principal metabolit al nicotinei, util în cuantificarea expunerii nicotinic, se pot doza și alți produși de metabolism, alkaloizi minori precum nornicotina, anatabina sau anabasina. Având o semiviață de numai 18-20 de ore, cotinina este dovada unei expuneri la nicotină cu o durată de câteva zile. Spre deosebire de cotinină care poate proveni deopotrivă din expunerea la nicotina din tutun dar și din produse cu nicotină medicinală, anabasina este un produs metabolic prezent în urina fumătorilor, nu însă și în urina celor care folosesc strict TSN. Prin urmare, dozarea anabasinei este deosebit de utilă în distincția între pacienții care folosesc TSN și continuă să fumeze și cei care folosesc TSN dar sunt abinenți la fumat (11).

În ultimii 2 ani, au fost raportate și alte virtuți ale terapiei de substituție nicotinică. Astfel, într-un studiu publicat în decembrie 2008, Kelemen și Fulton arată că guma de 2 mg poate îmbunătăți performanța cognitivă la fumătorii aflați în tratament cu acest medicament, crescând atenția susținută a acestora, comparativ cu abinența la fumat fără suport terapeutic, chiar dacă memoria și metacogniția rămân deopotrivă afectate de abinența la fumat (12). Într-un alt articol publicat în decembrie 2009, Vieyra-Reyes și colab. au susținut rolul terapeutic al TSN ca antidepresiv și în privința ameliorării calității somnului la indivizi cu tulburări depresive. Acest rol benefic al TSN s-ar datora unui efect antidepresiv datorat acțiunii directe dopaminergice sau serotoninergice a nicotinei sau unui efect indirect în care nicotina se manifestă ca un agent neuroprotector (13).

Recomandare:

Se recomandă utilizarea de substitute nicotinică la toate nivelele de asistare a fumătorilor, întrucât această soluție terapeutică este dovedită ca eficace și cu nivel ridicat de siguranță, atunci când este administrată în mod corect. (Nivel de dovadă A) (1).

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 comercializată în cele două concentrații de 2 mg și respectiv 4 mg nicotină, eliberând în organism nivele nicotinică de 0,3 - 0,8 și respectiv 0,6 - 1,2 ori mai mari față de nivelele plasmatică de nicotină realizate în decursul fumatului (14). Nicotina din aceste produse este legată de o rășină cu proprietatea de a participa la schimburi de ioni. Pe piața mondială se cunosc variante de gumă nicotinică ameliorate cu diverse arome: gumă cu gust de portocale, mentă, etc.

Mod de utilizare

Utilizarea 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 (14). Mestecarea gumei duce la eliberarea treptată a nicotinei în cavitatea bucală. Prin combinarea rășinii cu ionii de sodiu și potasiu din salivă, nicotina se absoarbe prin mucoasa jugală, trecând în curentul sanguin. Folosirea gumei determină nivele medii sanguine ale nicotinei de 7-10 ng/mL, considerate suficiente pentru a stimula receptorii nicotinică din creier și a reduce astfel intensitatea sindromului de sevraj (5). Timpul optim de consumare 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 (3), motiv pentru care se indică evitarea ingestiei de sifon, apă minerală, sucuri acidulate, cola, cafea, bere, etc., timp de aproximativ 15 minute înainte și apoi în timpul cât se mestecă guma cu nicotină (3).

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 și sunt motivate să oprească fumatul. De asemeni, aceste persoane trebuie să fie capabile să-și admistreze corect medicamentul și nu trebuie să aibă 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. În timpul terapiei, se interzice abuzul de alcool, apelarea la medicație psihotropă sau de altă natură, fără a consulta medicul (5).

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 consumă pacientul zilnic, pentru ca în câteva zile-săptămâni doza 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. Per total, durata recomandată a tratamentului cu gumă cu nicotină este în medie de 14 săptămâni, între limita inferioară de 8-10 săptămâni pentru indivizii cu dependență redusă și limita superioară de 3 până la chiar 6-12 luni la cei sever și foarte sever dependenți (15).

Elementul de demarcație care permite selectarea cazurilor care primesc gumă cu concentrația de 2 mg sau cu cea de 4 mg este severitatea dependenței tabagice, apreciată

conform testelor specifice arătate în capitolul 1.4.1. Pentru fumătorii a mai puțin de 25 țigarete zilnic, cu un scor de dependență nicotinică ≥ 4 se indică guma de 2 mg, iar pentru cei ce fumează mai mult de 25 de țigarete/zi și/sau au o dependență severă nicotinică cu scorul testului Fagerstrom superior valorii de 7 se indică varianta de 4 mg (3). Mai aprofundat, dozajul se stabilește și în funcție de gradul de dependență fizică al pacientului, și anume: la cei care fumează sub 20 țigări/zi sau își aprind prima țigară la cel puțin 30 de minute de la trezire se recomandă câte o gumă de 2 mg/1-2 ore pe parcursul întregii perioade cât aceștia se află în stare de veghe. Din contra, cei care fumează peste 20 țigări zilnic sau aprind prima țigară la mai puțin de 30 minute de la trezire necesită concentrația de 4 mg, în același ritm de o gumă la fiecare 1-2 ore, în timpul zilei (5).

Avantajele gumei cu nicotină

Guma este o opțiune simplă și comodă, preferată de cei care doresc să resimtă aceleași senzații 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. Astfel, el poate modula nivelele plasmatică ale nicotinei -prin ritmarea proprie a consumului gumelor, menținând nicotina plasmatică la un nivel mai mic decât cel realizat dacă ar inhala fum de tutun.

Este important să se explice pacientului modul de acțiune al gumei, care este diferit de al țigării. Pacientul trebuie să știe că nicotina din țigară ajunge la creier în 7-10 secunde, spre deosebire de gumă care va furniza creierului nicotină în aproximativ 2-3 minute, astfel el va ști cât are de așteptat ameliorarea simptomelor de sevraj. De asemeni, pentru a eficientiza tratamentul, medicul va educa pacientul cum să folosească corect guma. Considerându-se că este nevoie de câteva zile pentru a învăța administrarea corectă a gumei, se va recomanda prin urmare începerea terapiei cu cel puțin o săptămână înainte de data fixată a renunțării la fumat (5).

Limitele terapiei cu gumă nicotinică

Aproximativ 50% din nicotina furnizată de gumă se absoarbe prin mucoasa bucală. 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 (15).

Efecte adverse ale gumei nicotinică

Mestecarea de gumă nicotinică poate cauza dureri maxilare. Aceste dureri se pot ameliora, chiar reduce, prin tehnica de mestecare “mestecă și parchează”, tehnică prin care fumătorul mestecă guma pentru a se elibera nicotină, apoi mută guma în cavitatea bucală între fața internă a obrazului și gingie, păstrând-o acolo pentru circa un minut.

Utilizarea gumei mai poate cauza greață, flatulență, sughiț și senzații de arsură, durere 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 proteze dentare (14).

Recomandări:

1. Guma cu nicotină este un medicament dovedit eficace în tratamentul dependenței nicotinică. Recomandăm folosirea gumei cu nicotină pentru renunțarea la fumat tuturor pacienților care optează pentru acest medicament. (Nivel de dovadă A) (1, 14).
2. 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) (1, 5, 14).

Plasturii cu nicotină (PN)

Aplicați pe pielea curată, plasturii nicotinică eliberează transdermic nicotina, realizând un nivel constant al acesteia pe tot parcursul zilei. Introduși în uz din 1991, în prezent, pe piața farmaceutică mondială se găsesc plasturi de trei feluri. Ei diferă între ei prin concentrația de nicotină conținută și eliberată (5, 10, 15 mg sau 7, 14, 21 mg, etc.), durata de aplicare (16 sau 24 de ore) și nivelele de nicotină obținute în sânge. Începând din iulie 2007, au devenit disponibili și în România plasturii nicotinică de 15 mg/16 ore, iar în 2009 piața farmaceutică românească s-a întregit cu variantele de 5 mg/16 ore și 10 mg/16 ore. Plasturii de 7, 14, 21 mg/24 ore nu sunt disponibili în România la momentul elaborării materialului de față.

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 noapte-zi a nicotinei. Este logic așadar să nu se recomande plasturi de 24 de ore pacienților cu insomnii cronice sau alte tulburări de somn. La aceștia, se vor administra plasturi care se îndepărtează la culcare (14). Nu s-au raportat diferențe semnificative între plasturii de 16 și respectiv 24 de ore, în termeni de rata abstenenței tabagice și simptome de sevraj (10). Menționăm câteva sugestii practice, desprinse din trialuri, despre tratamentul cu plasturi nicotinică: 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 fumători cu dependență joasă de 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).

Indicații de utilizare a plasturilor nicotinică

Sunt medicamente de linia întâi, indicate pentru terapia dependenței nicotinică tuturor fumătorilor care sunt motivați să oprească fumatul și care nu prezintă contraindicații la terapia de substituție nicotinică. Plasturii se adresează optim subiecților adulți de peste 18 ani, preferabil fumători de nu mai mult de 10-15 țigări/zi, cu dependență moderată de nicotină. Potrivit indicațiilor uniforme valabile în ghidurile terapeutice, terapia cu plasturi nicotinică se recomandă 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 din România să folosească plasturi nicotinică de 15 mg prima lună, de 10 mg a doua lună și de 5 mg în cea de-a treia.

În situații în care cele de mai sus nu se pot aplica, sau de consum tabagic variabil, 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 (14).

Trebuie avut în vedere faptul că la aceste doze se obține un nivel de substituție nicotinică de numai 35-40%. De aceea, unii autori opiniază pentru stabilirea dozei inițiale de terapie cu plasturi în funcție de rata fumatului zilnic, la o proporție de aproximativ 1 mg nicotină pentru fiecare țigaretă fumată/zi. Astfel, la un consum < de 10 țigari/zi, se are în vedere doza de 7-14 mg/plasturi, între 10-20 țigări doza va fi de 14-21 mg/plasturi, iar pentru 21-40 țigari zilnice este nevoie de plasturi într-un dozaj zilnic \geq 42 de mg. Adaptarea dozei inițiale pe parcursul terapiei se va face raportat la evoluția simptomelor de sevraj și a apetitului de a fuma al pacientului (16).

Ori de câte ori există posibilitatea, este oportună utilizarea concentrației serice a cotininei pentru a adapta doza tratamentului de substituție, cât mai aproape de 100%. În acest scop, se va determina mai întâi concentrația bazală de cotină, cea care corespunde numărului de țigări pe care le fumează pacientul, în mod obișnuit, înainte de începerea terapiei cu plasturi. Apoi, doza inițială de plasturi se va prescrie corespunzător acestei concentrații bazale: la valori < 200 mg/mL se va recomanda dozajul de 14-21 mg/zi, între 200-300 mg/mL, se indică 21- 42 mg/doză plasturi iar o doză mai mare de 42 mg zilnic este adecvată unui nivel bazal de cotină de peste 300 mg/mL. După ce pacientul atinge o stare de stabilitate (mai mult de 3 zile de terapie cu plasturi și este în continuare abstinent), se reverifycă concentrația serică a cotininei, ajustându-se doza de plasturi astfel încât să se poată obține un nivel constant al cotininei apropiat de nivelul bazal.

S-a observat că folosirea concentrațiilor mai mari contribuie la amendarea în mai mare măsură a simptomatologiei de sevraj, dar nu se cunosc beneficiile acestei strategii asupra abstenenței pe termen lung. Fumătorii care nu obțin efecte bune asupra simptomelor de sevraj cu o doză unică de plasturi de la prima încercare de a renunța, trebuie considerați candidați la terapia cu doze mai mari de plasturi și suplimentar un substitut nicotinic cu acțiune imediată (11). La doza standard, cu plasturi de 21 mg/24 de ore, se atinge un nivel seric al cotininei de numai 54% față de nivelul de cotină atins datorită fumatului. Ajungându-se la concluzia că terapia cu plasturi este de multe ori subdozată, au fost conduse câteva trialuri în scopul determinării eficacității terapiei prin plasturi cu doze crescute, > 21 mg/24h. Concluzia a fost unanimă: dozele mărite nu aduc beneficii în plus față de dozele standard în privința eficienței, iar efectele adverse cardio-vasculare au fost similare dozei obișnuite. Rămâne la latitudinea fiecărui clinician suplimentarea dozelor la acei pacienți mari fumători, sever dependenți de nicotină, la care aparent această atitudine ar fi oportună (11). Folosirea de doze mari: > 25mg, pe timp îndelungat: > 14 săptămâni a permis unor autori să dovedească dublarea ratei de succes a terapiei cu plasturi nicotiniți comparativ cu placebo (14). La pacienții cu dependență nicotinică foarte severă, se poate recurge chiar la aplicarea simultană a mai mulți plasturi pe piele (10).

Plasturii cu durata de 16 ore se aplică dimineața la trezire pe pielea curată, uscată și fără pilozitate, la nivelul membrelor superioare sau trunchiului și se îndepărtează seara la culcare. Plasturii de 24 de ore se aplică exact la fel, dar se îndepărtează a doua zi, imediat după trezire. Aceștia din urmă sunt recomandați cu precădere acelor fumători care se trezesc și noaptea pentru a fuma. Deseori, însă, pot apare în decursul terapiei de 24 de ore coșmaruri sau insomnii, ceea ce impune dezlipirea plasturilor înainte de culcare sau trecerea la plasturi de 16 ore.

Conform reglementărilor internaționale -FDA- și legislației românești în vigoare la această dată, plasturii nicotiniți 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 (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 plasurelui dimineața și îndepărtarea la culcare/a doua zi, în timp ce tratamentul acționează, fără a mai presupune păstrarea, administrarea repetată, cu anumite precauții - ca în cazul gumei/altor preparate 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 plasmatiche 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 consumul de tutun în situații de incitare la fumat.

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 nicotinice care să prevină constant reapariția semnelor de abstenență 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 (14).

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).

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 (3). 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 acest fapt 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/prurit la locul de aplicare al plasurelui. Reacțiile

sunt adesea auto-limitante și ne semnificative 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 abținere nicotinică însuși (14). Chiar și cu toate acestea, plasturii rămân una dintre cele mai lipsite de efecte adverse terapii de substituție nicotinică (5).

Recomandare:

Se recomandă folosirea plasturilor cu nicotină ca metodă eficientă de tratament în renunțarea la fumat, în doze uzuale de 15 mg/zi, la o durată standard a tratamentului de 6-14 săptămâni. (Nivel de dovadă A) (3).

2.5.1.2. Terapia cu bupropion

Primul medicament din seria terapiilor non-nicotinice 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.

Primit cu mult entuziasm 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 eficient 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 trebuie 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 10 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 sevrăjul tabagic între 2001-2007. Consultarea datelor publicate până în prezent de autorii români din acest domeniu a relevat o rată de succes a sevrăjului tabagic cu bupropion de 28% (14).

Mecanism de acțiune

Mecanismul său de acțiune se bazează pe blocarea eliberării neuronale de dopamină și noradrenalină și posibil și pe acțiunea recent dovedită in vitro de inhibitor al funcției receptorilor nicotinic acetilcolinergici (5). Se pare că acțiunea eficientă a bupropionului asupra dependenței nicotinică este o proprietate separată de acțiunea antidepresivă a acestuia, efectul său pozitiv în renunțarea la fumat fiind demonstrat și la pacienții care nu au depresie (10).

Bupropionul acționează prin amendarea unora dintre simptomele sindromului de abținere nicotinică, între care depresia în mod special, reducând per ansamblu severitatea sindromului de sevrăj, 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 fumătorii care au dependență nicotinică severă a redus considerabil simptomele depresive asociate sevrăjului. Bupropionul dublează rata de sevrăj comparativ cu placebo, și are efect similar la ambele sexe (14).

Eficacitate

Revizuirea datelor publicate în literatura de specialitate a relevat un număr de 40 de studii randomizate care susțin eficacitatea bupropionului în tratamentul dependenței nicotinic și faptul că bupropionul dublează rata de succes la distanță a sevrajului comparativ cu placebo (31 dintre studiile în care bupropion a fost unica terapie antifumat au găsit un *odds ratio* OR de 1.94; 95%, CI 1.72–2.19) (5). Într-un studiu randomizat, dublu-orb, placebo-controlat, (17) 27% dintre pacienți tratați cu Bupropion au fost găsiți abștinenți după 6 luni, față de 16% care au primit placebo. De asemeni, rata de abștinență pe termen lung a pacienților tratați cu bupropion se dublează dacă se adaugă terapia comportamentală, comparativ cu placebo (18). Există date despre rolul eficace al bupropionului în oprirea fumatului la subgrupul fumătorilor cu genotipul DRD2 Taq1 A2/A2 al genei D2 a receptorului dopaminic: la finele tratamentului, rata abștinenței a fost de 3 ori mai mare la cei care au primit bupropion față de placebo (19).

Indicații

Bupropion este un medicament de linia 1 dovedit eficace în terapia dependenței nicotinic. 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 eficace la pacienții care nu tolerează sau au încercat TSN fără succes sau la acei pacienți care optează pentru terapii nonnicotinic.

Bupropion este recomandat ca medicație eficace pentru renunțarea la fumat inclusiv în următoarele situații:

- evitarea surplusului ponderal post sevraj: bupropion poate fi utilizat la fumătorii preocupați de surplusul ponderal postrenunțare la fumat. Astfel, Hays și col. au raportat într-un studiu anterior un control bun al greutateii asociat cu o rată a abștinenței superioară față de placebo, după un an de la terminarea tratamentului cu bupropion (20).

- prevenirea recidivelor fumatului (la pacienții care au urmat o cură de bupropion pentru 7 săptămâni și au renunțat la fumat, continuarea terapiei cu bupropion până la 52 de săptămâni a întârziat recidiva fumatului și a antrenat un surplus ponderal mai mic față de grupul placebo) (5).

- prevenirea recidivelor fumatului la alcoolicii aflați în curs de recuperare terapeutică (21).

- la pacienți cu afecțiuni respiratorii cronice obstructive. Deși Garcia-Rio și col. au emis ipoteza că bupropionul ar putea deprima răspunsul ventilator la hipoxie și hipercapnie - cu potențial efect dăunător asupra evoluției BPOC, nici unul din studiile care au urmărit eficacitatea bupropionului ca terapie de renunțare la fumat la pacienți respiratori cronici nu a putut releva astfel de efecte adverse (22). Un alt studiu, care a examinat rezultatele renunțării la fumat cu bupropion la pacienți cu forme ușoare-moderate de BPOC, a găsit o abștinență de vârf la 6 luni dublă față de placebo (23 vs. 16%) și o rată semnificativ superioară a abștinenței continue (16 vs. 9%) (23). Pe viitor, însă este nevoie de mai multe studii care să arate eficacitatea și siguranța bupropion la fumători cu co-morbidități respiratorii.

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. Prelungirea duratei curei inițiale antrenează o abștinență tabagică mai durabilă (14).

Pacientul își va fixa o data preconizată de renunțare la fumat în cursul săptămânii a 2-a de tratament și poate începe să-și administreze Bupropion 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. Din experiența noastră, în situațiile în care pacientul nu a reușit să oprească fumatul la data inițială fixată, recomandăm decalarea acesteia în decursul săptămânilor 3-4 de tratament până la atingerea abstenenței (14).

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

Efecte adverse. Precauții. Interacțiuni medicamentoase

În general, studiile clinice au evidențiat de două ori mai multe efecte adverse datorate bupropionului față de placebo (5). Cel mai adesea, efectele 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, astfel cea de-a doua tabletă poate fi administrată devreme în cursul după amiezii, de preferat cu cel puțin 4 ore înainte de culcare. Insomnia poate fi redusă și prin ajustarea dozei de bupropion la 150 mg/zi.

Se mai descriu vertij, creșteri tensionale, dureri toracice, sindrom anxios-depresiv, tulburări de concentrare, tulburări vizuale și rareori crize convulsive, reacții alergice cutanate. Cel mai de temut efect advers este atacul vascular cerebral; acesta se produce însă rar (1:1000) și de regulă este precipitat de factori de risc preexistenți ca tulburările circulatorii cerebrale, traume cranio-cerebrale, epilepsie, anorexie sau bulimie nervoasă, medicație concomitentă care scade pragul de atac, etc. Au fost raportate rare cazuri de angioedem - la un tânăr de 33 de ani, la 18 zile de la începerea terapiei (24). Într-o lucrare mai amplă despre experiența franceză cu terapia cu bupropion pentru stoparea fumatului în perioada 2001-2004, autorii relatează 1682 reacții adverse printre cei 698 000 de pacienți tratați cu bupropion în primii 3 ani de comercializare a acestui medicament în Franța. Dintre aceste 1682 evenimente adverse, 28% au fost raportate ca reacții adverse severe, cu următorul spectru: 31.2% reacții cutanate (alergice, angioedem, de tip „boala serului”), 22.5% reacții neurologice (mai ales cerebro-vasculare), 17.2% reacții neuropsihice (mai ales idei suicidare, depresii). La o analiză atentă a cazurilor, s-a dovedit că în 66% dintre reacțiile neuropsihice și aproape 50% dintre cele neurologice, existau factori de risc predispozanți ai acestora (25).

În cazul subiecților în vârstă se indică ajustarea (diminuarea) dozei la jumătate -150 mg Bupropion/zi, ca și în cazurile care se 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, de capacitatea de concentrare și de atenție (14).

Întrucât s-au descris creșteri tensionale la pacienții aflați în tratament cu bupropion, monitorizarea atentă a tensiunii arteriale se impune, cu precădere atunci când se folosesc combinații terapeutice cum ar fi asocierea de bupropion cu plasturi nicotinic.

Toți pacienții aflați sub tratament cu bupropion trebuie monitorizați în ceea ce privește posibilitatea apariției unor simptome neuropsihice din categoria: tulburărilor de comportament, ostilitate, agitație, proastă dispoziție, idei/tentative suicidare, ideatie comportamentală aberantă. La apariția unor astfel de manifestări, pacienții vor opri imediat administrarea medicamentului și vor contacta medicul (11).

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

- consumul de substanțe care scad pragul convulsivant: antipsihotice, antidepresive antipaludice, tramadolum, teofilină, steroizi sistemici, antihistaminice, sedative, chinolone, substanțe psiho-stimulante sau anorexigene;

- istoricul de alcoolism;
- antecedente de diabet zaharat sau de 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. Totodată, se recomandă măsurarea săptămânală a tensiunii arteriale în cazul asocierii cu plasturi transdermici pe bază de nicotină, precum și a concentrațiilor sanguine ale teofilinei, tacrinei, clozapinei, eventual a imipraminei, fluvoxaminei și pentazocinei, întrucât acestea pot crește în administrarea concomitentă cu bupropionul. Administrarea concomitentă de bupropion mai determină creșterea titrului sanguin al unor medicamente ca: unele antidepresive (imipramina, paroxetina, desipramina), unele antipsihotice, (risperidone, thioridazine), beta-blocante de tipul metoprololului, antiaritmice de tipul propafenonei. În fine, se mai recomandă prudență la administrarea simultană cu bupropionul a următoarelor medicații: ciclofosamidă, carbamazepină, valproate, levo-dopa și amantadină (14).

Indicații de întrerupere a terapiei cu bupropion

- apariția de convulsii;
- simptome de maladie a serului: artralгии, mialгии, febră;
- reacții anafilactice sau de hipersensibilizare: urticarie, prurit, erupții cutanate, dureri/constricții toracice, dispnee, edeme.

Un studiu mai recent, publicat în iunie 2009, care a analizat atitudinile și convingerile pacienților vis-a-vis de tratamentul cu bupropion, conchide optimist asupra unei aderențe bune la această medicație, a realizării unei cure medicamentoase complete de 7-9 săptămâni, a atingerii unei rate bune de abținere cu risc redus de recidivă la fumat. Toate acestea sunt, în opinia autorilor în relație directă cu intențiile pozitive, dorința, încrederea și motivația crescute pentru oprirea fumatului (26). Iată de ce, credem noi, nu trebuie uitat rolul crucial al consilierii cognitiv-comportamentale, care trebuie să însoțească orice tratament medicamentos, indiferent de clasa de medicamente și particularitățile acesteia, contribuind la crearea unor convingeri pozitive.

Recomandare:

Se recomandă administrarea de Bupropion SR ca tratament dovedit eficace pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă A) (3,14).

2.5.1.3. Terapia cu vareniclină

Vareniclina, cea mai nouă dintre terapiile farmacologice de renunțare la fumat disponibile în țara noastră, a intrat în uz în lume cu aprobarea FDA în 2006. Se poate procura numai pe bază de prescripție medicală și nu se recomandă administrarea ei în combinație cu substitutele nicotinicе, date fiind proprietățile sale de antagonist al receptorilor nicotinicі. Vareniclina este o medicație care a devenit accesibilă în România abia din vara anului 2007. Dacă la prima ediție - cea din 2008 - a prezentului ghid, expertiza cu vareniclină era de dată relativ recentă (până la data scrierii ghidului fuseseră tratați aproximativ 6 000 000 de pacienți în lume), la ora actuală - la aproape 3 ani de la apariția medicamentului în țara noastră - experiența românească s-a îmbogățit considerabil, în paralel cu cea mondială, la cei peste 11 milioane pacienți tratați până în prezent (IMS, mai 2008).

Mecanismul de acțiune al Vareniclinei presupune o activitate de agonist parțial precum și de antagonist al receptorilor nicotinicі din creier, cu precădere la nivelul receptorului $\alpha 4\beta 2$ – considerat ca principalul mediator care determină adicția de nicotină. Vareniclina stimulează o eliberare de dopamină la un nivel mai redus, dar de mai lungă durată comparativ cu cea obținută prin inhalarea de nicotină. De asemeni, slăbește legăturile dintre nicotină și

receptorul ei, într-un mod competitiv. Imitând efectele nicotinei, vareniclina produce o satisfacție mai redusă decât aceasta și diminuează dorința de a fuma la pacientul care este deja abstinent (27).

Jorenby și colab. (28) și Gonzales și colab. (39) au publicat în iulie 2006 primele rezultate ale celor 2 studii randomizate despre eficacitatea vareniclinei vs. placebo, vs. Bupropion SR în tratarea dependenței nicotinică. Ambele echipe de cercetători au concluzionat că vareniclina este un medicament sigur, bine tolerat, cu rezultate remarcabile în privința ratei de abținere continuă și a abținerei tabagice pe termen lung. Vareniclina 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, vs. 29,8% pentru bupropion) și în săptămânile 9-24 (29,7% pentru vareniclină, vs. 13,2 pentru placebo, vs. 20,2% pentru bupropion –după Jorenby și colab.). Raportul se menține pentru săptămânile 9-52 (23% pentru vareniclină vs. 10,3% pentru placebo vs. 14,6% pentru bupropion (28).

Revizuirea studiilor randomizate referitoare la eficacitatea vareniclinei în renunțarea la fumat a relevat o dublare a ratei de succes a abținerei tabagice 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 (30). De asemenea, există dovezi că medicamentul este bine tolerat pe o perioadă mai lungă de 3-6 luni - până la un an - și că prelungirea duratei tratamentului previne recidiva fumatului (30, 31).

Indicații de utilizare a vareniclinei

Medicament de linia întâi în tratamentul dependenței nicotinică, eliberat numai pe bază de prescripția medicului, vareniclina este prima medicație dezvoltată cu destinația specială de renunțare la fumat (31).

O trecere în revistă a studiilor randomizate publicate în perioada 2008-2010, a evidențiat date noi de siguranță referitoare la folosirea vareniclinei la pacienți cu comorbidități respiratorii și cardiovasculare, precum și în privința posibilelor evenimente adverse psihiatrice. Astfel, Rigotti și colaboratorii publică în 2010 în revista *Circulation* rezultatele lor despre eficacitatea și siguranța vareniclinei vs. placebo urmărită la 714 fumători cu afecțiuni stabile cardiovasculare (32). Autorii au găsit o rată a abținerei continue mai mare la vareniclină (47.0% versus 13.9%; odds ratio, 6.11) în săptămânile 9-12, ca și în săptămânile 9-52 (19.2% versus 7.2%; odds ratio, 3.14). Nu au existat diferențe semnificative între grupul cu vareniclină și cel cu placebo în privința: mortalității cardiovasculare (0.3% versus 0.6%), a mortalității de toate cauzele (0.6% versus 1.4%), a evenimentelor cardio-vasculare (7.1% versus 5.7%) și a tuturor evenimentelor adverse severe (6.5% versus 6.0%) (32).

Într-un altă publicație, tot din 2010, sunt revăzute incidența și riscul relativ al tulburărilor psihice înregistrate în zece studii randomizate, placebo controlate ale terapiei dependenței nicotinică cu vareniclină (33). S-au constatat tulburări psihice altele decât simple tulburări ale somnului într-un procentaj de 10.7% la subiecții tratați cu vareniclină vs. 9.7% la cei care au primit placebo, cu un risc relativ de 1.02. De asemenea, riscul relativ vs. placebo de evenimente adverse psihiatrice, la o incidență ≥ 1 în grupul cu vareniclină a fost de: 0,86 pentru simptome de anxietate, 0,76 pentru schimbări ale activității fizice, 1,42 pentru proastă dispoziție, 1,21 pentru tulburări neclasificate de dispoziție și 1,70 pentru tulburări de somn. Nu s-au raportat cazuri de comportament sau ideea de suicidare la subiecții care au primit vareniclină, în aceste zece trialuri randomizate, dar în alte 3 trialuri excluse din această trecere în revistă datorită designului diferit, s-au raportat două cazuri de idei de suicid și un singur caz de suicid. Exceptând evenimentele din categoria tulburărilor de somn, nu s-a evidențiat un răspuns de tip cauză-efect la aceste modificări din sfera psihică. În concluzie, Tonstad și coautorii arată că nu a existat o creștere semnificativă a tulburărilor de ordin psihiatric, altele

decât cele legate de dezordini ale somnului, la subiecții în tratament cu vareniclină din acest lot de fumători care nu aveau boli psihiatrice curente (33).

În fine, după Tashkin și colaboratorii, vareniclina a fost dovedită ca un ajutor farmacologic eficient și bine tolerat la pacienți cu forme ușoare și moderate de BPOC, cu o rată a abstenenței continue în săptămânile 9-12 de 42,3% vs. 8,8% placebo și de 18,6% vs. 5,6% placebo în perioada de urmărire (săptămânile 9-52). S-a demonstrat un profil de siguranță bun, comparativ cu studiile cu vareniclină anterior cunoscute (2,8% efecte adverse severe la cei care au primit vareniclină față de 4,4% în grupul placebo) (34).

Doze. Mod de administrare

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

- *doza 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.

- *doza 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 cu vareniclină, apoi în cursul primelor 2 săptămâni de tratament, preferabil între zilele 8-14, se fixează o dată în care se tentează oprirea fumatului. Dacă tentativa de a opri fumatul nu reușește, cura continuă și pacientul decalează data fixată a renunțării la fumat până la reușită.

Contraindicațiile vareniclinei sunt puține la număr, și anume:

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

Precauții impuse de tratamentul cu vareniclină:

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 este cea uzuală sau redusă la 1mg/zi, iar în formele severe (clearance creatinină \leq 30 ml/min) se recomandă doza maximă de 1 mg/zi (30).

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, moderată sau importantă (poate determina amețeli și somnolență) asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. Pacienții trebuie sfătuiți să nu conducă, să nu manevreze utilaje sau să nu se implice în alte activități potențial riscante până când se va ști dacă medicamentul le afectează capacitatea de a efectua aceste activități (30, 31).

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. În schimb, se pot observa fenomene determinate de interacțiuni medicamentoase datorate opririi consumului de tutun, ca efect terapeutic al vareniclinei. Astfel, se știe că oprirea fumatului, prin inducții enzimactice ce implică o structură de tipul CYP1A2, impune ajustarea dozelor de teofilină, warfarină, insulină etc. (30).

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 % (30, 31, 35). 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

depressive, idei suicidare și tentative de suicid, apărute la pacienți aflați în tratament cu vareniclină. FDA recomandă (30) ca pacienții să fie interogați înainte de a li se prescrie vareniclină asupra oricărui element din istoricul medical revelator pentru o afecțiune psihiatrică. Totodată, se recomandă clinicienilor să monitorizeze modificările de comportament și stare psihică la pacienții aflați în tratament cu vareniclină, fără a ignora evidența că aceste modificări sunt atribuite în literatură procesului de sevraj în sine (30, 35).

Efecte adverse ale vareniclinei:

- *digestive*: greață, dureri abdominale, constipație, balonări.

Greața s-a raportat la cca 30% din cazuri, este mai frecventă la debutul tratamentului și se atenuază pe parcurs, astfel că doar 3% dintre subiecți întrerup terapia datorită grețurilor. În cazul apariției acestui efect advers al vareniclinei, sunt importante următoarele informații practice de știut pentru pacient: în general fenomenul este autolimitant la aproximativ o săptămână de la debut, poate fi evitat prin administrarea medicamentului împreună cu alimentele și dacă pacientul se odihnește puțin după ce și l-a administrat (31).

- *neuro-psihice*: insomnii, cefalee, vise anormale (30).

Sugerăm oportunitatea ajustării temporare a dozei, la 1 sau chiar 0,5 mg de vareniclină zilnic pentru cazuri în care se manifestă efecte secundare greu tolerabile. Dozele moderate se vor menține până la amendarea acestor simptome, cu scopul bine intenționat de a nu se abandona tratamentul la pacienții motivați să renunțe la fumat, mai ales dacă aceștia doresc continuarea curei în ciuda apariției acestor efecte secundare.

Recomandare:

Se recomandă administrarea de Vareniclină ca tratament dovedit eficace pentru renunțarea la fumat. (Nivel de dovadă A) (28, 29, 30, 35).

Bibliografie

1. Fiore M.C. and col. Quick Reference Guide for Clinicians- 2008 Update: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service
2. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D. Notiuni generale de tabacologie – supliment al ghidului GREFA, Tehnopress Iasi, 2008, www.srp.ro
3. 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
4. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilbert SJ, Targett DA, Strahs KR. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. Arch Intern Med 2002; 162: 1267–1276.
5. Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, Eur.Respir.Mon., 2008, 42, 74-97
6. Prochazka AV, Kick S, Steinbrum S, et al. A randomized trial of nortriptyline combined with transdermal nicotine for smoking cessation. Arch Intern Med 2004; 164: 2229–2233
7. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. [update in Cochrane Database Syst Rev 2004;(3):CD000146; PMID: 15266423]. Cochrane Database Syst Rev 2002;(4).
8. Stead LF, Perera R, Bullen C. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008. p. CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
9. Moore D., Aveyard P., Connock M., Wang D., Fry-Smith A., Barton P., Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis, *BMJ*, 2009;338:b1024
10. Galanti L.M., Tobacco smoking cessation management: integrating varenicline in current practice, *Vasc Health Risk Manag.*, 2008, Aug., 4(4), 837-845
11. Hurt R.D., Ebbert J.O., Hays T.J., McFadden D.D., Treating Tobacco Dependence in a Medical Setting, *CA Cancer J Clin* 2009; 59:314-326).
12. Kelemen W.L., Fulton E.K., cigarette abstinence impairs memory and metacognition, despite administration of 2 mg Nicotine Gum, *Exp. Clin Psychopharmacol.* 2008, December, 16(6), 521-31.
13. Vieyra-Reyes P., Venebra Muñoz A., Rivas Santiago B., Garcia Garcia F., Nicotine as an antidepressant and regulator of sleep in subjects with depression, *Rev. Neurol.*, 2009, Dec. 16-31, 49(12), 661-7.)
14. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D. si colaboratorii, Ghid de renunțare la fumat si asistenta de specialitate a fumatorului.- varianta de buzunar-, Tehnopress Iasi, 2008 www.srp.ro

15. Shiffman S, Shadel WG, Niaura R, et al. Efficacy of acute administration of nicotine gum in relief of cue-provoked cigarette craving. *Psychopharmacology* 2003; 166: 343–350.
16. Tønnessen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999; 13: 238–246.
17. Roddy, E. (2004). Bupropion and other non-nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 328: 509-511
18. Aubin HJ. Tolerability and safety of sustained-release bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62: Suppl. 2, 45–52.
19. David SP, Strong DR, Munafo` MR, et al. Bupropion efficacy for smoking cessation is influenced by the DRD2 Taq1A polymorphism: analysis of pooled data from two clinical studies. *Nicotine Tob Res* 2007; 9: 1521–1527
20. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern.Med.*, 2001, 18, 135(6), 423-33
21. Hays J.T., Hurt R.D., Decker P.A., Croghan I.T., Oxford K.P., Patten C.A., A randomized, controlled trial of bupropion sustained-release for preventing tobacco relapse in recovering alcoholics, *Nicotine Tob.Res.*, 2009 Jul;11(7):859-67)
22. Garcia-Rio F, Serrano S, Mediano O, Alonso A, Villamor J. Safety profile of bupropion for chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2001; 358: 1009–1010.
23. Tashkin DP, 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: 1571–1575
24. Tackett A.E., Smith K.M., Bupropion induced angioedema, *Am.J.Health Syst, Pharm.*, 2008 Sep 1;65(17):1627-30)
25. Beyens M.N., Guy C., Mounier G., Laporte S., Ollagnier M., Serious adverse reactions of bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004, *Drug Saf.*, 2008;31(11):1017-26)
26. Fucito L.M., Toll B.A., Salovey P., O Malley S.S., Beliefs and attitudes about bupropion: implications for medication adherence and smoking cessation treatment, *Psychol.Addict.Behav.*, 2009, June, 23(2), 373-9).
27. Mariano M.E., Elia D., Scaracia A., Tzani P., Giuliano G., Olivieri D., Marangio E., Smoking cessation: aspects of prevention and therapy. The activity of the smoking cessation center in Parma-Italy, *Acta Biomed.*, 2009, 80, 42-46.
28. 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 $\alpha 4\beta 2$ Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, vs Placebo or Sustained-Release Bupropion for Smoking Cessation, *JAMA*, July 5, 2006.
29. 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 $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial.. *JAMA* 296: 47-55
30. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D. Si col., Ghidul Societatii Romane de Pneumologie: Ghid de renuntare la fumat si asistenta de specialitate a fumatorului (GREFA), Tehnopress Iasi, 2008 www.srp.ro
31. Jimenez-Ruiz C., Pharmacological treatment for smoking cessation, *Eur.Respir.Mon.*, 2008, 42, 74-97
32. Rigotti N.A., Pipe L.A., Benowitz N.L., Arteaga C., Garza D., Tonstad S., Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease—a randomized trial, *Circulation*, 2010;121:221-229.
33. Tonstad S., Davies S., Flammer M., Russ C., Hughes J., Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline, *Drug Saf.*, 2010, 33(4), 289-301.
34. Tashkin D., Rennard S., Hays T., Ma W., Lee C.T., Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with mild to moderate chronic obstructive pulmonary disease (COPD) *Chest Meeting*, October 1, 2009
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 $\alpha 4\beta 2$ 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. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., *Le traitement de la dependance au tabac, Guide Pratique*

2.5.2. Terapia nonfarmacologică a dependenței nicotice

Recomandare:

Terapia dependenței nicotice presupune medicație specifică, consiliere cognitiv-comportamentală individuală, suport telefonic, consilierea de grup. (Nivel de dovadă A) (1). Materialele educative și sursele de informare accesibile prin internet îmbunătățesc succesul sevrajului tabagic. (Nivel de dovadă B) (1).

2.5.2.1. Suportul telefonic și materialele auto-ajutătoare informative

Apelarea la consiliere telefonică pro-activă se asociază cu o rată de abținere de 13,1%, iar la materiale informative cu o rată de 12,3% (2) sau 15,1% (3) comparativ cu 10,8%, dacă nu se intervine asupra pacientului.

În România este disponibilă linia gratuită TEL VERDE 0800-878673. La acest număr de telefon fumătorii pot primi informații despre accesul la cabinetele teritoriale de renunțare la fumat și modalitatea de a fi incluși în programul național Stop Fumat, program implementat din 2007.

2.5.2.2. Consilierea individuală de tip cognitiv-comportamentală (TCC) 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 un comportament dobândit și menținut ulterior printr-o dependență întreținută constant de către stimulii din mediul înconjurător (4).

Pacientul are nevoie de ajutor din partea terapeutului pentru a învăța cum să managerieze schimbarea.

Principiile TCC sunt: 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 succeselor din cursul sevrajului; crearea abilității de apreciere pozitivă a beneficiilor sevrajului.

TCC este o metodă 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) *Înșuirea unor tehnici practice de rezolvare a situațiilor incitante la fumat.* Pacientul învață să identifice și să rezolve problemele pe parcursul sevrajului și în etapa de menținere a abținerei (5). 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 pacientului 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. Dovezile arată 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 (6).

Exemple de sfaturi practice:

- 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 putea fi tentați să fumați;
- Economisiți banii cheltuiți pe țigări, cumpărați-vă un cadou!

Etapele în care TCC este utilă și contribuie la creșterea ratei de succes a abstenenței:

1. Evaluarea motivației pentru renunțare la fumat

Interviul motivațional relevă dacă pacientul este conștient de riscurile pentru sănătate, permite încadrarea pacientului în stadiul corespunzător al schimbării și definirea exactă a motivului de renunțare la fumat (7).

2. Dialogul medic-pacient bazat pe stimă și înțelegere

Medicul trebuie să știe să asculte pacientul, să nu îl culpabilizeze. Actorul principal să fie pacientul, cea mai mare parte a timpului fiind alocată pentru ceea ce are el de spus despre fumat. Specialistul trebuie să intervină oportun punctând elementele care pot ajuta: argumente pentru punerea în balanță a riscurilor și beneficiilor, stabilirea unor obiective clare în privința sevrajului și a unor termene de realizare a acestora, furnizarea de sfaturi practice. Dialogul poate fi considerat reușit dacă la plecarea de la consultație pacientul are certitudinea că este privit cu simpatie, dacă pleacă cu angajamentul personal de renunțare la fumat și cu informații precise despre contactarea medicului pentru a putea dialoga și în afara consultațiilor (8).

3. Evaluarea dependenței nicotinică (analiza apetitului pentru fumat, explicarea conceptului de dependență tabagică) (9).

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 în acest sens. 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 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.

4. Analiza amănunțită a nelineștilor 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 abstenență. Unii fumători mai invocă: teama de a-și pierde prietenii/anturajul/tabieturile/”micile plăceri”, faptul că nu vor putea gestiona situațiile stresante, momentele deprimante, iar alții susțin că se tem să consume medicamente pentru tratamentul dependenței nicotinică.

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

Medicul și pacientul decid împreună ce metodă terapeutică aleg pentru oprirea fumatului, cunoscând aspectele legate de contraindicațiile, precauțiile și efectele adverse ale acesteia.

Asocierea consilierii cognitiv-comportamentale la terapia farmacologică

Recomandare:

Asocierea celor două metode crește eficacitatea terapiei dependentei nicotinică. Se recomandă administrarea terapiei medicamentoase împreună cu TCC la cei care încearcă să renunțe la fumat. (Nivel de dovadă A) (9).

Revizuirea a 18 studii care au evaluat eficacitatea comparativă a acestor terapii a relevat creșterea considerabilă a eficienței în formula combinată. 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 (10).

2.5.2.3. Suportul psihologic în vederea renunțării la fumat

În afară de tratamentul medicamentos și de consiliere, pacientul care dorește să renunțe la fumat poate beneficia, de la caz la caz și de asistență psihologică.

Recomandare

Suportul psihologic în vederea renunțării la fumat trebuie integrat unei medicalizări a pacientului diagnosticat cu dependență nicotinică. (Nivel de dovadă A) (11, 12, 13).

Deși necesită personalizare, ajustare la situația particulară a pacientului, suportul psihologic se realizează într-o abordare sistematizată, standardizată (14).

În acest sens intervenția psihologică trebuie să deuteze cu o evaluare a caracteristicilor psihologice ale pacientului, preferabil prin utilizarea testului HAD (*The Hospital Anxiety and Depression Scale - *engl.*) (15). Cu ajutorul acestui instrument se apreciază prezența stării de anxietate și respectiv a celei de depresie - în cazul unui punctaj mai mare de 8 rezultat prin însumarea scorurilor la întrebările din categoria A sau respectiv D. Se recomandă pacientului un timp de răspuns cât mai scurt (completarea întregului test în 2-5 minute), pentru a obține spontaneitatea necesară corectitudinii informațiilor (16). (v. Fig. 5)

A. Mă simt încordat, enervat	- majoritatea timpului - adesea - din când în când - niciodată	3 2 1 0
D. Simt la fel de multă plăcere când fac lucruri care îmi plac	- da, mereu - cel mai adesea - din ce în ce mai rar - totul este mai greu	0 1 2 3
A. Am senzația de teamă, ca și cum ceva oribil ar trebui să mi se întâmple	- da, foarte clar - da, dar nu e prea grav - puțin, dar n-are importanță - deloc	3 2 1 0
D. Știu să râd și să văd partea bună a lucrurilor	- la fel de mult - mai degrabă puțin - mult mai puțin - deloc	0 1 2 3
A. Îmi fac adesea griji	- foarte des - destul de des - ocazional - foarte rar	3 2 1 0

D. Mă simt fericit	- niciodată - nu de multe ori - uneori - majoritatea timpului	3 2 1 0
A. Pot să stau liniștit așezat fără să fac nimic și să mă simt destins	- sigur - de obicei - rar - niciodată	0 1 2 3
D. Simt că mă mișc mai greu	- practic tot timpul - foarte adesea - uneori - deloc	3 2 1 0
A. Încerc senzații de angoasă și am un nod în gât sau mă doare în coșul pieptului	- niciodată - uneori - destul de des - foarte adesea	0 1 2 3
D. Mi-am pierdut interesul pentru felul cum arăt	- total - nu mă mai interesează - nu mă mai interesează îndeajuns - mă interesează ca de obicei	3 2 1 0
A. N-am stare și trebuie să mă mișc tot timpul	- da, așa este - puțin - nu neapărat - deloc	3 2 1 0
D. Mă gândesc la viitor cu optimism	- ca de obicei - mai degrabă mai puțin decât înainte - mult mai puțin decât înainte - deloc	0 1 2 3
A. Încerc senzații bruște de panică	- foarte adesea - destul de des - rar - niciodată	3 2 1 0
D. Îmi place să citesc o carte bună sau să urmăresc un program bun de radio sau televiziune	- adesea - destul de des - rar - niciodată	0 1 2 3

**Fig. 5 Scala Anxietatii si Depresiei (The Hospital Anxiety and Depression Scale–*engl.*-HAD)
Zigmond A., Snaith R. – în Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – Cum să te lași de fumat. Recomandări,
metode, tratamente, Ed. Tei, București 2003**

Evaluarea motivației pacientului de a renunța la tutun are ca scop poziționarea acestuia în unul din cele 5 stadii ce necesită asistență a tabagismului (stadiul nehotărârii, al intenției, pregătirii, acțiunii și cel al consolidării) precum și de eșalonare a intervențiilor psihologice necesare. Se mai recomandă în acest sens utilizarea scalei Q-Mat (17,18, 19) valori de sub 12 puncte indicând necesitatea intervenției psihologice de întărire a motivației (imperios necesară în cazul unui scor sub 7) (v. Fig. 6).

	Scor
1. Credeți că în 6 luni: - Veți fuma la fel de mult? - Veți diminua puțin numărul țigărilor? - Veți fi diminuat mult numărul țigărilor? - Vă veți fi lăsat de fumat?	0 2 4 8
2. Vă doriți în prezent să vă lăsați de fumat? - Deloc - Puțin - Mult - Enorm	0 1 2 3
3. Credeți că în 4 săptămâni: - Veți fuma tot atât? - Veți fi diminuat puțin numărul țigărilor? - Veți fi diminuat mult numărul țigărilor? - Vă veți fi lăsat de fumat?	0 2 4 6
4. Vi se întâmplă să vă nemulțumească faptul că fumați? - Niciodată - Uneori - Adesea - Foarte des	0 1 2 3
Scor total:	

Fig. 6 Scala Q-Mat. Evaluarea motivației pentru renunțarea la fumat- după traducerea scalei în Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – Cum să te lași de fumat. Recomandări, metode, tratamente, Ed. Tei, București 2003

În cadrul acestei intervenții, suportul psihologic asistă pacientul în a-și evalua, în manieră comparativă, beneficii versus inconveniente, în mod personalizat, precum și influența pe care tabagismul său o va putea avea asupra perspectivelor dorite de viață.

Se utilizează două tabele. Unul în care pacientul, autoanalizându-se, definește:

Tabagismul de care sufăr îmi generează:	
Avantaje pe termen scurt și pe termen lung:	Inconveniente pe termen scurt și pe termen lung:
.....
.....

Și un tabel în care pacientul își previzionează influența menținerii statutului tabagic asupra obiectivelor pe care și le dorește a le realiza în viață.

În 5 ani voi avea vârsta de	
Ce mi-ar plăcea să fiu și ce mi-ar plăcea să fac:	Influențe ale nerenunțării la tutun:
.....
.....

Împreună cu specialistul ce coordonează procesul renunțării la tutun, se reanalizează apoi cele completate de pacient.

În ceea ce privește avantajele se discută posibile echivalențe, de a obține altfel decât prin tabagism efectele „pozitive” oferite de acesta.

În ceea ce privește inconvenientele, se insistă asupra efectelor pozitive ce se obțin în cazul renunțării la consumul de tutun.

În ceea ce privește influența tabagismului, se evidențiază logic și argumentat științific compromiterea perspectivelor prin continuarea consumului de tutun și facilitarea atingerii obiectivelor în caz de renunțare la tutun.

Întărirea motivației include și o intervenție psihologică de întărire a încrederii pacientului în capacitatea sa de a reuși în proiectele propuse.

Se solicită pacientului o nouă autoanaliză, asupra obiectivelor pe care le-a realizat deja în viață. Pentru a ajuta identificarea acestora, se recomandă a oferi pacientului o structurare pe domenii: afectiv, profesional, sănătate, al hobby-urilor. Se insistă asupra realizărilor și se recomandă creșterea încrederii în sine.

Suportul psihologic de întărire a motivației trebuie să abordeze și temerile pacientului legate de efecte nedorite ale lipsei consumului de tutun: creșterea ponderală, lipsa gestului de a fuma, apariția de simptome de sevraj nicotinic, recidiva la tabagism. Pentru fiecare situație trebuie oferite soluții, mesaje pozitive (detaliat în capitolele acestui ghid).

Urmează configurarea, în colaborarea dintre pacient și echipa medicală, a unei strategii eficiente de renunțare la consumul de tutun.

Primul pas constă în a conveni asupra unei date ce va reprezenta ziua de renunțare la fumat. Este o zi importantă pentru „viața medicală” a pacientului. I se poate așadar recomanda alegerea unei date care să se raporteze la o zi cu o rezonanță în trecutul acestuia: 3 luni de la data căsătoriei sau 6 luni de la data de naștere a copilului de exemplu, pentru debutul renunțării la tutun.

Pentru a accentua importanța renunțării la tutun pentru evoluția medicală ulterioară a vieții pacientului, se pot forța comparațiile, avertizând însă dinainte pacientul asupra acestei exagerări. Se intenționează evidențierea corelației puternic semnificative dintre consumul de tutun și diversele neoplazii și efectul pozitiv, preventiv al renunțării la fumat. Astfel, simulăm îndoiala că am discuta chiar cu el, cel contemporan nouă, ci poate cu un el din viitor, care, diagnosticat fiind cu un cancer, are prescrisă ca terapie curativă întoarcerea în timp un număr specific de ani pentru a întrerupe expunerea la tutun, ca măsură singură suficientă ca el, cel din viitor, să nu mai dezvolte cancerul.

În principiu data renunțării la tutun se stabilește undeva în decursul celei de-a doua săptămâni de terapie, când medicația devine activă (atunci când aceasta îl ajută efectiv, prima săptămână fiind, practic, doar una de instituire a terapiei). Dacă însă pacientul prefigurează o dată de renunțare mai apropiată – „mai din scurt” –, susținem și această abordare, cu atenționarea însă a acestuia că efectul medicației încă nu este instalat ca să îl ajute în aceste prime zile de sevraj, cele mai dificile, în care lipsa tutunului se exprimă cel mai pregnant.

Începând din acea zi, pacientul nu va mai avea deloc țigarete în buzunare, servietă, sertare etc. Și aceasta deoarece dovezile științifice ne-au relevat că nevoia covârșitoare de a fuma are o durată de 7 minute, după această perioadă nevoia de a fuma persistând, dar la niveluri mai suportabile. Neavând la îndemână țigarele, până când eventual poate face rost de ele, acele 7 minute de presiune extremă trec, și pacientul poate aborda situația de pe o poziție mai bună (13).

Se recomandă ca renunțarea la tutun să se facă brusc, deodată, tactica reducerii treptate a numărului de țigarete fumate fiind documentată științific cu rate de reușită mult mai mici (13).

În intervalul de timp cât încă mai fumează dar a și început tratamentul medicamentos, pacientului i se recomandă următoarele acțiuni (13, 14, 17):

- își anunță toți prietenii, familia, cunoștințele etc. asupra acțiunii sale de a renunța la tutun. Această abordare, opusă celei de a-și secretiza decizia, cu „va anunța el asta dacă va reuși să se lase” are avantajul unei intenții declarate care îl va responsabiliza mai mult. Va evita și situațiile în care să îi fie oferită inocent „o țigară”, să fie invitat „la fumat”, să se fumeze în prejma sa, iar cei din jurul său, informați asupra perioadei mai grele pe care o parcurge în cadrul sevrajului, vor fi poate mai toleranți, evitând presiuni suplimentare asupra pacientului. Vor reuși poate să îl ajute mai bine.
- își va nota pe o hârtie motivele pentru care își dorește renunțarea la tutun, pe principiul „*verba volant, scripta manent*” iar această hârtie o va afișa într-un loc unde să o vizualizeze des – ușa frigiderului, baie, monitorul calculatorului etc. De multe ori, în oraș, la intersecții semaforizate vedem reclame pe care involuntar le citim și recitim în cursul timpului de staționare la stop, și astfel ni se imprimă mesajul dorit de comercianți. Recomandăm și pacientului utilizarea aceleiași tehnici, pentru țelul renunțării la tutun, întărindu-se astfel gradul de motivare.
- consumatorul de tutun are obișnuința de a desfășura în paralel cu activitatea principală fie că aceasta este de muncă, fie că este de relaxare, o activitate conexă, în speță fumatul. Este important ca, în acest interval, până la ziua programată a stopării consumului de tutun să se gândească cu ce să înlocuiască cel mai bine gestică fumatului – un pahar de apă, ceai, cafea etc. din care să tot ia câte o înghițitură. Poate considera de ajutor să deseneze, noteze, chiar să mâzgălească cu pixul, creionul, să folosească mingiuțe, să mestece gumă, să ronțăie biscuiți dacă nu are probleme de greutate corporală. Mestecatul bomboanelor nu este recomandat datorită problemelor stomatologice pe care le poate genera.
- își stabilește „omul de sprijin” – persoana pe care se obligă să o contacteze telefonic înainte de o eventuală reluare a consumului de tutun. Indiferent cât de mare ar fi presiunea de a relua fumatul, trebuie întâi să vorbească cu acea persoană desemnată – soțul/soția, prietena cea mai bună, mama/tatăl, medicul etc. Această persoană va trebui să aibă abilitatea de a-l face pe pacient să vorbească, să povestească ce s-a întâmplat, ce stress a declanșat impulsul de a relua consumul de tutun - pe considerentul amânării deciziei măcar după limita celor 7 minute – anterior descrise; a ameliorării stressului acut (un lucru odată descris în cuvinte, povestit, își pierde din gravitate, din caracterul copleșitor). Ea va evidenția că reluarea fumatului nu va soluționa situația stresantă apărută, din contra, va adăuga o insatisfacție generată de eșecul în proiectarea unei vieți sănătoase.
- își stabilește un tip de reacție pentru situațiile în care îi apare dorința de a consuma tutun: bea apă, se plimbă etc. Identifică personalizat comportamentul cel mai eficient pentru a „uita” de impulsul pentru tutun.
- dependența de consumul de tutun survine și prin infiltrarea ce o realizează acesta în tiparul cotidian al pacientului. Așa cum, de exemplu rearanjăm automat poziția lucrurilor de pe birou ca să revenim la imaginea deja existentă în mintea noastră asupra acestuia (ceea ce ne relaxează), absența consumului de tutun din cadrul cotidian, irită. Conștient că, prin acest mecanism, va resimți iritare de fiecare dată când se va afla în spațiul în care odinioară fuma, soluția propusă este aceea de a redecora acel spațiu, în măsura posibilului, de a-i modifica substanțial

aspectul pentru a nu mai avea echivalent mental (repoziționarea fotoliilor, alte perdele, plante de apartament, dacă fuma la fereastra de la bucătărie, să poziționeze la geamul respectiv un ghiveci cu flori etc.), sau să evite acel spațiu, măcar o perioadă, de început. Dacă locul de unde își cumpără, de obicei, țigarele este în drumul său spre casă, se recomandă schimbarea traseului, dacă este posibil.

- își analizează „la rece” ce ar putea să meargă prost. De exemplu: se ceartă cu cineva; ce face în situația aceea, ca să nu se reapeuce de fumat? – sună prietenul, iese la o plimbare etc.. Sau este invitat la o petrecere la care se fumează mult – anunță că nu mai fumează, stă cu nefumatori etc., până la decizia de a nu merge deocamdată la o astfel de petrecere. Este însă important ca aceste situații posibile să fie prevăzute dinainte iar pacientul să nu se bazeze pe reacțiile de moment ci să-și elaboreze din timp strategii de reacție personalizate.

Este foarte important ca pacientul să nu dezvolte sentimentul de persoană pedepsită, care nu are voie să facă un anumit lucru. Trebuie să conștientizeze că, în fapt, este mai liber ca niciodată, decizia de a nu fuma reprezentând voința proprie și, prin această decizie, își poate permite chiar mult mai multe decât și până acum. Și sub aspect material există beneficii - sunt economiile care se recomandă a fi investite de pacient pentru a-i înlocui plăcerea distructivă pe care anterior i-o oferea tutunul cu alte bucurii sănătoase (obiecte vestimentare, cină la restaurant cu persoana dorită, ședințe de masaj, excursii etc.). Eventual mai poate suplimenta aceste fonduri din alte resurse personale, ca premiu pentru că nu mai fumează. Se recomandă a marca/recompensa astfel momentele care aniversează sevrajul: 1 săptămână, 2 săptămâni, o lună, șase săptămâni, 2 luni, 3 luni, 6 luni, 1 an sau după propria alegere.

Efortul de a obține succes în renunțarea la tutun este unul de echipă iar pacientul trebuie asigurat de disponibilitatea echipei medicale de a-l asista pe parcursul întregii perioade de renunțare la tutun și de încrederea acesteia în șansele sale de reușită.

2.5.2.4. Asocierea unor metode ajutătoare: hipnoza, acupunctura, etc.

Acupunctura

O meta-analiză recentă a comparat forma “activă” cu cea de tip “control” și a arătat lipsa eficienței acestei intervenții în renunțarea la fumat. Efectele posibile ale acupuncturii s-ar datora așteptărilor pozitive ale pacientului legate de o astfel de procedură (20). Nu există dovezi care să arate eficiența în renunțare la fumat a acupuncturii laser sau prin electrostimulare.

Hipnoza

Există puține studii publicate dar care nu întrunesc criteriile de includere într-o meta-analiză. O analiză atentă a 9 trialuri de hipnoterapie (Cochrane Group) a arătat lipsa eficienței acestei intervenții în renunțarea la fumat (21) sau o eficiență limitată (22).

Alte intervenții: pe un număr mic de studii s-a demonstrat eficiența limitată a unor intervenții precum feedbackul fiziologic, terapia de stimulare a mediului sau prin recompense materiale (23).

Întrebări frecvente

Î: Pacientul meu nu dorește să renunțe la fumat. Argumentează afirmând că se știe fumător de peste 20, 30.. de ani și nu a avut niciodată probleme de sănătate, la fel ca și tatăl/bunicul, etc. lui care au trăit până la 95 de ani. Cum îl conving să nu mai fumeze?

R: Îi veți răspunde că deși într-adevăr există persoane care fumează toată viața fără a contracta boli cauzate de fumat, literatura de specialitate a demonstrat că aproximativ 50%

dintre fumători decedează prin afecțiuni datorate fumatului. De asemeni, în medie, speranța de viață unui fumător este cu aproximativ 10 ani mai mică vs. un nefumător. Nu avem de unde ști dacă el va fi printre cei 50% susceptibili de boală sau nu - oare merită să-și riște viața?

Î: Pacientul meu mi-a cerut să-i ofer doar tratament medicamentos pentru a opri fumatul, fără consiliere. Cum procedez?

R: Demonstrați-i că eficacitatea tratamentului este mai mare atunci când se asociază cu consilierea. Explicați-i practic în ce constă consilierea: antrenarea/oferirea de soluții pentru depășirea situațiilor dificile, incitante la fumat. Apelați la intervenții motivaționale, ajutorul unui psiholog. Cereți-i permisiunea să-l contactați telefonic pentru a-i supraveghea terapia farmacologică. Dacă totuși insistă să refuze consilierea, prescrieți-i în orice caz medicamente, deoarece au fost dovedite ca eficiente, fie și neînsoțite de consiliere.

Î: Pacientul meu se teme să folosească medicamente pentru renunțarea la fumat, fie pentru că ar putea deveni dependent de medicație, fie pentru că nu crede în eficiența ei. Cum procedez?

R: Subliniați că:

- medicamentele (orale sau sub formă de plasturi, etc.) pentru oprirea fumatului, chiar dacă conțin nicotină, acționează cu totul altfel decât fumatul. Doar în mod excepțional, apare dependența de acestea, care este un fenomen controlabil și nici într-un caz atât de dăunător precum fumatul.
- șansa de a reuși oprirea fumatului este mult mai mare prin utilizarea de medicamente specifice.
- medicația este o etapă tranzitorie spre oprirea fumatului. Luați în considerare farmacoterapia non-nicotinică.

Î: Care sunt factorii care influențează alegerea unui tip de intervenție sau altul?

R: Există astfel de factori pragmatici cum ar fi: acoperirea intervențiilor prin casele de asigurări, costul pe care îl plătește direct pacientul, aderența la terapie, contraindicații ale unor tratamente, dantura la cei care folosesc guma cu nicotină sau prezența dermatitei atunci când se optează pentru plasturi.

Î: Există factori asociați cu rate scăzute de renunțare la fumat sau cu rate crescute de recidivă a fumatului?

R: Da: indivizii cu dependență mare (scor Fagerstrom înalt), cu episoade de depresie recentă, abuz de alcool, schizofrenie, cu nivele crescute de stres, expuși cronic și involuntar la fumat, cu abandon precoce al terapiei de renunțare la fumat.

Bibliografie

- 1.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.
- 2.Le Foll, B. MD PhD, George, T. P. MD (2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. CMAJ 177: 1373-1380
- 3.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
- 4.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.
- 5.West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000;55:987-999.

6. <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr>
7. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendance au tabac, Guide Pratique 2009.
8. 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
9. NICE advice on the best way to quit smoking-February 2008-National Institute for Clinical and Health Excellence, www.nice.org.uk
10. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm
11. Ambrose JA, Barua RS. - The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *Am Coll Cardiol.* 2004 May 19;43(10):1731-7
12. Rigotti N.A., Treatment of Tobacco Use and Dependence <http://content.nejm.org/cgi/content/full/346/7/506>
13. 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.
14. Sullivan et al., State of the Art Reviews: Smoking Cessation: A Review of Treatment Considerations. *American Journal of Lifestyle Medicine.* 2007; 1: 201-213
15. Zigmond A., Snaith R. – The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, 67, pp. 361-370
16. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D: The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *J Psychiat Res* 2002, 52:69-77
17. Aubin H.J., Dupont P., Lagrue G. – Cum să te lași de fumat. Recomandări, metode, tratamente, Ed. Tei,, București 2003
18. Aubin, H.-J. Lagrue, G. Legeron, P. Azoulaï, G. Pelissolo, S. Humbert, R. Renon, D. Smoking cessation motivation questionnaire (Q-MAT). Construction and validation. *Alcoologie et addictologie*, VOL 26; nr. 4, 311-316 Ed. Princeps, 2004 Franța
19. Robert West ABC of smoking cessation Assessment of dependence and motivation to stop smoking, *BMJ* 2004;328:338-339
20. White AR, Rampes H, Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD000009.
21. Abbot NC, Stead LF, White AR, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *The Cochrane Database of Syst Rev* 2002
22. Hasan FM, Pischke K, Saiyed S, et al. Hypnotherapy as an aid to smoking cessation of hospitalised patients: Preliminary results. *Chest* 2007;132:527s.
23. Bize R, Burnand B, Mueller Y, et al. Effectiveness of biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation: a systematic review. *Tob Control* 2007;16:151-6.

2.5.3. Recomandări de scheme terapeutice individualizate

2.5.3.1. Asocieri de medicamente

Combinățiile 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 nicotinică (1).

În România se pot prescrie câteva terapii combinate.

a) *Plasturi și gumă de mestecat cu nicotină.* Plasturii de 15 mg se administrează zilnic, iar în asociere se poate folosi guma de mestecat cu nicotină, ca medicație de criză. Guma se poate administra zilnic sau intermitent. Combinarea plasturilor cu altă formă de substitute nicotinică are eficacitate superioară (2). Strategia folosită are 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 medicația de criză-guma. Combinația a dus la o rată de abținere tabagică de 34% față de numai 24% - monoterapia cu plasturi, la 12 săptămâni și respectiv de 28% față de 15% la 24 de săptămâni (3). Terapia de combinație cu gumă și plasturi nicotinică 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).

b) Plasturi cu nicotină și Bupropion.

Recomandare

Folosirea combinației de bupropion SR și plasturi nicotinică este dovedită eficace în atingerea abstenenței pe termen lung. Nivel de dovadă A (4).

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 plasturi cu nicotină, și 15,6% pentru placebo. 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 formula combinată este de 3-6 luni (5). Bupropion în combinație cu plasturi nicotinică este mai eficace decât plasturii singuri, pentru că au mecanisme de acțiune diferite (6). 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 (7).

2.5.3.2. Prelungirea duratei tratamentului

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.

De aceea, ajustarea dozelor, alcătuirea de combinații terapeutice și prelungirea duratei tratamentului sau reluarea acestuia reduc riscul de recidivă a fumatului.

Nu sunt justificate temerile legate de posibila dependență creată de terapia de substituție nicotinică, în cazul curelor prelungite cu aceste produse. Prelungirea duratei de administrare a produselor pe bază de nicotină este oportună sănătății (8). Recăderile precoce nu se datorează prelungirii duratei tratamentului, ci sunt un element caracteristic dependenței tabagice.

Pentru unii pacienți este oportună prelungirea duratei de tratament pentru un interval mai mare decât cel recomandat uzual. Analiza studiilor a relevat o rată mai bună de abstenență la folosirea pe termen lung a gumei cu nicotină comparativ cu o cură scurtă și un procent de 15-20% dintre abstenenții la fumat care folosesc guma nicotinică pentru perioade \geq de 12 luni (4, 9). Rezultatele Lung Health Study au evidențiat că aproximativ o treime din pacienții cu BPOC incluși în acest studiu care au rămas abstenenți pe termen lung au folosit gumă cu nicotină până la 12 luni, unii chiar 5 ani, fără efecte adverse serioase (10).

a) Tratamentul prelungit cu produse de substituție

Guma și plasturii cu nicotină se pot administra 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, fiind lipsită de riscuri (4).

Utilizarea gumei cu nicotină asigură un control al greutatei corporale după întreruperea fumatului. Există o corelație între doza de nicotină utilizată și creșterea în greutate (cu cât doza de substitute nicotinică este mai mare, cu atât creșterea în greutate este mai mică) (11).

Puține persoane devin dependente de substituatele nicotinică. Unii foști fumători continuă să le consume până la 1 an sau chiar mai mult, din motive de teamă de a relua fumatul (4, 12).

b) Tratamentul prelungit cu vareniclină

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

Vareniclina poate fi administrată pe o durată de 24 de săptămâni, cu toleranță bună, ca medicație eficace 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 care

a demonstrat un efect semnificativ antirecidivă pe termen lung. Renunțarea la fumat a fost prezentă la 70,6% în săptămânile 13-24 printre subiecții tratați cu vareniclină comparativ cu 49,8% la cei care au primit placebo, respectiv 44% față de 37,1% abștinenți în săptămânile 25-52 (13).

c) Tratamentul prelungit cu bupropion

Și durata terapiei cu bupropion se poate prelungi, peste cele 7-9 săptămâni de cură standard, cu eficiență bună în ceea ce privește rata abștinenței la finele tratamentului și în follow-up, precum și în privința prevenirii recidivelor. Într-un studiu randomizat, placebo controlat, în care s-a administrat bupropion 300 mg pentru 7 săptămâni unui număr de 784 fumători sănătoși, urmat de 45 săptămâni cură suplimentară de bupropion versus placebo, s-a constatat o rată foarte bună a abștinenței la 52 de săptămâni (55.1%) în grupul cu bupropion vs. 42.3% în grupul placebo (p=0.008). Această proporție s-a menținut în perioada de urmărire la 78 săptămâni (47.7% grup bupropion vs. 37.7% grup placebo, p=0.034), dar a devenit ne semnificativă la vizita de încheiere a studiului de 104 săptămâni (41.6% vs. 40.0%). Intervalul mediu de timp după care au apărut recidivele a fost incontestabil mai mare pentru grupul cu bupropion față de grupul placebo (156 vs. 65 zile, p=0.021). Remarci pozitive se pot face, pe marginea acestui studiu, și privitor la surplusul ponderal mai mic înregistrat la 52 de săptămâni la cei care au urmat tratament cu bupropion (3.8 kg) față de cei care au primit placebo (5.6 kg), la un p=0.002, respectiv de 4.1 kg vs. 5.4 kg (p= 0.016) după 104 săptămâni (14).

2.5.3.3. Recomandări privind reducerea fumatului

Reducerea fumatului a fost definită ca o scădere de 50% din consumul inițial de țigări, dar fără abștinență totală. Puțini dintre cei care fumează zilnic reduc în mod spontan numărul de țigări fumate. 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. Reducerea fumatului ar putea fi fezabilă dacă este susținută prin tratament. Promovarea reducerii fumatului va depinde de efectele sale asupra stării de sănătate și asupra facilitării unei viitoare renunțări la fumat (15).

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 reduce mai mulți factori de risc cardio-vasculari și ar ameliora simptomele respiratorii. Reducerea fumatului se asociază cu o scădere cu 25% a markerilor biologici și a incidenței cancerului pulmonar și cu o creștere mică, aproape ne semnificativă, a greutateii la naștere. Nu par să existe efecte benefice substanțiale pe funcția pulmonară (16).

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 (17).

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. Cei care au redus fumatul au fost mai ales bărbați, cu un consum de tutun mai intens decât cei din grupul control. Sexul, vârsta, antecedentele de BPOC și numărul de diagnostice de boală cardiacă au fost predictorii pentru intenția 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 (18). Reducerea fumatului crește probabilitatea unei renunțări viitoare (16).

Întrebări frecvente

Î: Care sunt cele mai frecvente asocieri de medicamente în renunțarea la fumat?

R: Diverse combinații cresc abținerea de lungă durată: plasturii cu nicotină cu utilizare prelungită (> 14 săptămâni) în asociere cu guma sau sprayul nazal cu nicotină, pastilele asociat cu inhalerul cu nicotină sau cu bupropionă SR. Combinarea vareniclinei cu substituției de nicotină este eficientă, dar crește moderat frecvența efectelor secundare (greață, cefalee).

Î: Când poate fi folosită medicația pe termen lung (peste 6 luni)?

R: Prelungirea duratei administrării poate fi utilă la fumătorii care au simptome persistente de sevraj în timpul tratamentului, la cei cu recidive la întreruperea medicației sau la cei care doresc continuarea terapiei. FDA a aprobat folosirea pentru 6 luni a bupropionului SR, a vareniclinei și a înlocuitorilor de nicotină. O minoritate de indivizi care au reușit să renunțe la fumat continuă să folosească înlocuitori de nicotină pe perioade mai mari, fără să fie raportate efecte nocive la cei care folosesc această medicație mai mult de 6 luni. Dezvoltarea dependenței la substituției de nicotină este puțin cunoscută.

Î: Ce medicamente se recomandă fumătorilor cu dependență nicotinică severă?

R: În general se recomandă substitutele nicotinică (gumă, plasturi, tablete orale), fie cu un dozaj mai mare, fie în combinații, cu precădere la acei fumători care au mai tentat oprirea fumatului anterior fără succes și au experimentat un sindrom sever de sevraj. Vareniclina și bupropionul sunt de asemenea recomandate în aceste situații.

Bibliografie

1. 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
2. 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
3. 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
4. www.surgeongeneral.gov/tobacco/gdlnrefs.htm
5. 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
6. 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
7. 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
8. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Le traitement de la dépendance au tabac, Guide Pratique.
9. 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
10. Morgan, M D L, Britton, J R (2003). Chronic obstructive pulmonary disease * 8: Non-pharmacological management of COPD. *Thorax* 58: 453-457
11. 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
12. 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
13. 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.

14. Hays J.T., Hurt R.D., Rigotti N.A., Niaura R., Gonzales D., Durcan M.J., Sachs D.P., Wolter T.D., Buist A.S., Johnston J.A., White J.D., Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation, a randomized, controlled trial, *Ann.Intern.Med.*, 2001, Sept., 18, 135(6), 423-33
15. Hughes JR; Carpenter MJ, The feasibility of smoking reduction: an update, *Addiction*, 2005; 100(8):1074-89 (ISSN: 0965-2140)
16. 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)
17. 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)
18. 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)

2.5.4. Recomandări de tratament în situații speciale și la grupe de populație cu risc

2.5.4.1. Recomandari de tratament la gravide

Renunțarea la fumat trebuie să reprezinte o componentă obligatorie a asistenței medicale acordate femeilor însărcinate fumătoare. Se impune evitarea expunerii active și pasive la fum de tutun, date fiind pericolele dovedite asupra sănătății mamei și fătului și potențialele complicații în evoluția sarcinii și nașterii (1).

În experiența noastră, foarte multe femei devin motivate și doresc să renunțe la fumat, odată ce se confirmă că sunt însărcinate. Ca gravide, ele vor avea de îndeplinit un număr obligatoriu de vizite medicale pe parcursul sarcinii atât la medicul obstetrician cât și la medicul de familie. Acest moment favorabil al vizitelor medicale trebuie fructificat înspre sevraj de către orice medic, fie el expert sau nu în renunțarea la fumat. Astfel, la fiecare vizită se recomandă evaluarea statusului fumatului, informarea pacientelor despre reducerea considerabilă a riscurilor gestaționale și postpartum prin renunțarea la fumat și acordarea de asistență în acest scop. Pentru o mai bună complianță la consilierea antifumat, sugerăm evaluarea statusului fumatului în baza unui chestionar cu răspunsuri multiple. Asta deoarece este dovedit că în practică multe gravide neagă consumul de tutun; în acest sens, se pare că abordarea de tip răspunsuri la alegere este mai favorabilă dialogului cu scopul opririi fumatului (2).

Consilierea antifumat este eficace în timpul sarcinii, dar și postpartum (3).

Renunțarea la fumat trebuie să se producă dintr-odată. Reducerea treptată a numărului de țigări nu este o soluție potrivită la această categorie de paciente. Dacă gravida renunță încă de la începutul sarcinii este cel mai bine, dar beneficii pentru sănătate sunt observate chiar dacă renunțarea are loc mai târziu (2).

Există date care arată că femeile care au renunțat la fumat după luna 6 de sarcină au avut o rată mai mare de recidivă a fumatului în perioada postpartum (3). De asemenea, se estimează că pînă la 20% din nașterile cu feți cu greutate mică pot fi evitate prin renunțarea la fumat în timpul sarcinii (2). De aceea, gravidele fumătoare trebuie să primescă suport pentru a reuși oprirea fumatului, pe toată perioada sarcinii.

Intervențiile pentru renunțarea la fumat sunt eficiente asupra gravidelor și ar trebui folosite în mod curent în timpul sarcinii.

Consilierea femeilor însărcinate constă în principal în recomandarea fermă venită din partea personalului medical (medic, asistentă, moașă) de a opri fumatul dar și informarea detaliată despre efectele nocive ale fumatului asupra sarcinii și produsului de concepție. Această recomandare se face sub forma sfatului medical, cu durata de câteva minute. Intervenția va fi suplimentată prin punerea la dispoziție a unor materiale scrise (broșuri, manuale, pliante) sau audio-video care conțin informații despre beneficiile renunțării la fumat pentru sarcină. Alteori, se recomandă includerea gravidelor în programe de sevraj prin susținere psiho-comportamentală (consiliere/urmărire telefonică, scrisori medicale, oferirea de

sfaturi practice de evitare a situațiilor incitante la fumat). Astfel de programe dau rezultate mai bune dacă au în vedere și implicarea soțului/partenerului și a obstetricianului (3).

Există dovezi ale eficienței intervențiilor prin sfat minimal, sesiuni de consiliere antitabagică și broșuri autoajutătoare (2). S-a constatat că ședințele de consiliere cu durată peste 10 minute asociate materialilor informative scrise au crescut rata de renunțare la fumat a gravidelor de la 8% (în absența oricărei intervenții) la 15% (2).

Marea majoritate a specialiștilor nu recomandă terapia farmacologică la gravide, mai ales datorită riscurilor implicate de absorbția continuă a nicotinei în sângele fetal (ca în administrarea plasturilor nicotinicici). Unii substituenți nicotinicici sunt însă permisi la gravide, în anumite situații- este cazul gumei cu nicotină care se poate indica marilor fumătoare și în timpul sarcinii, ca alternativă la fumatul de țigarete, evident dacă legislația din țara respectivă este permisivă în acest sens. La momentul de față, terapia de substituție nicotinică este contraindicată la gravide, în multe țări ale lumii, între care și România. În ceea ce privește vareniclina, acest medicament este interzis a se prescrie la gravide, și la fel este și bupropionul (4).

Siguranța medicației la gravide.

În privința plasturilor nicotinicici, datele provenind din 3 studii randomizate converg în direcția unor diferențe nesemnificative între ratele renunțării la fumat la gravidele care au urmat cure terapeutice de 8 săptămâni cu plasturi 15 mg/16 ore vs. 11 săptămâni plasturi 10 mg/16 ore, vs. placebo. Nu s-au constatat decalaje între grupurile de studiu nici în privința numărului de țigarete fumate, a greutății fetale la naștere sau a incidenței nașterilor înainte de termen (4).

Referitor la utilizarea gumei cu nicotină, dacă unele studii au arătat că expunerea mamei la nicotina din plasturi sau gumă a produs puține efecte hemodinamice asupra mamei și fătului, mult mai mici decât dacă mama ar fi fumat (3), există studii care au fost chiar întrerupte datorită incidenței mai mari (30% vs 17% pentru grupul control) a efectelor adverse. Mai mult, alte studii au ridicat temeri cu privire la folosirea substituenților de nicotină la gravide în primele 12 săptămâni de sarcină datorită asocierii cu unele malformații congenitale (2). Există și date despre riscul de nașteri premature și de nou născuți cu greutate mai mică la naștere la femeile la care s-au prescris substitute nicotinicice (5). Într-un studiu publicat în octombrie 2008, în care Oncken și colab. (6) au urmărit eficacitatea și siguranța gumei cu nicotină (2 mg) administrată pentru renunțarea la fumat la gravide, ei au găsit că folosirea gumei a dus la creșterea vârstei gestaționale și a greutății nou-născuților la naștere.

Pe de altă parte, literatura evidențiază că majoritatea femeilor care recurg la farmacoterapie folosesc substituenți de nicotină în trimestrele 2 și 3 de sarcină, fără să fie raportate efecte adverse (2).

Pornind de la faptul că un medicament este sigur dacă beneficiile depășesc riscurile și atâta timp cât există dovezi că nicotina are efecte adverse asupra fătului, apreciem că utilizarea substituenților de nicotină expune gravidele unui risc încă insuficient evaluat la ora actuală. Pe de altă parte, continuarea fumatului este mult mai dăunătoare pentru mamă și făt. Nicotina provenită din tutun este într-o cantitate mai mare decât cea farmaceutică și poate produce insuficiență utero-placentară prin vasoconstricție, neurotoxicitate cu dezvoltarea întârziată a creierului. Ramâne de cântărit de la caz la caz în ce situații particulare riscurile terapiei cu gumă nicotinică pot fi asumate, dacă nu există altă soluție de oprire a fumatului.

Medicul poate recomanda așadar guma cu nicotină de 2 mg numai într-un cadru legal și doar la acele gravide care își iau responsabilitatea să urmeze un astfel de tratament.

Asistarea în vederea renunțării la fumat ar trebui asigurată de rutină tuturor gravidelor fumătoare fie de către obstetrician, medicul de familie, medicul specializat în renunțare la fumat sau alt profesionist din sănătate.

Se pare că asistarea în acest scop în etapa de preconcepție precum și postnatal sunt absolut necesare pentru a asigura continuitatea abstenenței tabagice.

Orice vizită medicală efectuată de o femeie cu potențial de reproducere ar trebui privită ca o oportunitate ideală de consiliere pentru oprirea fumatului și educare pentru un comportament sănătos, vis-a-vis de consumul de tutun (1).

Recomandări

1. Date fiind efectele adverse grave ale fumatului asupra gravidelor fumătoare și a produsului lor de concepție, se recomandă ori de câte ori este posibil ca gravidele fumătoare să primească intervenții de consiliere psiho-socială de tip față în față în vederea renunțării la fumat. Intervențiile minimale de tip sfat minimal nu sunt suficiente la această categorie de pacienți. (Nivel de dovadă A) (3, 4).

2. Deși cele mai mari beneficii pentru sănătatea viitoarei mame și a fătului le aduce renunțarea precoce în decursul sarcinii, chiar și oprirea fumatului mai târziu, în orice moment al sarcinii, este benefică pentru sănătate. De aceea, se recomandă clinicienilor să ofere intervenții eficiente pentru oprirea fumatului pe tot parcursul sarcinii. (Nivel de dovadă B) (2, 4).

2.5.4.2. Recomandări de tratament la tineri sub 18 ani

Conform unor statistici recente, 34.8% dintre tinerii din România cu vârste cuprinse între 15 și 24 de ani sunt fumători curenți, în condițiile în care probabilitatea cumulativă de a iniția fumatul înainte de împlinirea vârstei de 15 ani a crescut între 2003-2007 de la 4 la 12.8% la fete, respectiv de la 19 la 20.2% la băieți (7). Este știut că tinerii inițiază consumul de tutun din motive sociale specifice vârstei, datorită publicității la produsele din tutun, pentru controlul greutatei sau din curiozitate/mimetism (3).

Dependența de nicotină se instalează rapid la vârste tinere (7). Deoarece consumul de tutun începe adesea în pre-adolescență, medicii trebuie să intervină prioritar la această grupă de vârstă în direcția prevenirii fumatului. Revizuirea literaturii despre programele de prevenire și renunțare la fumat pentru adolescenți arată o mare varietate de abordări dar și o eficiență limitată a acestora (3). Astfel, în lume se cunosc programe de prevenire a inițierii fumatului prin: educație sanitară, dezvoltarea capacităților sociale și intrapersonale de a evita fumatul în circumstanțe vulnerabile (anturaj, factori psiho-sociali favorabili fumatului) sau însușirea unor tehnici de a face față presiunii sociale pro-fumat. Centrul de Control al Bolilor (CDC) din SUA recomandă ca fiind cele mai eficiente acele intervenții care sunt multicomponentiale și combină programele bazate pe suportul școlar cu implicarea simultană a comunității locale (8).

În România, experiența în acest domeniu este limitată și de dată relativ recentă. În afara unei implicări modeste în cadrul educației sanitare generale în școli, în care prevenirea fumatului reprezintă doar una din componente, s-au derulat în perioada 2004-2009 și câteva programe naționale de extracție europeană. În acest sens, amintim “Clase fără fumat” (concurs între clasele gimnaziale în care elevii trebuie să devină/rămână nefumători 30 de zile), “Eu nu fumez” (video lecții pentru elevii de gimnaziu, cu scopul creării abilităților de a refuza țigara), “Adolescenții renunță la fumat” (sesiuni interactiv-educative cu premiera adolescenților care renunță în mod obiectiv - monitorizarea monoxidului de carbon în aerul expirat - la fumat) și concursul individual “Renunți la fumat și câștigi” dotat cu premii atractive la elevii de liceu care reușesc să se abțină de la fumat 30 de zile (9).

În consilierea tinerilor pentru oprirea fumatului, trebuie ținut cont de faptul că cel mai frecvent aceștia subestimează dependența de nicotină. Adolescenții fumători ocazional sau zilnic cred că se pot lăsa oricând de fumat. În realitate, numai aproximativ 4% dintre fumătorii

cu vârste între 12 -19 ani reușesc să renunțe la fumat în fiecare an, cu o rată de eșec mai mare decât la fumătorii adulți (10). Statisticile arată însă că adolescenții sunt foarte interesați să renunțe la fumat: 82% din cei cu vârste între 11 - 19 ani se gândesc să renunțe, iar 77% au avut în ultimul an serioase încercări de a renunța (10). Încercările adolescenților sunt rareori planificate, majoritatea alegând să renunțe fără ajutor, însă cercetările demonstrează că tinerii care participă la programe de renunțare la fumat au șanse duble de a reuși (2).

Terapia recomandată tinerilor sub 18 ani în vederea opririi fumatului

1. Consilierea față în față

O metaanaliză a 7 studii referitoare la eficacitatea consilierii la tineri a arătat că această metodă dublează rata abstenenței la fumat pe termen lung comparativ cu abordările uzuale de asistare (sfat minimal, pliante informative, trimiterea la specialistul în renunțare la fumat) sau cu absența oricărei intervenții (2). În general, consilierea adolescenților poate fi abordată în format divers: fie prin sesiuni individuale (față în față), combinarea sesiunilor individuale cu consiliere telefonică/mesaje pe telefon sau internet, sesiuni de grup. Conținutul consilierii cognitiv comportamentale cuprinde informații generale despre efectele fumatului, tehnici de creștere a gradului de motivație pro-sevraj, stabilirea unei date de renunțare la fumat, a modalităților de a contracara apetitul de a fuma, fixarea unor obiective și a etapelor de realizare a acestora, crearea abilităților de a preveni recidiva la fumat.

În acest scop, sugerăm tuturor practicienilor care asistă tineri sub 18 ani să evalueze sistematic statusul fumatului și să furnizeze sfatul minimal antifumat în egală măsură cu accesul la consiliere pentru tinerii care consumă deja tutun. Consilierea adolescenților trebuie efectuată într-o manieră confidențială, care să le respecte acestora intimitatea. Adolescenții trebuie abordați cu respect, pe plan de egalitate cu adultul, preferabil nu în prezența părinților sau educatorilor. Sunt de folos abordările de tip “pereche/cuplu”, ne referim aici la consilierea împreună cu iubitul/iubita sau cu cel mai bun prieten/prietenă a tânărului fumător, chiar dacă partenerii nu sunt la rândul lor fumători. De asemeni, dacă copilul/adolescentul provine dintr-o familie de fumători sau este expus pasiv la fumat în familie, se recomandă și consilierea antifumat a părinților. Spre exemplu, cercetările au arătat că intervențiile de consiliere pentru părinți furnizate în serviciile de pediatrie sau cu prilejul spitalizării copiilor, au crescut interesul pro-sevraj, numărul de tentative de renunțare, precum și rata de renunțare la fumat la respectivii părinți. În plus, informarea părinților asupra riscului expunerii copiilor la fumat pasiv poate reduce expunerea dar și ratele fumatului la părinți (2).

2. Consilierea telefonică

Intervenții proactive de consiliere pentru renunțare la fumat la tineri sub 18 ani pot fi livrate și prin consiliere telefonică oferită de consilieri antrenați în acest scop. Aceste terapii combină tehnicile de interviu motivațional personalizate cu crearea de abilități cognitiv-comportamentale. Astfel, într-un studiu care a inclus 1058 elevi de liceu s-au aplicat asemenea metode prin consiliere telefonică săptămânală, cu o aderență foarte bună la protocolul de tratament al populației studiate (90%). 85% dintre aceste evaluări telefonice au evidențiat cel puțin 4-6 parametri comportamentali semnificativi pentru interpretarea atitudinii vis-a-vis de fumat: status motivațional, gradul de empatie, aderența la tehnicile de creștere a gradului de motivare, interactivitate, etc. (11). Într-un studiu similar, în care unui număr de 2151 elevi de liceu identificați proactiv li s-a oferit de către consilieri specializați consiliere cognitiv-comportamentală și interviu motivațional via telefon și follow-up la 1 an, s-a constatat o diferență de 21,8% în ceea ce privește abstenența prelungită la 6 luni în grupul de intervenție vs. 17,7% în grupul control (12).

3. Terapia medicamentoasă

Există puține dovezi asupra eficacității terapiei medicamentoase la tinerii sub 18 ani. Majoritatea țărilor de pe glob interzic prin lege prescrierea terapiei medicamentoase la

persoane sub 18 ani. Și în România, medicamentele pentru terapia dependenței nicotinică nu sunt permise la această categorie de pacienți.

Puținele studii publicate pe această temă constată o eficacitate nesemnificativă a bupropionului, exceptând un mic studiu pilot care a găsit efecte pozitive inițiale ale acestui medicament pe un lot restrâns de 22 tineri. De asemeni s-au raportat rate nesemnificativ diferite ale sevrajului cu ajutorul plasturilor nicotinică vs. placebo, la 12 săptămâni post data renunțării la fumat, iar într-un alt studiu nu s-au obiectivat diferențe între eficacitatea gumei vs. plasturi vs. placebo în privința menținerii abstenenței tabagice la 6 luni de la oprirea fumatului. Trebuie să mai precizăm că în toate aceste grupuri de studiu, tinerii au primit în asociere cu medicamentele/placebo și minimum 6 sesiuni de consiliere antifumat (2).

Recomandări:

1. Se recomandă medicilor să chestioneze toți pacienții sub 18 ani asupra consumului de tutun și să transmită acestora mesaje clare despre importanța abținerii de la fumat. (Nivel de dovadă C) (2).
2. Consilierea s-a dovedit o metodă eficientă pentru renunțarea la fumat la adolescenți. (Nivel de dovadă B) (2, 9).
3. Fumatul pasiv este nociv pentru copii și adolescenți. Consilierea pentru oprirea fumatului furnizată la nivel de servicii de pediatrie s-a dovedit eficientă în creșterea ratei de abstenență tabagică la părinții care sunt fumători. De aceea, pentru protejarea copiilor împotriva fumatului pasiv, recomandăm clinicienilor să evalueze fumatul la părinți și să furnizeze părinților fumători sfaturi și asistență pentru renunțare la consumul de tutun. (Nivel de dovadă B) (2, 4).

2.5.4.3. Recomandări de tratament la fumătorii cu comorbidități respiratorii, cardio-vasculare, psihiatrice, neoplazice, etc.

Recomandare

Intervențiile terapeutice sunt eficiente la o mare 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 de țigarete, fumătorii moderați, adolescenții). (Nivel de dovadă B) (13).

Tratamente eficiente pentru grupuri specifice de populație

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.

1. Infecții 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. Datele existente arată eficiența medicației pentru renunțarea la fumat (13).

2. 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) (14). Urmărirea după externare este o componentă cheie a intervențiilor eficiente. Substituții de nicotină și bupropionul sunt eficienți, fără efecte secundare semnificative. Intervențiile sunt utile, iar prezența comorbidităților nu a afectat probabilitatea renunțării la fumat.

Tipurile de intervenții eficiente sunt: consilierea psiho-socială, autoeducația prin broșuri și materiale audio/video, medicația, diagrame care să amintească practicicianului să sfătuiască pacientul pentru renunțarea la fumat, consiliere în spital și telefonică după externare. Înlocuitorii de nicotină nu sunt indicați la pacienții din terapie intensivă (15).

3. *Co-morbidități*

Fumătorii care au boli asociate precum cancerul, afecțiunile cardiace, BPOC, diabetul zaharat și astmul bronșic constituie ținte importante pentru intervenții specifice pentru renunțarea la fumat. Tratamentul este eficient pentru fumătorii cu o mare varietate de co-morbidități.

Boala cardiovasculară.

Sunt eficiente consilierea psiho-socială, exercițiul fizic, vareniclina, bupropion SR, nicotina sub formă de plasturi, gumă sau inhalator. Diferite studii au arătat până în prezent lipsa unei asocieri între plasturii cu nicotină și evenimentele acute cardiovasculare, chiar și la pacienții care au continuat să fumeze în timp ce utilizau acești plasturi (16). Se recomandă precauție în utilizarea înlocuitorilor de nicotină la cei cu boli cardiovasculare acute.

BPOC.

Sunt eficiente consilierea intensivă pentru renunțarea la tutun împreună cu psihoterapia comportamentală pentru prevenția recăderilor, combinate cu vareniclina, substituenți de nicotină, bupropion SR, nortriptilina, nicotina sub formă de plasturi sau inhalator (17).

Cancerul

Sunt eficiente consilierea și medicația, consilierea motivațională (18).

Fumători vârstnici

Este eficientă strategia în 4 etape: ‘evaluare’, ‘sfătuire’, ‘asistență’, ‘supraveghere’ la cei de peste 50 de ani, consilierea, sfatul minimal, materialele auto-didactice adaptate vârstei, consilierea prin telefon, medicația (19).

Afecțiuni psihiatrice, consumatorii de droguri

Afecțiunile psihiatrice sunt mai frecvente la fumători. Fumatul este mai frecvent la consumatorii de alcool și droguri. Aceste grupuri apelează mai rar la tratamente pentru renunțarea la fumat. Tratarea acestora pentru dependența la tutun este complexă în contextul multiplelor diagnostice și medicamente de uz psihiatric. Rezultatele meta-analizelor au arătat că antidepressivul, 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. Bupropion SR și nortriptilina sunt utile în schizofrenie, cu ameliorarea simptomelor bolii și ale depresiei asociate. Pacienții în tratament cu antipsihotice atipice ar putea răspunde mai bine la terapia cu bupropion SR decât cei cu antipsihotice standard. Consilierea și medicația sunt eficiente în tratarea fumătorilor care primesc tratament împotriva dependenței de droguri, existând puține dovezi care să arate interferențe cu recuperarea din aceste dependențe (20).

2.5.4.4. 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 (21).

Aceștia au tendință mai mare să fumeze, au acces limitat la tratament eficient, sunt neinformați în legătură cu medicația pentru renunțarea la fumat, trăiesc într-un mediu înconjurător pro-fumat și muncesc în arii permissive din punct de vedere al politicilor fără fumat. Astfel, ei constituie o țintă ușor de atins de către companiile producătoare de tutun (22), având o probabilitate mică să primească asistență pentru renunțarea la fumat și asigurări

limitate de sănătate. În țările vestice, numai 25 % dintre reprezentanții acestei categorii au declarat că au beneficiat de asistență practică pentru renunțare la fumat. Totuși, aceste categorii și-au exprimat un interes semnificativ crescut pentru abandonarea fumatului, înregistrând beneficii importante de pe urma tratamentului (22).

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

Recomandare

Pentru fumătorii preocupați de o posibilă creștere în greutate după renunțarea la fumat, se recomandă utilizarea vareniclinei, a bupropionului sau a gumei cu nicotină, medicamente care limitează creșterea în greutate după oprirea fumatului (Nivel de dovadă B) (23).

Majoritatea fumătorilor care renunță la fumat câștigă variabil în greutate, mai puțin de 5 kilograme, dar 10% cresc ponderal cu peste 15 kilograme. Cu toate acestea, excesul ponderal consecutiv opririi fumatului este o amenințare minoră asupra sănătății, comparativ cu riscurile continuării fumatului (24).

Tendința de a crește mai mult în greutate este mai mare la femei decât la bărbați, și la cei din rasa neagră, indiferent de gen, la cei cu vârsta sub 55 ani, la mari fumători (peste 25 țigări/zi). Preocuparea exagerată și teama de creșterea ponderală sunt factori motivaționali pentru inițierea sau continuarea fumatului la unii indivizi, mai ales la femei (23).

Adolescenții preocupați de greutatea corporală încep să fumeze mai frecvent. 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, fără să dăuneze însă procesului de renunțare la fumat (25).

Substituția nicotinică și bupropionul sunt eficiente în limitarea creșterii în greutate descrisă după renunțarea la fumat. În două studii de renunțare la fumat cu vareniclină comparativ 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 (26).

Creșterea ponderală se produce prin creșterea aportului caloric și prin scăderea ratei metabolismului. Datele disponibile despre implicarea mecanismelor metabolice sugerează faptul că fumătorii vor crește în greutate pe parcursul sevrajului, chiar dacă nu măresc aportul caloric (26).

Pacientul trebuie informat și pregătit în legătură cu posibilitatea creșterii în greutate, aceasta fiind moderată. În timpul renunțării la fumat, pacientul trebuie sprijinit pentru controlul greutății, fiind 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 (27).

Un program de exerciții de câte 45 minute de 3 ori pe săptămână crește abținerea la fumat pe termen lung în cazul femeilor și limitează creșterea în greutate atunci când este combinat cu un program cognitiv-comportamental. Creșterea în greutate este redusă dacă abținerea la fumat este acompaniată de o creștere a activității fizice (28). Fumătorii ar trebui încurajați să includă exercițiul fizic moderat în modul zilnic de viață.

2.5.4.6. Recomandări de tratament pentru fumătorii moderați

Recomandare

Se recomandă ca fumătorii moderați să fie sfătuiți să renunțe rapid la fumat și să li se ofere acces la intervenții pentru abandonarea fumatului (Nivel de dovadă B) (29).

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. Chiar dacă fumează mai puține țigări, fumătorii moderați prezintă risc important de a dezvolta boli datorate fumatului (30).

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 (31). La bărbați fumători ocazionali, s-a observat o creștere a mortalității și morbidității cardiovasculare (30).

Fumatul moderat este în creștere, probabil prin limitarea spațiilor în care mai este permis acest comportament și chiar datorită creșterii prețului la țigări. Aproximativ 25% din adulții fumători din Statele Unite fumează mai puțin de 10 țigări/zi, iar 11,6% fumează sub 5 țigări/zi. Cei mai mulți doresc să renunțe la fumat, dar întâmpină serioase dificultăți, cu rată redusă de succes. Există dovezi conform cărora mulți dintre fumătorii moderați prezintă dependență crescută, deși fumează relativ puțin. Aceștia au șanse mai mici să primească tratament adecvat decât cei care sunt mari fumători .

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. (32)

2.5.4.7. Recomandări de tratament pentru prevenirea recidivelor

Intervențiile pentru prevenirea recidivelor nu au avut efect la gravide foste fumătoare, la femei postpartum (33), la pacienții care nu au fumat în spital, la militari (34). Intervențiile comportamentale au fost ineficiente în prevenția recăderilor la cei care au renunțat cu ajutor de specialitate sau din proprie inițiativă (35).

Efect modest în favoarea reducerii recăderilor a existat la cei care au folosit guma cu nicotină, dar nu și la bupropion (36). Intervențiile specifice individuale sau în grup nu au prevenit recăderile, indiferent de durată și de timpul de contact, și nici după 8 săptămâni de consilieri telefonică (37).

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 (36).

Un studiu publicat în 2009 de către P. Hayek și colaboratorii descrie eficiența crescută a administrării prelungite a vareniclinei în prevenirea recăderilor, cu deosebire la acei pacienți care ating târziu abstenența în decursul curei standard de 12 săptămâni cu vareniclină. Autorii raportează un risc mai mare de recidivă la pacienții care au oprit fumatul abia în săptămâna 11 de tratament comparativ cu cei care au sevrat din prima săptămână. Astfel rata abstenenței la săptămâna 52 a fost de 5.7% la abstenenții tardivi, respectiv 54.9% la cei precoce. Din acest punct de vedere, se concluzionează asupra unui beneficiu al unei cure repetate de 12 săptămâni suplimentar cu vareniclină la fumătorii care nu reușesc oprirea fumatului la data fixată de renunțare din primele 2 săptămâni. Acest lucru s-a observat în acest studiu randomizat la cei 1208 pacienți abstenenți cel puțin la săptămâna a 12 de tratament cu vareniclină, randomizați în două grupuri: 3 luni suplimentarea terapiei cu vareniclină vs. 3 luni suplimentarea cu placebo (38).

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

Recomandări

1. Se recomandă identificarea, asigurarea consilierii și încurajarea insistentă pentru a renunța la fumat la cei ce consumă alte produse decât țigara. (Nivel de dovadă A) (39).
2. Clinicienii care asigură servicii de sănătate dentară ar trebui să acorde sfatul minimal tuturor consumatorilor de orice fel de produse din tutun, altele decât țigara. (Nivel de dovadă A) (39).
3. Cei care folosesc trabuc, pipe și 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) (40).

Folosirea tutunului, în orice formă, produce dependență de nicotină cu consecințe grave asupra sănătății: alterarea calității danturii, afecțiuni ale gingiilor, pierderea de os periodontal, leucoplakia și cancerul oral sau pancreatic (41). Prevalența era de 5% la bărbați și sub 1% la femei în 2005.

Sfatul minimal poate fi eficient la cei care consumă tutun fără a inhala fum de tutun (40). 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 abstenței (39).

Cu toate că vânzările de țigări au scăzut în ultima decadă, cele la trabucuri au crescut cu 15% în Statele Unite, în 2005. Fumătorii de trabucuri minimalizează efectele acestora asupra sănătății, considerându-le mai puțin dăunătoare decât țigările. Folosirea trabucurilor și a pipelor se asociază cu cancerul pulmonar, gastric, bucal, laringian și esofagian (42).

2.5.4.9. Recomandări pentru dependența de substituenți de nicotină

La introducerea lor în terapia dependenței nicotice, 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. 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 (43).

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, dar este descrisă totuși la folosirea concomitentă a două astfel de produse sau în situația utilizării substituenților de nicotină în paralel cu continuarea fumatului (43).

Întrebări frecvente

Î: Alegerea medicației este influențată de genul persoanei respective?

R: Există dovezi contradictorii legate de o eficiență mai redusă a substituenților de nicotină la femei, existând recomandarea utilizării mai curând a bupropionei sau a vareniclinei la sexul feminin.

Î: Ce medicație se recomandă la cei preocupați de creșterea în greutate?

R: Bupropiona SR, guma și tabletele cu nicotină de 4 mg întârzie dar nu întodeauna previn creșterea ponderală după renunțarea la fumat. Vareniclina s-a dovedit a avea un impact bun în privința excesului ponderal postrenunțare la fumat.

Î: Este eficientă medicația la fumătorii moderați?

R: Eficiența acestei intervenții este limitată. Se recomandă reducerea dozei de substituenți de nicotină la acești fumători, fără intervenție asupra dozei atunci când se folosește bupropion SR sau vareniclină.

Î: Experiența anterioară avută de unii pacienți cu terapiile farmacologice de renunțare la fumat poate fi relevantă?

R: Dacă pacientul a tolerat bine acea medicație și a reușit atingerea abstenenței, se poate trage concluzia că medicația este eficientă la pacientul respectiv. Nu întodeauna eșecul unui medicament poate fi interpretat ca o garanție că o nouă cură cu același produs va avea același rezultat nefavorabil. Totuși, este mai bine ca la a doua/treia cură să nu se mai reia un medicament care s-a dovedit ineficace, sau a fost grevat de numeroase efecte adverse.

Î: Ce părere aveți despre țigările electronice?

R: Țigările electronice sunt dispozitive operate cu baterii care conțin cartușe cu nicotină, au diverse arome (ciocolată, mentă) și contin diverse substanțe chimice, livrate sub formă de vapori pentru a fi inhalate. Sunt consumate mai ales de tineri, fiind distribuite on-line sau în diverse magazine. Există dovezi legate de efectul toxic al acestora, datorită creșterii dependenței prin nivelele crescute de nicotină livrate. În compoziția acestor țigări au fost identificate substanțe precum toxicul *diethylene glycol*, folosit ca antigel și diverși carcinogeni cum ar fi *nitrosaminele* (44).

Bibliografie

1. Trofor A., Man M.A., Miron R. Fumatul in cursul sarcinii – o incercare pentru practicieni, *Pneumologia*, vol.58, nr.4, 2009, p.247-51.
2. 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.
3. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Pop M., Todea D. si col Ghidul Societatii Romane de Pneumologie: Ghid de renuntare la fumat si asistenta de specialitate a fumatorului (GREFA), Tehnopress Iasi, 2008 www.srp.ro
4. Fiore M.C. and col. Quick Reference Guide for Clinicians- 2008 Update: Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service
5. Gaither G.H., Brunner Hubert R.H., Thompson M.E., Huet Hudson Y.M., Does the use of nicotine replacement therapy during pregnancy affect pregnancy outcomes?, *Matern. Child health*, 2009, Jul.13 (4), 497-504.
6. Oncken C., Dornelas E., Greene J., Sankey H., Glassman A., Feinn R., Kranzler H.R., Nicotine Gum for Pregnant Smokers, *Obstet Gynecol.* 2008 October ; 112(4): 859–867
7. World No Tobacco Day data press release, 31-st of May, Bucharest, Romania, www.ms.ro
8. Teen Smoking Statistics, CDC, Mayo Clinic, ALA, Teen Help.com
9. Trofor A., Mihaltan F., Mihaicuta S., Lotrean L., Smoking cessation and prevention for young people-Romanian expertise, *Pneumologia*, Vol. 58 – Nr. 1/ 2009, p. 72-78., ISSN 1223-3056
10. Tonnensen P., How to reduce smoking among teenagers, *Eur Respir J* 2002; 19:1-3

11. Sargent J.D., Mott L.A., Stevens M., Predictors of smoking cessation in adolescents, *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, ISSN 1072-4710, 1998, vol.152,n.4, p.388-93.
12. Mac Donald S., Geesink I., Moore L., Evaluation of European Adolescent Smoking Cessation Pilot Programme Report for the Welsh Assembly Government, ISSN 1-904815-41-3
13. 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.
14. Rigotti N, Munafo M, Stead L. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
15. 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
16. Ludvig J, Miner B, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with coronary artery disease. *Am Heart J* 2005;149:565-72
17. 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
18. 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
19. Tait RJ, Hulse GK, Waterreus A, et al. Effectiveness of a smoking cessation intervention in older adults. *Addiction* 2007;102:148-55
20. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav* 2004;29:1067-83
21. Schroeder SA. Shattuck Lecture. We can do better—improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007;357:1221-8
22. Apollonio DE, Malone RE. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tob Control* 2005;14:409-15.
23. 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.
24. Eisenberg D, Quinn BC. Estimating the effect of smoking cessation on weight gain: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2006;41:2255-66.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Okuyemi KS, Harris KJ, Scheibmeir M, et al. Light smokers: issues and recommendations. *Nicotine Tob Res* 2002;4 Suppl 2:S103-12
30. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:2355-8.
31. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14:315-20.
32. 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
33. 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
34. 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.
35. Borland R, Balmford J, Hunt D. The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction*. 2004;99:369-377.
36. 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
37. Becona E, Vazquez FL. The course of relapse across 36 months for smokers from a smoking-cessation program. *Psychol Rep*. 1998;82:143-146.
38. Hayek P., Tonnesen P., Arteaga C., Russ C., Tonstad S., Varenicline in prevention of relapse to smoking: effect of quit pattern on response to extended treatment, *Addiction*, 2009, 104, 1597-1602.
39. Ebbert JO, Rowland LC, Montori V, et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD004306.
40. 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

- 41.Hatsukami DK, Lemmonds C, Tomar SL. Smokeless tobacco use: harm reduction or induction approach? *Prev Med* 2004;38:309-17.
- 42.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.
- 43.Silagy C, Lancaster T, Stead L, et al., *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;3:CD000146
- 44.<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/uc>, July 22, 2009

II. RECOMANDĂRI CU PRIVIRE LA FORMAREA PERSONALULUI ÎN DOMENIUL RENUNȚĂRII LA FUMAT

Noțiunile referitoare la asistarea pacienților în vederea renunțării la fumat trebuie să reprezinte un capitol obligatoriu în curricula medicală (1). Instruirea personalului medical în domeniul renunțării la fumat trebuie să se realizeze prin cursuri de formare susținute cu experți autorizați în domeniu.

Într-o trecere în revistă publicată în 2008 de către Nancy Rigotti și colaboratorii, autoarea a încercat să obțină date cât mai complete despre stadiul în care se află formarea personalului în domeniul renunțării la fumat, în cât mai multe țări ale lumii. Chiar dacă datele colectate au fost heterogene, evidențiind multitudinea de abordări, varietatea structurilor de studiu, a categoriilor țintă de personal implicat sau a distribuției fondurilor în acest scop, această anchetă este meritorie deoarece a atras atenția la nivel global asupra necesității unei pregătiri specializate pentru tratarea dependenței tabagice și a permis schimburi de experiență utile între participanți (2).

1. Formarea în domeniul renunțării la fumat pentru generațiile viitoare de medici Curricula universitară

Absolvenții universităților de medicină și farmacie (medici, dentiști, nurse, farmaciști) trebuie să fie capabili de a recunoaște dependența nicotinică ca o boală cronic recidivantă și de a acorda intervenția de nivel 1 sub forma sfatului minimal antifumat.

Concret, în baremul de licență al facultăților cu profil medical determinarea statusului fumatului 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 însușită la fel ca orice alt gest medical elementar (1).

Curricula postuniversitară

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

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

2. Formarea 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 (3).

Curricula de bază (Modulul 1) – 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, să identifice corect statusul fumatului, să elaboreze diagnosticul complet al dependenței nicotinică și să aplice algoritmul standardizat de asistare a fumătorilor. Avem în vedere medicii de familie, medici de diverse specialități clinice cu activitate în ambulatorii, cabinete individuale și spitale, medicii dentiști, nursele (4,5).

Curricula avansată (Modulul 2) – este destinată primordial medicilor care doresc să desfășoare 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 toată țara. Absolvenții acestui modul trebuie să dobândească aptitudinea de a indica corect, urmări și evalua terapia dependenței nicotinică, de a gestiona competent situațiile dificile de tipul comorbidităților, recăderilor, efectelor adverse ale terapiei, cazurilor care au contraindicații de terapie farmacologică, gravidelor, adolescenților etc. Practic, ei vor fi capabili să rezolve orice situație, manageriind competent asistarea în vederea renunțării la fumat.

Considerăm totodată oportună și instruirea în domeniu a responsabililor din sănătate în atribuțiile cărora intră coordonarea programelor de asistare a fumătorilor, cu precădere a personalului din serviciile de promovare a sănătății sau serviciile managerial-administrative ale diverselor unități medicale și organisme coordonatoare (6).

Curricula recomandată acestei categorii de personal sanitar are în vedere următoarele topice: statutul de spitale (unități sanitare) fără fumat, programe de educație pentru prevenirea fumatului, noțiuni elementare despre epidemiologia tabagismului, noțiuni sumare despre tratamentul și consilierea pacienților cu dependență nicotinică (3).

Recomandare:

Medicii trebuie antrenați 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. 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 (Nivel de dovadă B) (1, 3, 4, 5, 6).

Bibliografie

1. Trofor A., Mihaescu T., Consilierea în vederea renunțării la fumat - un "must have" al curriculei medicale. Proiectul European "Hermes" – un argument pro, pag. 160-164., Pneumologia, Vol. 58 – Nr. 3/2009, pag. 154-156, ISSN 1223-3056
2. Rigotti N.A., Bitton A., Richards A., Reyen M., Wassum K., Raw M, An international survey of training programs for treating tobacco dependence, *Addiction*, 2008, 104, 288-296).
3. 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
4. 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.
5. Maciosek MV, Edwards NM, Coffield AB, et al. Priorities among effective clinical preventive services methods. *Am J Prev Med* 2006;31:90–6.
6. 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

III. RECOMANDĂRI DE ORDIN ADMINISTRATIV

Aceste recomandări sunt 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 indivizilor cu dependență tabagică aduce o scădere a morbidității și mortalității legate de fumat. Un studiu efectuat în SUA a arătat că aproximativ o treime dintre 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 (1). În lupta antifumat trebuie realizată o cooperare între personalul sanitar, managerii unităților sanitare, casele de asigurări de sănătate și angajatori.

Conform Centrului de Control al Bolilor (Center for Disease Control-CDC-*engl.*) factorii care cresc costurile la fumători angajați sunt (2): absenteismul, asigurările de sănătate și viața mai scumpe, accidente și incendiile, alterarea proprietății, expunerea nefumătorilor și costuri suplimentare de tratare 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 obiective pentru angajații lor (2):

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 în zonele comune
Informații privind beneficiile renunțării la fumat	Note informative privind beneficiile renunțării la fumat (tipărite/internet) Riscurile induse de fumatul la locul de muncă Implicarea în evenimente cu această temă Consiliere via internet, linii telefonice.

Rezultatele acestui tip de inițiative se vor măsura în efecte benefice pentru personal: reducerea numărului de zile de concediu medical și scăderea numărului de pensionări premature, ca și în beneficii materiale. Pentru angajator, beneficiul va consta în reducerea pericolului de incendiu, de deteriorare a clădirii și a aparaturii ca urmare a riscurilor cauzate de fumat (3). Managerii de unități sanitare, în colaborare cu casele de asigurări de sănătate trebuie să asigure medicilor condițiile necesare realizării unei consilieri antitabac eficiente (2), și anume:

- 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 perioada de sevraj;
- să anunțe că spitalul este susținătorul unei politici fără fumat atât la nivelul întregului spital cât și la nivelul comunității;
- să asigure gratuitatea tratamentului pe perioada spitalizării, și asistarea pacienților ambulatori prin compensarea terapiei de către societățile de asigurări;
- să asigure plata serviciilor în domeniul renunțării la fumat.

Pentru implementarea acestor măsuri, foaia de observație trebuie să conțină o rubrică în care să fie notat statutul de fumător iar personalul trebuie informat de importanța completării acestei rubrici (2).

Asigurarea implicării personalului sanitar în consilierea antifumat are în vedere:

1. Personalul sanitar trebuie instruit asupra consilierii fumătorilor.
2. Cursurile trebuie reluate periodic cu prezentarea ultimelor noutăți în domeniu.
3. Evaluările finale pot oferi competența de a asigura consilierea antitabac rambursată de casa de asigurări.
4. Cursuri cu un nivel mai ridicat de informare trebuie realizate pentru viitorii formatori pentru a asigura diseminarea informațiilor la întregul personal sanitar.
5. Unitatea sanitară trebuie să dispună de tot arsenalul terapeutic util sevrajului, pentru a putea oferi pacienților cea mai eficientă terapie și totodată trebuie să se asigure continuitatea tratamentelor și după externare.
6. Aprovizionarea cu medicamente trebuie să fie constantă pentru a evita apariția fenomenelor de sevraj.
7. Informarea întregului personal, a pacienților, a vizitatorilor și a comunității despre politica fără fumat a unității sanitare respective.
8. Implicarea caselor de asigurări în plata serviciilor și a tratamentului de renunțare la fumat.

Recomandare

Inițierea consilierii antifumat la pacienți încă de pe parcursul perioadei de internare s-a dovedit a fi eficace (Nivel de dovadă B) (1).

Sevrajul nicotinic în timpul spitalizării poate îmbunătăți recuperarea pacientului. Rezultatele sunt mult mai bune dacă adițional sunt oferite broșuri, se proiectează materiale educative video, iar după externare există un serviciu de consiliere și monitorizare telefonică a pacientului (1).

Recomandare

Oferirea terapiei (consiliere și tratament) ca serviciu compensat de casa de asigurări are efecte benefice determinând creșterea numărului de tentative de sevraj, a gradului de utilizare a tratamentului și a reușitei acestuia (Nivel de dovadă A) (2).

O metaanaliză a 3 studii a arătat o rată de abținere de 18,9% la cazurile la care tratamentul a fost compensat (4), față de 8,9% la cei la care nu a fost compensat.

Recomandare

În privința comportamentului față de fumat, clinicienii îndeplinesc și rolul de model pentru pacienții lor (Nivel de dovadă B) (5).

După cum s-a observat în ultimii 20 ani, prevalența fumatului în rândul personalului sanitar a scăzut semnificativ comparativ cu populația generală. În SUA mai fumează 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).

Aceste măsuri pot fi susținute prin programe de renunțare la fumat. Acestea sunt vitale pentru prevenirea apariției bolilor datorate fumatului, la fumătorii actuali și viitori. Succesul unor astfel de program 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 către OMS în acest sens (2):

- campanii naționale mediatizate (cu implicarea guvernului și a asociațiilor medicale);
- campanii la nivel de comunitate (autorități locale, asociații medicale, comunitate, ONG);
- promovare în media (ONG și organizații profesionale);
- locuri de muncă fără fumat (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);

III.1. Interzicerea fumatului în toate unitățile medicale

Recomandare

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. 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 (8).

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

III.2. “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 (9). Inițiativele locale și naționale stimulează fumătorii să ia în considerare ideea de a renunța la fumat. În România se celebrează o astfel de zi începând din 2003, în cea de-a treia săptămâna a lunii noiembrie.

III.3. Înființarea unei linii telefonice/site internet pentru a crește adresabilitatea la serviciile de renunțare la fumat.

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 pentru pacient. Este bazat în special pe terapie motivațională și se adresează fumătorilor în stadiul de contemplație, 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.

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, deși ar fi necesare trialuri randomizate pentru a determina nivelul de dovadă al eficacității metodei (10). Există dovezi modeste dar semnificative ale eficienței și în favoarea materialelor pe care un fumător le poate accesa de pe un site specializat (8).

Un site activ 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 este TEL VERDE 0800-878673 (disponibil numai din rețeaua RomTelecom). Informații pe internet se găsesc și la www.stopfumat.eu

Consilierea prin telefon este de două feluri:

- *reactivă*, când fumătorii apelează numărul pentru a primi ajutor/consiliere. Aceasta este eficientă pentru renunțarea la fumat, chiar dacă trialurile controlate pe această temă sunt puține la număr (11).
- *proactivă*, când fumătorii sunt apelați de către terapeut conform unui program prestabilit. Rata de abținere auto-raportată este crescută după această intervenție (12).

III.4. Înființarea de servicii de renunțare la fumat în toate serviciile județene de pneumologie, deservite de personal propriu

Recomandări:

1. Fumătorii trebuie să aibă acces la clinici specializate pentru renunțarea la fumat, organizate și susținute de autoritățile guvernamentale. (Nivel de dovadă: A) (7, 13).

2. 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) (7, 13, 14).

3. Instituțiile specializate trebuie să ofere suport individual și în grup. (Nivel de dovadă: A) (15, 16).

4. 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).

III.5. Recomandări de rambursare/compensare a terapiei de renunțare la fumat

Recomandare

Se recomandă compensarea prin asigurări de sănătate a tratamentului dependenței tabagice (medicație și consiliere). Aceasta crește procentul de fumători care folosesc medicația de renunțare la fumat, al celor care încearcă să renunțe și al celor care reușesc să devină nefumători. (Nivel de dovadă A) (17, 18).

Mai multe studii au demonstrat impactul pozitiv al contribuției asigurărilor medicale asupra utilizării medicației și a ratei de succes în renunțarea la fumat (17, 18). O analiză din baza de date Cochrane 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 (19). Existența de medicație gratuită (compensată în avans) sau cu reduceri de preț, a crescut numărul de prescripții medicale și rata abstenenței (20). Îndepărtarea tuturor barierelor legate de prețul tratamentului a dus la o rată maximă de folosire a medicației (21).

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 (18).

Este interesul companiilor de asigurări, al serviciilor medicale, al departamentelor guvernamentale și al furnizorilor de medicamente să colaboreze pentru a se asigura de compensarea intervențiilor pentru dependența tabagică și de a informa fumătorii de existența acestei strategii (21).

Începând din 2007 s-a finanțat în România programul național de acordare a medicației și consilierii pentru renunțare la fumat "StopFumat". Adresabilitatea mare de care s-a bucurat 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, absența totală a acestora în zonele rurale, 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 permanență. Sugerăm totodată extinderea spectrului de gratuitate asigurată prin program național la toate categoriile de medicamente existente pe piața românească. Această afirmație se bazează pe expertiza membrilor colectivului de autori ai ghidului de față conferită de implicarea în acest program în perioada 2007-2010.

Bibliografie

1. Treating tobacco use and dependence – *clinical practice guideline 2008*, AHCPR Supported Clinical Practice Guidelines
2. Employers smoking cessation guide – second edition
3. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple Risk Factor Intervention Trial. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248(12):1465-77.
4. 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)
5. Mihaltan F., Munteanu I.- Prevalența fumatului la personalul sanitar din unitățile de pneumologie din România, Intervenții pentru un mediu fără fumat în România, Sibiu, august 2005
6. Mihaltan F., Munteanu I. Ghidul spitalelor fără fumat în România – 2006
7. Health Education Authority/Department of Health. Creating effective smoking policies in the NHS. London: Health Education Authority, 1992.
8. 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.
9. Hillhouse A. Coughing up. What smokers want to help them quit and who they think should pay. London: No Smoking Day, 1998

10. 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.
11. 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
12. Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control* 2000;9:148-54
13. 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.
14. Schaffler HH, McMenamin S, Olson K, et al. Variations in treatment benefits influence smoking cessation: results of a randomised controlled trial. *Tob Control* 2001;10:175-80
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. 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.
19. Harris JR, Schaffler 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.
20. 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
21. 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

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 (TCR). 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 TCR, sau meta-analiza de TCR. 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

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. 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) - editia a 2-a revizuită și adăugită, elaborat din inițiativa grupului de lucru al Secțiunii Tabacologie a Societății Române de Pneumologie declară că au avut colaborări în anii 2009-2010 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.