

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”

Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

2016

GHID DE PREVENȚIE

STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ȘI ALTE INTERVENȚII PREVENTIVE PRIORITARE
PENTRU BOLI NETRANSMISIBILE, ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ



Intervențiile preventive
adresate stilului de viață
Fumatul

VOLUMUL

4



alrat



BUCUREȘTI, 2016

ISBN 978-973-0-22799-4

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”
Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

GHID DE PREVENȚIE

*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*

Vol. 4.
**Intervențiile preventive adresate
stilului de viață
Fumatul**



alrat



Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” – Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap.3, Sector 2, 0208868 București

www.cnsmf.ro

ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

Str. Constantin F. Robescu nr.4, Sector 3, 030218 București

www.aliat-onq.ro

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Copyright



Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, 2016

*“Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este sa mănânci ceea ce nu vrei,
să bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face”.*

Mark Twain

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Colectiv CNSMF:

Mihaela Bucurenci
Doina Bunescu
Monica Bătăiosu
Mădalina Dumitrescu
Cristina Isar
Andrea Neculau
Iuliana Popa
Marius Mărginean

Colectiv INSP:

Magda Ciobanu
Adriana Gălan
Rodica Nicolescu
Silviu Rădulescu
Carmen Ungurean

Colectiv ALIAT:

Gabriela Bondoc
Eugen Hriscu
Andreea Ștefanache
Mihai Bădica

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

CUPRINS

CAPITOLUL 1. IMPORTANȚA PROBLEMEI.....	1
CAPITOLUL 2. DEFINIȚII	2
CAPITOLUL 3. EVALUAREA PACIENTULUI CU TULBURARE LEGATĂ DE CONSUMUL DE TUTUN	5
CAPITOLUL 4. BOLI PROVOCATE DE FUMATUL ACTIV.....	7
4.1. FUMATUL ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE	7
4.1.1. Boala coronariană	8
4.1.2. STOP FUMAT și bolile coronariene acute	9
4.1.3. Fibrilația atrială (FiA).....	9
4.1.4. Insuficiența cardiacă (IC)	9
4.1.5. Bolile vasculare periferice (BVP)	10
4.1.6. STOP FUMAT și bolile vasculare periferice	10
4.1.7. Bolile cerebro-vasculare	11
4.1.8. STOP FUMAT și AVC.....	11
4.1.9. Aneurismul de aortă	11
4.2. FUMATUL ȘI BOLILE PULMONARE	12
4.2.1. Bolile pulmonare obstructive cronice	12
4.2.2. Infecțiile respiratorii	12
4.2.3. Cancerul căilor respiratorii	13
4.3. FUMATUL ȘI BOLILE DIGESTIVE	13
4.3.1. Bolile tractului digestiv superior	13
4.3.2. Bolile gastrointestinale	13
4.3.3. Cancerele digestive	14
4.4. FUMATUL ȘI BOLILE GENITO-URINARE	14
4.4.1. Ciclul menstrual.....	14
4.4.2. Fertilitatea	14
4.4.3. Cancerele tractului genital	15
4.4.4. Bolile urinare	15
4.5. FUMATUL ȘI OSTEOPOROZA.....	15
4.6. FUMATUL ȘI ASPECTUL ESTETIC.....	15
4.7. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ	16
4.8. FUMATUL ȘI BOLILE OCULARE.....	16
4.9. FUMATUL ȘI BOLI NEURO-PSIHICE	16
CAPITOLUL 5. INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE TUTUN .	18
5.1. SCREENINGUL	18
5.2. INTERVENȚII SCURTE PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT	19
5.2.1. Rolul personalului medical în încurajarea renunțării la consumul de tutun	19
5.2.2. Intervenții asupra fumatului activ	21

5.2.3. Intervenții asupra fumatului pasiv	29
5.3. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ.....	30
5.3.1. Medicamente de substituție nicotinică („Terapia de substituție nicotinică” – TSN)	30
5.3.2. Medicamente fără nicotină	32
5.4. POPULAȚII SPECIALE	35
5.4.1. Femei însărcinate	35
5.4.2. Adolescenți.....	39
5.4.3. Vârstnici	40
5.5. STRATEGIA ABORDĂRII CONSUMULUI DE TUTUN DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE.....	41
ANEXE	46
ANEXA 1. Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină	46
ANEXA 2. Sumarul recomandărilor privind fumatul	47
BIBLIOGRAFIE	48

CAPITOLUL 1.

IMPORTANȚA PROBLEMEI



Anual, în toată lumea, mor din cauza consumului de tutun aproximativ 6 milioane de oameni, dintre care peste 600.000 sunt nefumători expuși fumului de țigară.

Epidemia tabagică este una din cele mai mari amenințări pentru sănătatea publică cu care s-a confruntat omenirea, tutunul omorând - activ sau pasiv, până la jumătate dintre cei care îl consumă. Se estimează că anual, în toată lumea, mor din cauza consumului de tutun aproximativ **6 milioane de oameni**, dintre care peste 600000 sunt nefumători care au fost expuși fumului de tutun.

OMS estimează că, dacă guvernele nu vor implementa măsuri intense de control, în 2030 se va atinge pragul de 8 milioane decese anuale datorate tutunului, situație inacceptabilă cu atât mai mult cu cât, această povară este în totalitate evitabilă. De aceea se menționează în numeroase documente că *"fumatul este cea mai importantă cauză de deces ce poate fi evitată"*. Însă, deoarece povara creată nu este numai de natură medicală ci și de ordin economic, social, de mediu înconjurător și chiar politic, diminuarea impactului pe care îl are consumul de tutun asupra omenirii necesită colaborarea întregii societăți și a tuturor autorităților statului. Din acest motiv în anul 2005 a fost semnată Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (CCCT), un tratat internațional¹ prin care Părțile semnatare se obligă să aplice toate măsurile dovedite a fi eficiente în reducerea poverii reprezentate de tutun. În 2008, OMS a introdus Strategia MPOWER ca instrument de lucru adresat în special autorităților sanitare, cu scopul de a le ajuta să implementeze prevederile CCCT, această strategie conținând 6 măsuri² bazate pe dovezi, dovedite a fi eficiente atât în reducerea consumului de tutun cât și pentru salvarea de vieți.

Se pot spune multe despre tabagism, fiecare cetățean având opinii proprii, dar există câteva elemente care ne obligă să ne angajăm și în calitate de medici în lupta împotriva fumatului:

- Consumul de tutun este o boală - dependența de nicotină - aceasta având stadii variabile;
- Consumul de tutun NU este un viciu, astfel cum este definit în Dicționarul Explicativ al limbii române³;
- Consumul de tutun este întotdeauna periculos pentru sănătate, neexistând "exces periculos", "consum fără pericol", „produse mai puțin periculoase” ori „expunere acceptabilă, fără pericol la fum de tutun”;
- Consumul de tutun afectează nu numai pe cel care consumă ci și pe cei din jurul acestuia. Și din acest motiv, fumatul NU intră în categoria "drepturilor omului" și nici a "libertăților personale".

CAPITOLUL 2.

DEFINIȚII

Consumul de tutun este o boală pentru că este o cauză majoră de îmbolnăvire și deces prematur, afectând practic toate organele corpului. Și din punctul de vedere al definiției semiologice a bolii, consumul de tutun (tabagism) îndeplinește criteriile pentru a fi considerat o boală deoarece:

- Are agent etiologic: nicotina;
- Are mecanism patogenetic: mecanismul de inducere a dependenței;
- Are consecințe: fizice și psihice;
- Are tratament: medicamentos și psihologic.

Ediția a cincea a Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale (DSM-5) clasifică tulburările legate de substanțe în 2 categorii:

- tulburări legate de consumul de substanțe. Se manifestă prin modele simptomatice rezultate ca urmare a folosirii unei substanțe pe care individul continuă să și-o administreze în ciuda consecințelor negative pe care le resimte;
- tulburări induse de consumul de substanțe. Includ sevrajul și intoxicația cu substanțe și diverse condiții medicale induse de substanțe: boli mentale (de ex. psihoze, tulburare bipolară, depresie, anxietate, etc), tulburări de somn, disfuncții sexuale, tulburări neuro-cognitive, delirium.

Conform DSM-5, **Tulburarea legată de consumul de tutun** este o boală a persoanelor care au dependență de nicotină ca urmare a consumului de produse ce conțin tutun. Planta de tutun conține nicotină, un drog psihoactiv cu efect stimulant și relaxant.

Diagnosticul se stabilește pe baza criteriilor menționate în Tabelul 1: este necesar ca, în urma consumului unui produs din tutun timp de cel puțin 1 an, să existe cel puțin 2 din cele 11 criterii conform tabelului.

Gradul de severitate se stabilește în funcție de numărul de criterii îndeplinite:

- Formă ușoară: sunt prezente 2-3 criterii (simptome);
- Formă medie: sunt prezente 4-5 criterii (simptome);
- Formă severă: sunt prezente 6 sau mai multe criterii (simptome).

Specificații suplimentare de definire pot fi adăugate de clinician:

- În remisiune precoce: dacă nu a folosit niciun produs din tutun timp de 3-12 luni;
- În remisiune susținută: dacă nu a folosit niciun produs din tutun mai mult de 12 luni;
- Sub tratament de menținere: dacă primește tratament (de substituție sau non-nicotinic);
- În mediu controlat: de ex, în timpul spitalizării, al detenției (dacă fumatul este interzis în aceste unități).

Tabel 1 – Criterii de diagnostic pentru tulburarea legată de consumul de tutun

Criterii de diagnostic pentru tulburarea legată de consumul de tutun	
1.	Produsul din tutun a fost consumat în cantități mai mari și pentru o perioadă mai lungă de timp decât s-a intenționat inițial
2.	Încercări fără succes de a opri sau a reduce consumul de tutun
3.	Perioade excesive de timp sunt necesare pentru a obține sau a folosi produsul din tutun
4.	Craving-uri (nevoie nestăpânită) de a folosi produsul din tutun
5.	Eșec/ insuficiență în a se îngriji de responsabilități și obligații datorită consumului de tutun
6.	Continuarea consumului de tutun în ciuda consecințelor negative sociale sau interpersonale
7.	Renunțarea la activități importante sociale, ocupaționale sau recreaționale în favoarea consumului de tutun
8.	Consumul produsului de tutun în situații periculoase
9.	Continuarea consumului în ciuda conștientizării existenței unor probleme fizice sau psihologice direct atribuibile consumului de tutun
10.	Instalarea toleranței: nevoia de cantități tot mai mari de nicotină pentru a obține efectul dorit, sau un efect considerabil diminuat dacă se folosește aceeași cantitate de nicotină
11.	Instalarea simptomelor tipice de sevraj de tutun care necesită creșterea dozei de nicotină (prin consum mai mare sau prin administrarea unui medicament de substituție) pentru a alina simptomele

Sevrajul de tutun (tabagic)

Se referă la un model inadecvat (neadaptat) de consum de tutun în care apar cel puțin 4 simptome în primele 24 ore de la oprirea/ reducerea consumului de tutun (Tabelul 2)

Simptomele sevrajului de tutun apar de obicei după o oră de la ultima administrare de tutun și sunt mai intense în prima săptămână de abstenență totală, după care scad în prima lună, dar pot dura luni sau chiar ani.

Tabel 2: Simptome specifice sevrajului de tutun (tabagic) conform DSM-5

Categoriile de simptome menționate în DSM-5	Exprimări frecvente ale pacienților români
“craving”	nevoie acută, puternică de a fuma; “îmi cere corpul”
agitație	neastâmpăr
iritabilitate	toane, stress, furie
insomnie	insomnie, tulburare a somnului
depresie	stare proastă, tristețe
apetit alimentar crescut	senzație de foame
tulburări de concentrare	lipsă de concentrare, “fugă a gândurilor”
anxietate	neliniște, frustrare

Factori favorizanți (trigger) ai reluării consumului de tutun

DSM-5 identifică și principalele categorii de situații/ factori care pot conduce la reluarea consumului de tutun (Tabel 3)

Tabel 3: Categorii de factori favorizanți ai reluării consumului de tutun

Categoriile de trigger menționate în DSM-5	Situații frecvente ale pacienților români
“Craving”	Nevoia acută, imperioasă, puternică de a fuma/ consuma tutun
Momente uzuale din viața cotidiană în care persoana obișnuia să consume tutun	Locuri: în mașină, la intrarea în casă, la loc de muncă
	Activități: debutul zilei, lucrat la calculator, activități casnice, băut cafea, după masă
	Stări afective: stress, plictiseală, oboseală
Ocazii sociale	În jurul fumătorilor
	Consum social de alcool

Și în **Clasificarea Internațională a Bolilor a OMS** (ICD-10) precum și în sistemul DRG, consumul de tutun este clasificat ca boală - dependența de nicotină și sevrajul de nicotină (cod F17):

- **Adicția:** este definită ca o boală cronică a sistemului nervos central caracterizată prin utilizarea și căutarea compulsivă a unei substanțe (drog) în ciuda consecințelor negative. Este un termen folosit cu precădere în literatura americană, inclusiv de National Institute for Drug Abuse (NIDA) care recunoaște însă criteriile DSM-5 de definire a tulburărilor de consum de substanțe;
- **Dependența fizică** este definită prin toleranță la utilizare și sevraj la oprirea administrării unei substanțe. Ea poate să apară atunci când o substanță, legală sau ilegală, ori chiar un medicament, este folosită regulat zilnic sau aproape zilnic, ca urmare a adaptării fiziologice a organismului. Când substanța nu mai este administrată, apar simptome de sevraj pe măsură ce organismul se re-ajustează, putându-se ajunge la “craving” (nevoie acută, puternică de substanță). Însă, pentru a fi definită ca dependență de substanță ori adicție, este necesară îndeplinirea unor criterii adiționale și anume criteriile specifice tulburării de consum de substanțe. Astfel, tulburările de consum de substanțe pot include dependența fizică de o substanță, dar nu sunt sinonime cu aceasta.

CAPITOLUL 3.

EVALUAREA PACIENTULUI CU TULBURARE LEGATĂ DE CONSUMUL DE TUTUN

În practica medicală curentă stadializarea dependenței de nicotină la fumătorii de țigarete se face în funcție de scorul obținut la Testul Fagerström (Figura 1):

- Fumător cu dependență joasă - scor între 1 și 3 la testul Fagerström;
- Fumător cu dependență medie - scor între 4 și 6 la testul Fagerström;
- Fumător cu dependență înaltă - scor între 7 și 10 la testul Fagerström.

Figura 1. Testul Fagerström⁴ – evaluarea nivelului de dependență la nicotină

1. Când fumați prima țigară după trezire?		
a. În primele 5 minute	<input type="checkbox"/>	3
b. 6-30 minute	<input type="checkbox"/>	2
c. 31-60 minute	<input type="checkbox"/>	1
d. Peste 60 minute	<input type="checkbox"/>	0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
3. La ce țigară renunțați mai greu?		
a. Prima	<input type="checkbox"/>	1
b. La celelalte	<input type="checkbox"/>	0
4. Câte țigări fumați pe zi ?		
a. Sub 10	<input type="checkbox"/>	0
b. 10-20	<input type="checkbox"/>	1
c. 21-30	<input type="checkbox"/>	2
d. peste 30	<input type="checkbox"/>	3
5. Fumați mai mult dimineața decât după-amiază?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți la pat o zi întreagă?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
Scor total:		

În evaluarea pacientului ce suferă de tulburare legată de consumul de tutun, se va ține cont și de **stadiul pregătirii pentru renunțarea la consumul de tutun**, conform stadiilor schimbării ale lui Prochaska și Di Clemente. Astfel, pacientul va fi întrebat dacă dorește să renunțe la tutun într-un interval de timp determinat (în următoarea lună/ 6 luni/1 an) și, în funcție de răspuns, va fi clasificat astfel:

- Consumator de tutun care nu dorește să renunțe ("nepregătit");
- Consumator de tutun indecis referitor la oprirea consumului ("indecis");
- Consumator de tutun care dorește să renunțe ("pregătit");
- Consumator de tutun care a renunțat, dar a reluat ulterior consumul ("recidivă").

În funcție de stadiul pregătirii, se va stabili conduita terapeutică.

Obiectivarea nivelului actual de consum al tutunului (al tabagismului) se face prin:

- dozarea semicantitativă a nicotinei în urină, salivă, firul de păr, sânge;
- dozarea cantitativă a nicotinei în sânge;
- dozarea semicantitativă a concentrației CO în aerul expirat.

Evaluarea cantitativă a consumului de tutun se face prin intermediul *Pachetului-An (PA)*:

1 PA = nr. de pachete de țigări fumate per zi x nr de ani de fumat, unde 1 pachet de țigări = 20 țigări



O persoană care a fumat zilnic un pachet de țigări, timp de 26 de ani, a consumat 26 PA: nr. pachete-an = $1 \times 26 = 26$ PA

O persoană care a fumat zilnic două pachete de țigări timp de 13 de ani a consumat tot 26 PAȘ nr. pachete-an = $2 \times 13 = 26$ PA

O persoană care a fumat o jumătate de pachet de țigări "toată viața", adică timp de 52 de ani, a consumat tot 26 PA: nr. pachet-an = $0,5 \times 52 = 26$ PA

CAPITOLUL 4.

BOLI PROVOCATE DE FUMATUL ACTIV

Tabel 4: Boli care au o relație cauzală cu fumatul activ sau cu expunerea la fumul de tutun (fumat pasiv)

Boli provocate de fumatul activ		Boli provocate de fumatul pasiv	
Cancer	Tract respirator superior orofaringe laringe Tract respirator inferior trahee bronhii plămân Tract digestiv esofag stomac pancreas Tract urinar rinichi ureter vezică urinară Col uterin Leucemie mieloidă acută	La copil	Moartea subită a nou-născutului Otite medii Afectarea tractului respirator inferior: simptome respiratorii, funcție ventilatorie scăzută, boli pulmonare
Boli cronice	Cardiovasculare boli ischemice coronariene anevrism aortic boli vasculare periferice ATS AVC Pulmonare BPOC Astm Pneumonie Simptome respiratorii Cataractă, orbire Periodontită Fractură de șold Afectarea funcției de reproducere la femei, inclusiv scăderea fertilității	La adult	Boală ischemică coronariană Cancer pulmonar La femeia gravidă: greutate mică la naștere a fătului Iritație nazală

4.1. FUMATUL ȘI BOLILE CARDIOVASCULARE

Numeroase studii epidemiologice efectuate în diverse țări (cum ar fi INTERHEART, WHO MONICA, ISIS, studii naționale) demonstrează că fumatul este implicat major în etiologia bolilor coronariene ischemice, anevrismului aortic, bolilor vasculare periferice, AVC-ului, aterosclerozei subclinice și că există o relație doză-efect.

4.1.1. BOALA CORONARIANĂ

În Raportul Surgeon General se estimează că 30% dintre decesele prin boli coronariene sunt atribuibile tutunului. Expunerea pasivă la fumul de tutun crește riscul de boli coronariene acute cu 20-30%⁴ iar persoanele cu boală ischemică coronariană expuse la fum au tensiunea arterială, alura ventriculară și carboxihemoglobina crescute, dar toleranța la efort este scăzută cu până la 40%.⁵

Fumul de țigară este un aerosol compus dintr-o *fază solidă* („*particulate matter*”) și una *gazoasă* (agenți volatili și semi-volatili în stare de vapori). *Faza solidă* conține particule cu dimensiuni mai mari de 0,1μm, inclusiv nicotina și radicali liberi persistenti până la câteva luni. *Faza gazoasă* include monoxidul de carbon dar și radicali liberi care au persistență de ordinul secundelor. Tarul (sau gudronul) reprezintă ceea ce rămâne din faza solidă dacă se îndepărtează nicotina și apa.

Efectul toxic asupra aparatului cardio-vascular este exercitat de substanțe ce se află în ambele componente ale fumului, rezultate din arderea tutunului: *nicotina, monoxidul de carbon, tarul*.

Nicotina are efecte cardiovasculare atât la expunerea acută cât și cronică.

Monoxidul de carbon produce, în primul rând, hipoxemie, fiind implicat și în leziunile endoteliului vascular.

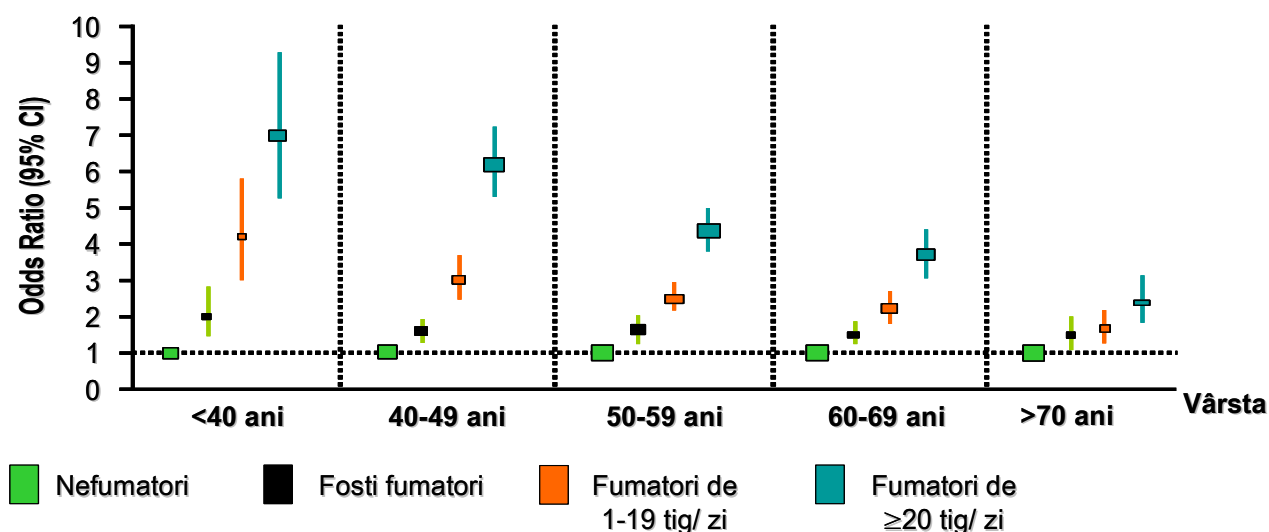
Cele peste 4800 de substanțe conținute în tar ⁶ sunt principalii responsabili de mecanismele care conduc la instalarea BCV, în special prin favorizarea aterosclerozei, deoarece activarea plachetară contribuie la disfuncția endotelială care, la rândul ei, determină scăderea producției de NO endotelial, inhibitor al activării plachetare.⁷

Din păcate, consecințele procesului aterosclerotic (plăcile de aterom) nu mai pot fi îndepărtate, dar plăcile pot fi stabilizate.

Rezultatele studiilor arată că fumatul este un factor de risc (FR) major pentru boala ischemică.⁸

Cu cât persoana este mai tânără și cu cât fumează mai mult, cu atât riscul de IMA este mai mare⁹ (Figura 1). Din acest motiv, renunțarea la fumat la tinerețe aduce beneficii mai mari, în termeni de scădere a riscului și a mortalității la 1 an.

Figura 2: Riscul de IMA non-fatal al fumătorilor comparativ cu nefumătorii și cu foștii fumători



Riscul de IMA la femeile fumătoare este mai mare decât la bărbații fumători^{10,11} iar femeile fac primul IMA la o vârstă mai tânără decât bărbații.¹²

Fumatul este în sine un factor de risc major pentru boala ischemică coronariană, dar interacționează cu ceilalți FR astfel încât riscul total este mai mare decât cel al fiecărui factor, calculat separat.¹³ (Figura 2).

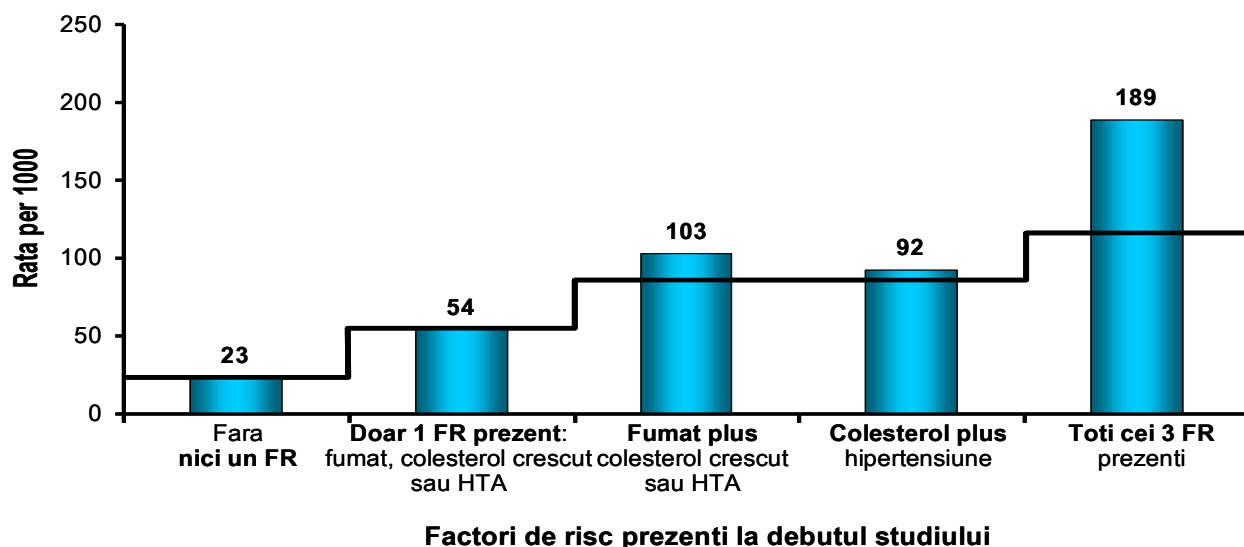


Figura 3: Riscul multiplicativ al fumatului pentru boala coronariană acută.

4.1.2. STOP FUMAT ȘI BOLILE CORONARIENE ACUTE

Studiul INTERHEART a demonstrat că **riscul de IMA scade rapid după renunțarea la fumat**: după 1 an, s-a redus cu aproximativ 50% și continuă să scadă pe măsură ce trece timpul. Din păcate, chiar și după 20 de ani riscul este mai mare decât la cei care nu au fumat niciodată, semn că modificările induse de componenții fumului de țigară sunt semnificative.

4.1.3. FIBRILAȚIA ATRIALĂ (FIA)

În studiul ARIC¹⁴ au fost monitorizate peste 15000 persoane pe parcursul a 13 ani, identificându-se 876 cazuri de fibrilație atrială fără o cauză aparentă. S-a constatat că riscul de fibrilație atrială este de 2,05 ori mai mare la fumători comparativ cu cei care nu au fumat niciodată.

4.1.4. INSUFICIENȚA CARDIACĂ (IC)

Deși fumatul este cunoscut ca un factor de risc minor pentru dezvoltarea insuficienței cardiace (IC), totuși existența lui nu trebuie neglijată, cu atât mai mult cu cât poate fi îndepărtat.

În studiul CASS¹⁵, fumatul se asociază cu o creștere cu 47% a riscului de IC, independent de sex, vârstă, rasă. Renunțarea la tutun determină o scădere cu 30% a mortalității, scădere ce apare încă din primii 2 ani.¹⁶

4.1.5. BOLILE VASCULARE PERIFERICE (BVP)

Chiar dacă aproape 50% dintre bolile vasculare periferice (BVP) sunt asimptomatice, prevalența lor este destul de ridicată, apreciindu-se că în jur de 20% din populația cu vârsta peste 55 de ani suferă de această boală.¹⁷

Evoluția BVP este influențată de continuarea fumatului, acesta fiind factorul predictiv cel mai important. Se estimează că la fumători, simptomele apar cu aproximativ 10 ani mai devreme, iar rata amputațiilor este dublă față de nefumători.¹⁸ Riscul de deces în rândul celor cu claudicație intermitentă este și el mai mare, în studiul olandez menționat estimându-se că mortalitatea la 5 ani este cu 40-50% mai mare dacă pacientul continuă să fumeze.

Relația cauzală fumat – boală Burger este cunoscută și documentată. Continuarea fumatului duce la una sau mai multe amputații la 43% din pacienți dar, dacă pacientul renunță la tutun, atunci boala este reversibilă. Astfel, 94% din cei care renunță la fumat evită amputarea.¹⁹

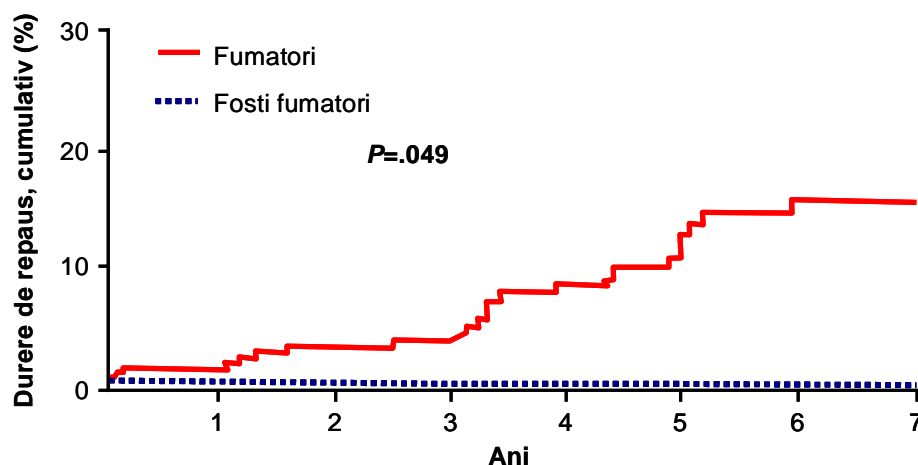
Disfuncția erectilă este de 2 ori mai frecventă la fumători, existând numeroase studii care atestă relația cauză-efect. În afara aterosclerozei și disfuncției endoteliale, printre mecanismele accentuate de fumat se numără și: diminuarea sintezei și degradării NO (ceea ce afectează dilatarea arterelor și arteriolelor peniene), coagulabilitatea crescută, cantitatea scăzută de antioxidanți serici, alterarea secreției de hormoni sexuali.¹⁹

4.1.6. STOP FUMAT ȘI BOLILE VASCULARE PERIFERICE

Dacă pacientul continuă să fumeze, boala se agravează; dacă oprește fumatul, atât riscul de instalare a bolii cât și durerea scad.

Foștii fumători își diminuează riscul de apariție a BVP asimptomatice (OR: 1,6; 95%CI: [1,1-2,4] comparativ cu nefumătorii) dar și a claudicației intermitente. Astfel, într-un studiu realizat pe 343 pacienți suedezi²⁰, monitorizați timp de 7 ani, s-a constatat că la persoanele care au renunțat la tutun în primul an de evaluare, durerea specifică BVP nu a apărut; în schimb, toate cele 26 de cazuri noi de BVP simptomatice au fost în rândul celor care au continuat să fumeze (Figura 5).

Figura 4: Evoluția numărului de persoane (total) cu durere de repaus în funcție de persistența fumatului



În formele ușoare, disfuncția erectilă este reversibilă rapid după întreruperea fumatului.²¹

4.1.7. BOLILE CEREBRO-VASCULARE

Consumul de țigarete este recunoscut ca factor de risc semnificativ pentru accidentul vascular cerebral (AVC) de tip ischemic ori hemoragic, dar și pentru hemoragia subarahnoidiană. Totodată, potențează efectele altor factori de risc pentru AVC cum ar fi utilizarea anticoncepționalelor orale.

Impactul compușilor toxici din fumul de tutun este și acut (prin favorizarea formării trombilor) și cronic (prin creșterea riscului de ateroscleroză).²²

Persoanele cele mai afectate par a fi femeile tinere și de vârstă mijlocie (30-55 ani) care fumează zilnic mai mult de 25 țigări. În studiul Nurses' Health Study realizat pe un eșantion de 119404 asistente medicale, se demonstrează o creștere a riscului de AVC fatal și non-fatal de aproape 4 ori față de nefumătoare (Figura 7), independent de vârstă, durata monitorizării, greutate, existența HTA, diabetului, hipercolesterolemiei.²³

O relație doză - efect s-a pus în evidență și pentru tipul de leziune cerebrală acută provocată de fumat în rândul femeilor, independent de vârstă, alcool, activitate fizică, BMI, HTA, diabet. Astfel, cu cât numărul de țigări fumate zilnic este mai mare, cu atât crește și riscul hemoragic, prin comparație cu nefumătoarele, cel mai evident efect fiind pentru hemoragia subarahnoidiană: risc de 4 ori mai mare al femeilor care fumează zilnic mai mult de 15 țigări, în timp ce consumul mai mic de 15 țigări se asociază cu un risc de 1,74 ori mai mare (Figura 8).²⁴

Mortalitatea prin AVC este mai mare la fumători comparativ cu nefumătorii, indiferent de sex, dar se pare că la bărbați există o relație doză- efect.²⁵

4.1.8. STOP FUMAT ȘI AVC

Renunțarea la fumat se asociază cu scăderea riscului de apariție a AVC, dar și a mortalității prin această boală.

Într-un studiu prospectiv realizat pe 22071 bărbați, medici, monitorizați în medie 9,7 ani (*Physicians' Health Study*) s-a constatat o înjumătățire a riscului de AVC non-fatal după renunțarea la fumat. Astfel, prin comparație cu nefumătorii, RR pentru apariția AVC non-fatal este de 2,5 pentru bărbații care fumează zilnic mai mult de 20 țigări și de 1,2 pentru cei care au abandonat tutunul.²⁶

4.1.9. ANEVRIȘMUL DE AORTĂ

Boală gravă prin prognosticul rezervat, anevrismul de aortă este mult mai des întâlnit la fumători decât la nefumători (de 4-5 ori), bărbații fiind mai afectați decât femeile (RR: 5,6 față de femei).²⁷

Este descrisă o relație doză-efect.²⁷ Astfel, prin comparație cu un nefumător, riscul de anevrism aortic abdominal la un bărbat care fumează zilnic peste 25 țigări este de 5,5, în timp ce la cel care „se limitează” la un pachet are OR: 3.

Riscul cardiovascular la persoanele care fumează este mare, cu atât mai mare cu cât se asociază și alți factori de risc. Renunțarea la fumat produce efecte rapide și certe, fiind una din cele mai cost-eficiente metode de tratament dar și de prevenție primară și secundară. De aceea recomandarea de renunțare la tutun și susținerea fumătorilor în vederea tratării dependenței nicotinică reprezintă o prioritate și obligație a fiecărui medic.

4.2. FUMATUL ȘI BOLILE PULMONARE

4.2.1. BOLILE PULMONARE OBSTRUCTIVE CRONICE

Fumatul este cel mai important factor de risc pentru **boala pulmonară cronică obstructivă (BPOC)**. Din momentul stabilirii diagnosticului, durata supraviețuirii pentru încă 5-10 ani în BPOC a fost apreciată la 50%. În cazul persoanelor cu forme grave de BPOC, șansele de supraviețuire sunt de 1-3 ani.

În cazul femeilor fumătoare, se pare că riscul de a suferi de BPOC este mai mare și că există o vulnerabilitate mai mare la instalarea formelor severe de BPOC. În schimb, răspunsul la medicația bronhodilatatoare este mai bun.

Încetarea fumatului în BPOC are un pronunțat impact, scăzând rata exacerbărilor severe și riscul complicațiilor cardiovasculare asociate. Abandonul fumatului este benefic în orice moment al evoluției bolii, crescând calitatea vieții pacienților în special prin creșterea capacității de efort fizic și reducând mortalitatea datorată BPOC, chiar dacă valorile înregistrate la spirometrie nu se modifică semnificativ în timp.

Fumatul este recunoscut ca factor ce favorizează dezvoltarea **astmului** în copilărie (fumatul mamei în timpul sarcinii și/ sau în prima copilărie) și la adult.

Fumatul poate amplifica simptomele astmaticilor, fumătorii având mai frecvent episoade de exacerbare a bolii.

Oprirea fumatului de către astmatici scade frecvența și severitatea crizelor de astm și crește eficiența tratamentului inhalator, permițând uneori reducerea dozei.

4.2.2. INFECȚIILE RESPIRATORII

Fumatul crește susceptibilitatea la **infecții respiratorii**: pneumonii, bronșite cronice nespecifice. Riscul este de 2 ori mai mare pentru indivizii care au fumat vreodată și de 3,15 ori mai mare pentru marii fumători.

Stoparea fumatului duce la scăderea semnificativă a riscului de infecție: scăderea cu 50% a ratei de risc după 5 ani.

Fumatul crește riscul de deces prin **tuberculoză**; după Doll R. (1999) raportul dintre rata deceselor la fumătorii cu tuberculoză și nefumătorii suferind de aceeași boală este de 2,8.

Fumatul este un factor de risc de îmbolnăvire pentru tuberculoză prin scăderea capacității de apărare împotriva bacilului Koch și prin reactivarea unor leziuni latente ce datează uneori din copilărie. Marii fumători au un risc de 2-3 ori mai mare de a face această boală decât nefumătorii, prin faptul că fumatul determină frecvent tuse cu expectorație, ridicând gradul de contagiozitate al bolnavilor baciliferi. Formele de tuberculoză activă gravă extinsă precum și recidivele sunt mai frecvente la marii fumători.

Asocierea fumatului cu tuberculoza crește riscul apariției unui cancer bronhopulmonar.

4.2.3. CANCERUL CĂILOR RESPIRATORII

Cancerul laringian se poate localiza în orice segment al acestui organ dar, în majoritatea cazurilor, debutul leziunilor se face la nivelul glotei.

Fumatul este incriminat drept cauză în circa 84% dintre cazurile de cancer laringian, la fumat adăugându-se frecvent și consumul de alcool, situație când riscul este cumulativ.

La femeile fumătoare, riscul de a face cancer laringian este de 17,8 ori mai mare decât la nefumătoare.

Fumatul constituie un factor de risc major în apariția **cancerului bronhopulmonar**. Cancerul bronhopulmonar produce mai multe decese decât orice alt tip de cancer.

Riscul este în raport cu:

- numărul de țigarete fumate zilnic,
- vârsta la care s-a început fumatul,
- modul în care se fumează: intensitatea și frecvența inhalării fumului de țigaretă constituie un pericol mai mare decât o concentrație înaltă de gudron,
- tipul de țigareți: risc dublu în cazul țigărilor fără filtru și crescut în cazul celor mentolate, mai ales în rândul femeilor.

Renunțarea la fumat scade riscul de cancer pulmonar foarte lent, tocmai datorită toxicității și persistenței în plămân a substanțelor cancerigene: de-abia după 10 ani, riscul începe să se înjumătățească!

Chiar dacă a fost diagnosticat un cancer pulmonar, renunțarea la fumat tot ajută: crește eficiența unor citostatice, vindecarea după operație este mai rapidă și mai bună, scade riscul unui al doilea cancer sau al metastazelor.

4.3. FUMATUL ȘI BOLILE DIGESTIVE

4.3.1. BOLILE TRACTULUI DIGESTIV SUPERIOR

Fumatul poate produce **boli ale gurii, faringelui și esofagului**.

Fumătorii sunt mult mai predispuși a dezvolta **cancere ale gurii, gâtului și esofagului** decât nefumătorii. Riscul unui fumător de a suferi de un cancer oro-faringian este de 6,85 ori mai mare decât al unui nefumător. Prognosticul este sumbru: rata de supraviețuire la 5 ani este sub 50%.

4.3.2. BOLILE GASTROINTESTINALE

Fumatul produce boli ale stomacului: favorizează apariția **ulcerului gastroduodenal** și rezistența la tratamentul medicamentos.

Prevalența ulcerului este de 1,6 ori mai mare la femeile fumătoare decât la persoanele nefumătoare. Fumatul a peste 15 țigarete/zi multiplică de 2 ori riscul de apariție a unui ulcer gastroduodenal

După renunțarea la fumat, evoluția ulcerului se ameliorează.

Intestinul fiind un organ cu vascularizație și inervație bogată, nicotina produce **spasme vasculare și contracții ale musculaturii** ceea ce determină creșterea tranzitului intestinal - de aici și tabietul matinal cafea - țigări - toaletă sau „țigara de după masă” al unor fumători.

Exisă însă și consecințe negative: scăderea absorbției alimentelor cu alterarea stării de nutriție a fumătorului. De aceea renunțarea la fumat poate conduce la instalarea constipației (care se remite spontan în 2 - 3 săptămâni) ori la creștere în greutate de până la 4 kg, în condițiile în care alimentația nu se schimbă.

4.3.3. CANCERELE DIGESTIVE

Fumatul crește riscul de **cancer pancreatic**, independent de consumul de alcool, obezitate, existența unei afecțiuni a colecistului. Femeile pot avea și ele probleme: la un consum mediu de 1 pachet/ zi, riscul este de 1,7 ori mai mare decât la nefumătoare.

Cancerul de colon se pare că afectează mai des femeile fumătoare, cu un risc relativ de 1,28. Adenoamele colorectale sunt în strânsă legătură cu fumatul, acesta acționând ca un agent inductor. Fumatul crește riscul cancerului colorectal după o perioadă lungă de inducție. Asocierea între fumat și cancerul colorectal este semnificativă. La femei, fumatul este asociat cu un risc crescut pentru cancerul anal.

Fumatul influențează și **hepatita cronică cu virus hepatitic C**: agravarea fibrozei și diminuarea eficienței tratamentului cu interferon.

4.4. FUMATUL ȘI BOLILE GENITO-URINARE

Sănătatea femeilor este influențată negativ de fumat, datorită modificărilor metabolismului hormonilor sexuali (scăderea activității estrogenului, creșterea activității testosteronului), dar și datorită greutateii mai mici decât normalul.

4.4.1. CICLUL MENSTRUAL

Anomalii ale ciclului menstrual: dismenoree, ritm neregulat, amenoree secundară.

Fumătoarele au risc cu aproape 50% mai mare de a avea dureri menstruale, dar și perioada dureroasă a menstruației este mai mare (cu aproximativ jumătate de zi). Cu cât fumează mai mult, cu atât riscul de dureri menstruale este mai mare, comparativ cu nefumătoarele: cele care fumează zilnic mai mult de 10 țigări, au risc aproape dublu (de 1,9 ori mai mare), iar cele care au fumat cel puțin 9 ani au risc de 3,4 ori mai mare.

Instalare precoce a menopauzei: în medie, cu 2 ani mai devreme decât nefumătoarele.

Fumătoarele au un risc de 2,1 ori mai mare decât nefumătoarele de a intra la menopauză mai devreme. Cu cât fumează mai mult, cu atât riscul este mai mare: la mai mult de 1 pachet de țigări fumate zilnic, riscul de instalare precoce a menopauzei este de 2,7 ori mai mare.

4.4.2. FERTILITATEA

Fertilitatea este afectată foarte mult de fumat, atât la femei cât și la bărbați.

La femei, pe lângă riscul crescut de **avorturi spontane**, intoxicația tabagică cronică scade fertilitatea prin diminuarea apetitului sexual și prin modificarea mediului vaginal, aceasta din urmă cu consecință asupra viabilității spermatozoizilor în vagin.

4.4.3. CANCERELE TRACTULUI GENITAL

Fumatul crește **riscul de cancer de col uterin**.

La femeile fumătoare cu infecție cu Human Papillomavirus (HPV), comparativ cu femeile cu infecție, dar nefumătoare, riscul de cancer de col uterin este dependent de numărul de țigări fumate:

- mai puțin de 5 țigări/ zi: risc de 1,46 mai mare;
- peste 6 țigări/ zi: risc de 2,07 mai mare.

Oprirea fumatului reduce riscul cancerului invaziv de col uterin. Femeile cu leziuni precanceroase care au oprit fumatul și-au redus dimensiunile leziunilor, deci și riscul de malignizare. În schimb, femeile care au continuat să fumeze și-au redus rata de succes al tratamentului de 2,5 ori comparativ cu nefumătoarele.

Cancerul ovarian este și el mai frecvent la fumătoare: de 2,9 ori comparativ cu nefumătoarele de aceeași vârstă, cu același număr de sarcini și cu consum comparabil de anticoncepționale.

4.4.4. BOLILE URINARE

Miile de substanțe toxice conținute în gudronul obținut prin arderea țigării sunt metabolizate (distruse) inclusiv la nivelul rinichiului și apoi sunt eliminate prin urină. De aceea și **sistemul urinar** este afectat de fumat.

Femeile care fumează zilnic peste un pachet de țigări au un risc considerabil crescut (de 1,58 ori) de a suferi un **cancer renal**.

4.5. FUMATUL ȘI OSTEOPOROZA

Înainte de menopauză, **densitatea osoasă** este similară la femeile fumătoare și nefumătoare.

Pierdere osoasă post-menopauză este, însă, diferită la fumătoare: cu aproximativ 2% mai mare la fiecare 10 ani, astfel încât la 80 de ani, diferența de pierdere osoasă între fumătoare și nefumătoare ajunge la 6%. Aceasta arată că fumatul accelerează evoluția osteoporozei.

Fumatul este un factor de risc pentru **fracturile de șold** apărute la femei în menopauză: riscul este cu 41% mai mare la femeile fumătoare cu vârsta între 60-70 ani și cu 71% mai mare la femeile peste 70 de ani.

4.6. FUMATUL ȘI ASPECTUL ESTETIC

Fumatul este un dușman redutabil al unui ten curat, luminos, frumos și, în general, al pielii cu aspect sănătos. Pentru că fumează din adolescență și datorită reclamelor care asociază fumatul cu emanciparea, femeile nu-și dau seama cât de mult le este afectat aspectul pielii decât după ce nu mai fumează sau când observă că femei de aceeași vârstă au semnificativ mai puține **riduri**.

4.7. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA ORALĂ

Tutunul este un inamic redutabil al sănătății orale.

Fumatul este factor de risc major pentru **boala periodontală** (parodontoză) - risc de 4 ori mai mare la fumători.

Cariile dentare sunt de 3 ori mai frecvente la fumători datorită plăcii dentare care favorizează dezvoltarea bacteriilor.

La fumători, răspunsul la **detartraj** este mai puțin bun, fiind necesar a fi realizat mai des.

Riscul de eșec al **implantului dentar** este crescut la fumători, atât în prima etapă, de osteointegrare, cât și după punerea implantului.

Tulburările de gust și miros au fost consemnate la fumători într-o proporție mai mare.

O consecință este lipsa de apetit alimentar, „indiferența” față de alimentație dar și faptul că nu percep mirosul neplăcut al propriilor haine și al propriei persoane.

4.8. FUMATUL ȘI BOLILE OCULARE

Fumatul crește riscul apariției la nivelul globilor oculari a **cataractei**. O posibilă explicație ar consta în nivelul crescut al cadmiului în sângele fumătorilor, fiind demonstrat că această substanță joacă un rol în apariția cataractei, însă și vascularizația redusă are un rol semnificativ. S-a identificat la fumători o asociere dependentă de doză între opacitatea nucleară și numărul pachete-an fumate. Aceste opacități cristaliniene au regresat parțial la încetarea fumatului.

Oftalmopatia Graves, condiție frecvent întâlnită în hipertiroidism, este influențată de fumat, iar eficacitatea radioterapiei și a glucocorticoizilor este redusă.

S-a demonstrat că riscul de **degenerescență maculară** este asociat cu fumatul și cu nivelul seric crescut de colesterol. Comparativ cu foștii fumători sau cu cei care nu au fumat niciodată, rata relativă pentru degenerescența maculară legată de vârstă, la femeile care erau fumătoare curente este de 2,5, iar la bărbați este de 3,29. Investigațiile la persoane de 55 ani și mai în vârstă au arătat că, în comparație cu nefumătorii, riscul de degenerare maculară este de 6,6 ori mai crescut la fumătorii curenți și de 3,2 ori mai mare la foștii fumători.

4.9. FUMATUL ȘI BOLI NEURO-PSIHICE

Prevalența fumatului la pacienții care suferă de **depresie** este mai crescută decât la populația generală, dar mai redusă decât la pacienții cu schizofrenie. În ultimii ani, s-a observat un interes crescut față de ideea asocierii între stările depresive și creșterea consumului de țigarete, deja pronunțată încă din adolescență.

Simptomele depresiei și tabloul clinic cu aspect depresiv sunt mai comune printre persoanele care fumează. Femeile care fumează au în mare măsură istoric de depresie. Printre pacienții depresivi, nu există diferențe în funcție de sex a prevalenței fumatului.

Fumătorii de ambele sexe cu boli psihiatrice au o rată mai mare de **suicid** decât pacienții cu aceleași afecțiuni, dar nefumători. În antecedentele fumătorilor există de 2 ori mai frecvent cel puțin o tentativă de suicid, decât la nefumători, iar fixația suicidară moderată sau severă este exprimată mai frecvent la fumători decât la nefumători. De aceea, se consideră că există o relaționare directă între fumat și depresie: fumatul conduce la o rată mai mare a depresiei și depresia predispune persoana la fumat. Aceste interacțiuni sunt valabile și pentru adolescenți.

O asociere frecventă ce a fost descrisă între fumat și depresie poate fi rezultatul unor factori de risc sociali, familiari sau individuali, ca manifestare finală în forme de depresie și dependență la nicotină.

Riscul de a deveni mari fumători este semnificativ crescut la persoanele cu **schizofrenie**. Prevalența fumatului este estimată între 62-81%, iar corelarea cu forma paranoidă a schizofreniei este de remarcat.

Fumătorii schizofrenici, frecvent bărbați tineri, au mult mai frecvent forme severe, cu debut precoce și multe spitalizări.

Riscul de **demență prematură** este mai mare decât cel de demență tardivă.

Diverse studii epidemiologice au sugerat o asociație favorabilă între fumat și riscul de a dezvolta **boala Parkinson** în sensul că fumatul ar reprezenta un factor „protector” pentru această maladie.



CAPITOLUL 5.

INTERVENȚII PENTRU DEPISTAREA ȘI REDUCEREA CONSUMULUI DE TUTUN

5.1. SCREENINGUL

Screening-ul este o intervenție ce are ca scop detectarea unei probleme de sănătate ori a unui factor de risc într-un stadiu precoce, adică înainte de instalarea unei boli ori a unui stadiu avansat al bolii. OMS a identificat 5 criterii care trebuie respectate pentru ca o anumită condiție să fie subiectul unei acțiuni de screening.

Deoarece consumul de tutun îndeplinește toate aceste 5 criterii (Tabel nr.), se justifică **identificarea statutului de fumător** (consumator de tutun) **la fiecare pacient și la fiecare consultație ca acțiune de screening.**

Tabel nr. 2: Criterii ale OMS pentru ca o condiție să fie subiectul unei acțiuni de screening, aplicate consumului de tutun

	Criteriul general	Criteriul aplicat consumului de tutun
1.	Condiția pentru care se face screening-ul este o problemă semnificativă ce afectează sănătatea și starea de bine a individului și comunității	Aproximativ un sfert din populația României fumează Afectează întreg organismul consumatorului dar și pe cei din jur („fumători pasivi” și „fumători la mâna a treia”)
2.	Există tratamente acceptabile sau intervenții disponibile pentru cei la care screening-ul este pozitiv	Există tratament medicamentos și intervenții psiho-sociale cu rezultate pozitive, bazate pe dovezi
3.	Identificarea și intervenția precoce determină rezultate mai bune decât tratamentul tardiv.	Renunțarea precoce la fumat crește speranța de viață, scade riscul de boli și îmbunătățește evoluția bolilor deja produse.
4.	Există un test de screening potrivit și acceptabil pentru pacient	Identificarea se face printr-o întrebare, dovedită a fi eficientă
5.	Costul testării este rezonabil	Cost redus deoarece costul este reprezentat de timpul alocat de medic: mai puțin de 30 secunde.

Cu alte cuvinte, este nevoie să facem screening-ul fumatului la fiecare pacient și la fiecare consultație deoarece prevalența fumatului în populația generală este mare, consecințele fumatului sunt majore, există tratament, este simplu și ieftin, iar rezultatele renunțării sunt semnificative și unele se observă rapid.



Toți pacienții trebuie să fie întrebați dacă consumă tutun: la fiecare consultație, dacă sunt fumatori zilnici, 30 la fiecare 5 ani, dacă nu au fumat niciodată sau s-au lăsat de mai mult de 5 ani; anual, dacă s-au lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau au sub 25 de ani. 1B

5.2. INTERVENȚII SCURTE PENTRU RENUNȚAREA LA FUMAT

5.2.1. ROLUL PERSONALULUI MEDICAL ÎN ÎNCURAJAREA RENUNȚĂRII LA CONSUMUL DE TUTUN

Profesioniștii din domeniul medical trebuie să facă o prioritate din încurajarea renunțării la fumat a tuturor pacienților fumători deoarece:³⁰

1. **Intervenția este eficace**

Prin caracteristicile muncii lor, medicii de familie au un rol unic în ceea ce privește sprijinirea pacienților lor pentru a renunța la fumat. Dacă doar îi întreabă pe toți pacienții care se prezintă la consult despre consumul de tutun și îi sfătuiește pe fumători să renunțe, atunci pot declanșa o încercare de renunțare la fumat la 40% dintre ei, iar 2-3% renunță definitiv la tutun.^{18, 28} Deși procentul poate părea mic, impactul populațional este foarte mare datorită prevalenței mari a fumatului în rândul populației. De exemplu, în SUA, s-a estimat că, dacă 90% dintre fumători ar fi sfătuiți de medici să renunțe la fumat (față de 28% la momentul curent) și ar primi asistența potrivită, s-ar salva anual 42.000 de vieți.³²

Și intervențiile asistentelor medicale, chiar și minimale, cresc rata de succes la 6 luni cu 27% față de situația în care nu s-ar oferi niciun suport.³³

2. **Cu cât intervenția este mai intensă, cu atât crește rata de succes**

Conform unei metaanalize Cochrane³⁴, intervenția minimală pentru renunțarea la fumat crește rata de abținere la 6 luni cu 66% față de situația în care nu se oferă nicio intervenție, iar intervenția intensivă cu 86%.

3. **Crește probabilitatea unei încercări de a renunța la fumat**

Chiar dacă un pacient nu dorește să se lase de fumat în momentul consultației, recomandarea medicului crește motivația și, astfel, probabilitatea de a renunța în viitor. De exemplu, în România, recomandarea primită de la un medic i-a încurajat să ia decizia de a renunța la tutun pe 8% dintre fumătorii care afirmă că au încercat să nu mai fumeze în ultimul an, și pe 13% dintre cei care au reușit să devină foști fumători.³⁵

4. **Intervenția este cost-eficientă**

Numeroase studii au evaluat cost-eficiența intervențiilor pentru tratarea dependenței tabagice folosind diverși indicatori. De exemplu, costul pe an de viață salvată este, în SUA, de 3539 USD comparativ cu 4100 USD (pentru screening-ul de cancer cervical) și 5200 USD (pentru screening-ul HTA la bărbații între 45-54 ani).³⁶

5. **Consumul de tutun are un nivel ridicat de fatalitate**

Consumul de tutun provoacă numeroase afecțiuni și scade durata de viață sănătoasă.

În România, fumatul este pe locul trei la bărbați și locul cinci la femei în clasamentul poverii bolilor produse de diverși factori de risc, povară exprimată ca pierderea de ani de viață prin decese premature și anii trăiți cu incapacitate dată de prezența bolii sau a accidentelor (DALY: 797,5 mii ani la bărbați și 226,6 mii ani la femei) și ca ani de viață pierduți ca urmare a deceselor premature (YLL: 732,9 mii ani la bărbați și 190,9 ani la femei).³⁷

6. Crește gradul de satisfacție a pacientului

Fumătorii care primesc recomandarea de a nu mai fuma de la medic raportează un grad mai mare de satisfacție față de calitatea îngrijirilor medicale. De exemplu, într-un studiu realizat în Minnesota,³⁸ pacienții care au afirmat că au fost întrebați de medic dacă fumează sau au fost sfătuiți să renunțe, au exprimat un nivel de satisfacție “mare” cu 10 puncte procentuale mai mult față de cei cu care nu s-a abordat problema fumatului. Chiar și cei care nu doreau să renunțe au avut un nivel mare de satisfacție.

Dependența tabagică este o condiție medicală cronică care necesită intervenții repetate deoarece cei mai mulți fumători nu reușesc să renunțe definitiv din prima încercare. De aceea medicul trebuie să folosească fiecare ocazie pentru a încuraja renunțarea la tutun, respectiv pentru a preveni reluarea fumatului (recidivele), și să utilizeze metodele care se dovedesc a fi cele mai cost-eficiente din perspectiva timpului și a resurselor financiare disponibile.

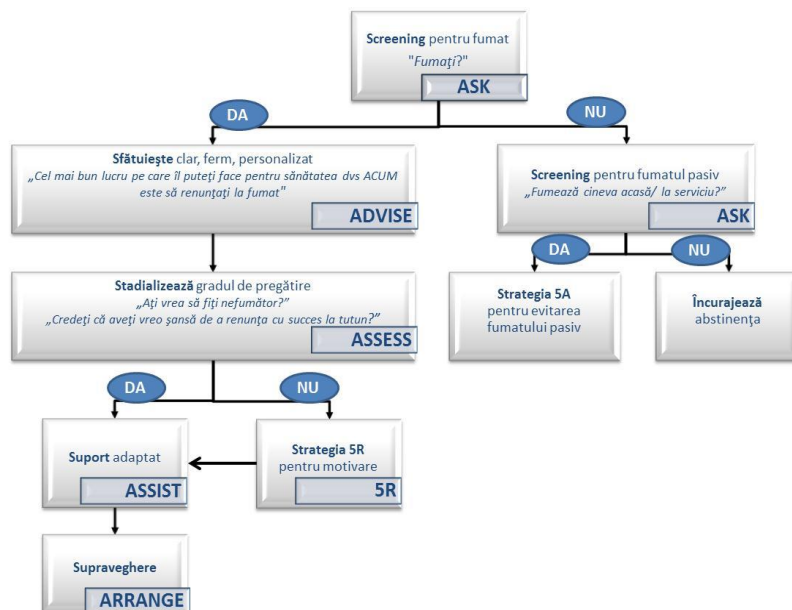
Astfel, fiecare pacient trebuie întrebat dacă fumează, iar fiecare pacient fumător trebuie sfătuit să renunțe, trebuie să i se evalueze dorința de a încerca să se lase de fumat și, în funcție de aceasta, trebuie să i se ofere ajutor adaptat sau să fie trimis la un specialist tabacolog. Aceste acțiuni trebuie repetate cu fiecare consultație.

Pentru a-i ajuta pe profesioniștii din sănătate să își sistematizeze intervențiile atunci când vorbesc cu un pacient despre renunțarea la fumat, în 2004 a fost propus **Modelul 5A al componentelor unei intervenții eficiente de renunțare la fumat** de către US Department of Health and Human Services,³⁰ model preluat ulterior în ghidurile specifice de OMS, UK, Olanda, Australia, Noua Zeelandă, Franța și România. Acest model permite profesioniștilor din sănătate să ofere ajutor adaptat fiecărui fumător, în funcție de nivelul lui de interes față de renunțarea la fumat, într-un mod unitar, bazat pe dovezi, și care poate fi evaluat și monitorizat. Cele 5 componente ale Modelului 5A – sau **5S în limba română** - sunt: **Ask (Screening)**, **Advise (Sfătuiește)**, **Assess (Stadializează dorința de renunțare)**, **Assist (Sprijinire adaptată)**, **Arrange follow-up (Supraveghează/monitorizează)**.

Algoritmul pentru asistența pacientului în vederea evaluării comportamentului de a fuma propus de OMS pentru medicii de familie este prezentat în Figura 2.



Figura 5: Algoritmul intervenției privind comportamentul de a fuma²⁸



Durata și conținutul fiecărei componente variază în funcție de timpul disponibil și dispoziția medicului și pacientului, dar și de pregătirea cadrului medical.

5.2.2. INTERVENȚII ASUPRA FUMATULUI ACTIV

Astfel, intervenția medicului/ asistentului medical poate consta în simplul ***sfat minimal, consultație minimală sau consultație specializată***, toate cuprinzând elementele Modelului 5A (5S) dar în proporții diferite.

Descrierea Modelului 5A

1. Ask – Screening / Întrebă privind consumul de tutun

Descriere: pacientul trebuie întrebat dacă fumează, într-un mod fără echivoc, dar prietenos.

Exemplu: “Fumați?”

Deși consumul altor produse din tutun decât țigările este rar în România, trebuie să ținem cont că unele produse încep să fie utilizate mai des de către unele categorii populaționale (de exemplu, narghileaua de tinerii adulți, trabuc/ țigări de foi de persoanele cu venituri peste medie). Deși nu sunt studii care să ateste utilitatea screening-ului pentru țigările electronice, este bine să avem în vedere și aceste produse datorită expansiunii lor rapide și dovezilor despre efectele asupra sănătății.

Frecvența intervenției:²⁹

- dacă pacientul este fumător zilnic: la fiecare consultație

- dacă nu fumează:

- la fiecare 5 ani, dacă nu a fumat niciodată sau s-a lăsat de mai mult de 5 ani;
- anual, dacă s-a lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau are vârsta sub 25 de ani.

2. Advice – Sfătuiește pentru renunțarea la fumat



Toți medicii trebuie să îi sfătuiască ferm pe toți pacienții fumători să renunțe la fumat, atât în consultațiile obișnuite cât și în cele specializate.³⁰ 1A

Evidențe nivel I: sfatul minimal de renunțare la fumat oferit oportunist de medici în timpul unei consultații de rutină crește cu 66% rata de succes la 6 luni, iar beneficiul pentru sănătatea publică este substanțial^{29,34}

Descriere: se exprimă necesitatea ca pacientul să renunțe la fumat într-un mod clar, ferm și personalizat.

În măsura în care timpul permite, recomandarea poate face referire la anumite particularități ale pacientului precum boala/ simptomele pentru care s-a prezentat, genul, prezența copiilor în familie, sau la beneficiile pe care pacientul le va resimți după ce nu va mai fuma.



Exemplu: „Cel mai bun lucru pe care îl puteți face pentru sănătatea dvs ACUM este să renunțați la fumat.”

Sunt de evitat exprimări ambigui precum “ar fi bine să renunțați”, “poate încercați să nu mai fumați”, “măcar reduceți numărul de țigări”.

Unii medici ezită în a recomanda ferm renunțarea la fumat, preferând exprimările ambigui, deoarece consideră că impunerea unui anumit comportament ar putea leza relația medic-pacient. Studiile²⁹ arată că, în realitate, pacienții apreciază atitudinea fermă a medicului care recomandă oprirea fumatului,³⁸ iar relația chiar se poate îmbunătăți.³⁹ De aceea, în astfel de situații, se propune următoarea abordare: medicul îi spune pacientului că știe că acesta este conștient de riscurile la care se expune și îl întreabă dacă este dispus să discute despre opțiunile de renunțare la fumat deoarece „*cel mai bun lucru pe care îl poate face pentru sănătatea lui/ ei, acum, este să oprească fumatul*”.

Frecvența: la fiecare consultație și la consultația specializată



Medicii de familie trebuie să recomande cu fermitate tuturor pacienților fumători să renunțe la fumat, deoarece dovezile arată că sfatul medicului crește rata de abținere la tutun. 1A

3. Assess – Stadializează intenția de a renunța la fumat

Descriere: această evaluare se bazează pe Modelul stadiilor schimbării al lui Prochaska și DiClemente⁴⁰ care descrie următoarele etape: Precontemplare, Contemplare, Pregătire, Acțiune, Menținere. Acest model are la bază conceptul că orice schimbare – inclusiv renunțarea la fumat – este rezultatul unui proces ce se modifică în timp și nu al unui moment unic.

Deși nu există foarte multe dovezi concludente privind eficiența intervențiilor în funcție de stadiul de pregătire, acest model oferă clinicianului un instrument prin care să ofere fiecărui fumător un ajutor care să fie bine primit și într-un timp rezonabil.

Deoarece această evaluare depinde de gradul de comunicare dintre medic și pacient, dar și pentru că este puțin standardizată, OMS propune o metodă mai simplă și cuantificabilă de **evaluare a gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat**. Astfel, se pun 2 întrebări ce adresează „importanța” și „încrederea în sine”:²⁸

Tabel 3 Intrebări pentru evaluare a gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat

Întrebare		Răspuns	
„Ai vrea să fii nefumător?”	DA	NU SUNT SIGUR	NU
„Crezi că ai vreo șansă de a renunța cu succes la tutun?”	DA	NU SUNT SIGUR	NU

Dacă cel puțin un răspuns este în zona gri, atunci pacientul nu este pregătit să renunțe la fumat (nu intenționează serios/ nu dorește să se lase de fumat).

Unele ghiduri recomandă ca în această etapă să se facă și **evaluarea dependenței de nicotină** pentru ca medicul să poată aprecia probabilitatea apariției simptomelor de sevraj nicotinic și, astfel, să evalueze mai bine intensitatea și tipul de suport de care ar putea beneficia pacientul.

Dependența de nicotină se evaluează cu ajutorul testului Fagerström dar, într-o consultație obișnuită, informații suficiente se pot obține și cu ajutorul a 3 întrebări:

- „Cât de repede după trezire fumezi prima țigară?”
- „Câte țigări fumezi într-o zi, în medie?”
- „Când ai încercat să te lași de fumat, ai avut senzația de nevoie intensă, imperioasă de a fuma (sau alt simptom de sevraj)?”

Indicatori ai dependenței de nicotină sunt: fumatul în prima jumătate de oră de la trezire (cel mai sensibil indicator), cel puțin 10 țigări fumate într-o zi și istoricul de sevraj nicotinic. Cu cât dependența este mai mare, cu atât crește rata de succes a tratamentului medicamentos.

Evidențe nivel III: Factorii care se asociază semnificativ cu rată de succes crescută sunt motivația crescută, pregătirea pentru renunțare, încredere moderată/ crescută în propria reușită, rețea socială de suport.

Frecvența: deoarece dorința și nivelul de pregătire variază între vizitele la medic, evaluarea trebuie făcută cu fiecare ocazie.



După identificarea și sfătuirea fumătorului, medicul trebuie să evalueze dorința/ intenția actuală a acestuia de a renunța la tutun. 3C

4. Assist – Sprijinire adaptată gradului de pregătire



Se recomandă oferirea sfatului minimal pentru renunțarea la fumat, de către medicul de familie, în mod curent tuturor fumătorilor, la orice consultație. 1A

Atunci când decide dacă și cum să ajute un fumător să renunțe la tutun, medicul trebuie să țină cont de nevoile, preferințele și disponibilitatea pacientului, dar și de timpul și pregătirea lui profesională.

Dacă resursele medicului nu sunt corespunzătoare, atunci îl poate trimite pe pacient la un specialist sau centru dedicat asistenței fumătorilor, iar, în România, îi poate recomanda să apeleze **Tel Verde Stop Fumat, o linie telefonică gratuită de informare: 08008STOPFUMAT (0800878673)**.

Dacă medicul dorește să ofere mai mult sprijin fumătorului, atunci trebuie să țină cont de gradul de pregătire a acestuia pentru oprirea fumatului.



Se recomandă oferirea de suport pentru renunțarea la fumat sub forma consultațiilor individuale, de grup și prin intermediul telefonului, toate fiind eficiente. 1A

Intervențiile pentru renunțarea la fumat oferite trebuie să cuprindă: a) consiliere pentru dezvoltarea de abilități pentru gestionarea situațiilor de risc pentru reluarea fumatului; b) susținere și încurajare pe tot parcursul procesului. 1B

4a. Dacă **pacientul este pregătit** să renunțe la consumul de tutun, medicul poate să aibă în vedere următoarele:

- Să îl ajute pe pacient să își construiască un „**Plan de renunțare**”, folosind **metoda STAR**:
 - „Set”: stabilește o zi din care nu mai fumează, de preferat în decursul următoarelor 2 săptămâni;
 - „Tell”: comunică anturajului decizia de a opri fumatul, și solicită suport;
 - „Anticipate”: anticipează provocările/ problemele care ar putea fi cauzate de încetrea fumatului;
 - „Remove”: îndepărtează orice produs din tutun din casă, mașină, loc de muncă și transformă locuința în „Casă fără tutun”.
- Să îi ofere pacientului **recomandări** din cadrul terapiei comportamentale, vizând:
 - Sprijinirea pacientului pentru a identifica situațiile de risc pentru reluarea fumatului (evenimente, stări emoționale, activități);
 - Sprijinirea pacientului pentru ca acesta să identifice și să aplice noi strategii comportamentale (obiceiuri) și cognitive (gânduri) în situațiile de risc;
 - Oferirea de informații de bază privind procesul fumatului și renunțării.
- Să îi ofere pacientului **suport** pe tot parcursul procesului de renunțare, constând în:
 - Încurajarea pacientului cu privire la reușita procesului de renunțare;
 - Atitudine empatică, de preocupare față de acuzele neplăcute ale pacientului;
 - Încurajarea pacientului de a discuta despre procesul de renunțare și, mai ales, despre efectele benefice resimțite după oprirea fumatului.



Intervenția de motivare este eficientă pentru creșterea probabilității ca pacientul să încerce să renunțe la fumat, în viitor. De aceea, clinicienii ar putea folosi tehnicile de motivare pentru a încuraja fumătorii care nu sunt încă pregătiți pentru renunțare, să ia în considerare posibilitatea de a face o tentativă, în viitor. 1B

- Recomandarea **tratamentului medicamentos**, dacă este necesar;
- Oferirea de **materiale și informații** suplimentare.



Materialele de informare, în formă tipărită sau electronică, adaptate/ personalizate par să fie de folos celor care vor să renunțe la fumat, motiv pentru care medicii le pot oferi pacienților lor care doresc să se lase de fumat. 1B



Suportul pentru renunțarea la fumat oferit sub mai multe forme crește rata de succes, motiv pentru care este încurajat. 1A

4b. Dacă pacientul **nu este pregătit** să renunțe la fumat, medicul poate să aibă în vedere următoarele:

- Să discute despre beneficii și riscuri, aplicând Strategia 5R;
- Să îi recomande să nu îi expună pe cei din jur la fum de tutun (fumat pasiv);
- Să îl informeze că îl poate ajuta atunci când se va simți pregătit.

Strategia 5R (Relevanță, Riscuri, Recompense, Rezistențe, Repetiție) conține elementele care ar trebui abordate în timpul unei intervenții de motivare. Ea se adresează cu precădere fumătorilor care *nu sunt pregătiți* să renunțe la fumat, dar poate fi eficientă și pentru prevenirea reluării fumatului.

Relevanța renunțării la tutun pentru fumător

Medicul urmărește să îl ajute pe pacient să afle care este *motivul* personal cel mai important pentru care ar dori să nu mai fumeze. Poate fi vorba despre o anumită boală pe care pacientul o are deja, o anumită situație familială sau socială, o viitoare decizie de a avea copii, anumite temeri legate de vârstă, sex, ori caracteristici personale (încercări anterioare nereușite, dorința de independență, etc).



Exemplu de întrebare: „De ce este important pentru dvs să vă lăsați de fumat?”

Riscurile continuării fumatului

Medicul urmărește să îl ajute pe pacient să identifice care sunt, în cazul lui personal, potențialele *efecte negative* ale continuării fumatului:

- Efecte acute legate de o boală existentă: exacerbări ale unui astm/bronșite, recurența episoadelor infecțioase respiratorii, riscul gestațional, impotență, risc de angină, de dureri, etc;
- Riscuri pe termen lung: boli cardio-vasculare, AVC, cancer, BPOC, infertilitatea, cancer, osteoporoză, dizabilități pe termen lung, nevoie de îngrijire permanentă, etc;
- Riscuri pentru persoanele apropiate: cancer și boli cardio-vasculare pentru partener, boli respiratorii și ORL pentru copii, etc.



Exemplu de întrebare: „Dintre riscurile fumatului pentru sănătate, ce vă îngrijorează cel mai mult?”

Recompensele renunțării la fumat

Medicul va invita pacientul să identifice *beneficiile* renunțării la fumat în plan personal. Dacă pacientul nu cunoaște astfel de beneficii, medicul poate sugera exemple de beneficii astfel încât să creeze așteptări realiste (Tabel nr. 2).

Tabel nr. 4: Beneficii ale renunțării la fumat ²⁸

<i>Efecte benefice asupra sănătății pentru toți fumătorii</i>	
Perioada de la renunțare	Beneficiile pentru sănătate
În primele 20 minute	Frecvența cardiacă și tensiunea arterială scad
12 ore	Monoxidul de carbon din sânge scade, normalizându-se
2 – 12 săptămâni	Circulația sanguină se îmbunătățește

	Respirația se îmbunătățește
1 - 9 luni	Tusea și senzația de lipsă de aer scad
1 an	Riscul de boli coronariene este aproximativ jumătate față de cel al unui fumător
5 – 15 ani	Riscul de AVC este la fel cu al unui nefumător
10 ani	Riscul de cancer pulmonar scade până la aproape jumătate din cel al unui fumător Riscul de cancer al gurii, gât, esofag, vezică urinară, col uterin și pancreas scade
15 ani	Riscul de boli coronariene este la fel cu al unui nefumător
Beneficii pentru fumătorii de orice vârstă și pentru cei care au dezvoltat deja o boală datorată fumatului	
<i>Vârsta la care renunță la fumat</i>	Beneficii față de cei care continuă să fumeze
În jur de 30 ani	Crește speranța de viață cu aproape 10 ani
În jur de 40 ani	Crește speranța de viață cu aproape 9 ani
În jur de 50 ani	Crește speranța de viață cu aproape 6 ani
În jur de 60 ani	Crește speranța de viață cu aproape 3 ani
După instalarea unei boli amenințătoare de viață	Beneficii rapide. De exemplu, cei care opresc fumatul după un atac de cord, își reduc riscul de a face un alt atac cardiac cu 50%.
Oprirea fumatului scade excesul de risc datorat fumatului pasiv, pentru multe boli ale copiilor, cum ar fi infecții respiratorii, astm, infecții ale urechii.	
Oprirea fumatului reduce riscul de impotență și de sterilitate, iar la femeia gravidă scade riscul de avort spontan, naștere prematură, de a avea copil cu greutate mică la naștere	



Exemplu de întrebare: „Știți cum poate influența renunțarea la fumat evoluția bolii dvs de inimă?”

Rezistențe (Roadblocks) față de renunțarea la fumat

Medicul va solicita pacientului să identifice acele bariere sau impedimente care stau în calea succesului său (

Tabel) și îl va ajuta să le depășească (informare corectă, consiliere, medicație pentru simptomele de sevraj nicotinic).

Tabel 5: Rezistențe (bariere) față de renunțarea la tutun, exprimate de fumători²⁹

Afirmația (credința) fumătorului	Sugestie de abordare a medicului
Pot să mă las oricând Nu sunt dependent	Întreabă despre încercările anterioare și rata de succes
Să apelezi la ajutor specializat este un semn de slăbiciune Nu e nevoie de ajutor pentru ca să te lași de fumat	Exprimă/ prezintă ajutorul medicului într-o altă formă Subliniază că rata de succes a celor care se lasă singuri este de 3-5%
Sunt prea dependent E prea greu să mă las	Întreabă despre încercările anterioare Identifică medicația/ suportul pe care l-a folosit anterior și oferă noi opțiuni (de ex, terapia combinată)
E prea târziu să mă las Nu merită efortul să mă las pentru că nu mai am niciun beneficiu	Beneficiile sunt la orice vârstă – oferă evidențe concrete (spirometrie, scorul riscului, etc)
Nu am nicio problemă cu sănătatea	Ofere evidențe concrete (spirometrie, scorul riscului, etc)

Trebuie să mori de ceva Bunicul a trăit mult timp și fuma foarte mult	Exprimă riscul într-o altă formă (de ex, BPOC = plămânul fumătorului e o boală care se diagnostica foarte rar până de curând)
Nu am destulă voință Nu are rost să încerci dacă nu vrei să te lași Pentru ca să reușești, trebuie să îți dorești foarte mult și apoi pur și simplu te lași	Discută despre motivație și încredere. Discută și încurajează utilizarea strategiilor eficiente (farmacoterapie, consilierea telefonică)



Exemplu de întrebare: „Ce credeți că ar fi dificil pentru dvs dacă nu ați fuma?”

Repetarea intervenției

Intervenția terapeutică de renunțare la fumat trebuie repetată de fiecare dată când medicul consultă pacientul insuficient pregătit deoarece, în marea majoritate a cazurilor, 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.



Exemplu de încheiere a consultației, dacă pacientul tot nu este pregătit să renunțe: „Știu că este dificil să vă hotărâți să renunțați la fumat, însă știu că puteți trece prin tot acest proces de renunțare. Eu sunt aici să vă ajut”

Dacă pacientul nu dorește să se lase de fumat (crede că nu e important pentru el să renunțe sau nu vede motive pentru care să nu mai fumeze), atunci medicul poate pune accent pe „Riscuri” și „Recompense”.

Dacă pacientul ar dori să nu mai fumeze, dar nu crede că ar reuși, medicul poate alocă mai mult timp identificării și rezolvării „Rezistențelor” (obstacolelor).

Deși această abordare a fumătorului bazată pe declarația lui de disponibilitate pentru renunțare este recomandată în toate ghidurile, există unele studii care au arătat că rata de succes nu este mereu influențată de dorința exprimată de fumător, mai ales în cadrul unei consultații pentru o problemă medicală specifică. Astfel, e posibil ca o tentativă de oprire a fumatului ad-hoc, bruscă, să aibă succes, chiar dacă pacientul nu se pregătise înainte.^{61,62} De aceea e util ca medicul să încurajeze toți fumătorii să renunțe, de câte ori are ocazia și să îi asigure că cei mai mulți fumători au nevoie de mai multe încercări până să renunțe definitiv.



Se recomandă oferirea de suport pentru renunțarea la fumat (consilierea și medicația specifică) tuturor fumătorilor deoarece este cost-eficient prin comparație cu alte tratamente suportate de sistemele de asigurări. 1A

5. Arrange follow-up – Supraveghează/ monitorizează pacientul



Se recomandă ca toți fumătorii care sunt în proces de renunțare la fumat să fie monitorizați. 1A

Evidențe nivel I: Monitorizarea fumătorului pe parcursul procesului de renunțare este eficientă.



Se recomandă cel puțin 4 consultații individuale cu fumătorul aflat în proces de renunțare la tutun. 1A

Evidențe nivel: consilierea care cuprinde cel puțin 4 ședințe individuale este eficace pentru creșterea ratei de succes în renunțarea la fumat.²⁹



Se recomandă ca toți pacienții care primesc suport pentru renunțarea la fumat să fie evaluați din punct de vedere al abstenenței, atât la finalizarea tratamentului cât și pe parcurs.³⁰ 2B

Descriere: pacientul care a început procesul de renunțare la fumat trebuie monitorizat, preferabil în echipă (medic-psiholog), pentru a evalua progresele și pentru a oferi suport.

Metode de supraveghere:

- printr-o consultație specifică la același medic. Consultația poate fi individuală sau de grup;
- folosind mijloace de comunicare la distanță (email, telefon, etc).
- Prin trimitere la un specialist tabacolog. În România, se poate apela la Centrele de consiliere din rețeaua Stop Fumat sau/ și la Tel Verde Stop Fumat.

Elemente monitorizate:

- Evoluția problemelor identificate la vizitele anterioare, mai ales simptomele de sevraj nicotinic;
- Probleme nou apărute;
- Evoluția sub tratament (eventuale reacții adverse, eficiența);
- Evidențierea obiectivă a abstenenței (măsurarea CO exhalat, a cotininuriei).

Dacă pacientul este abstinent, este felicitat și i se fac prescripții pentru rezolvarea eventualelor probleme, dar și pentru prevenirea reluării fumatului.

Dacă pacientul a fumat, este important să se evite prezentarea acestui eveniment ca un eșec; el este o experiență de învățare, parte firească a procesului de renunțare la fumat. Se identifică circumstanțele și se reiau elementele Strategiei 5R, cu accent pe motivația pacientului. Dacă este posibil, se recomandă un tratament mai intensiv.

Frecvența: se recomandă ca prima vizită de monitorizare să fie *în prima săptămână de abstenență*, iar următoarea în *prima lună*. Următoarele vizite pot fi la *interval de 1 lună*. În cazul în care pacientul primește tratament medicamentos, vizitele pot fi la interval de 2 săptămâni datorită formei de prezentare a medicamentelor (numărul de comprimate per cutie acoperă 2 săptămâni de tratament).

Studiile care au evaluat gradul de implementare și rezultatele acestei metode în mai multe țări din lume (cel mai mult în SUA) demonstrează o varietate destul de mare în nivelul de adoptare a modelului 5A. Astfel, în special în rândul medicilor de familie, s-a observat o complianță destul de bună cu primele 2 acțiuni (ask, advise), motivul cel mai frecvent invocat fiind lipsa de timp pentru celelalte 3 componente.

De aceea, au apărut și alte modele, precum:

- **Ask and Act:** întrebi dacă fumează și îl sfătuiești să renunțe la fumat;
- **Ask, Advise, and Refer (AAR):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și îl trimiți la un specialist;
- **Ask, Advise and Connect (AAC):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și trimiți datele pacientului (cu acordul său, evident) unui specialist care îl va contacta.
- **Ask, Advise and Act (Very Brief Advice):** îl întrebi dacă fumează, îl sfătuiești să renunțe la fumat și acționezi în funcție de gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat.

Rezultate promițătoare au intervențiile în care se utilizează mijloacele noi de comunicare (internet, social media, SMS, etc), dar medicii clinicieni nu au timpul necesar utilizării de rutină a acestor mijloace pentru comunicarea cu pacienții.

5.2.3. INTERVENȚII ASUPRA FUMATULUI PASIV

Având în vedere rolul de educator pentru sănătate al medicului de familie și importanța fumatului pasiv, OMS a propus și un model 5A pentru intervenția în vederea evitării fumatului pasiv.

Modelul 5A/5S

Modelul 5A/5S pentru evitarea expunerii la fumatul pasiv cuprinde următoarele componente:

1. **ASK/ Screening** – Întreabă toți pacienții nefumători sau ex-fumători dacă sunt expuși la fum de tutun acasă sau la locul de muncă.



Exemplu: „Fumează cineva în prezența dvs, acasă sau la locul de muncă?”

Frecvența: la fiecare vizită medicală

2. **ADVISE/ Sfătuiește** – Sfătuiește pacienții expuși să evite fumatul pasiv.

Medicul trebuie să ofere informații despre riscurile la care se expune pacientul dacă fumează pasiv și să îl sfătuiască să evite această expunere, într-un mod clar, pozitiv și personalizat.



Exemplu: „Nu există un nivel minim, sigur de expunere la fumul de tutun. De aceea, este important să evitați să stați în spații în care se fumează pentru ca problemele dvs respiratorii/ cardiace să se amelioreze.”

Frecvența: la fiecare vizită medicală

3. **ASSESS/ Stadializează** – Evaluează disponibilitatea pacientului de a-și reduce expunerea la fumul de tutun

Dacă pacientul este dispus să își reducă expunerea la tutun, se identifică locurile în care este expus și gradul în care este posibilă eliminarea fumului.

Dacă pacientul nu este dispus să își reducă expunerea, se aplică elemente din strategia 5 R de motivare.

4. **ASSIST/ Suport** – Pacientul este ajutat să-și dezvolte un *plan de acțiune* prin care să își reducă expunere la fumul de tutun.

Se recomandă utilizarea **modelului MAD-TEA** pentru realizarea acestui plan:

- MEET: întâlnește-te cu prietenii în locuri în care nu se fumează;
- ASK: roagă prietenii și colegii să fumeze în afara spațiului închis (casă, birou, etc);
- DECLARE: declară casa și spațiile proprii (mașina, biroul, etc) ca fiind „spațiu fără tutun”;
- TALK: explică prietenilor, rudelor, colegilor riscurile pe care le are fumatul pasiv;
- ENCOURAGE: încurajează colegii, prietenii, rudele să renunțe la fumat;
- ADVOCATE: militează pentru reguli stricte „fără fumat în spații închise”.

5. **ARRANGE follow-up/ Supraveghează** – planifică o consultație/ intervenție de control după o săptămână. Poate fi făcută de oricare dintre membrii echipei medicale, fie prin intervenție personală, fie folosind mijloace de comunicare la distanță (la telefon, email, rețele social media, etc).

Dacă pacientul a reușit să își reducă expunerea, este felicitat și încurajat să continue eforturile.

Dacă pacientul nu a reușit, se identifică problemele apărute și eventualele situații de risc și se oferă suportul necesar.

Monitorizarea continuă atâta timp cât are nevoie pacientul pentru a reduce la minimum expunerea.

5.3. TRATAMENTUL FARMACOLOGIC AL DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ



Medicii trebuie să încurajeze fumătorii care doresc să renunțe la fumat să utilizeze medicația eficientă pentru tratarea dependenței nicotinică, cu excepția celor care au contraindicații și a celor pentru care nu există dovezi suficiente privind eficiența (femei gravide, adolescenți, consumatorii de produse din tutun care nu ard, fumătorii ocazionali).³⁰ 1A



Asocierea consilierii cu medicația specifică este mult mai eficace decât oricare dintre metode aplicată separat. De aceea, de câte ori este posibil și recomandat, se vor oferi consiliere și medicație pacienților care doresc să renunțe la fumat.³⁰ 1A



În absența contraindicațiilor, medicamentele se vor prescrie tuturor fumătorilor care doresc să renunțe și care îndeplinesc criteriile de dependență de nicotină. Alegerea medicației se face pe baza indicației clinice și a preferinței pacientului.²⁹ 1A

Dovezile științifice sunt numeroase, fiind realizate meta-analize atât de Cochrane Database cât și de US Department of Health and Human Services.

În România, medicamentele aprobate de Agenția Națională a Medicamentelor și Dispozitivelor Medicale pentru tratamentul dependenței nicotinică sunt:

- Medicamente de substituție nicotinică, prezente sub formă de gumă de mestecat, plasturi transdermici, spray bucal (Nicorette, Niquitin).
- Medicamente fără nicotină: vareniclină (Champix) și bupropion (Zyban).

5.3.1. MEDICAMENTE DE SUBSTITUȚIE NICOTINICĂ („TERAPIA DE SUBSTITUȚIE NICOTINICĂ” – TSN)



TSN poate fi recomandată fumătorilor cu dependență de nicotină. Nu există diferențe semnificative ale eficacității diverselor forme de prezentare, motiv pentru care selecția va fi făcută în funcție de preferințele pacientului.³⁰ 1A



Combinarea mai multor forme de TSN se recomandă pacienților care nu reușesc să renunțe complet, sau care continuă să aibă simptome în timp ce folosesc o singură formă de TSN. ²⁹ 1A



Recomandări de utilizare a TSN în diverse afecțiuni:

Grad A: În boli cardiovasculare stabile, utilizarea este sigură.

Grad C: Poate fi utilizată cu precauție la pacienții cu IMA recent, angină instabilă, aritmii severe, AVC recent.

Grad C: Poate fi utilizată la femeile însărcinate, dacă nu reușesc altfel să renunțe. Se vor prefera forme cu administrare intermitentă (gumă, inhaler).

Dovezi nivel I: Plasturii, gumele și inhalerul cu nicotină cresc rata de succes la 5 – 12 luni cu 50-70% comparativ cu placebo.

Acțiune: înlocuiește nicotina din produsul din tutun cu o formă mai puțin toxică și în doză controlabilă, dar nu are aceeași viteză de absorbție, motiv pentru care efectul apare mai târziu comparativ cu țigara.

Efecte: scade simptomele de sevraj nicotinic

Reacții secundare: la nivel local, datorită utilizării incorecte sau sensibilității pacientului.

Reacții secundare întâlnite frecvent în România:

- simptome ale supradozajului de nicotină datorat fumatului concomitent cu administrarea de TSN, deoarece pacienții nu dau atenție indicației de oprire completă a fumatului.
- Simptome de sevraj nicotinic datorate subdozării TSN ca urmare a utilizării incorecte (administrare incorectă, doză insuficientă, durată insuficientă)

Forme de prezentare:

- Plasturi de 5mg, 10mg, 15 mg pentru 16 ore (Nicorette);
- Plasturi de 7mg, 14 mg, 21 mg pentru 16 ore sau 24 ore (Niquitin)
- Gume de 2mg, 4 mg
- Spray de 1mg.



Doza de TSN trebuie adaptată nevoilor fiecărui fumător, dar câteva linii directoare generale sunt prezentate în Tabelul 4.

Tabel nr. 6: Recomandări generale pentru administrarea terapiei de substituție nicotinică

	Tip de fumător	Doza	Durata (săptămâni)	Contraindicații	Reacții secundare
Plasture	>10 țigări/ zi și >45 kg	21mg/ 24 ore, sau 15 mg/ 16 ore	>8	Fumători ocazional, Copii <12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele plasturelui, Boli cutanate	Iritații locale Insomnie, coșmaruri (mai ales dacă e purtat noaptea)
	<10 țigări/ zi, sau <45 kg, sau Boală cardiovasc.	14mg/ 24 ore, sau 10 mg/ 16 ore	>8		
Gumă	10 – 20 țigări/ zi	2 mg, 8-12 gume/zi	>8	Fumători ocazional, Copii <12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele gumei, Boli ale cavității bucale	Reacții locale, sughiț, Dureri maxilare Dureri epigastrice, dispepsie
	>20 țigări/ zi	4 mg, 6-10 gume/zi	>8		

Spray	1-2 pufuri în loc de 1 țigară	>8	Fumători ocazional, Copii <12 ani, Hipersensibilitate la nicotină sau componentele gumei, Boli ale cavității bucale	Sughiț, senzație de greață, reacții locale
-------	-------------------------------	----	--	--

5.3.2. MEDICAMENTE FĂRĂ NICOTINĂ

Bupropion (Zyban)



Bupropion este eficace pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. ²⁹ 1B



Asocierea bupropion cu plasturi cu nicotină poate fi luată în considerare la fumătorii care nu au reușit să renunțe doar cu unul din medicamente, administrat corect. Tensiunea arterială va fi monitorizată. ²⁹ 1C



Bupropion este eficace pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. ²⁹ 1A

Acțiune: mecanismul precis nu este bine cunoscut dar se presupune că este blocant al recaptării de dopamină și adrenalină, și blocant al receptorilor acetilcolinerfici de tip nicotinic.

Efecte: reduce nevoia acută de fumat („*craving*”) și reduce unele simptome de sevraj nicotinic.

Reacții secundare posibile: cele mai frecvente sunt:

- convulsii (0,1%);
- scăderea duratei somnului, mai ales prin trezire mai matinală;
- cefalee, gură uscată, anxietate.

Contraindicații:

- Persoane cu istoric de convulsii sau pierderi de cunoștință;
- Tulburări ale comportamentului alimentar;
- Persoane care primesc inhibitori de monoaminooxidază;
- Boală bipolară;
- Ciroză hepatică severă;
- Sevraj alcoolic sau de benzodiazepine;
- Hipersensibilitate sau alergie la bupropion;
- Sarcina.

Se recomandă precauție la persoanele care primesc medicamente ce scad pragul convulsivant: antidepressive orale, antidiabetice orale.

Deși la introducerea pe piață au existat raportări ale unor efecte secundare cardiace (creșterea tensiunii arteriale, risc crescut de stop cardiac), studiile ulterioare au dovedit că aceste efecte nu apar mai frecvent comparativ cu placebo (RR: 0,77).⁴¹ De aceea, se pot recomanda persoanelor cu boli cardiovasculare, singura precauție ce se poate lua fiind la persoanele care primesc și plasturi cu nicotină (se recomandă măsurarea TA).

Formă de prezentare: cutie cu 30 comprimate cu 150mg bupropion, pentru uz oral.

Recomandări de administrare: pacientul începe tratamentul cu 1 cpr/ zi timp de 3 zile, apoi crește doza la 1 cpr x 2/ zi până la sfârșitul tratamentului. În primele 7 zile poate fuma *ad libitum* iar în ziua a 8-a oprește complet fumatul. Se poate accepta ca pacientul să continue să fumeze până în a 14-a zi, dar e recomandat ca medicul să îl susțină pe pacient pentru a opri fumatul din ziua a 8-a.

Durata tratamentului: 3 luni.

Vareniclina (Champix)



Vareniclina este eficace pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. ²⁹ 1A

Tratamentul cu varenicină crește de aproape 3 ori rata de succes a renunțării la fumat, la 12 luni, comparativ cu placebo (OR: 2,88), de 1,6 ori comparativ cu bupropion, de 1,51 ori comparativ cu platurii cu nicotină și de 1,72 ori comparativ cu guma cu nicotină.⁴¹

Acțiune: vareniclina este un agonist parțial pentru receptorii acetilcolinergici de tip nicotinic, subtipul $\alpha 4\beta 2$. Astfel, având afinitate mare pentru receptorii $\alpha 4\beta 2$, determină atât un efect agonist - scăderea simptomelor de "craving" (nevoia acută, imperioasă de a fuma) și de sevraj - cât și antagonist - nicotina din țigara fumată de pacient nu se poate atașa corespunzător de receptori, împiedicând apariția senzațiilor de plăcere și de recompensă.

Efecte: - reduce dorința acută, imperioasă de a fuma (*craving*);

- Reduce unele simptome de sevraj;
- Scade plăcerea de a fuma și senzația de „recompensă” a fumatului.

Reacții secundare posibile: cele mai frecvente sunt:

- Senzația de greață, dispepsie, meteorism abdominal;
- Coșmaruri, insomnie;
- Cefalee.

Contraindicații:

- Hipersensibilitate sau alergie la varenicină;
- Sarcina.

Se recomandă precauție și scăderea dozei la persoanele cu insuficiență renală cronică severă, dar nu este necesară ajustarea dozei la persoanele cu insuficiență hepatică.

La introducerea pe piață a vareniclinei, au fost raportate efecte secundare de natură psihiatrică (idei suicidare, depresie, modificări comportamentale) sau cardiacă (evenimente cardiace non-fatale, boală vasculară periferică nou diagnosticată). Studii efectuate în perioada 2006 – 2014 au demonstrat că nu există un exces semnificativ de evenimente psihiatrice (RR: 0,53) sau cardiace (OR: 1,26)^{41,42} o bună parte din reacțiile adverse raportate fiind datorate publicității ori suprapunerii cu simptome ale sevrajului nicotinic. Cu toate acestea, medicii sunt sfătuiți să-și monitorizeze pacienții și, la apariția unor simptome de natură psihiatrică sau cardiacă, să oprească tratamentul.

Formă de prezentare:

- cutie de inițiere a tratamentului, cu 11 comprimate de 0,5 mg varenicină, și 14 cpr de 1mg varenicină, pentru uz oral;
- Cutie de continuare a tratamentului, cu 28 comprimate de 1mg varenicină, pentru uz oral.

Mod de administrare:

- pacientul începe tratamentul cu 1 cpr de 0,5 mg/ zi timp de 3 zile, apoi crește doza la 1 cpr de 0,5 mg x 2/ zi până în ziua a 7-a a tratamentului;
- Din ziua a 8-a, pacientul crește doza la 1 cpr de 1mg x 2/ zi, până la sfârșitul tratamentului;
- În primele 7 zile poate fuma ad libitum, iar în ziua a 8-a oprește complet fumatul. Se poate accepta ca pacientul să continue să fumeze până în a 14-a zi, dar e recomandat ca medicul să îl susțină pe pacient pentru a opri fumatul din ziua a 8-a;
- Durata tratamentului: 3 luni, dar se poate extinde la 6 luni și chiar la 12 luni.

Tabel nr. 7: Recomandări generale pentru administrarea bupropion și vareniclină

	Administrare	Durata	Indicații speciale	Contraindicații	Reacții secundare
Bupropion	Ziua 1-3: 1cpr/ zi Ziua 4-90: 1cpr x2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul	3 luni	Pacienți cu depresie, boli cardiace, boli pulmonare; Crește abținerea pe termen scurt a pacienților cu schizofrenie	Fumători ocazional, Copii <18 ani, Persoane cu istoric de convulsii sau pierderi de cunoștință; Tulburări ale comportam. alim.; Persoane care primesc inhibitori de monoaminoxidază; Boală bipolară; Ciroză hepatică severă; Sevraj alcoolic sau de benzodiazepine; Hipersensibilitate sau alergie la bupropion; Sarcina.	Convulsii (0,1%); Scăderea duratei somnului; Cefalee, gură uscată, anxietate. Monitorizare a reacțiilor cardiace și psihiatrice.
Vareniclină	Ziua 1-3: 1cpr 0,5mg/ zi Ziua 4-7: 1cpr 0,5mg x2/zi Ziua 8-90: 1cpr 1mg x2/zi În primele 7-14 zile, poate fuma Cel târziu din ziua a 15-a, oprește TOTAL fumatul	3 luni	Pacienți care primesc medicamente cu contraindicație la bupropion; Pacienți cu boli hepatice. Înjumătățirea dozei la pacienții cu insuf. renală cronică severă.	Fumători ocazional, Copii <18 ani, Hipersensibilitate sau alergie la vareniclină; Sarcina.	Senzația de greață, dispepsie, meteorism abdominal; Coșmaruri, insomnie; Cefalee Monitorizare a reacțiilor cardiace și psihiatrice.



Se recomandă asocierea consilierii cu medicația pentru tratarea dependenței nicotinică ori de câte ori este posibil și indicat, deoarece asocierea este mai eficientă decât dacă oricare din metode ar fi aplicată singular. 1A

5.4. POPULAȚII SPECIALE

5.4.1. FEMEI ÎNSĂRCINATE

Datorită efectelor negative semnificative ale consumului de tutun asupra femeii însărcinate cât și asupra fătului și viitorului nou-născut, asistența medicală a femeilor însărcinate în vederea renunțării la fumat ar trebui să fie o prioritate pentru profesioniștii din sănătate care îngrijesc femeia gravidă, în mod special pentru medicii de familie.

În plus, consumul de tutun în timpul sarcinii, mai ales în condițiile actuale de informare a populației, are și cauze socio-economice, de sănătate mentală, legate de mediul social sau de factori biologici, cauze care trebuie evaluate și adresate în timpul intervenției cadrului medical pentru încurajarea abandonului tutunului.

Tabel nr. 8: Cauze externe ce pot favoriza fumatul în timpul sarcinii

	Cauze	Mod de manifestare
Factori biologici (Dependența de nicotină)	Efecte psihoactive ale nicotinei Sevrăjul nicotinic Vârsta mică	Plăcere, recompensă, relaxare Evitarea senzațiilor negative Mai ales tinerele <25 ani
Factori sociali (Dependența socială)	Condiționările comportamentale Mediul familial Mediul profesional Statut socioeconomic scăzut	Tableturi, țiguri, obiceiuri Partenerul, prietenii, colegii fumători încurajează fumatul, fie și doar involuntar Lipsa opțiunilor, a informării, a resurselor financiare
Consumul de alcool, droguri	Asocieri comportamentale Condiționări biologice	Consum paralel Simptome de sevrăj comune
Boli asociate	Boli mentale: depresie, schizofrenia, boală bipolară, tulburări de personalitate	Simptome specifice bolii



Toate femeile însărcinate trebuie întrebate dacă fumează; gravidele fumătoare trebuie sfătuite să renunțe imediat la fumat; medicul va folosi argumente relevante, legate de beneficiile/pericolele pentru făt și nou născut și materiale educaționale destinate gravidelor. 1A



Toți profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să sfătuiască femeia însărcinată și pe cea care alăptează să renunțe la fumat, în cazul în care este fumătoare.⁴³ 1A



Ori de câte ori este posibil, femeia însărcinată care fumează trebuie să primească o intervenție psiho-socială individuală mai importantă decât sfatul minimal. 1A



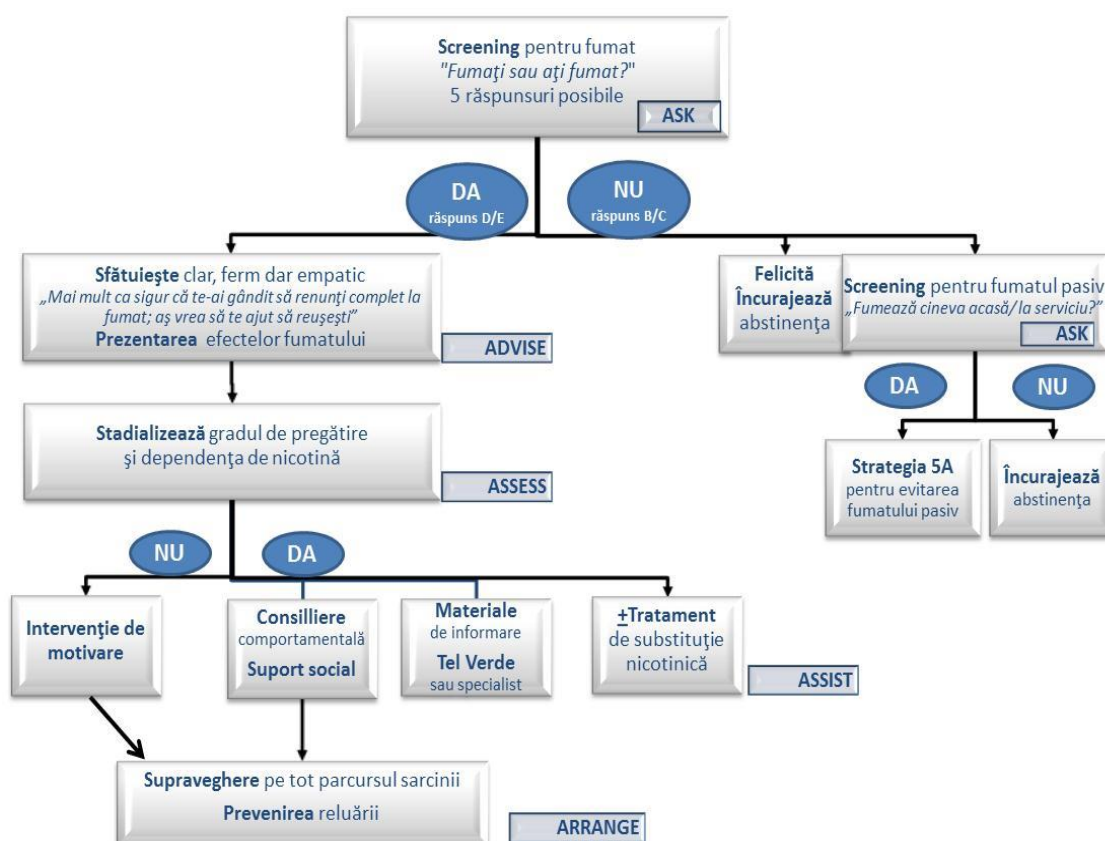
Medicii trebuie să ofere intervenții eficiente pentru renunțarea la fumat încă din primul trimestru de sarcină, dar și pe parcursul întregii sarcini. Deși renunțarea la tutun în primele luni are cele mai multe efecte benefice, totuși abținerea de la fumat aduce beneficii oricând s-ar produce pe parcursul sarcinii.³⁰ 1B



Utilizarea terapiei de substituție nicotinică poate fi recomandată femeii însărcinate dacă aceasta nu reușește să renunțe singură la tutun. Formele intermitente (gumă, spray) vor fi preferate în dauna plasturilor.³⁰ C

Abordarea femeii gravide în vederea renunțării la fumat nu variază foarte mult față de abordarea oricărui fumător, **American College of Obstetricians and Gynecologists** propunând o adaptare⁴⁴ a modelului 5A/ 5S dezvoltat de **US Department for Health and Human Services** (Figura 3).

Figura nr. 6: Algoritm pentru asistența femeii însărcinate pentru renunțarea la fumat.³⁰



1. ASK/ Screening/ Întreabă privind consumul de tutun

Orice femeie însărcinată trebuie întrebată de la prima consultație, dacă fumează sau a fumat.

Multe femei gravide evită să răspundă afirmativ datorită fricii de stigmatizare ori de critică, sau pentru că are sentimente de vină. De aceea se recomandă ca pacientei să i se ofere posibilitatea de a alege între mai multe răspunsuri:

- „Nu am fumat **niciodată** sau am fumat **mai puțin de 100 țigări** pe parcursul vieții”;
- „M-am lăsat de fumat **înainte** de a afla că sunt însărcinată, și acum nu mai fumez”.
- „M-am lăsat de fumat **după** ce am aflat că sunt însărcinată, și acum nu mai fumez”.
- „Mai fumez câteva, dar am redus numărul de țigări **de când** am aflat că sunt însărcinată”.
- „Fumez zilnic, cam la fel ca **înainte** să aflu că sunt însărcinată”.

Dacă pacienta s-a lăsat de fumat (răspuns B sau C): trebuie felicitată, încurajată să rămână nefumătoare pe timpul sarcinii și postpartum. Se poate discuta despre fumatul pasiv.

Dacă pacienta încă fumează (răspuns D sau E), se menționează statutul de fumătoare în fișa de observație și se parcurg următoarele etape.

O astfel de abordare³⁰ poate crește probabilitatea unui răspuns adevărat cu până la 40%.

2. ADVISE/ Sfătuieste: toate femeile însărcinate care fumează trebuie sfătuite să renunțe la fumat, acordându-se mai mult timp decât în mod uzual.

Intervenția trebuie să fie mai cuprinzătoare decât simplul sfat minimal, atât ca varietate a subiectelor abordate cât și ca durată (5-15 minute). Față de simplul sfat minimal, astfel de intervenții cresc rata de succes a renunțării la fumat pe parcursul sarcinii cu 70% și există o relație doză-efect, dar până la o durată totală a consilierilor de până la 90 minute. Totuși, o astfel de intervenție minimală are o rată de succes mai mică la femeile cu dependență mare de nicotină.⁴⁵

Recomandarea de a renunța trebuie să fie fermă dar empatică, arătând că medicul înțelege dificultatea procesului dar că acesta este necesar pentru buna dezvoltare a fătului, evitându-se totodată discuțiile în contradictoriu.⁴⁶

Sfatul minimal pentru femeia însărcinată trebuie să cuprindă:⁴⁷

- Elemente despre riscurile pe care le are fumatul activ și pasiv pentru făt și evoluția sarcinii;
- Recomandarea de oprire COMPLETĂ a fumatului, nu de reducere,²⁹ deoarece:
- Reducerea numărului de țigări fumate modifică comportamentul de a fuma (se inhalează de mai multe ori, mai adânc sau mai mult timp dintr-o țigară) pentru a se asigura aceeași cantitate de nicotină, ceea ce face să crească nivelul de gudron inhalat, în timp ce nicotinemia rămâne constantă. Deci nu se obține niciun avantaj biologic.
- Nu există un nivel „sigur” al nicotinemiei: orice nivel al concentrației de nicotină în sânge și orice expunere la fum de tutun crește riscul de efecte negative;^{48,49}
- Beneficiile cele mai mari se obțin în urma eliminării complete a fumatului, nu a reducerii.^{49,50,}
- Trimiterea la un specialist sau programarea la o consultație separată, pentru o abordare mai aprofundată.



Exemplu de începere a discuției: „Mai mult ca sigur că te-ai gândit să renunți la fumat; aș vrea să te ajut să reușești”.

3. ASSESS/ Stadializează dorința de a renunța la fumat și dependența de nicotină

Se realizează utilizând aceleași metode și instrumente ca și în cazul fumătorilor obișnuiți, cu diferența că această evaluare trebuie făcută la fiecare vizită medicală a femeii însărcinate.

4. ASSIST/ Sprijin

Toate femeile însărcinate trebuie să primească sprijin pentru a renunța la fumat, indiferent dacă doresc sau nu să abandoneze tutunul.

Intervențiile psiho-sociale sunt eficiente, fiind dovedit că ele cresc cu 80% rata de succes a renunțării la fumat pe parcursul sarcinii față de abordarea uzuală.³⁰

Principalele elemente ale acestor intervenții care și-au dovedit utilitatea³⁰ sunt:

- Prezentarea de către medic a efectelor negative ale fumatului (2-3 minute);
- Consilierea de către moașă/ asistentă referitor la „trucuri” pentru renunțarea la fumat, bariere;
- Materiale de informare tipărite sau casete video;

- Intervenție de motivare (90 minute);
- Identificarea suportului social (partener, prieten, altă rudă, etc);

Există câteva studii care au dovedit o oarecare eficacitate a stimulentele financiare primite de femeile gravide pentru a renunța la fumat, de obicei ca parte a unei strategii mai complexe. Astfel, evaluând diversele componente ale intervențiilor adresate femeilor însărcinate pentru a se lăsa de fumat, s-a calculat că existența stimulentele poate crește cu mai mult de 3 ori rata de succes a abstenenței pe perioada sarcinii (OR: 3,23).⁵¹

Deși datele sunt inconcludente cu privire la eficiența intervențiilor adresate partenerilor de viață ai celor care vor să renunțe la fumat,⁵² totuși, în cazul femeii însărcinate, se poate avea în vedere creșterea suportului familiei pentru ca gravida să nu mai fumeze,⁵³ mai ales prin:

- Evitarea fumatului în casa și mașina femeii gravide;
- Îndepărtarea țigărilor, scrumierelor, brichetelor din casă;
- Evitarea locurilor și ocaziilor în care se fumează mai mult;
- Măsuri de îndepărtare a mirosului de tutun al fumătorilor din anturajul femeii gravide (spălarea mâinilor și dinților, schimbarea hainelor, etc);
- Evitarea criticării gravidei pentru faptul că fumează;
- Abordarea cu calm și răbdare a momentelor în care se manifestă sevrajul de nicotină (nervozitate, iritabilitate, etc);
- Distragerea atenției gravidei de la nevoia acută de a fuma sau din ocaziile în care asociază fumatul;
- Evidențierea succeselor și a progreselor, fără a da importanță „scăpărilor” de o țigară;
- Realizarea de planuri de sărbătorire a succesului.
- Uneori, partenerul nefumător dăce presiuni asupra femeii gravide să renunțe, ceea ce poate conduce la conflicte și chiar la o creștere a fumatului femeii, caz în care se recomandă sfătuirea separată a celor doi soți.⁵⁴

Tratamentul farmacologic poate fi luat în calcul doar dacă medicul consideră că beneficiile renunțării la fumat sunt mai importante decât posibilele efecte secundare ale nicotinei din medicația de substituție nicotinică, iar gravida dorește cu adevărat să se lase de fumat, deoarece:

- Datele privind eficacitatea TSN la gravide sunt neconcludente. Avantajul principal al TSN este că elimină toate substanțele toxice din țigară, mai puțin nicotina. De aceea, dacă se dorește administrarea substituenților de nicotină, trebuie să se explice viitoarei mame riscurile și beneficiile tratamentului.
- Datele privind siguranța administrării TSN nu sunt concludente, existând studii contradictorii. Totuși, ținând cont de toxicitatea extremă a fumului de tutun, TSN pare a fi mai sigură.³⁰

Dacă medicul consideră că riscurile administrării TSN sunt mai mici decât beneficiile, se vor prefera formele cu eliberare intermitentă (gumă, spray) în locul platurilor (care asigură o prezență permanentă a nicotinei în sânge).²⁹

Bupropionul și vareniclina sunt contraindicate în timpul sarcinii și alăptării, deși nu sunt studii concludente care să ateste toxicitatea lor pentru făt (de fapt, sunt foarte puține studii care să evalueze eficacitatea și siguranța administrării acestor medicamente la femeia însărcinată). Dacă femeia primea unul din aceste medicamente atunci când a aflat că este gravidă, va întrerupe tratamentul.²⁹

În finalul consultației, pacientei i se poate recomanda să apeleze la un centru specializat sau la o linie telefonică dedicată.

5. ARRANGE follow-up/ Supraveghează

Pacientele care fumează sau au renunțat la fumat pe parcursul sarcinii trebuie monitorizate pe tot parcursul sarcinii și alăptării pentru a le oferi sprijinul adaptat:

- Dacă încă fumează, se reia consilierea și se evaluează oportunitatea administrării de tratament de substituție nicotinică;
- Dacă nu mai fumează, pacienta este felicitată și încurajată să nu reia fumatul nici postpartum.

Se estimează că aproximativ 50-60% dintre femeile care au oprit fumatul pe parcursul sarcinii reiau consumul de tutun pe parcursul primului an după naștere.⁵⁵ Deși metaanaliza Cochrane Collaboration⁵⁶ a concluzionat că nu sunt suficiente date pentru a susține recomandarea de aplicare a unor strategii de prevenire a reluării fumatului după naștere, în cazul femeilor care au oprit fumatul pe perioada sarcinii, totuși se pot lua în considerare evaluarea dorinței femeii de a rămâne nefumătoare și după naștere și sfătuirea ei să nu reia fumatul deoarece sunt câteva studii care au dovedit o oarecare eficacitate în a preveni reluarea fumatului⁵⁷ dar și din motive etice. În plus, metaanaliza Cochrane a fost realizată în 2005.

5.4.2. ADOLESCENȚI



Medicii trebuie să întrebe copiii și adolescenții despre consumul de tutun și să ofere un mesaj puternic despre importanța abstenenței totale față de consumul de tutun. 1C



Adolescenților care fumează trebuie să li se ofere consiliere pentru a-i ajuta să oprească fumatul, deoarece intervențiile de tip consiliere se dovedesc a fi eficiente. 1B



Medicii care îngrijesc copii trebuie să îi întrebe pe părinți dacă fumează și să îi ajute să abandoneze fumatul pentru ca să-i proteje pe copii de efectele fumatului pasiv, fiind dovedit că fumul de tutun afectează copiii iar consilierea crește abstenența în rândul părinților. 1B

Conform **Global Youth Tobacco Survey 2013**, în România, 9,4% dintre copiii cu vârsta 13-15 ani fumează curent, motivele principale pentru care au început fiind presiunea anturajului (familie, școală, prieteni), publicitatea și media, teama de îngrășare.

Studii recente⁵⁸ demonstrează că, la adolescenți, *dependența de nicotină apare mai repede* și după cantități mult mai mici de nicotină decât la adulți, datorită particularităților structurilor cerebrale implicate în procesele adictive. De aceea medicii care consultă adolescenți trebuie să facă screening-ul consumului de tutun în rândul acestora și să le ofere consiliere pentru a nu fuma nici măcar o țigară, chiar dacă meta-analiza realizată de Fiore arată o eficiență relativ scăzută a acestor intervenții: rata de succes la 12 luni este cu 80% mai mare decât dacă nu s-ar face nicio intervenție. Trebuie menționat că recomandările de mai sus nu au luat în calcul studiile din ultimii ani care demonstrează neuroadaptabilitatea circuitelor neuronale implicate în adicții.

Există dovezi care demonstrează că **oferirea de informații** despre efectele *fumatului pasiv părinților* copiilor care se prezintă la consultații, scade atât expunerea la fum a copiilor cât și consumul de tutun al părinților, și nu încalcă regulile confidențialității consultației medicale.³⁰ Pe de altă parte, recenzia Cochrane⁵⁹, mai recentă și mai discriminativă, concluzionează că, având în vedere heterogenitatea dar și numeroasele bias-uri, studiile care evaluează impactul intervențiilor la nivel familial nu permit concluzii ferme privind eficacitatea acestor intervenții în prevenirea fumatului copiilor. Totuși, doar 3 dintre cele 22 de studii evaluate au conținut o oarecare intervenție a medicului.

Deși sunt studii care arată că **administrarea plasturilor** cu nicotină pentru adolescenți este sigură, totuși nu sunt studii suficiente care să ateste și eficacitatea. În ceea ce privește administrarea de **bupropion sau vareniclină** la adolescenți, *nu sunt studii suficiente* care să arate eficacitatea pe termen lung și chiar siguranța administrării lor, motiv pentru care se consideră că utilizarea acestor medicamente este contraindicată la adolescenți.

Având în vedere particularitățile României – mai ales faptul că în spațiile publice închise nu se respectă reglementările de limitare a fumatului, minorii își cumpără țigări deși este interzisă vânzarea produselor din tutun către minori, iar în școli se fumează în ciuda regulamentelor de ordine interioară – recomandările internaționale privitoare la consumul de tutun pentru medicii de familie care îngrijesc și minori trebuie aplicate, chiar dacă nu au grad maxim de certitudine.

În **consilierea pentru adolescenți**, se recomandă²⁹ ca medicii să țină cont de faptul că tinerii sunt mai interesați de efectele imediate asupra aspectului lor fizic și de aspectele financiare decât de viitoarele beneficii asupra sănătății (care sunt percepute ca incerte), motiv pentru care pot prezenta mai degrabă avantajele non-fumatului (să nu înceapă sau să renunțe cât mai curând): arăți mai bine, ai o sumă în plus pentru cheltuieli proprii, nu îți miroase gura, ai dinți albi și nu galbeni, îți crește potența, eviți multe substanțe toxice, ai control asupra propriului comportament, ai șanse mai mari să nu te îmbolnăvești.

5.4.3. VÂRSTNICI

Studiile care evaluează eficacitatea abordării 5A/ 5S la pacienții cu vârsta peste 50 ani nu sunt foarte numeroase deoarece, de cele mai multe ori, la vârstnici coexistă boli provocate de fumat, boli cu evoluție și prognostic ameliorate dacă este oprit fumatul. Oricum, sfatul minimal, consilierea, materialele adaptate, suportul social, dar și toate medicamentele recomandate pentru tratamentul dependenței de nicotină sunt eficiente și la această vârstă.

Recomandarea de a apela linia telefonică gratuită pentru consiliere antifumat STOP FUMAT este de ajutor în special vârstnicilor cu mobilitate redusă sau care nu pot primi tratament datorită interferențelor medicamentoase.³⁰



Renunțarea la fumat trebuie să fie un obiectiv important în managementul pacienților care suferă de boli provocate de fumat. Sunt suficiente dovezi care atestă că fumatul este un factor major de risc în recurența sau agravarea bolilor provocate de consumul de tutun. 1A

Nu trebuie omis faptul că momentul diagnosticului unei astfel de boli este o excelentă oportunitate pentru a aduce în discuție renunțarea completă la fumat (reducerea nu e eficientă) și motivarea pacientului prin prisma beneficiilor pe care le aduce renunțarea la fumat: scăderea riscului de deces prin boli coronariene, BPOC, cancer; reducerea riscului de osteoporoză; ameliorarea circulației cerebrale.

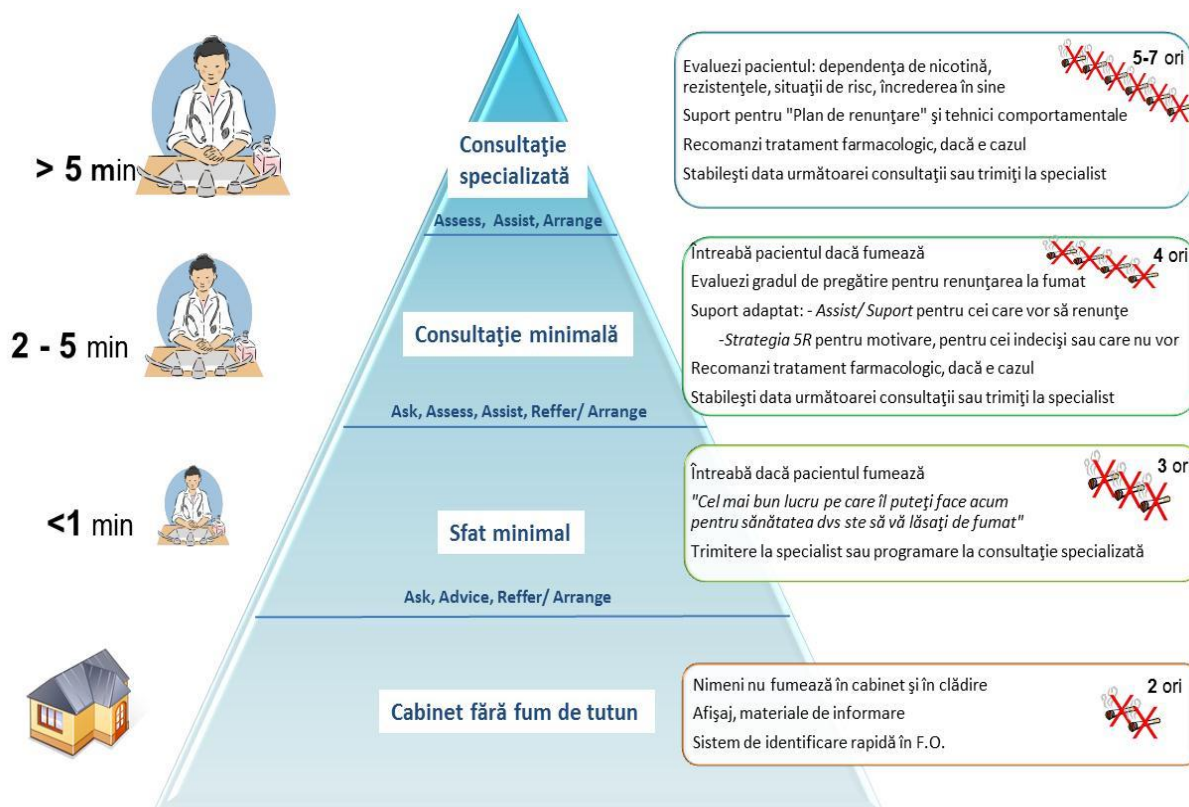
5.5. STRATEGIA ABORDĂRII CONSUMULUI DE TUTUN DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE

Este recunoscută eficiența intervenției medicului de familie pentru renunțarea la fumat, cu atât mai mare cu cât timpul acordat și numărul consultațiilor sunt mai mari.

Pe de altă parte, constrângerile de timp și nevoia de implicare a medicului de familie în multe alte activități profilactice limitează implicarea de rutină a acestuia în susținerea fumătorului pentru a opri consumul de tutun.

Din aceste motive, **International Primary Care Respiratory Group**⁶⁰ a propus un model de practică a medicilor de familie pentru susținerea renunțării la fumat („Piramida intervențiilor pentru renunțarea la fumat”- Figura 4

Figura 1. Piramida intervențiilor pentru renunțarea la fumat (adaptare după IPCRG)



Modelul ține cont atât de dovezile științifice cât și de particularitățile profesiei.

Baza piramidei prezintă intervenția care nu necesită implicarea personală a medicului dar care este, totuși, eficientă: aranjarea cabinetului astfel încât să devină „Cabinet fără fum de tutun”, transmițând informații și oferind un model de bună practică. Pe măsură ce urcăm spre vârful piramidei, intensitatea intervenției crește și, o dată cu ea, și șansele de reușită. Medicul poate alege, în funcție de pregătire și disponibilitate, tipul de intervenție, fiind sigur că intervenția lui este eficientă. Astfel, medicul evită sentimentul de inutilitate a eforturilor lui, motiv evocat frecvent de medicii de familie pentru a justifica lipsa implicării în ajutorarea fumătorilor.

Cabinetul de medicina familiei “fără fum de tutun”

Un „cabinet fără fum de tutun” presupune:

- nimeni să nu fumeze în interiorul clădirii în care se află cabinetul, dar nici în locurile în care pacienții au acces;
- afișarea avertismentelor privind interzicerea fumatului;
- montarea de postere, autocolante, suporturi de afișaj, etc cu informații despre riscurile fumatului și beneficiile renunțării la fumat;
- afișarea liniei telefonice gratuite de suport (Tel verde Stop Fumat);
- distribuirea de materiale de informare în sala de așteptare;
- identificarea statutului de fumător al fiecărui pacient;
- marcarea fișelor pacienților fumători pentru ca aceștia să fie abordați la fiecare consultație.

Aceste simple acțiuni care nu presupun alocarea unui timp separat de către medic dublează rata de succes și crește numărul celor care încearcă să abandoneze fumatul.

Sfatul minimal

„Sfatul minimal” presupune:

- să întrebi pacientul fumător și pe cel care s-a lăsat de fumat dacă fumează. Această întrebare ar trebui să fie adresată de fiecare membru al echipei medicale, cu fiecare ocazie (Ask/ Screening);
- să îi oferi sfatul minimal de renunțare la fumat– Advice/ Sfătuire
- să evaluezi gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat (Assess/ Stadializare);
- să îl trimiți la un centru specializat sau să îl programezi la o consultație individuală specializată, dedicată exclusiv renunțării la fumat;
- să îi oferi materiale de informare (orice membru al echipei poate realiza această acțiune).

! Durează mai puțin de 1 minut.

Consultația minimală

„Consultația minimală” presupune:

- să întrebi pacientul fumător și pe cel care s-a lăsat de fumat dacă fumează. Această întrebare ar trebui să fie adresată de fiecare membru al echipei medicale, cu fiecare ocazie (Ask/ Screening);

- să evaluezi gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat și dependența de nicotină dar și principalele rezistențe/bariere în calea renunțării (*Assess/ Stadializare*);
- să oferi suport adaptat gradului de pregătire pentru renunțarea la fumat: *Assist/ Suport* pentru cei care vor să renunțe sau *Strategia 5R* pentru motivare, pentru cei care nu vor să renunțe. Se va avea în vedere oferirea de suport pentru depășirea rezistențelor/ obstacolelor;
- să recomanzi tratament farmacologic, dacă e cazul (*Assist/ Suport*);
- să stabilești data următoarei consultații de monitorizare (*Arrange/ Supraveghere*).

! Durează 2 - 5 minute.

Consultația specializată

”Consultația specializată” se adresează pacienților care doresc să renunțe la fumat și presupune:

- să evaluezi gradul de pregătire pentru renunțarea la fumat, dependența de nicotină dar și rezistențele/ barierele față de renunțare, situațiile de risc pentru reluare și încrederea în propria reușită a pacientului (*Assess/ Stadializare și Strategia 5R de motivare*);
- să ajuți pacientul să realizeze un „Plan de renunțare” folosind metoda STAR (*Assist/ Suport*);
- să oferi pacientului recomandări din cadrul terapiei comportamentale (*Assist/ Suport*);
- să recomanzi tratament farmacologic, dacă este cazul (*Assist/ Suport*);
- să stabilești data următoarei consultații sau să îi recomanzi un serviciu de specialitate, pentru monitorizare (*Arrange/ Supraveghere*).

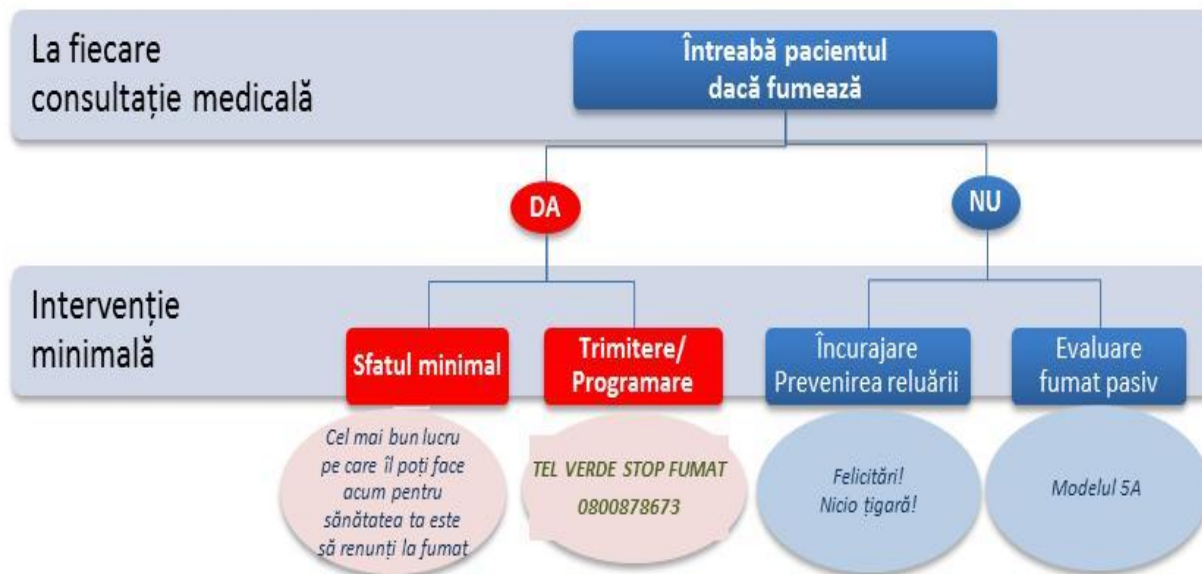
! Durează 30 – 60 minute, în funcție de disponibilitatea medicului și nevoile pacientului.

În practica medicală din România, putem recomanda următoarea abordare a consumului de tutun de către medicii de familie:

În cadrul fiecărei consultații medicale (Figura nr. 7):

- pacientul este întrebat dacă fumează;
- Se face o intervenție minimală:
- pacienții care încă fumează sunt sfătuiți să renunțe: sfatul minimal + recomandarea către specialistul tabacolog sau programare pentru o consultație individuală.
- pacienții care nu mai fumează sunt felicitați și încurajați să nu reia fumatul. De asemenea, se evaluează expunerea la fum de tutun.

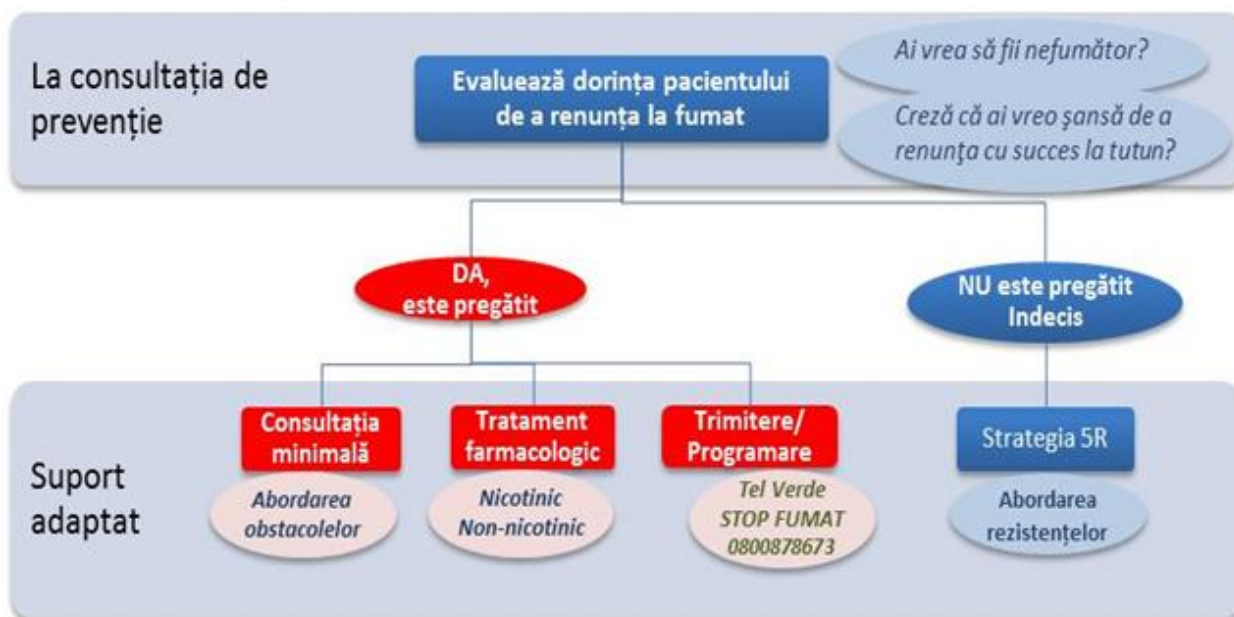
Figura nr. 7: Abordarea consumului de tutun în cadrul unei consultații medicale (adaptare după recomandările OMS)²⁸



În cadrul consultației de prevenție (Fig.8)

- Pacientul este evaluat din punct de vedere al pregătirii pentru renunțarea la fumat.
- Dacă pacientul este *pregătit*, se acordă *consultația minimală* ce conține elemente din componentele Assist și Follow-up, în funcție de disponibilitatea medicului și caracteristicile pacientului;
- Dacă pacientul *nu este pregătit*, se acordă *consultația minimală* ce conține elemente din Strategia 5R, în funcție de disponibilitatea medicului și caracteristicile pacientului.

Figura nr. 8: Abordarea consumului de tutun în cadrul consultației de prevenție (adaptare după recomandările OMS²⁸)



Consultația specializată este rezervată medicilor cu pregătire în domeniul tabacologiei, ea necesitând și cunoștințe în domeniul terapiei cognitiv-comportamentale. În România, aceste consultații se acordă cu precădere în cadrul Programului Stop Fumat al Ministerului Sănătății prin care, dacă este necesar, se oferă tratament gratuit pentru dependența de nicotină.

Asigurarea de sisteme de calitate în cabinet pentru urmărirea fumătorilor



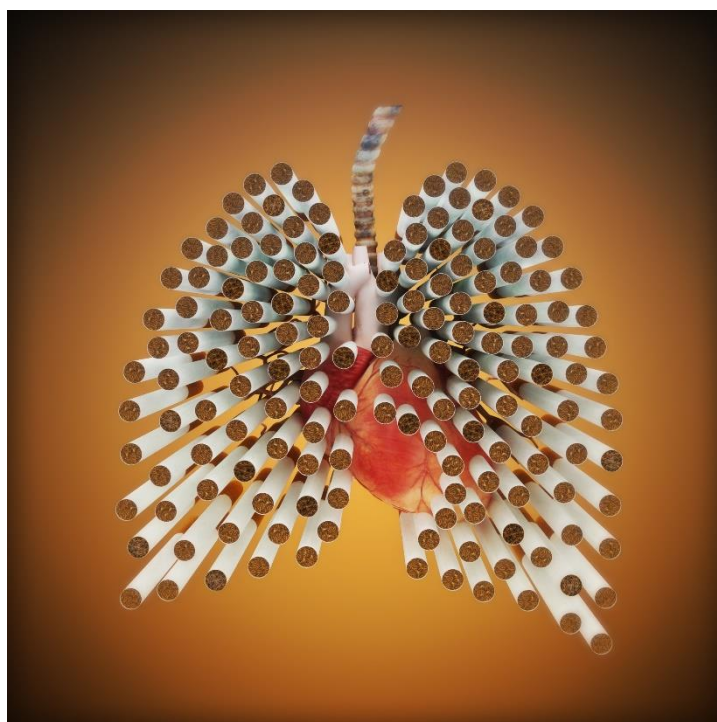
Statutul de fumător/ exfumător/ nefumător trebuie înregistrat în documentele medicale (fișă, foaie de observație, scrisoare medicală, bilete de trimitere, etc.) ale pacientului, folosind orice sistem de evidențiere:²⁹ includerea în semnele vitale, sticker, alertă pe computer.³⁰ 1A



Toți fumătorii care sunt în proces de renunțare trebuie să fie monitorizați. 1A



Toți pacienții care primesc suport pentru renunțarea la fumat trebuie să fie evaluați din punct de vedere al abinenței, atât la finalizarea tratamentului cât și pe parcurs. 1B



ANEXE

ANEXA 1. TESTUL FAGERSTROM PENTRU EVALUAREA DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ

Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină

1. Când fumați prima țigară după trezire?		
a. În primele 5 minute	<input type="checkbox"/>	3
b. 6-30 minute	<input type="checkbox"/>	2
c. 31-60 minute	<input type="checkbox"/>	1
d. Peste 60 minute	<input type="checkbox"/>	0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
3. La ce țigară renunțați mai greu?		
a. Prima	<input type="checkbox"/>	1
b. La celelalte	<input type="checkbox"/>	0
4. Câte țigări fumați pe zi ?		
a. Sub 10	<input type="checkbox"/>	0
b. 10-20	<input type="checkbox"/>	1
c. 21-30	<input type="checkbox"/>	2
d. peste 30	<input type="checkbox"/>	3
5. Fumați mai mult dimineața decât după-amiază?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți la pat o zi întreagă?		
a. Da	<input type="checkbox"/>	1
b. Nu	<input type="checkbox"/>	0
Scor total:		

Scor:

- 1 - 2 = dependență scăzută
- 3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat
- 5 - 7 = dependență moderată
- >8 = dependență crescută

1 - 2 = dependență scăzută	3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat	5 - 7 = dependență moderată	>8 = dependență crescută
Nu este nevoie de substituenți de nicotină	se pot oferi substituenți de nicotină	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)

ANEXA 2. SUMARUL RECOMANDĂRILOR PRIVIND FUMATUL

Recomandări privind fumatul

- 1 Toți pacienții trebuie evaluați privind consumul de tutun: la **fiecare consultație**, dacă sunt fumători zilnici, **la fiecare 5 ani**, dacă nu au fumat niciodată sau au renunțat de mai mult de 5 ani; **anual**, dacă s-au lăsat de fumat de mai puțin de 5 ani sau au sub 25 ani. 1B
- 2 **Statutul de fumător/exfumător/nefumător** trebuie înregistrat în fișa pacientului 1A
- 3 După identificarea și sfătuirea fumătorului, un medic trebuie să evalueze **dorința/ intenția** actuală a acestuia de a renunța la tutun. 3C
- 4 Se recomandă oferirea de **suport** pentru renunțarea la fumat sub forma consultațiilor individuale, de grup și prin intermediul telefonului, toate fiind eficiente. 1A
- 5 Se recomandă oferirea **sfatului minimal** pentru renunțarea la fumat, de către medicul de familie, în mod curent tuturor fumătorilor, la orice consultație. 1A
- 6 Intervențiile pentru renunțarea la fumat trebuie să cuprindă: a) **consiliere** pentru dezvoltarea de abilități pentru gestionarea situațiilor de risc pentru reluarea fumatului; b) **susținere** și încurajare pe tot parcursul procesului. 1B
- 7 TSN (**Terapia de Renunțare la Fumat**) poate fi recomandată fumătorilor cu dependență de nicotină. Nu există diferențe semnificative ale eficacității diverselor forme de prezentare, motiv pentru care selecția va fi făcută în funcție de preferințele pacientului. 1A
- 8 **Bupropion** este eficient pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A
- 9 **Vareniclina** este eficientă pentru fumătorii cu dependență de nicotină și care doresc să renunțe la fumat, dacă nu au contraindicații. 1A
- 10 Se recomandă **asocierea consilierii cu medicația** pentru tratarea dependenței nicotinică ori de câte ori este posibil și indicat, deoarece asocierea este mai eficientă decât dacă oricare din metode ar fi aplicată singular. 1A
- 11 Toți fumătorii care sunt în proces de renunțare trebuie să fie **monitorizați**. 1A

BIBLIOGRAFIE

1. Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (Framework Convention for Tobacco Control) este primul tratat de sănătate publică semnat și ratificat internațional, și al doilea existent până în momentul de față.
2. OMS- Strategiei MPOWER, 2008
3. DEX: VÍCIU, *vicii*, s.n. 1. defect, cusur, neajuns (de construcție, de funcționare etc). 2. Fig. Pornire nestăpânită și statornică spre rău, apucătură rea, patimă; desfrâu, dezmăț, destrăbălare.
4. Repace J. Tobacco Smoke Pollution. In: Orleans CT, Slade J, Editors. Nicotine Addiction: Principles And Management. New York: Oxford University Press; 1993.
5. Aronow WS. Effect Of Passive Smoking On Angina Pectoris. N Engl J Med 1978;299:21-4.
6. Hecht SS. Tobacco Smoke Carcinogens And Lung Cancer. J Natl Cancer Inst 1999;91:1194-210.
7. Ichiki K, Ikeda H, Haramaki N, Ueno T, Imaizumi T. Long-Term Smoking Impairs Platelet-Derived Nitric Oxide Release. Circulation. 1996;94:3109-14
8. Merrz A.H. et al: Smoking, alcohol consumption, physical activity and family history and the risks of myocardial infarction and unstable angina pectoris: a prospective cohort study. BMC Cardiovasc Disorder 2011, Mar 24; 11-13.
9. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647–658.
10. Njolstad I et al: Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction. A 12-year follow-up of Finnmark Study. Circulation 1997 Febr 1; 93(3): 450-6
11. Mahonen MS et al. Current smoking and the risk of non-fatal myocardial infarction in the WHO MONICA Project populations. Tobacco Control 2004;13:244–250.
12. Bahler C et al: Lower age at first myocardial infarction in female compared to male smokers. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2011 Sep 19
13. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. Prog Cardiovasc Dis. 2003 Jul-Aug;46(1):11-29.
14. Chamberlain AM et al. Smoking and incidence of atrial fibrillation: results from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Heart Rhythm. 2011 Aug;8(8):1160-6.
15. Hoffman RM, Psaty BM, Kronmal RA. Modifiable risk factors for incident heart failure in the coronary artery surgery study (CASS). Arch Intern Med 1994;154:417–423.
16. Suskin N, Sheth T, Negassa A, Yusuf S. Relationship of current and past smoking to mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction. J Am Coll Cardiol 2001;37:1677–1682.
17. Hankey GJ et al. Medical Treatment of Peripheral Arterial Disease. JAMA. 2006;295:547-553.
18. Dormandy et al. Management of peripheral arterial disease (PAD). TASC Working Group. TransAtlantic Inter-Society Consensus (TASC). J Vasc Surg. 2000;31(1 pt 2):S1-296.
19. BMA Tobacco Control Resource Centre 2006
20. Jonason et al. Cessation of smoking in patients with intermittent claudication. Effects on the risk of peripheral vascular complications, myocardial infarction and mortality. Acta Med Scand. 1987; 221:253-260.
21. BMA Tobacco Control Resource Centre 2006
22. Howard et al. JAMA. 1998; 279(2):119-124.
23. Colditz et al. Cigarette smoking and risk of stroke in middle-aged women. N Engl J Med.

- 1988;318(15):937-941.
24. Kurth et al. Smoking and risk of hemorrhagic stroke in women. *Stroke*. 2003;34:2792-2795.
 25. Hart et al. Risk factors and 20-year stroke mortality in men and women in the Renfrew/Paisley study in Scotland. *Stroke*. 1999;30:1999-2007.
 26. Robbins et al. Cigarette smoking and stroke in a cohort of U.S. male physicians. *Ann Intern Med*. 1994;120(6):458-462
 27. Vardulaki et al. Quantifying the risks of hypertension, age, sex and smoking in patients with abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg*. 2000;87(2):195-200.
 28. WHO, 2014. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. ISBN 978 92 4 150695 3. pag. 6
 29. Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B, Ferretter I. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011, updated June 2012. ISBN 978-0-86906-331-6
 30. Fiore MC et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, 2008. (www.ahrq.gov/clinic/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf, accesat iunie 2015), pag. 86
 31. Societatea Română de Pneumologie. Ghidul de Renunțare la Fumat și Asistență de Specialitate a Fumătorului. 2010. ISBN 978-973-702-768-9. pag. 14
 32. Sanchez. E. 2007. National Commission on Prevention Priorities. Preventive Care: A National Profile on Use, Disparities, and Health Benefits. Washington, DC: Partnership for Prevention.<http://www.prevent.org/data/files/initiatives/ncpppreventivecarereport.pdf> accesat iunie 2015
 33. Medical Advisory Secretariat. Population-based smoking cessation strategies: a summary of a select group of evidence-based reviews. Ontario Health Technology Assessment Series 2010;10(1).
 34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.
 35. Special Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards Tobacco. Conducted by TNS Opinion & Social at the request of Directorate-General Health and Consumers Survey co-ordinated by Directorate-General Communication. 2012. http://open-data.europa.eu/en/data/dataset/S1060_77_1_EBS385
 36. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC. et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA*. 1997;278:1759-66.
 37. Ministerul Sănătății. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.
<http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf> accesat iunie 2015.
 38. Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc*. 2001 Feb;76(2):138-43.
 39. Sciamanna C, Novak S, Houston T, Gramling R, Marcus B. Visit satisfaction and tailored health behavior communications in primary care. *Am J Prev Med* 2004;26:426-30
 40. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12:38-48.
 41. Cahill K1, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;5:CD009329. doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.
 42. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:e2856

43. Ministry of Health. (2007, August). New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington: Ministry of Health.
44. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. Committee Opinion No. 471. *Obstet Gynecol* 2010;116:1241–4. ISSN 1074-861X
45. Melvin C et al. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control*, 2000, 9:80–84.
46. The American College of Obstetricians and gynecologists. Motivational interviewing: A tool for behavior change. 2009;423. www.acog.org (accesat iunie 2015)
47. Best Practice Advocacy Centre New Zealand. Encouraging smoke-free pregnancies: The role of primary care. *Best Practice Journal*. 2013. BPJ: 50; 30-37
48. US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
49. Einarson A, Riordan S. Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *Eur J Clin Pharmacol* 2009;65:325–30.
50. Committee on Environmental Health; Committee on Substance Abuse; Committee on Adolescence; Committee on Native American Child. From the American Academy of Pediatrics: Policy statement-tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics* 2009;124:1474–87
51. Likis FE, Andrews JC, Fennesbeck CJ, Hartmann KE, Jerome RN, Potter SA, Surawicz TS, McPheeters ML. Smoking Cessation Interventions in Pregnancy and Postpartum Care. Evidence Report/Technology Assessment No.214. AHRQ Publication No. 14-E001-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; February 2014. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
52. Park EW1, Tudiver FG, Campbell T. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jul 11; Enhancing partner support to improve smoking cessation. 7:CD002928. doi:10.1002/14651858.CD002928. pub3.
53. CAN-ADAPTT. (2011). Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. www.can-adaptt.net.
54. Greaves, L., Kalaw, C. & Bottorff, J. L. (2007). Case studies of power and control related to tobacco use during pregnancy. *Women's Health Issues*, 17(5), 325-332.
55. I.Samet, Jonathan M. II.Yoon, Soon-Young. III.World Health Organization. 2010. Gender, women, and the tobacco epidemic . ISBN 978 92 4 159951 1 (NLM classification: QV 137)
56. Hajek P et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 1.
57. Wei Li Fang, PhD, Adam O. Goldstein, MD, Anne Y. Butzen, S. Allison Hartsock, Katherine E. Hartmann, MD, PhD, Margaret Helton, MD, and Jacob A. Lohr, MD. Smoking Cessation in Pregnancy: A Review of Postpartum Relapse Prevention Strategies Wei Li Fang, PhD, Adam O. Goldstein, MD, Anne Y. Butzen, S. Allison Hartsock, Katherine E. Hartmann, MD, PhD, Margaret Helton, MD, and Jacob A. Lohr, MD. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:264–75
58. DiFranza JR. A 2015 Update on the Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Curr Pediatr Rev*. 2015 Apr 30.
59. Thomas, Roger E., P. Baker, and Diane Lorenzetti. "Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents." *Cochrane Database Syst Rev* 1 (2007).
60. International Primary Care Respiratory Group:
<http://ipcr.org.new.quintor.nl/display/RESSMO/Tackling+the+Smoking+Epidemic++IPCRG+International+guidance+on+smoking+cessation+in+primary+care>, American Association of Family Physicians:

<http://www.aafp.org/about/initiatives/ask-act.html>

61. Murray RL, Lewis SA, Coleman T, Britton J, McNeill A. Unplanned attempts to quit smoking: missed opportunities for health promotion? *Addiction* 2009;104:1901–9.
62. Ferguson SG, Shiffman S, Gitchell JG, Sembower MA, West R. Unplanned quit attempts: results from a US sample of smokers and ex-smokers. *Nicotine Tob Res* 2009;11:827–32
63. Millar, W. J. & Hill, G. (2004). Pregnancy and smoking. *Health Reports*, 15(4), 53-56.
64. Holtrop, J. S., Meghea, C., Raffo, J. E., Biery, L., Chartkoff, S. B. & Roman, L. (2009). Smoking among pregnant women and Medicaid insurance: Are mental health factors related? *Maternal and Child Health Journal*, 14, 971-977
65. Goodwin, R. D., Keyes, K., & Simuro, N. (2007). Mental disorders and nicotine dependence among pregnant women in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 109(4), 875-883.

**Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București**

**Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014.
Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.
Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatare.ms.ro.**

**www.cnsmf.ro
www.edu-cnsmf.ro
ghidurimedicale.ro
www.insp.gov.ro**