

**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCION GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD**

NORMA OFICIAL DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO

NOVIEMBRE 2012

DIRECTORIO

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Dra. Eugenia Sader

VICEMINISTRA REDES DE SALUD COLECTIVA

Dra. Miriam Morales

DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Dr. Alexis Guilarte

COORDINADORA NACIONAL DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO

Lcda. Melina Herrera

EQUIPO TÉCNICO

RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE ESCUELAS LIBRES DE HUMO DE TABACO

Lcda. Patricia Lozano.

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Lcda. Jaimar Telen

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO Y REDACCIÓN

Dra. Alcida Pérez.

Lcdo. Freddy Mejía.

AUTORIDADES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACION DEL DOCUMENTO

Lcda. Melina Herrera. Coordinadora Nacional del Programa Antitabáquico. MPPS.

Dra. Vilma Martínez. Coordinadora de Programas de Salud del Distrito Sanitario N° 3. Distrito Capital. MPPS.

Dra. Elvira Munares. Coordinadora de Programas de Salud del Distrito Sanitario N° 4. Distrito Capital. MPPS.

Dra. Eglym Mejías. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Amazonas. MPPS.

Dra. Pilar Marcano. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Anzoátegui. MPPS.

Dra. Olga Pérez. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Anzoátegui. MPPS.

Lcda. Letzaida Díaz. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Apure. MPPS.

Dr. Rubén Pérez. Coordinador del Programa Antitabáquico. Edo. Aragua. MPPS.

Dra. Irma Cardozo. Coordinadora del Municipio Bolívar. Edo. Aragua. MPPS.
Dr. Emilio Becerra. Coordinador del Programa Antitabáquico. Edo. Barinas. MPPS.
Dra. Julia Rubia. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Bolívar. MPPS.
Lcda. Manuela Rondón. Adjunta Coordinación del Programa Antitabáquico. Edo. Bolívar. MPPS.
Dra. Adela Segovia. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Carabobo. MPPS.
Dra. Berta Leiciaga. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Carabobo. MPPS.
Lcdo. Nallades Calvo. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Cojedes. MPPS.
Dr. José Gregorio Manauere. Coordinador del Programa Antitabáquico. Edo. Falcón. MPPS.
Lcda. Omaira Albia. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Guárico. MPPS.
Dr. José Labrador. Coordinador del Programa Antitabáquico. Edo. Lara. MPPS.
Dra. Mariluz García. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Lara. MPPS.
Dra. Zayra Gil. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Mérida. MPPS.
Lcda. Luz Henao. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Miranda. MPPS.
Lcdo. Darimel Riobueno. Coordinadora del Distrito Sanitario N°1 del Programa Antitabáquico del Edo. Miranda. MPPS.
Dr. Ambrosio Moya. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Miranda. MPPS.
Lcda. Sulma Solórzano. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Monagas. MPPS.
Dra. Marielena Luces. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Monagas. MPPS.
Dra. María Elena Romero. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Nueva Esparta. MPPS.
Lcda. María Hidalgo. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Portuguesa. MPPS.
Dra. Clarisa Rodríguez. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Táchira. MPPS.
Dra. Esperanza Duarte. Dirección Estatal de Salud del Edo. Táchira. MPPS.
Dr. Rodolfo Gil. Coordinador del Programa Antitabáquico. Edo. Trujillo. MPPS.
Dr. Francisco Carrillo. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Trujillo. MPPS.
Dra. Martha Marrero. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Vargas. MPPS.
Lcda. Yudelis Ramos. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Sucre. MPPS.
Dra. María Montilla. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Yaracuy. MPPS.
Dra. Mireya Quintero. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Yaracuy. MPPS.
Dra. Cira Lizaras. Coordinadora del Programa Antitabáquico. Edo. Zulia. MPPS.
Dra. Maritza García. Unidad de Cesación Tabáquica en el Edo. Zulia. MPPS.
Dr. Elvis Matheus. Unidad de Cesación Tabáquica en el Ambulatorio Docente de la Universidad Central de Venezuela.
Lcda. Yadira Rodríguez. Dirección de Atención a la Madre, Niño, Niña y Adolescente. MPPS.
Dr. Luis Capote. Programa Nacional de Oncología. MPPS.
Ftco. Peggy Albornoz. Programa Nacional de Oncología. MPPS.
Dra. Mercedes España. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Respiratoria. MPPS.

Dra. Loida de Valera. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Endocrino-Metabólico. MPPS.
Dra. Beatriz Larocca. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Cardiovascular. MPPS.
Dr. Saúl Peña. Coordinador del Programa Nacional de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos. MPPS.
Lcda. Rita Paz. Dirección de Comunicación Corporativa. MPPS.
Dr. José Delgado. Fundación José Félix Ribas. MPPS.
Lcda. María Dolores Espinoza. Directora de Inclusión Social. Fundación José Félix Ribas. MPPS.
Lcda. Yuneire Antillano. Coordinadora de Investigación. Fundación José Félix Ribas. MPPS.
Bióloga Beatriz Mosquera. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". MPPS.
Ftca. Juan Manuel González. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". MPPS.

COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL.

Lic. Natasha Herrera. Consultora de Tabaco OPS/OMS.

PUBLICACIÓN REALIZADA POR

Dirección General de Investigación y Educación. Viceministerio de Recursos para la Salud. MPPS.

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO

TSU Guillermo Gómez Tovar. Dirección General de Programas de Salud. MPPS.

INDICE

**CAPÍTULO I
LINEAMIENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO**

INTRODUCCIÓN	1
BASE LEGAL	3
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVOS	
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
ESTRATEGIAS	7
METAS	11
POBLACIÓN OBJETO	11
CAMPO DE APLICACIÓN	12
ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	12
ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN	15
SISTEMA DE INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	18
PARÁMETROS DE PROGRAMACIÓN, RENDIMIENTO Y EVALUACIÓN	19

CAPÍTULO II
GUÍA PRÁCTICA DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO PARA LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL

EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD	29
JUSTIFICACION	29
FACTORES DE RIESGO	30
CARACTERIZACION DEL DAÑO: HISTORIA NATURAL. SINTOMAS GENERALES	31
POBLACION OBJETO	32
PROCEDIMIENTOS	34
ANEXOS (1 al 9)	A - T
GLOSARIO	39
BIBLIOGRAFÍA	40

CAPÍTULO I
LINEAMIENTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO

INTRODUCCION

El tabaco es el único producto de consumo que daña a todas las personas expuestas a él y mata a la mitad de sus consumidores regulares. Si la tendencia actual continúa, el tabaco habrá matado anualmente 7 millones de personas para el año 2020 y más de 8 millones de personas para 2.030. Cien millones de personas murieron por causa del tabaco en el siglo XX. A menos que se implementen medidas efectivas para prevenir que los jóvenes comiencen a fumar y para ayudar a los fumadores actuales a abandonar el hábito, el tabaco matará a mil millones de personas en el siglo XXI (1).

En la Región de las Américas, las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente el 54% de la carga total de enfermedad. (2)

Al igual que en la mayoría de los países del mundo (en especial los industrializados), en la República Bolivariana de Venezuela, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen un grave problema de salud pública, al ubicarse las Enfermedades Cardiovasculares desde hace más de cinco décadas, como la primera causa de mortalidad en la población general, constituyendo el primer problema de salud pública, seguido por el Cáncer, en segundo lugar, la Diabetes en el sexto, y las Enfermedades Renales la décima segunda causa de mortalidad en la población general. Estas patologías comparten un factor de riesgo común: *el consumo de tabaco*.

Existe evidencia de que el hábito del cigarrillo y la exposición al humo de segunda mano tienen consecuencias importantes en la población de mujeres embarazadas, los bebés y los niños (1).

Datos epidemiológicos colocan al Tabaquismo en nuestro país, como problema de salud pública. Más de 100 mil venezolanos y venezolanas fallecieron por el consumo o exposición al humo del tabaco en los últimos 10 años. La prevalencia de tabaquismo en adultos es del 17%, según datos del año 2011 (3) y de 5,6% en jóvenes escolarizados entre 13 a 15 años de edad según datos de 2010 (4).

Igualmente, en lo que se refiere al comportamiento de la Industria del Tabaco en Venezuela, tenemos que según datos suministrados por el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT), la producción de cigarrillos ha ido disminuyendo entre 2006 y 2010, alcanzando un máximo de 877.271.000 cajetillas de cigarrillos en el año 2007; con una producción para el año 2010, de 656.893.338 cajetillas de cigarrillos.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) viene adelantando políticas dirigidas fundamentalmente a priorizar la Atención Primaria en Salud (APS) mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con médicos generales, auxiliares de Medicina Simplificada y los agentes comunitarios de APS (ACAPS), haciendo énfasis en la Promoción de una vida Sana y la Prevención de las enfermedades más prevalentes en cada territorio social; todo ello con la más amplia participación social y la intersectorialidad de las diversas políticas de otros sectores públicos.

Durante este proceso, se considera necesario el fortalecimiento del personal que se desempeña en los diferentes servicios de salud, en las capacidades y medios de las comunidades en las mejoras de sus condiciones y estilos de vida, en conjunto con el equipo básico de salud y las múltiples redes de la sociedad civil y el resto de las estructuras del aparato del Estado, especialmente las del área social. Así mismo, se ha considerado necesario mejorar la dotación de los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud, la Atención Especializada ambulatoria y Hospitalaria, las cuales deben funcionar en red.

Es por ello que se ha revisado y actualizado la Norma del Programa Antitabáquico para ser implementada en todo el Sistema Nacional de Salud, en sintonía con la Política actual de Salud y los avances técnicos y científicos, ampliando todo lo relacionado con la APS, con el propósito de mejorar la calidad de atención integral de la población general de la República Bolivariana de Venezuela, sana, con factores de riesgo o afectada por el consumo de productos derivados del tabaco, con o sin algún grado de discapacidad.

Esta Norma describe cuales son los objetivos del Programa, las estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, a qué población va dirigido el Programa, estructura del mismo de acuerdo a lo establecido por el Ministerio: Nivel Nacional, Estatal, Municipal y/o Distrital y/o Local, así como las metas programadas por determinados períodos de tiempo.

Se describen, así mismo, las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL**Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999: Artículos 83, 84, 85, 86 y 122.**

Establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud, publicada en Gaceta Oficial N° 36.579 del 11 de noviembre de 1998 en sus Títulos II, III, VIII y IX y Capítulo II, Artículo 31 (vigente). Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

El artículo 31 destaca la educación para la salud como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud, con la participación de la comunidad, enfatizando la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Ley Orgánica para la Protección de Niños/as y Adolescentes. Gaceta Oficial N° 5.859. Extraordinaria. 10-12-2007.

- **Artículo 75:** Prohíbe informaciones e imágenes que promuevan e inciten al uso de tabaco en niños/as y adolescentes.
- **Artículo 92:** Establece la prohibición de vender o facilitar, de cualquier forma, a los niños/as y adolescentes tabaco.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a

la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción del tabaquismo como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (CMCT). Gaceta Oficial Ordinaria Nº 38.804 de fecha 01 de noviembre de 2005. Ratificado unánimemente por la Asamblea Nacional y el Presidente de la República el 27 de Junio del 2006. Tiene como objetivo reducir las muertes y enfermedades producidas por el consumo de productos derivados del tabaco en todos los países del mundo e incidiendo sobre los determinantes sociales fundamentales que actúan sobre esta epidemia.

Resolución Nº 7 del 23 de Octubre de 1.984 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), publicado en Gaceta Oficial Nº 33.098 del 06 de Noviembre de 1.984: Oficializa la existencia de un Programa Antitabáquico, reconoce al tabaco como un problema de Salud Pública y establece un presupuesto para el funcionamiento de una Unidad de Apoyo Técnico de carácter multidisciplinario.

Resolución Nº G-569, publicada en Gaceta Oficial Nº 33.390 del 15 de enero de 1986: Se contempla la prohibición de fumar dentro de todos los establecimientos asistenciales.

Resolución Nº G- 1.203 del 26 de Septiembre de 1.988, publicada en Gaceta Oficial Nº 34.106 del 02 de diciembre de 1988: Prohibición de fumar dentro de los establecimientos de salud, dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y todos los servicios destinados a la defensa de la salud que se incorporen al Sistema Nacional de Salud.

Resolución conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de Educación Nº G 1.330 y M. E Nº 1.201, publicado en Gaceta Oficial Nº 34.106 del 02 de Diciembre de 1.988: Prohibición de fumar en planteles educativos, tanto públicos como privados y en las instalaciones administrativas del Ministerio de Educación.

Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, Transporte y Comunicaciones y Ambiente y Recursos Naturales Renovables Nº G 896, publicado en Gaceta Oficial Nº 34.844 del 19 de Noviembre de 1991: Se prohíbe fumar en las aeronaves durante los vuelos comerciales que cubren rutas nacionales.

Resolución Nº SG 466-96 del MSAS del 13 de Noviembre de 1.996, publicado en Gaceta Oficial Nº 36.089 del 19 de Noviembre de 1.996: Ubica el Programa Nacional Antitabáquico en la Dirección del Programa de Salud de la Dirección General Sectorial de Salud denominándose: Programa Nacional Tabaco o Salud.

Resolución Nº 243 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social del 19 de Junio de 2000, publicada en Gaceta Oficial Nº 36.976 del 20 de junio del 2.000: Se prohíbe fumar dentro de las instalaciones administrativas y asistenciales, hospitales, ambulatorios y cualesquiera otros establecimientos o servicios de salud, tanto del sector público como privado.

Resolución Nº 109 del 22 de marzo de 2004, publicado en Gaceta Oficial Nº 37.904 del 23 de marzo de 2004: Se establece la regulación y control del cigarrillo y demás productos derivados del tabaco destinados al consumo humano.

Resolución Nº 110 del 22 de marzo de 2004, publicado en Gaceta Oficial Nº 37.904 del 23 de marzo de 2004: Las cajetillas y cualquier otro tipo de embalaje de cigarrillos, contendrán advertencias a través de textos o imágenes acerca de los daños a la salud derivados del consumo.

Resolución Nº 011 del 08 de febrero de 2006, publicado en Gaceta Oficial Nº 38.375 del 08 de febrero de 2006: Se regulan los puntos y formas de venta de productos derivados del tabaco, para la prohibición de venta para y por menores de edad.

Resolución Nº 012 del 08 de febrero de 2006, publicado en Gaceta Oficial Nº 38.375 del 08 de febrero de 2006: Prohíbe la colocación transitoria o permanente, distribución o promoción en medios publicitarios o cualquier tipo de publicidad exterior, que inciten, promuevan o estimulen de cualquier forma el consumo de productos derivados del tabaco, en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Resolución Nº 030, publicada en Gaceta Oficial Nº 39.627 del 02 de marzo de 2011: Prohibición de fumar o mantener encendidos productos de tabaco en áreas interiores de los lugares públicos y en los lugares de trabajo, cualquiera sea su uso, incluyendo el transporte.

Resolución sobre prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos derivados del tabaco y regulación de formas y puntos de venta. En proceso de aprobación por la Ministra del Poder Popular para la Salud.

JUSTIFICACION

Sobre la base de la realidad actual en relación con el problema del tabaquismo, resulta importante destacar que las políticas de control del tabaco que ha venido implementando en los últimos años la República Bolivariana de Venezuela,

han tenido un efecto positivo en el control de la epidemia del tabaquismo, según lo demuestran los sistemas de vigilancia epidemiológica implementados, lo cual ha significado un reto importante para el control del tabaquismo.

Se ha avanzado en el control de ambientes diversos libres de humo de tabaco (escuelas, centros comerciales, de trabajo, entre otros), así como la articulación de estrategias interinstitucionales que han contribuido de manera notable a la disminución del consumo de productos de tabaco y a la cesación del hábito de fumar. También se han dado avances sustanciales en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, a través de las consultas de cesación tabáquica.

No obstante, se debe continuar el trabajo articulado y permanente enfocado a contribuir en la disminución de las muertes y enfermedades asociadas a esta epidemia, por lo que resulta necesario destinar recursos económicos, humanos y materiales dirigidos a fortalecer y optimizar las estrategias fiscales, educativas, sanitarias y de comunicación para alcanzar los objetivos generales y específicos del Programa Antitabáquico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir en la disminución de la carga de morbi-mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población venezolana, relacionada con el consumo de productos de tabaco, tanto en los consumidores como en la población expuesta, de acuerdo con las políticas establecidas de manera conjunta con la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer las políticas de promoción de la salud, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, privilegiando la protección de la población ante la exposición al humo del tabaco y otros derivados del mismo, y en el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social".
2. Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre los principales riesgos a la salud producidos por el consumo de productos de tabaco, enfatizando en la prevención del inicio del consumo de productos de tabaco en la población venezolana, principalmente en niños, niñas y adolescentes.

3. Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud en sintonía con la norma de este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
4. Establecer un sistema de atención integral a la población consumidora de productos de tabaco en cualquiera de sus formas, dirigida al logro de la cesación temprana del tabaquismo, especialmente en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y niños, niñas y adolescentes.
5. Consolidar un Sistema de Información en Salud oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la recolección de los datos, su elaboración y análisis, generado por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa.
6. Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Objetivos 1 y 2

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intrasectoriales e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en las agendas de las organizaciones comunitarias.

- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación, Educación Universitaria y otros organismos corresponsables, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de consumo de tabaco en todas sus formas, en las instituciones públicas y privadas.

Objetivo 3

Estrategia 1: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral del Tabaquismo

Fortalecimiento de las competencias en las carreras vinculadas a las Ciencias de la Salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en lo relativo a la promoción de estilos y condiciones de vida saludables, prevención y tratamiento del tabaquismo, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del Programa Antitabáquico, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del Programa Antitabáquico, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria.

Estrategia 2: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral del Tabaquismo

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos relacionados con el tabaquismo y sus consecuencias para la salud.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en los contenidos del Programa Antitabáquico, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).

- Ejecución del Plan de Capacitación Continua del Programa Antitabáquico, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Objetivo 4

Estrategia 1: Pesquisa para detección oportuna de Tabaquismo

Detección de consumo de tabaco a nivel individual, familiar y comunal, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de tabaquismo, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Captación oportuna de las personas detectadas con hábitos tabáquicos, para su incorporación al manejo y control del Programa.

Estrategia 2: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica en la Red de Servicios, para el control del Tabaquismo

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica para el control del tabaquismo, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con esta patología, desde las que necesiten sólo tratamiento no farmacológico hasta quienes requieran atención especializada (tratamiento farmacológico).

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa Antitabáquico.

- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de medicamentos e insumos necesarios para la ejecución del Programa, de acuerdo a la demanda establecida.

Objetivo 5

Estrategia 1: Fortalecimiento del Sistema de Información de Tabaquismo

Desarrollar los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica del Tabaquismo en uso actualmente, como parte del Sistema Integrado de Vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, convencionales y no convencionales.

Actividades

- Optimizar los registros de información del Programa incorporándolos en el SIS-PRO, así como los mecanismos de auditoría de la calidad de los datos.
- Fortalecer los procesos de análisis de los datos y la toma de decisiones del Programa.
- Capacitación continua del personal de salud en el manejo del Sistema de Información del Programa.

Estrategia 2: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento, desde lo gerencial a lo operativo, de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa Antitabáquico.

Actividades

- Diseño y aplicación de la Matriz de Seguimiento y Evaluación del Programa Antitabáquico.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa Antitabáquico.
- Coordinación con los Programas de Salud que integran la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.

Objetivo 6**Estrategia 1: Desarrollo de la investigación en Tabaquismo**

Incentivar Líneas de Investigación clínica, epidemiológica y social, en el área de tabaco, en coordinación y cooperación con los Programas de Salud relacionados, la Dirección General de Educación e Investigación (DGEI), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en el área de tabaco, en conjunto con los otros Programas de la DGPS y la Dirección General de Educación e Investigación (DGEI), para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

METAS 2013-2019

- Reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adultos de 17% a 16%.
- Reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adolescentes de 5,6% a 4,6%.
- Aumentar la cesación tabáquica al final de tratamiento en un 30%, de acuerdo a cifras internacionales.

POBLACION OBJETO:

- En Promoción de la salud: Toda la población, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, en especial en edades comprendidas entre 10 y 19 años.
- En Prevención Secundaria (Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno): Población consumidora de tabaco, cualquiera sea su edad, con énfasis en las embarazadas, de acuerdo a lo establecido en esta norma.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de obligatorio cumplimiento de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud. Asimismo, debe ser referencia a ser considerada en los ámbitos científicos y académicos del campo de la salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Antitabáquico se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- Central: constituido por la Coordinación Nacional del Programa Antitabáquico, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- Estatal: representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud, dirigidas por un profesional de la salud con capacitación en Salud Pública y en el área de tabaquismo. Las relaciones entre este nivel y el central son estrictamente necesarias, como punto de confluencia entre lo gerencial normativo y lo gerencial operativo.
- Municipal: establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados. Es el nivel clave para el manejo de la Atención Primaria de Salud.

Nivel Local Ejecutor. A este nivel corresponde la ejecución del Programa, conformado por los establecimientos de salud y los órganos representativos de la comunidad, con dos Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel y Segundo Nivel. En aquellas Entidades Federales donde se cuente en el Primer Nivel de Atención con médicos generales o de familia y personal de apoyo, comprometidos y con entrenamiento en cesación tabáquica, podrán instrumentarse Unidades de Cesación Tabáquica de acuerdo con los criterios establecidos por el Programa y las necesidades de la población

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control del tabaquismo.

- Formular y ejecutar con las otras coordinaciones de la Dirección de Enfermedades Crónicas no trasmisibles y la Coordinación de Promoción para la Salud y Calidad de vida, el Plan Estratégico de comunicación, información y educación para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT).
- Diseñar resoluciones antitabáquicas de manera articulada con la Coordinación de Regulación y Control de Tabaco del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria y otros organismos corresponsables, tales como: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, SENIAT, Fundación “José Félix Ribas”, Oficina Nacional Antidrogas, Cooperación Técnica de OPS-OMS.
- Establecer alianzas con organizaciones comunitarias, instituciones públicas y privadas para elaborar, coordinar, promover e incentivar acciones de prevención, control y atención del tabaquismo.
- Informar a la población nacional sobre promoción de la salud y prevención del tabaquismo, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Institucionales.
- Revisar, actualizar y establecer los protocolos de atención para el tratamiento del Tabaquismo, en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Gestionar la adquisición y distribución de los medicamentos para la cesación de fumar.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con el consumo de tabaco e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Hacer el diagnóstico de situación nacional.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Antitabáquico.
- Presentar los informes de resultados del Programa Antitabáquico ante organismos internacionales y nacionales.
- Participar en representación del país en eventos relacionados con el tema de tabaco, tales como: Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del Programa Antitabáquico (PA) y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el PA en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección del Nivel Central y en coordinación con el Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.
- Establecer grupos de trabajo con las Zonas Educativas, Contralorías Sanitarias Estadales y demás organismos corresponsables, para impulsar y fortalecer las actividades de Promoción de la Salud, prevención del consumo de tabaco y vigilancia del Marco Legal de Tabaco.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa Antitabáquico de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PA, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación del consumo del tabaco de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.

- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del PA.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PA.
- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar la Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Elaborar el informe de situación del tabaquismo en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa Antitabaco (PA) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PA y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y relacionadas con el consumo del tabaco, aprobadas en el Plan Anual del PA de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención del inicio y consumo del tabaco de acuerdo al ciclo de vida, realizando en comunidades, escuelas y sitios de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables. ○ Detección temprana de factores de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisa de tabaquismo. ▪ Tratar los casos de consumo de tabaco, brindando consejo breve Antitabáquico. ▪ Conformar con la comunidad grupos de apoyo para la cesación del fumar. ▪ Referir a la Unidad de Cesación Tabáquica, en el segundo nivel, a los fumadores, según los criterios establecidos en el PA ▪ Recolectar el dato básico de la información del Programa, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, lugares de trabajo), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PA.
<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación. ▪ Brindar atención en la Unidad de Cesación Tabáquica a los fumadores referidos del Primer Nivel por presentar dificultad para dejar de fumar sin tratamiento farmacológico. ▪ Gestión ante su nivel normativo gerencial, de la dotación de la Historia del Fumador, Registro Individualizado del Paciente Fumador, material educativo y medicamentos esenciales requeridos para la atención de los pacientes en control del Programa. ▪ Contrareferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS, para monitoreo y prevención de recaídas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PA. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Se debe establecer en las agendas construidas con la comunidad y el Poder Popular, el cumplimiento de la resolución que garantiza los ambientes libres de humo de tabaco así como el resto del marco legal de tabaco.
2. Toda persona que asista a consulta en el 1^{er} Nivel de Atención, debe ser interrogada acerca del consumo de producto de tabaco o la exposición a estos y registrarlo en Historia Clínica Básica Integral (Estilo y Modo de Vida), la Ficha Familiar (Ítem 83, Factores de Riesgo, N° 17 Z72.0), y el SIS-02/EPI 10 (Riesgo Psicosocial N° 25), a fin de determinar su situación o riesgo.
3. Toda persona fumadora debe recibir un consejo breve antitabáquico, independientemente de su deseo de dejar de fumar, el cual debe ser brindado por todo el personal de salud.
4. Toda persona fumadora que desea dejar de fumar debe recibir el apoyo necesario.
5. Sólo se debe recomendar tratamiento farmacológico, contenidos en esta norma, a las personas con intención de dejar de fumar (Fase de Preparación/Acción).
6. A los niños, niñas y adolescentes se les deberá explicar, desde muy temprana edad, las consecuencias dañinas del consumo de productos derivados del tabaco, en el hogar, la comunidad y la escuela.
7. Toda persona de cualquier edad que consulte, especialmente las mujeres embarazadas, deben recibir consejo breve antitabáquico, particularmente si son fumadores.
8. A las fumadoras embarazadas se les debe ofrecer una intervención motivacional intensiva para estimularlas a dejar de fumar, cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo, ya que son consideradas por los Programas de Salud como embarazadas de Alto Riesgo.
9. Todo enfermo con consumo de tabaco, asociado a su enfermedad de base, debe recibir consejería terapéutica antitabáquica, reiterado y continuo a lo largo del tiempo, de acuerdo al protocolo establecido para la cesación tabáquica.
10. El protocolo antitabáquico es el consenso nacional del sector salud para la prevención y control del tabaquismo, en los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud, de obligatorio cumplimiento en el territorio nacional

SISTEMA DE INFORMACIÓN

La información inicial recolectada en el 1er. Nivel de Atención se captura en la Historia Clínica Básica Integral, en el apartado “Estilo y Modo de Vida”. Asimismo, en la Ficha Familiar, ítem 83, “Factores de Riesgo” N° 17Z72.0.

Esta información luego se registra como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no trasmisibles en el SIS-02/EPI 10 (Registro diario de la consulta de medicina general), el cual alimenta el registro de morbilidad diaria o SIS-03/PRO, consolidado mensualmente como SIS-04/PRO.

La información recolectada en el 2do. Nivel de Atención, se captura en la Historia Clínica del Paciente Fumador (Ver anexo 1) y se registra en el Registro Individualizado del Paciente Fumador (ver anexo 3), consolidado por el Coordinador Estatal del Programa y enviado al Nivel Central trimestralmente.

El Informe de Gestión Trimestral de las Coordinaciones Estadales recoge en forma resumida información sobre las diferentes actividades de promoción, prevención y atención. Son de la responsabilidad del Coordinador Estatal (Ver Anexo 2).

El Flujograma del Sistema de Información, donde se incluye el Programa Antitabáquico, será definido y organizado por cada Dirección de Salud de cada Entidad Federal.

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD PARA EL PROGRAMA ANTITABAQUICO

	I NIVEL DE ATENCION	II NIVEL DE ATENCION
FORMULARIO	<p><u>DE CAPTURA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Historia Clínica Básica Integral (Estilo y Modo de Vida). (Ver Anexo) -Ficha Familiar (Ítem 83, Factores de Riesgo, N° 17 Z72.0). (Ver Anexo) <p><u>DE REGISTRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -SIS-02/EPI 10 (Riesgo Psicosocial N° 25) (Ver Anexo) 	<p><u>DE CAPTURA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia Clínica del Paciente Fumador. (Ver Anexo) <p><u>DE REGISTRO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registro Individualizado del Paciente Fumador. (Ver Anexo)

QUIEN LO LLENA	Medico/Enfermera	Medico/Enfermera
FRECUENCIA DE LLENADO	DIARIO	DIARIO

PARAMETROS DE PROGRAMACION, RENDIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Estimación de la población objeto del área de influencia. (Tomar las cifras del INE del último Censo y sus proyecciones).

En Promoción de la Salud:

- Toda la población de su área de influencia.
- Énfasis en adolescentes (10-19 años).

En Prevención:

- Población adulta que presenta algún grado de dependencia a la nicotina: 70,6% de la población adulta consumidora de tabaco (17,15% de la población mayor de 20 años).
- Población adolescente entre 13-15 años de edad consumidora de tabaco: 5,6% de la población estimada por el INE para este grupo de edad.
- Población de embarazadas fumadoras: 9% de mujeres embarazadas (cifras Organización Mundial de la Salud).
- Determinación de Recursos del Programa y sus Indicadores:
 - a) Personal.
 - Definición de criterios de número de profesionales y técnicos por población.

- Un Médico General, Médico Integral Comunitario, Auxiliar de Medicina Simplificada o Agente Comunitario de Atención Primaria de Salud entrenado en cesación tabáquica para el 1er. Nivel por cada 250 familias.
 - Una unidad de Cesación Tabáquica por Municipio, conformada por un Médico de Familia, Médico General Integral, Médico General o Médico Integral Comunitario entrenado en cesación tabáquica con énfasis en tratamiento farmacológico, más un equipo capacitado de apoyo.
- Determinación del número de profesionales y técnicos disponibles.
- Según el MPPS (año 2012) existen 10.400 puntos de consulta del 1er. Nivel de Atención (incluyendo a Barrio Adentro), los cuales para atender alrededor de 28 millones de habitantes del Censo 2012, significan la cobertura de 673 familias. Se requerirían 28.000 puntos de consulta del 1er Nivel de Atención para cubrir la población determinada por el INE, bajo el criterio de 250 familias con 4 miembros por cada una.
- Personal de salud capacitado en los diferentes cursos de formación del Programa. Desde el año 2006 se han capacitado 7.864 miembros del personal de salud en técnicas efectivas de cesación tabáquica, de todos los niveles de atención. Hasta los momentos (2012) están funcionando 90 unidades de cesación tabáquica (UCT), en 17 entidades federales. Un porcentaje no precisado actualmente, podrían estar dando consejo antitabaco en el 1er. Nivel de Atención.
- b) Infraestructura y equipos.
- Unidades de Cesación tabáquica, dotadas y equipadas a nivel nacional.
- c) Insumos y equipos: Historia Clínica del Paciente Fumador y Registro Individualizado.
- d) Medicamentos.
- Parches y chicles de Nicotina. Son suministrados por el Programa desde el Nivel Central.
- El Clorhidrato de Bupropion y la Vareniclina, siendo medicamentos de primera línea para el tratamiento, no son considerados en esta norma por no ser recomendable su distribución masiva, dadas las especificaciones de estos productos. En casos excepcionales donde los médicos tratantes de las Unidades de Cesación Tabáquica consideren que hay pacientes que requieran estos medicamentos, podrán indicarlos de acuerdo al protocolo establecido en la Guía Práctica, pero no serán suministrados por el Programa.
- e) Financieros (bases para definir el requerimiento del POAI).

VOLÚMENES DE TRATAMIENTO REQUERIDOS POR PACIENTE

Medicamento	Cantidad	Duración
Parches de Nicotina	4 cajas	12 semanas (tres meses)
Chicles de Nicotina	4 cajas	12 semanas (tres meses)

Los precios deben actualizarse al costo para el momento de adquisición, de acuerdo con los volúmenes definidos en el cuadro.

- Determinación de Actividades por Estrategias y por Nivel de Atención.

La Entidad Federal debe estimar las actividades por nivel de atención en sus municipios y localidades, de acuerdo con lo que la Norma establece.

- Rendimiento Instrumental (por hora)
 - Médico Entrenado en Cesación Tabáquica: 7 paciente/día por 6 horas de contratación: 3 pacientes de Primera (1 por hora); 4 de Sucesivas (2 por hora), y Trabajo con grupos de apoyo (1 hora).
 - Cada UCT debe funcionar dos días por semana, 12 horas semanales, a razón de 14 pacientes semanales.
- Cobertura:
 - i. Cobertura Ideal: Es aquella proporción de la población que debe ser atendida para alcanzar un nivel adecuado de protección, por debajo de la cual las acciones pierden progresivamente su efectividad.
 - ii. Cobertura Programada: Es la que puede lograrse para el año programa correspondiente, mediante la utilización al máximo de los recursos disponibles, dentro de las más favorables condiciones de trabajo y la aplicación correcta de las normas establecidas. Es decir, la cobertura programada dependerá de los recursos disponibles. En función del Rendimiento y la Concentración.
 - Actualmente la cobertura programada para la Promoción y la Prevención antitabáquica, con 10.400 puntos de consulta del MPPS (incluyendo Barrio Adentro), expresan un déficit de 2/3, como se explicó en el aparte de profesionales y técnicos disponibles, lo que representa un 30% de la población objeto.

- Actualmente la cobertura programada para el tratamiento farmacológico con 90 Unidades de Cesación Tabáquica, si trabajaran 2 veces por semana y 6 horas /día durante 52 semanas/año, sería de 21.840 pacientes atendidos con tratamiento completo (3 consultas de concentración por paciente), a razón de 728 pacientes atendidos por UCT/año.

Población a ser atendida según Normas y Recursos = $\frac{\text{Instrumento} \times \text{Rendimiento}}{\text{Concentración}}$

Cobertura Programada = $\frac{\text{Población a ser atendida según Normas y Recursos} \times 100}{\text{Población Ideal}}$

- iii. Cobertura Lograda: Es la población atendida durante el año analizado, la cual está representada por las primeras consultas. A fines evaluativos debe compararse con la población con la población ideal en forma de expresión porcentual.

Cobertura Lograda = $\frac{\text{Primeras Consultas} \times 100}{\text{Población Ideal}}$

% Logrado/Programado = $\frac{\text{Primeras Consultas} \times 100}{\text{Población a ser atendida SNR}}$

- Concentración: Consultas requeridas por paciente/año/actividad. El Programa Antitabáquico establece que un paciente requiere de un estimado de 12 consultas para dejar de fumar.

Evaluación

- De Procesos para efectuar las Actividades: Monitoreo de Actividades. Los criterios de valoración de la ejecución de los procesos deben definirse en cada año entre los equipos de los Niveles Central, Estatal y Distrital-Municipal.
- De Resultados de las Actividades: Evaluación de Productos. Criterios de valoración. Los criterios de valoración de la ejecución de los procesos deben definirse en cada año entre los equipos de los Niveles Central, Estatal y Distrital-Municipal.
- De Efectos de los Objetivos Específicos del Programa: Evaluación de Efectos. Una evaluación anual del Programa en su desempeño nacional, con participación de los Coordinadores Estadales. Criterios de valoración. Los criterios de valoración de la ejecución de los procesos deben definirse en cada año entre los equipos de los Niveles Central, Estatal y Distrital-Municipal.
- De Efecto del Objetivo General del Programa: Evaluación de Impacto. A largo plazo (5 ó más años), definido por la Planificación del Estado y la actualización periódica de los Programas de Salud. El criterio de Valoración para la evaluación del Impacto del Programa es alcanzar la meta 2013-2019 establecida, es decir, reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adultos de 17% a 16%, reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adolescentes de 5,6% a 4,6% y aumentar la cesación tabáquica al final de tratamiento en un 30%, de acuerdo a cifras internacionales.

Indicadores del Programa

INDICADORES DEL PROGRAMA ANTITABAQUICO

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDAD DEL INDICADOR	FUENTE DE LOS DATOS
INSUMO	% Personal capacitado en técnicas efectivas de cesación tabáquica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personal capacitado}}{\text{N}^\circ \text{ de personal programado}} \times 100$	Trimestral	<u>Numerador</u> : Datos propios del Programa. <u>Denominador</u> : Datos propios del Programa.

	% Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según Norma por Población Diana	Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según Norma/ Unidades de Cesación Tabáquica requeridas por población Diana X 100	Semestral	<u>Numerador:</u> Datos propios del Programa. <u>Denominador:</u> Datos propios del Programa.
PROCESO	% Fumadores atendidos por el Programa en las consultas de 1er. Nivel de Atención	Fumadores atendidos por el Programa en las consultas de 1er. Nivel de Atención/Total de pacientes fumadores atendidos en las consultas de 1er. Nivel de Atención x 100	Trimestral	<u>Numerador:</u> Historia Clínica Básica Integral. <u>Denominador:</u> SIS-02/EP110
	% Pacientes fumadores que recibieron el consejo breve Antitabáquico	Pacientes fumadores que recibieron el consejo breve Antitabáquico/ Pacientes fumadores registrados X100	Semestral	<u>Numerador:</u> Historia Clínica Básica Integral. <u>Denominador:</u> SIS-02/EP110
	% Pacientes fumadores atendidos en las Unidades de cesación tabáquica	Pacientes fumadores atendidos en las Unidades de cesación tabáquica/ Población programada X 100	Trimestral	<u>Numerador:</u> Registro Individualizado del paciente fumador. <u>Denominador:</u> Cálculo del Programa según población del INE y número de Unidades de Cesación Tabáquica funcionando.
	% de escuelas cubiertas con la acción "Escuelas sin Tabaco" (ver anexo 4)	Nº de escuelas cubiertas con la acción "Escuelas sin Tabaco"/ Nº de escuelas del área de influencia X 100	Trimestral	<u>Numerador:</u> Datos propios del Programa. <u>Denominador:</u> Datos propios del Programa.

	% de personas que asistieron a las actividades de promoción/prevencción dirigidas a las comunidades	Nº de personas de la comunidad que asistieron a las actividades de promoción/prevencción dirigidas a las comunidades realizados / Nº de personas de la población diana programados X 100	Trimestral	<u>Numerador:</u> Datos propios del Programa. <u>Denominador:</u> Datos propios del Programa.
RESULTADO	% de Ambientes libres de humo de tabaco	Nº de establecimientos inspeccionados que cumplen con la Resolución 030 / Total de establecimientos inspeccionados X 100	Semestral	<u>Numerador y denominador:</u> Datos de la Coordinación de Regulación y Control de Tabaco (Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria, MPPS)
	% Fumadores captados por el Programa en las actividades de promoción/prevencción	Fumadores captados por el Programa en las actividades de promoción/prevencción/Total de asistentes tales actividades x 100	Trimestral	<u>Numerador:</u> Datos propios del Programa. <u>Denominador:</u> Datos propios del Programa.
	% Éxito del tratamiento antitabáquico	Pacientes que dejaron de fumar por más de 6 meses/ pacientes fumadores tratados X 100	Programa Antitabáquico. Recolección Anual	<u>Numerador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador. <u>Denominador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador.

	% Pacientes que abandonan el tratamiento antitabáquico	Pacientes que abandonan el tratamiento/ Pacientes que comienzan tratamiento antitabáquico X 100	Anual	<u>Numerador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador. <u>Denominador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador.
	% Pacientes que presentan efectos adversos al medicamento antitabáquico	Pacientes que presentan efectos adversos al medicamento antitabáquico/ Pacientes que reciben tratamiento antitabáquico X 100	Anual	<u>Numerador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador. <u>Denominador:</u> Historia Clínica del Paciente Fumador/ Registro Individualizado del paciente fumador.
IMPACTO	Tasa de Prevalencia de Tabaquismo en Población adulta	Total de adultos fumadores/ Población total de adultos x100.000	Quinquenal	<u>Numerador:</u> Encuestas Nacionales de Tabaquismo en población Adulta. <u>Denominador:</u> Población INE.
	Tasa de Prevalencia de Tabaquismo en Población adolescente	Total de adolescentes fumadores/ Población de adolescentes X100.000	Quinquenal	<u>Numerador:</u> Encuestas Nacionales de Tabaquismo en población Adolescente. <u>Denominador:</u> Población INE.

CAPITULO II

GUÍA PRÁCTICA DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO PARA LA ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL

EL TABAQUISMO COMO PROBLEMA DE SALUD

El Tabaquismo constituye una de las más grandes causas de muerte prematura y prevenible en el mundo. Evidencia científica concluyente confirma que los fumadores enfrentan riesgos significativamente elevados de muerte por numerosos cánceres (especialmente cáncer del pulmón), enfermedades cardíacas y respiratorias, accidentes cerebrovasculares y muchas otras afecciones fatales. El hábito del cigarrillo y la exposición al humo de segunda mano o humo de tabaco ambiental crean riesgos sumamente graves para las mujeres embarazadas, los bebés y los niños (1).

Es una adicción porque cumple con los siguientes criterios:

- Conducta compulsiva, repetitiva,
- Mantener el consumo a pesar de reconocer el daño que causa,
- Tolerancia: necesidad de aumento progresivo del consumo para conseguir el mismo efecto,
- Síndrome de Abstinencia: Aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo y alteración de los aspectos de la vida diaria y social por efecto del consumo (2).

Para la Asociación Americana de Psiquiatría, son suficientes tres de estos criterios para definir “adicción”. El tabaquismo cumple holgadamente con este requisito.

Este proceso está influenciado, además, por factores socioculturales tales como: la accesibilidad, tanto por el gran número de puestos de venta como por su precio; la publicidad de la industria tabacalera, dedicada principalmente a captar a nuevos fumadores entre la población más vulnerable (niños, niñas y adolescentes); y la permissividad del consumo de tabaco en los espacios públicos y lugares de trabajo.

JUSTIFICACION

Este proceso multicausal y complejo ha sido estudiado por la comunidad científica, la cual está a favor de la estrategia del control de tabaco mediante la “desnormalización” de la conducta de fumar, junto con la puesta en marcha de otras acciones que han demostrado ser efectivas para frenar la evolución de esta epidemia que son:

- Aumento de precios e impuestos.
- Prohibición/ restricción de fumar en lugares públicos.
- Prohibiciones completas de publicidad.
- Información continua y permanente a la población.
- Advertencias sanitarias contundentes.

- Tratar a los fumadores dependientes.

Estas acciones deben estar insertadas dentro del Sistema Público Nacional de Salud interrelacionado con otras instituciones corresponsables, incentivando e integrando la participación social para garantizar el ejercicio del derecho a la salud como un derecho fundamental a la vida, sumado al cumplimiento de tratados internacionales para combatir esta epidemia global

Siendo la promoción de la salud, la prevención, algunos procedimientos diagnósticos y el tratamiento precoz, actividades predominantes en la Atención Primaria en Salud (APS), la cual forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud como del desarrollo social y económico de la comunidad, representando el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud y considerando la dependencia al tabaco como una enfermedad crónica que requiere múltiples intervenciones para lograr la cesación prolongada o definitiva, se hace imperiosa la necesidad de diseñar un instrumento dirigido al equipo de salud en el marco de la estrategia de APS, fundamentalmente en el Primer Nivel de Atención, que tenga como finalidad unificar e integrar pautas para el tratamiento del tabaquismo, basada en la evidencia científica.

FACTORES DE RIESGO

Entre los principales factores de riesgo asociados a la aparición y auge del consumo de productos derivados del tabaco y otras drogas se encuentran:

Personal

- Dificultad para el manejo de las emociones
- Problema con la autoestima y autoconcepto.
- Falta de asertividad.
- Dificultad para postergar la satisfacción de necesidades.
- Curiosidad y búsqueda de sensaciones nuevas o fuertes.
-
- Predisposición genética hacia el consumo de alcohol u otras drogas.
- Dificultad en la toma de decisiones y solución de problemas.
- Dificultad para hacer frente a la presión de grupo.

Familiar

- Poco reconocimiento y expresión de afecto.
- Ausencia de normas y límites claros.
- Ausencia de respeto y disciplina.
- Poca claridad en los valores.
- Modelos paternos autoritarios o muy rígidos.
- Padres sobre protectores.
- Problemas de comunicación.
- Modelos inadecuados (padres consumidores).

Escolar

- Escasa información sobre el problema.
- Ausencia de estímulo a la participación del estudiante.
- Déficit de espacios recreativos, deportivos y culturales.
- Escasa capacitación del docente en materia de consumo de tabaco y su abordaje integral.
- Disponibilidad de la sustancia.
- Modelos inadecuados (docentes consumidores).

Social

- Crisis de valores.
- Fácil accesibilidad y bajo costo de los productos de tabaco.
- Publicidad, promoción y patrocinio encaminados a estimular el consumo de productos de tabaco.
- Presencia de comercio ilícito de productos de tabaco, incluido el contrabando, la fabricación ilícita y la fabricación.
- Programas de promoción de la salud y prevención insuficientes.
- Nuevas modalidades de penetración de las drogas.

CARACTERIZACION DEL DAÑO: HISTORIA NATURAL. SINTOMAS GENERALES

La epidemia del tabaquismo, si bien es un problema sanitario complejo, comparándolo con los modelos epidemiológicos infecciosos, se reconoce que posee un vector de transmisión, no biológico sino empresarial: la industria tabacalera, la cual ha desarrollado desde el último siglo, un modelo de comercialización y promoción muy agresivo; sin respetar principios éticos o morales en pos de obtener sus máximos beneficios económicos.

PERÍODO PREPATOGÉNICO	PERÍODO PATOGÉNICO
<p>-Dificultad personal para el manejo de presión de grupo y para la toma de decisiones y solución de problemas.</p> <p>-Modelos inadecuados (padres consumidores).</p> <p>-Programas de promoción de la salud y prevención insuficientes y/o poco continuos y permanentes.</p> <p>-Fácil accesibilidad y bajo costo de los productos de tabaco, incluido el contrabando.</p> <p>-Publicidad, promoción y patrocinio de la industria tabacalera, encaminados a estimular el consumo de productos de tabaco y a captar nuevos consumidores.</p> <p>-Ausencia de espacios libres de humo de tabaco.</p> <p>-Nuevas modalidades de penetración de los productos de tabaco (Narguilas, Cigarrillo Electrónico).</p>	<p>-Consumidor de productos de tabaco.</p> <p>-Conducta compulsiva, repetitiva (Adicción).</p> <p>-Tolerancia.</p> <p>-Síndrome de Abstinencia.</p>

POBLACION OBJETO

- En Promoción de la salud: Toda la población, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, en especial en edades comprendidas entre 10 y 19 años.
- En Prevención Secundaria (Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno): Población consumidora de tabaco, cualquiera sea su edad, con énfasis en las embarazadas, de acuerdo a lo establecido en esta norma.

PAUTAS DEL 1º NIVEL DE ATENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA
<p>1) Promoción de la Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los equipos de salud (médico, enfermera, trabajador social), personal docente, comunidades organizadas, consejos comunales, comités de salud y demás corresponsables, capacitados previamente, serán los encargados de explicar, a los niños, niñas y adolescentes, desde muy temprana edad, las consecuencias dañinas del consumo de productos derivados del tabaco, los efectos negativos demostrados científicamente sobre la vida, los daños asociados a la exposición al humo de tabaco ajeno y al consumo de chimó, siendo este un producto de tabaco no fumado que según los resultados obtenidos en encuestas realizadas en nuestro país, se consume en la población adolescente escolarizada entre 13 y 15 años de edad. - Las actividades educativas deben plantearse como un componente permanente de los contenidos educativos y no como una campaña. Para ello se debe incorporar a la curricula de Educación Primaria, Secundaria y Universitaria, la temática sobre tabaquismo bajo el enfoque de la prevención integral. - Las actividades de educación formal deberán estar focalizadas con mayor intensidad hacia los jóvenes entre 10 y 19 años de edad, ya que según los resultados obtenidos de las encuesta de tabaquismo implementadas en el país, es la población más predispuesta a iniciarse en el consumo. - Los docentes capacitados en materia de prevención del consumo de productos derivados de tabaco, servirán de multiplicadores de la información, a fin de impulsar las actividades de prevención y promoción de estilos de vida saludables alejados del consumo de productos de tabaco. 	<p>1) Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todas las personas que asistan al servicio que brinda el 1° Nivel de Atención debe ser interrogada acerca del consumo de producto de tabaco o la exposición a estos y registrarlo en Historia Clínica Básica Integral y la Ficha Familiar. 2. Todas las personas fumadoras que asistan al servicio que brinda el 1° Nivel de Atención deben recibir, como parte de la terapéutica indicada, el consejo breve antitabáquico y si pese a las recomendaciones indicadas, no puede dejar de fumar, debe ser referido a las Unidades de Cesación Tabáquica.

- Las campañas de publicidad antitabáquica deben estar orientadas a prevenir el consumo de tabaco en los jóvenes y el mensaje debe estar dirigido a neutralizar el “estilo de vida” de los fumadores, que promocionan las empresas tabacaleras.
- Los fumadores pasivos deben individualizarse en las campañas de control de tabaco, destacando las consecuencias nocivas que para ellos tiene la exposición al humo de tabaco y motivándolos a reclamar sus derechos de vivir en ambientes saludables libres de humo de tabaco.
- Con respecto a la población de menores recursos, la campañas deben poner énfasis en destacar lo costoso, en términos económicos, que resulta el hábito de fumar.
- Las campañas para persuadir al público sobre la conveniencia y los beneficios de NO fumar, deben ir dirigidas a toda la población en general.
- El personal de salud y la comunidad deben cumplir y hacer cumplir el marco legal del Programa Antitabáquico y realizar las denuncias ante la Contraloría Sanitaria respectiva.

PROCEDIMIENTOS

ABC DE LA CESACIÓN

A- Averigüe- Pregunte:

- Pregunte a todas las personas que asisten al servicio de salud acerca de si consumen o están expuestas a algún producto de tabaco, a fin de determinar si es fumador, fumador pasivo, ex fumador o no fumador.

Fumador: Es la persona que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y que actualmente fuma alguno o todos los días (4).

Fumador Pasivo: Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ambiental o humo de tabaco ajeno (2).

Ex Fumador: Es la persona que habiendo sido fumador, se ha mantenido en abstinencia por los últimos 6 meses (2).

No Fumador: Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

- Registre la respuesta en la Historia Clínica Básica Integral (Estilo y Modo de Vida), la Ficha Familiar (Ítem 83, Factores de Riesgo, N° 17 Z72.0), y el SIS-02/EPI 10 (Riesgo Psicosocial N° 25), a fin de determinar su situación o riesgo.
- Re-actualice la información registrada en cada consulta.

B- Breve Consejo de Cesación:

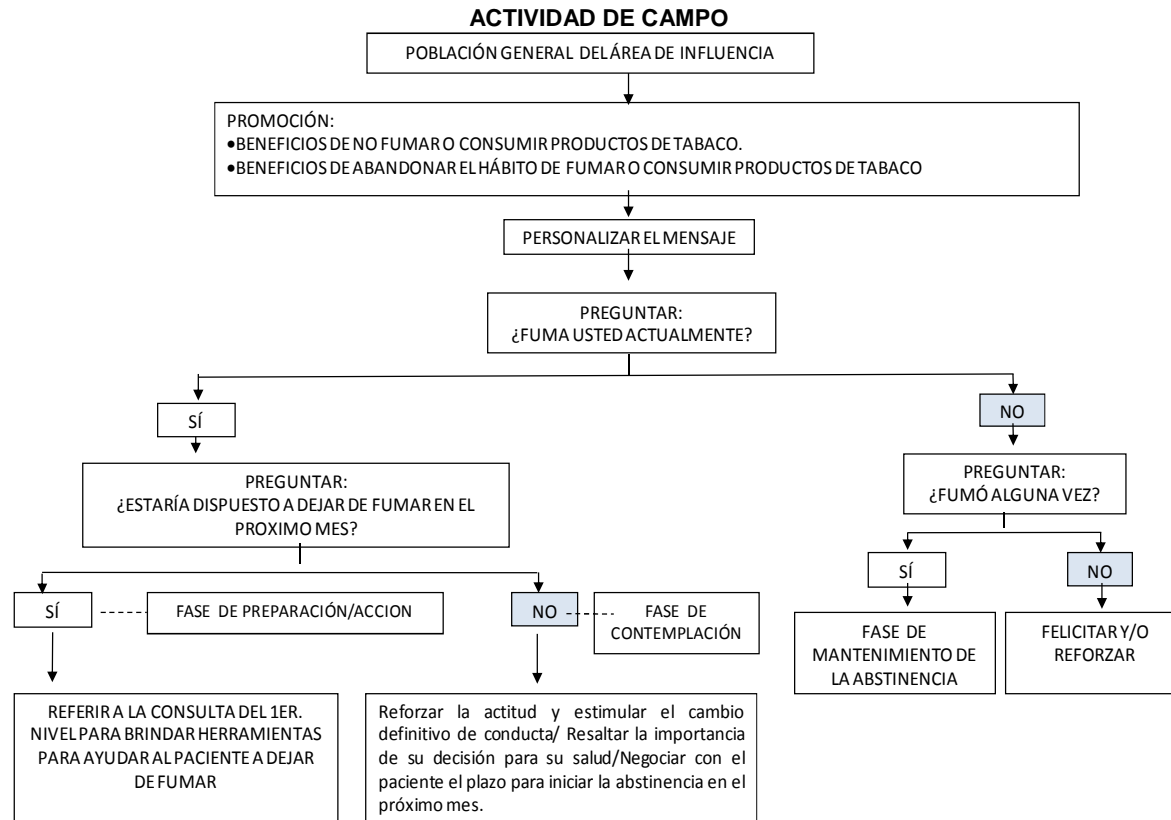
- Aconseje dejar de fumar. El consejo breve significa recomendar a las personas el abandono del consumo de tabaco.
- El consejo debe ser dado a TODOS los fumadores, independientemente de que deseen o no dejar de fumar. Debe ser claro, corto y firme.
- Significa recomendar a las personas el abandono del consumo de tabaco. Puede hacerse en tan sólo 3 minutos. Puede decir: “¿conoce los riesgos que implica fumar?”, “¿sabe usted cuáles son los beneficios de dejar de fumar?”(ver anexo 1), “dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud. Puedo entender que es difícil, pero si usted lo desea puedo ayudarlo”.
- Personalice el consejo que brinda. Por ejemplo, explique cómo el tabaquismo está relacionado con sus problemas de salud actuales y cómo el dejar de fumar podría ayudarlo.
- Repita el consejo las veces que sea necesario teniendo en cuenta que generalmente las personas hacen varios intentos de abandono antes de lograrlo definitivamente.
- Suministre material informativo del Programa sobre cómo dejar de fumar y los beneficios del abandono del cigarrillo para la salud.

C- Cesación: Apoyo para la Cesación:

- aconsejar sobre los beneficios de dejar de fumar (ver anexo 3)
- Reforzar la motivación para dejar de fumar (ver anexo 4)
- Proporcionar técnicas conductuales para el abandono del tabaco, manejo del síndrome de abstinencia y prevención e recaídas (ver anexo 5).
- Citar al paciente en 7 días para verificar resultados de las indicaciones.
- Si el paciente dejó de fumar, coordinar el seguimiento de su proceso durante los próximos 6 meses. (Ver anexo 5).
- Una vez conseguida la cesación, ofrecer estrategias para la prevención de recaída (ver anexo 5).
- Si el paciente no ha podido dejar de fumar, debe decidirse sobre la insistencia con este esquema o la referencia a la Unidad de Cesación Tabáquica.

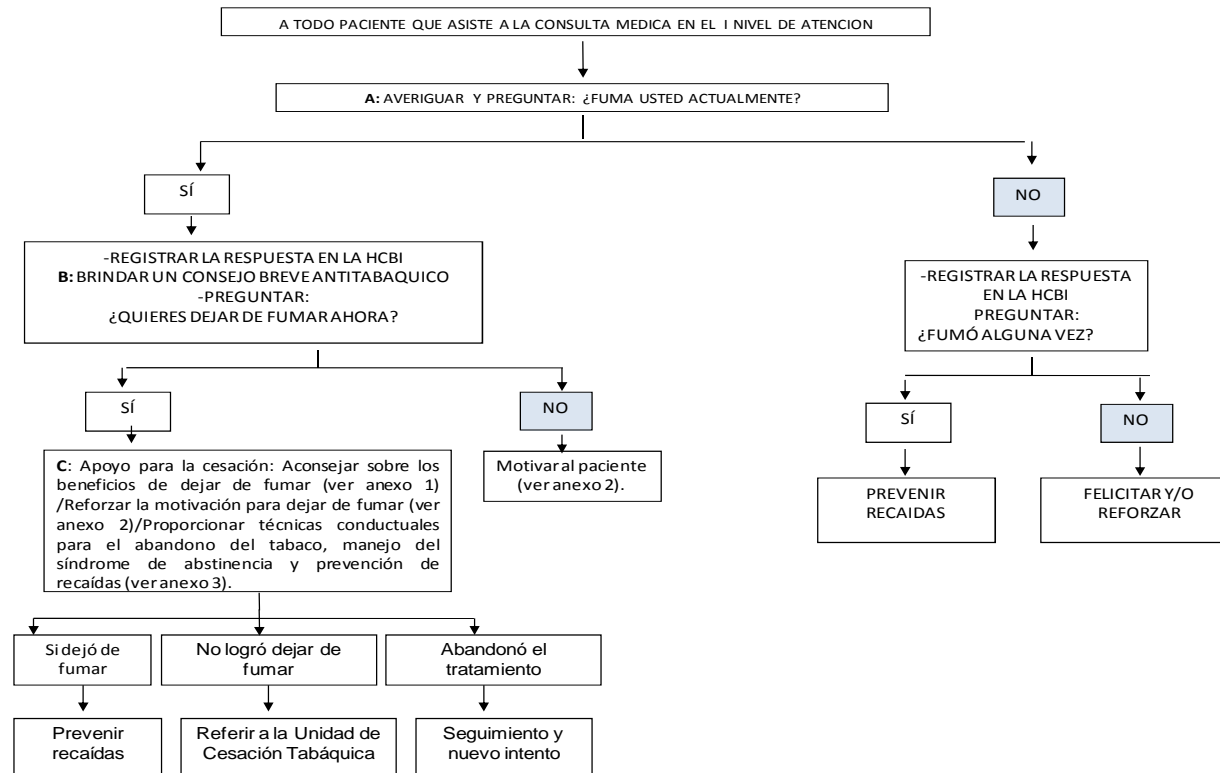
ALGORITMOS

ALGORITMO 1



ALGORITMO 2

TRATAMIENTO DE TABAQUISMO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION



ANEXOS

**ANEXO 1
 INFORME DE GESTIÓN TRIMESTRAL DEL PROGRAMA NACIONAL ANTITABAQUICO**


ESTADO: _____

NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA	TOTAL 1° TRIMESTRE 2012
% Personal capacitado en técnicas efectivas de cesación tabáquica	$\frac{\text{Nº de personal capacitado}}{\text{Nº de personal programado}} \times 100$	
% Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según Norma por Población Diana	$\frac{\text{Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según Norma}}{\text{Unidades de Cesación Tabáquica requeridas por población Diana}} \times 100$	
% Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según la Norma (dotadas con medicamentos y papelería del Programa, conformada por médico capacitado y funcionando 2 veces a la semana).	$\frac{\text{Unidades de Cesación Tabáquica funcionando según Norma}}{\text{Total de Unidades de Cesación}} \times 100$	
% Pacientes atendidos en las Unidades de cesación tabáquica	$\frac{\text{Pacientes atendidos en las Unidades de cesación tabáquica}}{\text{Población programada}} \times 100$	
% de actividades de promoción/prevención dirigido a las escuelas	$\frac{\text{Nº de actividades de Promoción dirigido a las escuelas realizados}}{\text{Nº de actividades de Promoción dirigido a las escuelas programados}} \times 100$	

% de actividades de promoción/prevención dirigido a las comunidades	Nº de actividades de Promoción dirigido a las comunidades realizados/ Nº de actividades de Promoción dirigido a las comunidades programados X 100	
% de personas que asistieron a las actividades de promoción/prevención dirigidas a las escuelas	Nº de personas que asistieron a las actividades de promoción/prevención dirigidas a las escuelas realizados / Nº de personas de la población diana programados X 100	
% de personas que asistieron a las actividades de promoción/prevención dirigidas a las comunidades	Nº de personas que asistieron a las actividades de promoción/prevención dirigidas a las comunidades realizados / Nº de personas de la población diana programados X 100	
% Pacientes que recibieron el consejo breve Antitabáquico	Pacientes que recibieron el consejo breve Antitabáquico/ Pacientes fumadores registrados X100	
% Éxito del tratamiento Antitabáquico	Pacientes que dejaron de fumar por más de 6 meses/ pacientes fumadores tratados X 100	
% Pacientes que abandonan el tratamiento	Pacientes que abandonan el tratamiento/ Pacientes que comienzan tratamiento antitabaco X 100	
% Pacientes que presentan efectos adversos al medicamento Antitabáquico	Pacientes que presentan efectos adversos al medicamento Antitabáquico/ Pacientes que reciben tratamiento Antitabáquico X 100	

ANEXO 2

REGISTRO INDIVIDUALIZADO DEL PACIENTE FUMADOR

 DIRECCION GENERAL PROGRAMAS DE SALUD PROGRAMA NACIONAL ANTITABAQUICO																	
Registro de Pacientes Atendidos en la Red de Salud																	
Estado:			Municipio:			Parroquia:			Año:			Trimestre:					
Establecimiento:			Localidad:			Amb:			I			II			III		
Hosp:	I	II	III	IV	Amb: I			II	III	I			II	III	IV		
N°	Apellidos y Nombres	C.I.	EDAD	SEXO	Dirección y Teléfono	Forma de Tabaco					Efectos Adversos						
						Paciente primera consulta	Paciente consulta sucesiva	N° de cigarrillos diarios	Test de Fagerstrom	Dejo de Fumar ? SI/NO		seguimiento	Cant. y Mg. de Clorhidrato de Bupropion	Cant. y Mg. Parches de Nicotina	Cant. y Mg. Chicles de Nicotina	Vareniclina (Changin)	

ANEXO 3 BENEFICIOS DE DEJAR DE FUMAR

Vea lo que ocurre en tu organismo cuando pasan los minutos, horas, días o meses sin fumar:

A los 20 minutos	- Se regularizan la presión arterial, el ritmo cardiaco y la temperatura de pies y manos.
Pasadas las 8 horas	- Se restablece la concentración de oxígeno en la sangre.
1 día	- Baja la presión arterial y la frecuencia cardíaca. - Se normaliza el nivel de oxígeno en la sangre. - Se elimina la mayor parte del monóxido de carbono y de nicotina.
3 días	- Comienza a recuperar el gusto y el olfato - Los bronquios recuperan los mecanismos de limpieza.
De 2 a 3 semanas	- Mejora la circulación. - La función pulmonar aumenta hasta 30%.
1 a 3 meses	- Respira con mayor facilidad. - Deja de toser. - Mejora la capacidad de hacer ejercicio. - Mejora el aspecto de la piel. - Se siente con más energía.
1 año	- El riesgo de infarto de miocardio se reduce un 50%
5 años	- El riesgo de cáncer de boca, esófago y vejiga se reduce un 50%
10 años	- El riesgo de cáncer de pulmón se reduce un 50%
15 años	- El riesgo de muerte es similar que en cualquier persona que nunca ha fumado.

Además, dejar de fumar:

- Cuida la salud de su familia y seres queridos.
- Aumenta su autoestima y autoconfianza
- Es un buen ejemplo para sus hijos (as)
- Le ayuda a ahorrar dinero.
- Mejora la higiene de su hogar.

ANEXO 4

RECOMENDACIONES PARA REFORZAR LOS MOTIVOS PARA DEJAR DE FUMAR

<p>Adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mal aliento ⊕ Manchas dentales ⊕ Coste ⊕ Falta de independencia (sentimiento de control por los cigarrillos) ⊕ Dolor de garganta ⊕ Tos ⊕ Disnea (puede afectar la práctica del deporte) ⊕ Infecciones respiratorias frecuentes <p>Embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal ⊕ Mayor riesgo de que el bebé nazca con poco peso <p>Padres</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Tos e infecciones respiratorias e hijos de fumadores ⊕ Rol ejemplar <p>Fumadores recientes</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Mas facilidad para dejarlo <p>Adultos asintomático</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Se dobla el riesgo de enfermedad del corazón ⊕ 6 veces el riesgo de enfisema ⊕ 10 veces el riesgo de cáncer de pulmón ⊕ Se pierden 5-8 años de vida ⊕ Elevado costo de los cigarrillos ⊕ Coste del tiempo de enfermedad ⊕ Mal aliento ⊕ Escasa conveniencia y aceptabilidad social ⊕ Deterioro de la piel 	<p>Adultos sintomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Infecciones de vías respiratorias altas ⊕ Tos ⊕ Dolor de garganta ⊕ Disnea ⊕ Úlceras ⊕ Angina ⊕ Claudicación de los nietos, etc. ⊕ Esofagitis <p>Todos los fumadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊕ Ahorro de dinero ⊕ Sentirse mejor ⊕ Mayor capacidad de ejercicio ⊕ Vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.
--	---

ANEXO 5
TECNICAS CONDUCTUALES (NO FARMACOLÓGICAS) PARA EL ABANDONO DEL TABACO

QUÉ DEBO HACER PARA	TÉCNICAS
ROMPER CON EL AUTOMATISMO DE FUMAR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registre diariamente la hora y situación en que enciende cada cigarrillo. Esto le ayudará a saber exactamente cuánto fuma y con qué actividades está relacionado. ✓ Involucre a sus familiares, amigos y compañeros en este proceso, notificándole su decisión y pidiéndoles apoyo para dejar de fumar. ✓ No compre cigarrillos. Al no tener cigarrillos, usted fumará menos. ✓ Calcule el dinero que se gasta en fumar y úselo en algo que haya deseado desde hace tiempo.
MANEJAR LAS GANAS DE FUMAR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Postérguelo el mayor tiempo posible, con estrategias como: <ul style="list-style-type: none"> - Retrase el primer cigarrillo después de levantarse o antes de desayunar 15 minutos cada semana. - Cuando tenga ganas de fumar: espere cinco minutos antes de encender un cigarrillo. - Realice cualquier actividad que lo distraiga de la conducta de fumar, por ejemplo: Salir a caminar, escuchar música, hablar por teléfono, ver T.V, leer un libro. - Evite exponerse a situaciones que disparan la conducta de fumar, Ejemplo: sustituir el consumo de café, mantenerse alejado de sitios donde hay muchos fumadores, como por ejemplo bares, restaurantes o discotecas por lo menos durante 15 días, disminuir en los primeros días el alcohol y las bebidas a las que asocia el cigarrillo.

TECNICAS CONDUCTUALES (NO FARMACOLÓGICAS) PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE ABSTINENCIA

(Alcanza su máximo durante la 1ª semana, luego va disminuyendo hasta desaparecer)

PARA MANEJAR EL DESEO MUY FUERTE DE FUMAR O CREAING	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Respire profundamente tres veces seguidas o intente otras técnicas de relajación. ✓ Beba agua. ✓ Saber que cede en pocos minutos y que con el tiempo será cada vez menos intenso y frecuente. ✓ Piense en otra cosa, recuerde los motivos por los que quiere dejar de fumar. ✓ Si puede, aléjese de la situación que le está provocando la necesidad de fumar. Mastique chicle sin azúcar ó coma algo bajo en calorías.
EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD (NERVIOSISMO)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas de respiración/ relajación, esto le ayudará a que pase la necesidad urgente de fumar un cigarrillo. ✓ Caminar, hacer más ejercicio, tomar un baño de agua templada, intentar técnicas de relajación. Evitar café y bebidas con cafeína.
INSOMNIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar el café y las bebidas con cafeína. Tomar infusiones relajantes (tilo, te). ✓ Hacer más ejercicio. Intentar técnicas de relajación.
CEFALEA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ducha o baño templado, intentar técnicas de relajación.
ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar una dieta rica en fibra, beber mucha agua.
DIFICULTAD DE CONCENTRACION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No exigir un alto rendimiento durante una o dos semanas. Evitar bebidas alcohólicas.
CANSANCIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar las horas de sueño y descanso.
GANANCIA DE PESO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Beber mucha agua y zumos que no engorden. Vigilar la ingesta de azúcares refinados (pastelería), grasas y de alimentos ricos en calorías. ✓ Haga ejercicio.

TECNICAS CONDUCTUALES (NO FARMACOLÓGICAS) PARA LA PREVENCIÓN DE RECAIDAS

<p>PARA PREVENIR RECAÍDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzar la motivación, valorando los beneficios alcanzados con la cesación. ✓ Reforzar la confianza en sí mismo, destacando los logros obtenidos. ✓ Anticipar situaciones de vulnerabilidad y definir cómo va a responder, por ejemplo: preguntar al paciente: “¿en qué situación cree usted que no podría evitar encender un cigarrillo?” y “¿Cómo cree usted que podría sortear esa situación sin cigarrillo?” ✓ Estimular al paciente a pedir apoyo si lo necesita. ✓ Hacer hincapié en el paciente en que el hecho de encender un cigarrillo no cambia una situación de malestar, sólo la encubre. ✓ Será necesario que el paciente comprenda la importancia de la “reflexión antes de la acción” para identificar la situación de vulnerabilidad.
<p>PARA MANEJAR RECAÍDAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomar la recaída como una experiencia de aprendizaje y no como un fracaso. La recuperación se centrará en revisar la situación de recaída. ✓ Todo paciente en recaída debería ser nuevamente evaluado y tratado. La elección del tratamiento debería ser guiada por el aprendizaje de intentos previos de cesación y la preferencia individual. ✓ No hay evidencia que apoye la elección de un tratamiento farmacológico determinado para la recaída entre los fármacos respectivos para dejar de fumar.

CONSEJOS PARA EL DÍA D: Si estableció una fecha para dejar de fumar, puede sugerirle lo siguiente:

- Piense sólo en el día concreto: “Hoy no voy a fumar”.
- Repase frecuentemente sus motivos para dejar de fumar.
- Tenga cerca sustitutos del cigarro para jugar con las manos o llevarlos a la boca: zanahoria en trozos, manzanas, pasitas o chicles sin azúcar.
- Tenga algo en las manos como un bolígrafo, etc.; esto ayuda a calmar el componente oral y/o manual que son importantes en algunos fumadores.
- Cuide la alimentación, beba jugos naturales, coma frutas.
- Quite las cosas que le recuerden el fumar cigarrillos.
- Tire todos los cigarrillos, guarde los ceniceros de la casa.

ANEXO 6

TRATAMIENTO PARA LA CESACIÓN DE FUMAR DIRIGIDO A GRUPOS ESPECIALES

<p>CESACION DE TABAQUISMO EN EMBARAZADAS Y MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fumar durante el embarazo implica riesgos para la madre (parto prematuro, aborto espontáneo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta), para el recién nacido (bajo peso al nacer) y para el lactante (síndrome de muerte súbita del lactante, otitis media, dificultades de aprendizaje). - El humo de tabaco ajeno tiene también conocidos efectos perjudiciales sobre la salud de la mujer embarazada, los recién nacidos y los lactantes. - Se debe recomendar y ofrecer ayuda a toda mujer fumadora en edad reproductiva. - Durante el embarazo se debe ofrecer ayuda lo más tempranamente posible, así como durante el puerperio y la lactancia. - Hay limitada evidencia sobre la efectividad y seguridad de la TRN en el embarazo, tanto para la madre como para su hijo. Sin embargo se reconoce que el principal beneficio sería evitar la exposición a todos los otros tóxicos contenidos en el humo del tabaco. Además, la TRN usada en las dosis recomendadas alcanza menores niveles sanguíneos de nicotina que el humo de tabaco. - Algunos expertos actualmente apoyan y reconocen como segura la Terapia de Reemplazo de Nicotina (Parches y chicles) durante el embarazo, debiendo asesorar convenientemente a la paciente sobre los riesgos y beneficios del uso de nicotina de ambas formas. - Los productos de TRN de uso intermitente, como el chicle, deberían preferirse a los parches, ya que los primeros liberan una menor cantidad diaria de nicotina. - Un planteo similar se sugiere durante la lactancia, reconociendo que lo más importante es que la madre se mantenga sin fumar. Si bien la nicotina pasa libremente a través de la leche materna, debido a la baja disponibilidad de ésta por vía oral, es poco probable que pueda dañar al niño. - En resumen, un análisis de los riesgos y beneficios del fumar versus el uso de TRN apoya fuertemente el uso de TRN.
	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados obtenidos de la aplicación de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTAJOVEN) Venezuela 2010, realizada a jóvenes escolarizados entre 13 y 15 años, arrojó una prevalencia de los que alguna vez fumaron de 13,2% y una prevalencia de fumadores actuales de 5,6%. - Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia desde el punto de vista cronológico, es el período de la vida comprendido entre los 10 19 años. La adolescencia es un periodo de intensos cambios físicos y psicosociales, que usualmente comienzan y pueden terminar en la segunda década de vida. - Una mayoría abrumadora de varones y hembras jóvenes fumadores comenzaron a utilizar tabaco antes de alcanzar la edad adulta (1). La aceptación del tabaquismo entre jóvenes se incrementa con la comercialización por parte de la industria del tabaco, el fácil acceso de los productos de tabaco, los precios bajos, la presión de los pares, el uso y aprobación del tabaco por sus pares, padres y hermanos, y la concepción errada de que el fumar aumenta la popularidad social (1). - La intervención en estas edades deben ser diferente, dado que el joven difiere del adulto, tanto en las

<p>CESACION DE TABAQUISMO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</p>	<p>formas y actitudes que tiene frente al tabaquismo en general, como hacia la cesación en particular.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La OMS-OPS recomienda el desarrollo de habilidades para la vida para prevención y tratamiento de adicciones, lo que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adquirir estrategias de afrontamiento y habilidades sociales. ✓ Reconocer fortalezas, debilidades y posibilidades de cambio. ✓ Estimular la conciencia crítica. ✓ Fortalecer la autoestima. - Las teorías de aprendizaje social han contribuido en el campo de la educación para la salud. Desde las mismas, se insiste en el rol central que cumple la imitación en estas edades, por lo que se aconseja el abordaje del adolescente a través de otros adolescentes. - No hay evidencia suficiente sobre la efectividad de la TRN o Bupropion en adolescentes que quieren dejar de fumar. Sin embargo, dado que es menos perjudicial que el tabaquismo, la opinión de expertos es que la TRN puede ser considerada para su uso en adolescentes dependientes de nicotina, que quieren dejar de fumar.
<p>CESACION DE TABAQUISMO EN USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL</p>	<p>La prevalencia de tabaquismo es mayor en población psiquiátrica que en población general.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se debe brindar intervención breve para dejar de fumar a todo paciente psiquiátrico que sea fumador. - Ofrecer tratamiento farmacológico y no farmacológico a pacientes psiquiátricos que desean dejar de fumar. - Los expertos recomiendan adecuar la medicación a la enfermedad psiquiátrica de base. - Se recomienda que el tratamiento farmacológico lo realicen expertos en cesación junto con el personal de salud mental de cabecera del paciente, dado que el abordaje psico-social y farmacológico de estos casos puede requerir consideraciones particulares. - Se recomienda monitorear las dosis de medicación psiquiátrica. La cesación tabáquica modifica los niveles sanguíneos de los psicofármacos; puede ser necesario disminuir las dosis diarias.
<p>CESACION DE TABAQUISMO EN PACIENTES CON OTRAS ADICCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda brindar consejo breve sistemático para la cesación a todos los fumadores con otras adicciones. - Se recomienda incorporar el tratamiento del tabaquismo con intervenciones de efectividad probada en los servicios de tratamiento de otras adicciones. Dada la posibilidad de recaída en otra adicción ya superada, se recomienda en estos pacientes un estricto control clínico y realizar apoyo en forma intensiva.

ANEXO 7

ACTIVIDADES GENERALES DE LAS UNIDADES DE CESACIÓN TABÁQUICA

- Definir en cuál Fase o “Etapas de Cambio” se encuentra el fumador:

Fase Pre-Contemplativa: No se ha planteado seriamente la idea de dejar de fumar.

Fase Contemplativa: Está pensando en dejar de fumar pero encuentra excusas para no hacerlo.

Fase de Preparación: Esta persona se encuentra lista, es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para dejar de fumar en el próximo mes. Se debe recomendar tratamiento farmacológico a los fumadores que se encuentran en esta etapa.

Fase de Acción: Deja de fumar. Esta es la persona que va a entrar en abstinencia.

Fase de Mantenimiento de la Abstinencia: La persona se mantiene sin fumar durante más de seis meses.

Recaída: Es una fase más del proceso, suele constituir un paso frecuente. En muchas ocasiones se necesitan 3-4 intentos antes de dejar de fumar definitivamente. En todos los fumadores es importante valorar los intentos previos de abandono para obtener información que puede ser de ayuda para volver a preparar al paciente para hacer un nuevo intento.

- Si el fumador se encuentra en fase de Preparación, llenar la Historia del Fumador, la cual incluye la medición del grado de adicción a la nicotina mediante el Test de Fagerstrom (ver anexo 7).
- Proporcionar técnicas conductuales para el abandono del tabaco y manejo del síndrome de abstinencia (ver anexo 3).
- Ofrecer tratamiento farmacológico, a todo paciente que lo requiera y que no tenga contraindicaciones (ver anexo 8).
- Acordar una fecha para el abandono.
- Coordinar una consulta de seguimiento a corto plazo (a los 7 días aprox).
- Una vez conseguida la cesación, ofrecer estrategias para la prevención de recaída (ver anexo 3).
- Contrareferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS, para monitoreo y prevención de recaídas.

ANEXO 8**HISTORIA DEL PACIENTE FUMADOR**

Para ofrecerle una atención integral en su camino a dejar de fumar, es de gran importancia que responda este cuestionario de la forma más sincera, clara y detallada que le sea posible, con el fin de tener una información completa y precisa sobre su salud general y su patrón de consumo de cigarrillos u otros productos derivados del tabaco. A través de estos datos es posible determinar con mayor precisión la naturaleza de la ayuda que más le conviene y por lo tanto, cumplir los objetivos de esta asesoría profesional de un modo más eficiente. Puede tener la absoluta seguridad que, al igual que toda la información que se discuta en el ámbito profesional, los datos que usted proporcione aquí son **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES** y están amparados por el **SECRETO PROFESIONAL**.

FECHA DE INGRESO: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ **C. I.:** _____ **EDAD:** _____

GENERO: _____ **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** _____ **OCUPACION:** _____

DIRECCIÓN Y TELEFONOS: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTADO GENERAL DE SALUD:

Es usted portador de alguna de las siguientes enfermedades:

DIABETES	SI	NO	NO LO SE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI	NO	NO LO SE
COLESTEROL ELEVADO	SI	NO	NO LO SE
OBESIDAD O SOBREPESO	SI	NO	NO LO SE
CEREBROVASCULAR	SI	NO	NO LO SE
Obstrucción de Arterias en piernas	SI	NO	NO LO SE
CALCULOS RENALES	SI	NO	NO LO SE
Asma, Bronquitis o Neumonía	SI	NO	NO LO SE
CONGENITAS	SI	NO	NO LO SE
Del Sistema nervioso	SI	NO	NO LO SE
ALERGIAS A MEDICAMENTOS	SI	NO	NO LO SE
OTRA:	SI	CUAL: _____	
Presenta usted algún síntoma:	SI	CUAL: _____	

PATRON DE CONSUMO DE TABACO:

Edad de Inicio: _____ Ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida: _____

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

Intentos previos de cesación: _____

¿Por qué causas quiere usted abandonar el habito? (Salud, familia, grupo social, ambiente, etc.) _____

Haga una lista, por orden de importancia, de los lugares o eventos donde usted fuma más:

¿En qué situaciones siente Ud. La necesidad imperiosa de fumar? (Disparadores) Especifique y describa:

Lugares donde guarda cigarrillos para tenerlos disponibles:

- _____ - _____
- _____ - _____

¿Cuándo fuma más? Solo _____ Acompañado _____ Especifique _____

¿A qué horas y situaciones fuma Ud. El primer y último cigarrillo? Explique: _____

¿Dónde usted **no** fuma y por qué? _____

¿Dónde usted fuma **menos** y por qué _____

¿Ha tenido consecuencias adversivas directas (salud, familiares, social, laboral, etc.) a causa del hábito de fumar?
Explique: _____

¿Considera usted que el cigarrillo es dañino para la salud? Especifique: _____

¿Qué consecuencias cree usted que reporta el hábito de fumar? _____

¿Qué desventajas le reportaría el abandono del hábito? _____

¿Qué beneficios cree que le traería el abandono del hábito? _____

Gasto mensual aproximado: _____

TEST DE FAGERSTROM PARA LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se despierta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Fuma usted en lugares públicos donde está prohibido como el cine?	Si	1
	No	0
¿Cuál de los cigarrillos se le hace más difícil dejarlo?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos en promedio fuma usted al día?	31 o más	3
	21-30	2
	Entre 11-20	1
	10 o menos	0
¿Fuma usted más durante la mañana que el resto del día?	Si	1
	No	0

PUNTAJE TOTAL: _____**Valoración:**

Entre 0 y 3: Dependencia Baja.

Entre 4 y 7: Dependencia Moderada.

8 o Más: Dependencia Alta.

Plan de Tratamiento según el Puntaje obtenido:

< 4 puntos: Apoyo Psicológico.

4 a 6 puntos: Apoyo Psicológico + Chiclets 2 mg, o Parches bajas dosis (reducción progresiva), o Bupropión 150 mg día.

7 o más puntos: Apoyo Psicológico + Chiclets 4 mg, o Parches altas dosis (reducción progresiva), o Bupropión 300 mg día

CITAS CONTROL

NOMBRE: _____

Fecha	N° Cigarrillos / día	Test Fagerstrom	CO	Tratamiento Conductual	Tratamiento Farmacológico

Observaciones:

ANEXO 9

ESQUEMA DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PARA LA CESACION DE FUMAR

	TRATAMIENTO	PRESENTACION	DOSIS/DURACION	INSTRUCCIONES	EFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES	PRECAUCIONES
PRIMERA LINEA	Parches de Nicotina	7 mg, 14 mg y 21 mg.	8 SEMANAS DE TTO.	-Debe colocarse en una zona de la piel sin vello y sin sudor (a nivel del tronco, parte superior del brazo o cadera). En mujeres no aplicar sobre el pecho.	Reacciones dermatológicas locales.	Enfermedades de la piel que impidan la colocación.	En embarazo y lactancia se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO DEL TABACO sin terapia sustitutiva de nicotina (TSN), no obstante en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica, valorando siempre la relación riesgo-beneficio. No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico.
			Es recomendable comenzar con dosis altas, excepto en fumadores de menos de 10 cigarrillos, en los que se sugiere iniciar con dosis media. <u>Se utiliza un parche al día.</u> <u>Si parches de 24 horas:</u> 4 semanas de 21 mg 2 semanas de 14 mg 2 semanas de 7 mg <u>Si parches de 16 horas:</u> 4 semanas de 15 mg 2 semanas de 10 mg. 2 semanas de 5 mg.	-Debe rotarse el lugar de aplicación cada día para evitar efecto irritativo del adhesivo sobre la piel. -Empezar a usar al levantarse el día de DEJAR DE FUMAR y retirar: El de 24 horas al día siguiente. El de 16 horas por la noche. -Durante su uso NO se debe fumar y son un complemento a la intervención psicosocial.	Insomnio y Pesadillas. Cefalea.	<u>Relativas:</u> -Embarazo y lactancia. - Arritmias severas que pongan en riesgo la vida. - Enfermedad cardiovascular severa y aguda. - Enfermedad cardiovascular periférica y enfermedad de Raynaud. - Ulcera péptica, dispepsia y gastritis. - Menores de 18 años.	

	TRATAMIENTO	PRESENTACION	DOSIS/DURACION	INSTRUCCIONES	EFFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES	PRECAUCIONES
PRIMERA LINEA	Chicles de Nicotina	Chicles de 2 y 4 mg	<p>12 SEMANAS DE TRATAMIENTO.</p> <p>-Dar el de 2 mg inicialmente.</p> <p>-Dar el de 4 mg si: Alta dependencia (5 en Fagerstrom o + de 25 cigarrillos).</p> <p>Recaída previa con el de 2 mg.</p> <p>- Probar pautas de dosificación fijas (1 chicle cada hora mientras se está despierto).</p> <p>-No pasar de 25 chicles/día de 2 mg ni de 15 chicles/día de 4 mg.</p> <p>-Disminuir gradualmente después de tres meses.</p>	<p>Masticar el chicle hasta percibir un sabor "picante".</p> <p>-Colocarlo entre la encía y la pared bucal para permitir que la nicotina se absorba.</p> <p>-Cuando disminuya el sabor volver a masticar (ir cambiando el sitio de colocación del chicle).</p> <p>-Utilizar cada chicle durante 30 minutos.</p> <p>-Absorción limitada por la ingesta de café, bebidas acidas o refrescos, por lo que deben evitarse durante los 15 minutos anteriores.</p> <p>-Durante su uso NO se debe fumar y son un complemento a la intervención psicosocial.</p>	<p>-Dolor muscular en la mandíbula.</p> <p>-Gástricos: náuseas, vómitos, pirosis, hipo.</p> <p>-Cefalea.</p> <p>-Locales: hipersalivacion, irritación y/o úlceras leves en la boca y/o garganta.</p>	<p>Alteraciones en mucosa oral. Trastornos de masticación.</p> <p><u>Relativas:</u></p> <p>-Embarazo y lactancia.</p> <p>- Arritmias severas que pongan en riesgo la vida.</p> <p>- Enfermedad cardiovascular severa y aguda.</p> <p>- Enfermedad cardiovascular periférica y enfermedad de Raynaud.</p> <p>- Úlcera péptica, dispepsia y gastritis.</p> <p>- Menores de 18 años.</p>	<p>En embarazo y lactancia se debe recomendar siempre el abandono COMPLETO DEL TABACO sin terapia sustitutiva de nicotina (TSN), no obstante en caso de no conseguirse en mujeres embarazadas fumadoras muy dependientes puede recomendarse la TSN bajo supervisión médica, valorando siempre la relación riesgo-beneficio.</p> <p>-No recomendado su uso en niños, puede ser utilizado en adolescentes (de 12 a 17 años) bajo control médico.</p>

	TRATAMIENTO	PRESENTACION	DOSIS/DURACION	INSTRUCCIONES	EFEKTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES	PRECAUCIONES
PRIMERA LINEA	Clorhidrato de Bupropion	Comprimidos de 150 mg y 300 mg	8- 12 SEMANAS DE TRATAMIENTO. Tomar Bupropion 1 semana antes de la fecha elegida para dejar de fumar. Evitar toma nocturna por insomnio. -150 mg diarios por la mañana durante 7 días. - A partir del día 8 y hasta completar las 12 semanas: 1 comprimido de 150 mg en la mañana y 1 comprimido de 150 mg en la tarde (entre 3 y 4 pm). Continuar el TTO por 8 a 12 semanas.	Fijar el día D de dejar de fumar después de 1-2 semanas del inicio del tratamiento. Acompañar de apoyo/seguimiento.	Insomnio. Cefalea. Sequedad de boca y alteraciones del sentido del gusto. Convulsiones (en pacientes con factores proconvulsivos).	Hipersensibilidad al producto. Trastorno convulsivo actual o antecedentes. Tumor SNC. Cirrosis hepática grave. Deshabitación brusca de alcohol o benzodicepinas. Diagnóstico actual o previo de anorexia-bulimia. Uso del IMAO en los 14 días previo. Historia de trastorno bipolar. Embarazo y lactancia. Niños y adolescentes.	- En insuficiencia hepática leve-moderada o insuficiencia renal y ancianos la dosis recomendada es de 150 mg/día. Si umbral convulsivo disminuido (tratamiento con medicación que baja el umbral de convulsiones*) uso abusivo del alcohol, historia de traumatismo craneal, diabetes tratada con hipoglicemiantes o insulina, uso de estimulantes o productos anorexígenos, NO DEBE USARSE SALVO que exista una causa clínica justificada donde el beneficio de dejar de fumar supere el riesgo de convulsiones. En estos casos la dosis será de 150 mg/día. Interacciones con otros medicamentos.

* Antipsicóticos, antidepresivos, antimalárico, tramadol, teofilina, esteroides, sistémicos, quinolonas, antihistamínicos, sedantes

	TRATAMIENTO	PRESENTACION	DOSIS/DURACION	INSTRUCCIONES	EFECTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES	PRECAUCIONES
PRIMERA LINEA	Vareniclina	Comprimidos de 0,5 mg y 1 mg.	<p>12 SEMANAS DE TRATAMIENTO (PUEDE PROLONGARSE HASTA 6 MESES).</p> <p>Tratamiento se inicia una semana antes de la fecha de dejar de Fumar.</p> <p>-Día 1-3: 0,5 mg 1 vez al día.</p> <p>-Día 4-7: 0,5 mg 2 veces al día.</p> <p>-Día 8 hasta el final: 1mg 2 veces al día hasta 12 semanas.</p>	<p>Fijar la fecha de No fumar y 8 días antes iniciar el tratamiento con Vareniclina acorde con la tabla de dosificación.</p> <p>En pacientes que no puedan tolerar los efectos Adversos bajar a dosis a 0.5 mg. dos veces al día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nauseas. - Trastornos gástricos. - Sueños vívidos y pesadillas. - Insomnio. -Trastornos del ánimo. 	<p><u>Relativas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pacientes con insuficiencia renal se disminuye la dosis a la mitad. - Pacientes con epilepsia: no hay experiencia clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes que quieren quedar embarazadas o están amamantando. -Precaución en pacientes con antecedentes de depresión, suicidio, ideación suicida u otra enfermedad psiquiátrica. - Indicar claramente que se debe tomar la medicación con la ingesta de alimentos para disminuir los efectos gastrointestinales. - Entre una dosis y otra debe transcurrir por lo menos 8 horas.

GLOSARIO

Fumador: Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos 6 meses. Dentro de este grupo se puede diferenciar:

- *Fumador Diario:* Es la persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo al día, durante los últimos 6 meses.
- *Fumador Ocasional:* Es la persona que ha fumado menos de un cigarrillo al día; así mismo se le debe considerar como fumador.

Fumador Pasivo: Es la persona que no fuma, pero que respira el humo de tabaco ajeno o humo de segunda mano.

Ex Fumador: Es el que ha mantenido la abstinencia tabáquica al menos durante 1 año.

No Fumador: Es la persona que nunca ha fumado o ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.

Fumador registrado: Paciente que reporta ser fumador en la consulta del 1er. Nivel o de la Unidad de Cesación Tabáquica, lo cual es registrado en la Historia Clínica Básica Integral y en la Historia Clínica del Paciente Fumador, respectivamente.

Tabaquismo: Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una adicción porque cumple con los siguientes criterios:

- Conducta compulsiva, repetitiva.
- Mantener el consumo a pesar de reconocer el daño que causa.
- Tolerancia: necesidad de aumento progresivo del consumo para conseguir el mismo efecto.
- Síndrome de Abstinencia: Aparición de síntomas que causan disconfort cuando disminuye o cesa el consumo.
- Alteración de los aspectos de la vida diaria y social por efecto del consumo.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría, son suficientes tres de estos criterios para definir "adicción". El tabaco cumple holgadamente con este requisito.

Codificación:

DSM IV: F17.2 Trastornos por consumo de nicotina.

F 17.3 Abstinencia de Nicotina.

CIE 10 abreviada: CIE 21.6

Humo de segunda mano o humo de tabaco ajeno o ambiental: Es el humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco, generalmente en combinación con el humo de tabaco exhalado por el fumador.

BIBLIOGRAFIA

1. Shafey, Eriksen, Ross y Mackay (2009). The Tobacco Atlas. Third Edition. American Cancer Society. World Lung Foundation.
2. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Washington Banco Mundial – Organización Panamericana de la Salud. (2000).
3. Encuesta Nacional de Drogas en Población General. Año 2.011. Oficina Nacional Antidrogas (ONA).
4. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (EMTAJOVEN) 2010 o Global Youth Tobacco Survey. Programa Nacional Antitabáquico. Ministerio del Poder Popular para la Salud.
5. Guía Nacional para el abordaje del Tabaquismo. Uruguay 2009.
6. Madrigal, Sayago (1999). Habilidades para la Vida: Prevención del consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Manual de capacitación para docentes.
7. Centers for Disease Control (EE.UU.). www.cdc.gov